



HAL
open science

Culture créole, éducation thérapeutique des personnes diabétiques et compétence culturelle des acteurs : l'exemple de la Martinique

Monique Lahely

► To cite this version:

Monique Lahely. Culture créole, éducation thérapeutique des personnes diabétiques et compétence culturelle des acteurs : l'exemple de la Martinique. Linguistique. Université des Antilles, 2022. Français. NNT : 2022ANTI0766 . tel-04169605

HAL Id: tel-04169605

<https://theses.hal.science/tel-04169605>

Submitted on 24 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université des Antilles



École Doctorale 588
Faculté des Lettres et Sciences Humaines
Laboratoire CRILLASH

Thèse de doctorat en
Cultures et langues régionales
Spécialité Éducation en santé

**Culture créole, éducation thérapeutique des personnes diabétiques et
compétence culturelle des acteurs**

L'exemple de la Martinique

Présentée par

Monique TELLE-LAHÉLY

Soutenue le 8 juin 2022

Sous la direction de

Gerry L'ÉTANG,

Professeur en Cultures et Langues régionales, Université des Antilles

et

Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE

Professeur émérite en Sciences de l'Éducation et de la formation, Université de La Réunion

Membres du Jury

Gerry L'Étang, Professeur, Université des Antilles, directeur de la thèse

Maryvette Balcou-Debussche, Professeure émérite, Université de La Réunion, directrice de la thèse

Obrillant Damus, Professeur, Université d'État d'Haïti, président du jury

Roger Somé, Professeur, Université de Strasbourg, pré-rapporteur

Odina Benoit, MCF-HDR, Université d'Aix-Marseille, pré-rapporteur

Max Bélaïse, MCF, Université des Antilles.

Résumé

Dans les départements ultramarins, la prévalence du diabète est élevée et ce depuis plusieurs années, une situation jugée préoccupante par les pouvoirs publics nationaux et régionaux. À la Martinique, l'observatoire de la santé estime le nombre de personnes atteintes par le diabète à environ 40 000, pour une population de 368 783 habitants en 2018 selon l'Insee. La transition alimentaire traduit une mutation vers un mode de vie des pays riches. L'éducation thérapeutique du patient, (ETP) légiférée en France depuis 2009 qui vise à aider les personnes porteuses d'une pathologie chronique à vivre au quotidien avec la maladie, représente un enjeu important pour le territoire martiniquais. Inscrite en cultures et langues régionales, notre recherche doctorale cherche à comprendre les conditions de développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en contexte créole en questionnant notamment la compétence culturelle des soignants et autres acteurs. Inspirée par les « nids d'apprentissage » déployés à La Réunion et dans plusieurs pays africains, notre recherche interventionnelle interroge ce qui se passe lors de situations d'apprentissage proposées au domicile de personnes diabétiques en Martinique. Menés dans leur contexte ordinaire, les entretiens et ateliers d'ETP portent sur l'équilibre alimentaire des personnes diabétiques et de leurs aidants. Les premiers résultats montrent la nécessaire adaptation des messages d'éducation alimentaire et nutritionnelle au contexte ordinaire et culturel de ces personnes. Elles peuvent ainsi mieux comprendre les informations, les transformer en savoirs puis les utiliser dans leur pratique quotidienne pour l'équilibre du diabète. À cet effet, la compétence culturelle de l'éducateur ou formateur se trouve nécessairement sollicitée et mobilisée. L'adaptation au contexte ordinaire des personnes diabétiques peut désormais être envisagée comme une perspective de déploiement de situation d'apprentissage « ÉTAPE » – Écologique, Territorialisée, Adaptée, Personnalisée et Efficace – en vue du développement de l'ETP sur ce territoire.

Mots-clés : Éducation Thérapeutique du Patient – Culture créole – Contextualisation - Compétence culturelle – Diabète de type 2 – Équilibre alimentaire.

ABSTRACT

In the overseas departments, the prevalence of diabetes is high and has been for several years, a situation considered worrying by the national and regional authorities. In Martinique, the health observatory estimates the number of people affected by diabetes at around 40 000, for a population of 368 783 inhabitants in 2018 according to INSEE. The dietary transition reflects a shift towards a rich country lifestyle. Therapeutic patient education (TPE), which has been legislated in France since 2009 and aims to help people with a chronic disease to live with it on a daily basis, represents an important issue for Martinique. Inscribed in regional cultures and languages, our doctoral research seeks to understand the conditions for the development of therapeutic patient education (TPE) in a Creole context by questioning, in particular, the cultural competence of caregivers and other actors. Inspired by the "learning nests" deployed in Reunion Island and in several African countries, our interventional research questions what happens during learning situations proposed in the homes of diabetics in Martinique. Conducted in their ordinary context, the interviews and TVE workshops focus on the diabetic patients' and their carers' dietary balance. The initial results show the need to adapt food and nutrition education messages to the ordinary and cultural context of these people. They can thus better understand the information, transform it into knowledge and then use it in their daily practice to balance their diabetes. To this end, the cultural competence of the educator or trainer is necessarily called upon and mobilised. The adaptation to the ordinary context of people with diabetes can now be considered as a perspective for the deployment of a "STEP" learning situation - (Ecological, Territorialized, Adapted, Personalized and Efficient) with a view to the development of TVE in this territory.

Keywords: Therapeutic Patient Education – Creole culture – Contextualization – Cultural competence – Type 2 diabetes – Dietary balance.

Résumé

Asiré pa pétèt an péyi fwansé lot bò dlo, larel djabèt-la wo konsa, dépi déotwa tan ; bay tala ka pété tèt lé mapipi léta ek lakolektivité. Matnik, Lòbsevatwa lasanté ka konté pou lanné 1978 alantou 40 000 moun ka fè djabet dapré kalkil l’Insee. Manniè manjé nou ka met adan an larel péyi ki ni moné. Dépi 2009, lédikasion lasanté, di moun ki ka fè djabet, sé an bagay ki lalawa ka kontrolé an péyi Fwans, i fèt pou bas é manmay-la ki malad an pal pou sipòté maladi chak jou, men an péyi Matnik li sé an lalwa potalan. Travay doktoral nou-an ki anchouké an larel lang ek kilti bokay ka chaché konpwann maniè dévlopé lédikasion pou lé moun malad kronik lakay nou ; pousa nou ou bokanté lé manmay enfirmez ek lot mapipi lasanté. Lè nou ka zité sa yo ka kriyé nich-kabéchaj pa bòkoté Laréinyon ek an lo dot péyi afritjen, wouchac nou-an, ki sé an wouchach ka pwan fè é koz, ka kabéché asi manniè sa ka pasé moman kabéchaj lakay sé manmay malad-la. Sé an larel owdinè lé bokantaj é lé latilié édikasion manamay djabétik ek lé moun ka ba yo fòs-laz ka djoubaké fèt. Lé primè rézilta ka fè nou wè fok nou mété ofilaplou mèsaj lédikasion manjé ek kalité manjé-a épi laliwondaj ek kilti sé manmay-la. Kidonk yo ka konpwann anlot manyè mèsaj-la, ka mofwazé’y an lakonésans avan yo itilize’y an lavi touléjou pou yo istabilizé maladi-la. An larel tala, konpétans lé édikaté ni pou woulé davwa yo ka mandé yo lanmen-yo. A momann tala, djoubaké an laliwondaj lé manmay djabétik pou fèt pou fèt adan an larel la kabéchaj pou palé ETAPE. Ki lé di : « Écologique, Territorialisée, Adaptée, Personnalisée et Efficente » – objektif la sé dévlopé lédikasion lé manmay malad kronik atè Matnik.

Mo-potalan : *Édikasion lé manmay malad – lakilti kréyol – fondok kilti nou – lakonésans lakilti – Djabèt 2 – larel manjé.*

REMERCIEMENTS

Cette thèse, je la dédie à mon époux Jean-Pierre encore si cher à mon cœur.

Ce travail de recherche résulte d'un enchaînement de rencontres. Elles y ont toutes participé à divers niveaux et étapes jusqu'à son aboutissement.

Mes premiers remerciements s'adressent aux membres du jury. Notamment, professeur Roger Somé et Mme Odina Benoist, pour l'intérêt porté à ma thèse en acceptant d'en être les rapporteurs. Je remercie également le professeur Oubriant Damus d'avoir accueilli favorablement la demande de présider ce jury. Un merci particulier à M. Max Bélaïse qui depuis le début de mon cursus universitaire en 2005 m'a toujours encouragée puis accompagnée pour franchir les étapes.

Pour aboutir, une thèse a besoin d'être dirigée. J'ai eu la chance de bénéficier d'une double direction, d'une part en anthropologie et d'autre part en sciences de l'éducation et de la formation. Je remercie le professeur Gerry L'Étang d'avoir accepté d'inscrire ma thèse en cultures et langues régionales et aussi pour m'avoir donné l'opportunité d'amorcer la contextualisation de l'éducation en santé sur le territoire.

Mes remerciements couplés d'une grande reconnaissance vont vers la professeure Maryvette Balcou-Debussche qui a inspiré dès 2006 mes travaux d'initiation à la recherche en sciences de l'éducation et de la formation. Puis ses études et réflexions menées sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avec les pionniers de l'Hexagone et ensuite à La Réunion en contexte créole ont suscité mon intérêt. Elle a accepté de codiriger ma thèse qui avait débuté depuis deux années. J'ai pu ainsi apprécier son accompagnement, sa disponibilité, sa patience, ses encouragements, mais aussi sa rigueur scientifique.

Considérée comme un exercice solitaire, une thèse nécessite néanmoins des aides de toutes natures, y compris financières. Ainsi, je remercie la collectivité territoriale de Martinique (CTM), les organismes, entreprises privés et association (Ircm- Agirc-Arrco, la SARA, l'UFR, Vital Air, ASSCAM) pour leur participation financière à une ou plusieurs études de cette recherche.

Je remercie ceux sans qui cette recherche n'aurait pas raison d'être, c'est-à-dire les personnes malades chroniques, adultes, enfants et adolescents, les aidants et parents, qui pour certains nous ont ouvert la porte de leur maison puis leur cuisine. Que les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, les professionnels de l'éducation, les acteurs sociaux et culturels de Martinique qui ont accepté de participer à cette recherche soient ici remerciés.

La Réunion constitue l'autre terrain d'exploration de ma thèse. Aux responsables d'institutions publiques et privés de La Réunion qui ont répondu à mes interrogations ; au Dr Xavier Debussche, à son équipe et aux patients qui m'ont accueillie lors de mon stage au CHU de Saint-Denis de La Réunion, j'adresse mes remerciements. Les rencontres sur ce terrain ont fortement contribué à ma compréhension des enjeux et intérêts du déploiement de l'ETP à l'échelle d'un territoire

J'ai bénéficié d'aides techniques, logistiques et morales, apportées par Robert, Wendy, Patricia, Livie, Line, Serghe, Philipe, Carine, Thi-Minh, Henriette, Willy. À ma famille, mes amis, à tous ceux qui m'ont accompagnée de près et de loin, recevez mes sincères remerciements.

Enfin, ils sont à la fois mes tuteurs et mes ailes ; Loick, Lorène, Élodie, Mayane, Aëden, Neyla, mes soutiens et observateurs conciliants, je vous remercie de tout mon cœur.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION 7.....	7
CHAPITRE 1 - REPÈRES THÉORIQUES-ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN	
CONTEXTE CULTUREL	14
1 ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	15
1.1 Éducation, apprentissage et développement des compétences.....	16
1.2 Fondement de l'ETP – Définitions - Paradoxes	24
1.3 Différentes voies de mise en œuvre de l'ETP	39
2 PRENDRE EN COMPTE LA CULTURE	49
2.1 2.1 La culture, définitions, approches.....	50
2.2 Créolisation et Créolité	56
2.3 Compétences culturelles dans les soins	62
2.4 L'alimentation comme fait culturel et social	66
CHAPITRE 2 - EXPLORATION DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CONTEXTE CRÉOLE	78
3 DEUX CONTEXTES À DÉCOUVRIR - MARTINICAIS ET RÉUNIONNAIS	78
3.1 Contexte martiniquais	79
3.2 Le contexte réunionnais.....	106
3.3 Deux contextes contrastés et éléments de problématisation	138
CHAPITRE 3 - DÉVELOPPER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CONTEXTE MARTINICAIS	162
4 MÉTHODOLOGIE	162
4.1 Une recherche interventionnelle.....	163
4.2 Une recherche intervention en ETP à partir des 7 études.....	178
4.3 Analyse et discussion des résultats à la lumière des hypothèses de recherche	246
CONCLUSION	278
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	284
LISTE DES ILLUSTRATIONS	301
TABLE DES ANNEXES.....	303
Annexe 1. Genèse du concept de culture	310
Annexe 2. Modèle transculturel de Purnell : compétence culturelle.....	311
Annexe 3 - Arrêté zonage offre insuffisante ou difficulté accès aux soins	312
Annexe 4 – Questionnaire aux référents ARS hexagone et DOM- enquête 2016_ Master ETP	317
Annexe 5 - Entretien avec le directeur de l'Institut régionale d'éducation nutritionnelle à La Réunion .	319
Annexe 6 - Entretien avec D.F pharmacienne CHU de La Réunion – ETP Insuffisance cardiaque	329
Annexe 7 - Atelier ETP psychologue HDS service de diabétologie CHU La Réunion	335

<i>Annexe 8 - Atelier Insulinothérapie - Adaptation des doses</i>	<i>346</i>
<i>Annexe 9 - Atelier ETP diététique HSD service diabétologie CHU réunion</i>	<i>354</i>
<i>ANNEXE 10 - Entretien avec quatre infirmiers service diabétologie CHU La Réunion.....</i>	<i>362</i>
<i>ANNEXE 11- Recherche- politique et stratégie de lutte contre le diabète à La REUNION.....</i>	<i>375</i>
<i>Annexe 12 - Entretien avec chargé de projet de l'exposition EXPODIA St-Denis La Réunion</i>	<i>379</i>
<i>Annexe 13 - Questionnaire sur comportements alimentaires des Martiniquais (2017).....</i>	<i>383</i>
<i>Annexe 14 - Étude n° 3 - évènements diabète type.....</i>	<i>384</i>
<i>Annexe 15 - Observation et entretien programme ETP DT2 de ville.....</i>	<i>389</i>
<i>Annexe 16 – Résumé des ateliers d’ETP - DT2 en HDS diabétologie – CHU Martinique – Intervenantes : infirmière et diététicienne.....</i>	<i>396</i>
<i>Annexe 17: Atelier ETP podologie HDS service de diabétologie CHU de Martinique</i>	<i>400</i>
<i>Annexe 18 – Étude n°4 : entretiens : coordonnateur, interne, diététiciennes programme ETP DT2 CHU Martinique</i>	<i>406</i>
<i>Annexe 19 — Étude n°5 : Grille d’entretien avec les patients diabétiques (place de la culture).....</i>	<i>409</i>
<i>ANNEXE 20 - Étude n°6 - Expérimentation fonction de coordinatrice et Module expérimental d’ETP....</i>	<i>410</i>
<i>Annexe 22- d’évaluation du module d’expérimentation d’ETP pour DT2</i>	<i>444</i>
<i>Annexe 23 – Étude n° 7 : grille d’entretien connaissance de la personne et ses habitudes alimentaires</i>	<i>448</i>
<i>Annexe 24 – Trois entretiens de connaissance des DT2 et leurs habitudes alimentaires.....</i>	<i>450</i>
<i>Annexe 25 – Étude 7 -Sept ateliers d’éducation alimentaire à domicile de personnes DT2.....</i>	<i>471</i>
<i>Annexe 26 – Étude n°7 Nid d’apprentissage de Karine « Apprendre à maîtriser les risques cardio- vasculaire »</i>	<i>531</i>
<i>Annexe 27 – Appel à candidature offre de formation 40h dispensation ETP.....</i>	<i>547</i>
<i>Annexe 28 - Tableau : Caractéristiques des deux types d’ateliers d’ETP d’après (Authier, 2018)......</i>	<i>548</i>
<i>Annexe 29 – Évaluation formation 40h dispensation ETP.....</i>	<i>549</i>
<i>Annexe 30 : Évaluation étude n° 7 - 3 à 4 mois après les ateliers d’éducation alimentaire.....</i>	<i>550</i>

ABRÉVIATIONS/SIGLES

AFDEM	: Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel
AFDET	: Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique
AJA	: Adolescent et jeune adulte
AMOPA	: Association des membres de l'ordre des palmes académiques
ANFH	: Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANSEE	: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APP	: Analyse de pratique professionnelle
ASSCAM	: Association Soins Sud-Caraïbes Martinique
BEH	: Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BEP	: Bilan éducatif partagé
CESE	: Conseil Économique Social et Environnemental
CNI	: Conseil national de l'alimentation
CPPN	: Classe préprofessionnelles de niveau
CPS	: Compétence psychosociale
CTM	: Collectivité territoriale de Martinique
DAAF	: Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DGS	: Direction générale de la santé
DGSS	: Direction générale de la sécurité sociale
DOM	: Département d'outre-mer
DSS	: Direction générale de la sécurité sociale
DT1	: Diabète de type 1
DT2	: Diabète de type 2
EHESP	: Haute école de santé publique
ETP	: Éducation thérapeutique du patient
FNI	: Fédération nationale des infirmiers
GMS	: Grande et moyenne surface
HAS	: Haute Autorité de Santé
HDS	: Hôpital de semaine
HLM	: Habitation à loyer modéré
HPST	: Hôpital Patient Santé Territoire
HTA	: Hypertension artérielle
IDE	: Infirmier (ère) diplômé(e) d'État
IDEL	: Infirmier diplômé d'état libéral
IMC	: Indice de masse corporelle
INPES	: Institut national pour la prévention et l'éducation pour la santé
IPCCEM	: Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale
IREN	: Institut réunionnais d'éducation nutritionnelle
IRD	: Institut de recherche pour le développement
MCO	: Médecin chirurgie obstétrique
MFME	: Maison de la mère de la femme et de l'enfant
NCCC	: Corps de la communauté civile nationale
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORS	: Observatoire Régionale de Santé
PNNS	: Plan national nutrition santé
PRAANS	: Programme Alimentation Activités Nutrition Santé
PRS	: Plan Régional de Santé
SA-ETP	: Situation d'apprentissage en éducation thérapeutique du patient
SIAD	: Service infirmier à domicile
SSR	: Soins de suite et de réadaptation
TOM	: Territoire d'outre-mer
UIPES	: Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

INTRODUCTION

Champ de la recherche

Ce travail de recherche est issu d'une réflexion qui met en perspective une quarantaine d'années d'expérience dans les métiers du soin et de la santé, ainsi que nos acquis universitaires en *sciences de l'éducation et de la formation*, et en santé publique débutée au début des années 2000. Infirmière de formation puis cadre de santé, nos compétences se sont développées en Martinique et dans l'Hexagone aussi bien en milieu hospitalier qu'en secteur libéral, associatif et entrepreneurial. Ainsi, durant ces années de face-à-face avec des personnes en demande de soins (tant à l'hôpital qu'à leur domicile), la question du soin, de sa transmission et de ses interactions relationnelles, nous a toujours interrogée. Puis, devant l'émergence des pathologies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) nous a paru urgente, nécessaire comme une évidence. En effet, cette discipline jeune propose une approche qui aide la personne malade chronique à évaluer ses capacités ainsi que ses ressources, et à savoir les utiliser.

Objet de l'étude

S'agissant de l'ETP en Martinique, l'analyse des rapports de l'Insee et des services de santé publique sur la population nous questionne sur le vieillissement de la population, couplé à l'allongement de l'espérance de vie, la faible démographie médicale dans certains secteurs, l'inégale répartition des ressources sanitaires et de l'offre de soins, le taux élevé d'illettrisme, de pauvreté, de chômage, l'état de santé mentale de la population... De plus, les questions concernant l'approche des éducations en santé se complexifient avec des ancrages socioculturels, socio-économiques, philosophiques, éthiques et politiques qui s'entrechoquent parfois.

L'ETP en tant que discipline est devenue un champ de recherche, d'actions et d'enseignement distinct de l'éducation pour la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1998) la définit ainsi.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie chronique. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et

leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Dix ans après cette première définition, en France, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 a légiféré l'éducation thérapeutique du patient et a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS), la mission d'autorisation des programmes d'ETP suivant un cahier des charges défini par décret. Le décret 2020-1832 du 31 décembre 2020 a remplacé, depuis le 1er janvier 2021, le régime d'autorisation des programmes d'ETP, par un régime de déclaration auprès des ARS.

Dans nos précédentes recherches – Maîtrise de sciences de l'Éducation, Master 2 du même diplôme - Master Santé Publique spécialité Éducation thérapeutique et Éducation en santé, nous avons exploré la question de l'éducation thérapeutique en Martinique sous quatre aspects :

- la question des stratégies éducatives en milieu hospitalier ;
- le concept d'autonomie en ETP ;
- les spécificités anthropoculturelles dans la prise en charge éducative des pathologies chroniques des patients diabétiques martiniquais ;
- l'accompagnement des porteurs de programmes d'ETP par les ARS sur les territoires français.

Intérêt de la recherche

L'intérêt que nous portons à l'éducation thérapeutique du patient est lié à la situation épidémiologique des maladies chroniques en général en Martinique, et plus particulièrement du diabète de type 2. À l'échelle mondiale, l'ETP a fait ses preuves dans la prévention tertiaire du diabète. En Martinique, où la prévalence du diabète est très élevée, l'ETP est peu développée. Le site internet de l'ARS de Martinique inventorie en janvier 2022, pour tout le territoire, un total de huit programmes d'ETP en cours, dont six programmes hospitaliers et deux programmes sont proposés en ville.

Pour sa part, l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) indique, dans son rapport de 2020 sur *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer*, que deux fois plus de femmes sont traitées pour diabète en comparaison à la moyenne hexagonale (8 %

comparés à 16-20 %). Aux Antilles, la prévalence du diabète traité¹ est proche de 9 % en Guadeloupe et 8 % en Martinique (données Santé publique France, 2016). C'est à La Réunion que la prévalence du diabète traité reste la plus élevée avec 10 % (Méjean, et al., 2020, p. 32). Ces chiffres continuent de croître et s'expliquent par une évolution des habitudes de vie, une activité physique insuffisante, une sédentarité, couplées à une alimentation déséquilibrée. Cette situation dans les départements d'outre-mer (DOM) incombe à une « transition alimentaire et nutritionnelle », c'est-à-dire le passage d'une société où prédominait la sous-nutrition à une situation où les pathologies de surcharge deviennent prépondérantes (*ibid*). Dans notre recherche, l'alimentation sera conséquemment considérée comme un fait social et un acte culturel. Nous analyserons le contexte de l'alimentation des Martiniquais diabétiques de type 2, en portant un regard tout particulier sur leur culture.

Cadre théorique

Ce travail de recherche a pour cadre théorique des travaux qui relèvent de trois grands champs disciplinaires : l'anthropologie ; les sciences de l'éducation et de la formation ; et la santé publique. Nous abordons des repères théoriques de l'éducation et de culture. L'éducation est traitée à travers ses composantes dans le domaine de la santé, notamment l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Compte tenu de son caractère polysémique et de ses multiples définitions, le concept de culture est abordé à partir des travaux de Raymond Massé (1995), selon qui, un consensus existe pour comprendre la culture comme un fait historique, toujours situé, daté, et en transformation.

Comme culture située, nous abordons la culture créole, en lien avec la population de notre étude. En effet, ce département d'Outre-mer est issu de l'aire culturelle des plantations, à la fois une aire géographique et un type de société directement basée sur un processus historique, celui de la colonisation qui a généré la créolisation, base des sociétés créoles. Ainsi, nous positionnons notre recherche en contexte créole, à partir du socle des concepts de créolisation et créolité.

La créolisation entendue par Édouard Glissant (1996) comme un processus mouvant vise à la mise en contact d'éléments de culture distinctes : « Le monde se créolise, c'est-à-dire que les cultures du monde mises en contact de manière foudroyante et absolument consciente

¹ Il s'agit de personnes pour lesquelles le diagnostic de diabète est posé, et qui sont traitées pharmacologiquement. La prévalence du diabète pourrait être sous-estimée, les personnes diabétiques non diagnostiquées et/ou non traitées n'étant pas prises en compte.

aujourd'hui les unes avec les autres se changent en s'échangeant [...] » (*Ibid*, p. 15). Dans les années 1980, les linguistes, écrivains, créateurs qui militaient pour le créole, Bernabé, Chamoiseau, et Confiant (1989) ont cherché à dépasser le niveau de la langue pour aborder celui de la culture : ils considèrent qu'être créole ce n'est pas seulement parler créole ou parler seulement créole, mais avoir une certaine identité culturelle. Ainsi serait née l'idée de *l'Éloge de la créolité* : si plusieurs créolités existent (la créolité antillaise, la créolité africaine, la créolité brésilienne, une créolité asiatique et une créolité polynésienne), elles présentent des dissemblances, mais sont toutes issues du même maelstrom historique (*ibid.*, p. 31).

Étant entendu que la personne malade ne vit pas décentrée de son environnement ni géographique, ni culturel, elle puise alors ses repères dans le milieu qui se présente à elle. Comme l'explique l'anthropologue Jean Benoist (1975), la connaissance d'une société procède par la mise en ordre des faits d'histoire, de structure sociale, de langue ou de culture.

En comparant le développement de l'éducation thérapeutique à la Martinique et à l'île de La Réunion, nous avons positionné notre recherche en contexte créole. La pertinence des travaux de Maryvette Balcou-Debussche à la Réunion sur la contextualisation des situations d'apprentissage en éducation thérapeutique du patient a en partie orienté notre choix. En effet, Balcou-Debussche (2016) s'appuie sur l'importance de la contextualisation de l'ETP, en expose les modalités et insiste sur le fait que :

Soient prises en compte les compétences à construire par les acteurs pour réussir ainsi à « jouer » entre les dimensions génériques propres aux situations d'apprentissage et aux contraintes qu'elles engendrent, et les singularités contextuelles dans lesquelles elles s'inscrivent et avec lesquelles elle se doivent de composer (Ibid,175).

C'est dans ce sens que nous nous référons au contexte et principalement au contexte ordinaire, dans les situations d'apprentissage en éducation thérapeutique du patient (SA-ETP). Le but étant de permettre à l'apprenant de construire la relation entre la situation d'apprentissage et son propre contexte ordinaire. C'est dans ce contexte qu'ont vu le jour à La Réunion, les nids d'apprentissage.²

Le nid d'apprentissage est un espace confortable qui se situe à la rencontre de deux grands champs constitutifs de la progression du patient dans la gestion de la maladie chronique : le contexte dans lequel il évolue et les savoirs de référence issus des sciences médicales (Balcou-Debussche 2006, p. 244).

Cependant, pour le soignant, mais également pour l'ensemble des acteurs à tous les niveaux de l'ETP, connaître l'histoire, les particularités culturelles, environnementales, sociales, en

somme, le contexte de vie au quotidien de chaque patient, relève d'une compétence particulière la compétence culturelle. Il s'agit d'un terme relativement récent en France, mais plus répandu au Canada où la compétence culturelle fait partie du cursus de formations des soignants. Nous retenons la définition de Larry Purnell et Betty Paulanka (1998) cité par (Tison, 2007, p. 204) :

La compétence culturelle est l'action par laquelle un professionnel de santé développe une conscience de son existence, ses sensations, pensées et de son environnement sans laisser ces facteurs affecter de façon inappropriée la relation à la personne soignée. De plus, cette compétence culturelle se traduit par la façon dont les soins sont adaptés d'une façon congruente à la culture de l'usager. C'est donc un processus conscient, basé sur une approche systémique, mettant en lien les différents déterminants culturels d'une situation de soins centrée sur le patient.

Aussi, nous partons du postulat que connaître l'histoire, les particularités culturelles, environnementales, sociales, en somme, le contexte de vie au quotidien de chaque patient permettrait de construire des situations d'apprentissage en ETP qui soient non standardisées, mais adaptées au territoire. Ce dernier point nécessite de la part des acteurs une compétence culturelle.

Problématique

Comme vu précédemment, la personne malade puise ses repères dans son milieu, son contexte ordinaire. Alors, quels éléments, repères, outils, supports de culture peuvent être révélateurs de culture et aider le soignant à construire des soins culturellement adaptés ? Les différences de croyances, de valeurs, de normes et de modes de vie de groupe ne sont pas les seules expressions de la culture. Celle-ci s'exprime également chez l'individu, dans sa manière de penser, d'établir la communication. En effet, les représentations et croyances qu'ont les Martiniquais de la santé et de la maladie proviennent également de leur histoire (Raymond Massé, 2008). Aujourd'hui, comme l'indique Catherine Benoît (2000), nombre de pratiques alimentaires, culinaires, de soins, artistiques, danses, chants, musiques, plantations, habitations, modes d'expression..., des Martiniquais sont fortement imprégnés de ce passé. Pour les professionnels, les structures et les politiques de santé et d'éducation, les questions d'ordre socioculturel, psychologique, philosophique, pédagogique, didactique et éthique sont évidentes et légitimes car ces questions guident les actions d'aide, d'accompagnement et de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Peut-on soigner, prendre en charge des personnes malades chroniques sans prendre en compte leur culture ? Pour notre étude nous avons choisi le diabète comme maladie chronique à explorer. En quoi est-il nécessaire de prendre en compte le contexte culturel du Martiniquais diabétique en ETP ? Face

à la situation de désert médical qu'elle connaît, la Martinique recrute des médecins étrangers pour pallier ce manque. Quels moyens mettre en place pour rendre ces soignants culturellement compétents ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons pris appui sur notre expérience professionnelle du terrain, nos recherches exploratoires, nos formations en sciences de l'Éducation et de la formation et en Santé publique, mais aussi sur le cadre théorique de notre recherche. Notre démarche a consisté d'abord à rechercher des références disponibles dans la littérature spécifique. Notre recherche a été infructueuse sur des modèles qui intègrent des éléments culturels dans les situations d'apprentissage en ETP aux Antilles et singulièrement en espace créole. Le modèle de contextualisation des situations d'apprentissage en ETP développé à La Réunion nous a inspirée. Ce modèle s'inscrit dans trois niveaux complémentaires (macro, meso, micro).

De là, nous élaborons un principe systémique fondé sur des acronymes tels que celui d'« É.T.A.P.E » qui reprend les initiales des mots : Écologique, Territorialisée, Adaptée, Personnalisée et Efficente. Ce sigle signifie que les situations d'apprentissage en ETP répondront simultanément à ces cinq critères. Ces derniers faciliteront ainsi l'évaluation des situations d'apprentissage ainsi que les programmes ou actions d'éducation thérapeutique du patient.

À partir de ce principe et de notre problématique, nous émettons deux hypothèses :

- En Martinique, la mise en place d'une politique d'éducation thérapeutique de type « É.T.A.P.E » (Écologique, Territorialisée, Adaptée, Personnalisée et Efficente) est susceptible de contribuer au développement de l'ETP sur le territoire.
- En situation d'éducation thérapeutique, le travail des professionnels de santé sur des adaptations contextuelles culturelles réelles, définies, identifiables faciliterait l'accès des personnes diabétiques aux messages d'éducation alimentaire, favoriserait leur compréhension et par conséquent leur mobilisation dans un contexte ordinaire. Cela suppose un développement de la compétence culturelle des soignants-éducateurs, pour prendre en compte à la fois les dimensions biomédicale, biopsychosociale, culturelle des patients, dans les interventions en ETP.

Sur le plan méthodologique, notre recherche relève d'une approche qualitative et nous choisissons une recherche interventionnelle. Cette approche implique une exposition maximale du chercheur sur le terrain et mobilise tant la distance que la proximité (Besson et

Boutet, 2015). D'après Mérini et Ponté (2008), la recherche interventionnelle se caractérise par une double perspective : épistémique et transformative. Dès lors, l'intérêt de notre recherche devient multiple :

- ⇒ la production de méthodes, pratiques, outils éducatifs construits *in-situ* et adaptés pour répondre aux besoins des personnes diabétiques,
- ⇒ la réduction des inégalités de soins et de santé au sein même du territoire.

Notre recherche doctorale se compose de sept études distinctes, mais complémentaires. Nous mettons en œuvre des situations d'apprentissage de type É.T.A.P.E au domicile de patients diabétiques de type 2, d'où l'occasion de souligner la pertinence des situations éducatives sur l'alimentation construites suivant ce modèle et animées par des intervenants culturellement compétents.

Plan de la thèse

L'écriture de la thèse se structure en trois parties. La première pose le cadre conceptuel à partir de références des sciences de l'éducation et de la formation comme l'acte d'apprendre avec les trois traditions de l'apprentissage du point de vue de Giordan (2009) mais également les modèles de l'apprendre en éducation du patient. La notion de compétence déclinée en dimensions et par niveaux reste un savoir agir complexe. Dans le champ de l'ETP les compétences concernent aussi bien les professionnels, que les patients et font l'objet de référentiels. La genèse de l'éducation thérapeutique fait état d'une dynamique qui transforme la relation soignant/soigné avec une centration du patient et une personnalisation des soins éducatifs. Les questions de formats et de lieux de l'ETP font de plus en plus appel aux contextes et d'un point de vue anthropologique, la culture impacte l'individu dans son agir. Pour (Massé, 2008), les représentations et conceptions des Martiniquais sur la santé et la maladie proviennent également de leur histoire, d'où l'intérêt pour les soignants de prendre en compte cette culture dans les situations de soins et d'éducation.

La seconde partie précise le cadre d'analyse et apporte un éclairage sur les contextes sociaux, sanitaires et culturels des deux terrains de la recherche, la Martinique et La Réunion. Un état des lieux révèle des ressemblances, ainsi que les contrastes dans la mise en œuvre de l'ETP par exemple. Les nids d'apprentissage (Balcou-Debussche, 2006) et la modélisation des situations d'apprentissage ETP en contexte (Balcou-Debussche, 2016) ouvrent des perspectives vers des cheminements scientifiques novateurs.

La troisième partie détaille la méthodologie de la recherche interventionnelle menée à partir de sept études distinctes et complémentaires. Les résultats des données collectées par

entretiens semi-directifs, observations et questionnaires, sur les deux terrains de notre enquête, rendent compte de l'expérimentation des situations d'apprentissage. L'analyse est déclinée selon les trois niveaux de contexte : macro, méso et micro. Elle montre comment les situations d'apprentissage qui respectent les critères d'ÉTAPE (écologie, territorialisée, adaptée, personnalisée, efficiente) participent au développement de l'éducation thérapeutique.

La conclusion est l'occasion de revisiter l'ensemble des parties et d'en rendre compte. C'est l'espace où nous résumons l'utilité scientifique et sociale de notre recherche dans le contexte du territoire. Cette partie ouvre des perspectives d'un déploiement contextualisé de l'ETP sur ce territoire ultramarin.

Le nombre conséquent et le volume des annexes de ce présent travail de recherche peuvent constituer une quatrième partie. En effet, elles regroupent des documents législatifs et réglementaires, des retranscriptions d'entretiens, des questionnaires, des observations qui renseignent sur la substance de la méthodologie utilisée dans cette démarche aussi bien quantitative que qualitative comme lieu d'expression des acteurs nationaux, régionaux de l'ETP et surtout des malades chroniques eux-mêmes.

Notre travail indique à l'instar de Didier Ménard (2022), l'intérêt d'impliquer les patients, les aidants, les usagers/citoyens tant dans la prévention primaire que dans la prévention tertiaire. En effet, à l'analyse de notre carrière de professionnel de santé comme cet auteur, notre recherche montre que :

C'est une rupture importante avec le modèle biomédical de l'exercice solitaire, qui est indispensable pour mieux soigner les personnes atteintes de maladies chroniques, souvent dans des situations complexes. La finalité de la rencontre soignant-malade ne se réduit plus à la prescription de l'ordonnance (Ibid).

Dans cette recherche interventionnelle, les ateliers d'éducation alimentaire réalisés aux domiciles des personnes diabétiques de type 2, nous amènent à prendre conscience localement de l'impact de la pauvreté, sur la forte prévalence du diabète de type 2 et également sur la précocité et l'incidence des complications que génère cette pathologie sur ce territoire.

Chapitre 1 - REPÈRES THÉORIQUES-ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CONTEXTE CULTUREL

La prise en compte de sa réalité, de sa culture, de ses représentations, de son attitude face à la maladie et de ses projets constitue les fondements sur lesquels va se construire la relation éducative [...] Ne pas chercher à connaître cette « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de la contredire sans succès, tant il est vrai que ces conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont par conséquent très solides. Il faut, au contraire, découvrir comment le patient comprend sa maladie et la conçoit
d'Ivernois & Gagnayre, 2016.

1 ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

1.1 Éducation, apprentissage et développement des compétences

Éducation, un concept polysémique

Comme la santé, l'éducation est un concept universel et polysémique qui varie selon les périodes et les auteurs. Au XIX^e siècle, le mot éducation s'emploie le plus souvent au sens d'« initiation, apprentissage ». Le terme « instruire » est progressivement remplacé par « éduquer », sans pour autant considérer l'éducation comme strictement intellectuelle. Les pédagogues prennent en compte l'insatisfaction que procure la simple transmission du savoir et veulent ainsi faire aimer le savoir, éveiller la curiosité, développer des qualités comme la rigueur intellectuelle, le jugement, le goût des belles choses. C'est ainsi que certaines matières, comme la musique, le dessin, le travail manuel, le sport, intègrent le projet éducatif. Ce qui revient à dire que l'éducation « c'est conduire l'ensemble de la personnalité au terme de toutes ses potentialités » (Beauté, 2008, p. 18).

Variable selon les époques, les civilisations, les auteurs et les praticiens, l'éducation s'appuie sur la conception que chacun a de l'individu, de son rôle dans la société, des relations interpersonnelles. Elle se base également sur la façon dont les savoirs se transmettent d'une personne à l'autre ou d'une génération à l'autre (Sandrin, 2013).

Au verbe éduquer, Olivier Reboul associe des synonymes tels que :

- a) *Élever* : qui se rapporte à l'éducation donnée par la famille. Elle est spontanée et transmise par la conversation.
- b) *Enseigner* : c'est davantage une éducation intentionnelle, dispensée par des professionnels.
- c) *Former* : c'est préparer l'individu à telle ou telle fonction sociale. Par exemple, un futur secouriste, un futur médecin (Reboul, 2018, p. 19).

En d'autres termes, enseigner et former s'appuient sur des modes différents : dans le premier cas, « on enseigne quelque chose à quelqu'un », dans le second : « On forme quelqu'un à quelque chose ». Pour autant, Reboul souligne que dans l'éducation familiale, dans l'enseignement et dans la formation, l'objectif est le même : on apprend. Aussi, considère-t-il que de la naissance jusqu'au dernier jour, l'éducation, c'est apprendre à devenir homme (*Ibid*, p. 20).

« *Apprendre à devenir* » c'est le thème des « futurs de l'éducation »³ retenu par l'UNESCO pour l'année 2021. En effet, comme indiqué ci-dessous depuis une quarantaine d'années, l'UNESCO présente des recommandations qui se rapportent à l'éducation :

- En 1971-1972 le premier rapport intitulé : *Apprendre à être : le monde de l'éducation aujourd'hui et demain*, mettait en garde contre les risques de persistance des inégalités, des privations et des souffrances, et soulignait les caractéristiques universelles de l'éducation.
- Le second rapport de 1993 à 1996 titré : *L'éducation : un trésor est caché dedans*, définissait « quatre piliers » de l'éducation : *apprendre à être, apprendre à connaître, apprendre à faire et apprendre à vivre ensemble*.
- Ensuite le rapport de 2015 intitulé : *Repenser l'éducation – vers un bien commun mondial ?* proposait de considérer l'éducation et le savoir comme les biens communs de l'humanité tout entière.

Le rapport international de 2021 sur les futurs de l'éducation intitulé : *Repenser nos futurs ensemble – Un nouveau contrat social pour l'éducation*, ambitionne de servir de cadre à une concertation à plusieurs niveaux sur les politiques de l'éducation et l'action à mener. C'est en ce sens qu'Obrillant Damus plaide pour une alliance constructive entre les épistémologies du Nord et celles du Sud, en faveur des futurs de l'éducation fondés sur des systèmes de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être qui excluent toute relation de subordination et d'oppression scientifiques. Pour cela, il soutient que les institutions éducatives du futur gagneront à être des espaces de dialogue respectueux des savoirs locaux et autochtones, qui ne devront plus être sacrifiés sur l'autel de la rigueur scientifique occidentale (Damus, 2020).

Qu'est - ce qu'apprendre ?

Aumont et Mesnier définissent ainsi l'acte d'apprendre :

Tout apprenant se place face à un objet, secteur de savoir ou de savoir-faire qu'il a le projet de faire sien, « d'appréhender » selon une démarche d'appropriation qui le mobilise intellectuellement et affectivement. Ce faisant, il réorganise autour de cet objet, un grand nombre d'acquis antérieurs (Aumont et Mesnier, 2005 p. 35).

³ À l'initiative de l'Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), la perspective « *Les futurs de l'éducation* » vise à repenser l'éducation, à façonner l'avenir et à susciter un débat mondial sur la nécessité de réinventer le savoir et l'apprentissage dans un monde de plus en plus complexe, incertain et précaire.

Ces auteurs distinguent l'acte d'apprendre de la notion « être enseigné ». Ils indiquent que le formateur ou l'enseignant n'apprend rien directement à l'apprenant, puisqu'il ne peut que favoriser des démarches d'apprentissage en proposant des contenus et des méthodes.

Du point de vue d'André Giordan (1999) trois grandes traditions s'imposent et s'opposent dans l'apprentissage :

- La première : apprendre c'est comme un simple mécanisme d'« enregistrement » où le cerveau est vierge, attentif, disponible, et l'acquisition d'un savoir est tenue pour le fruit direct d'une transmission.
- Dans la seconde tradition, c'est le « conditionnement » qui prime. L'apprentissage est favorisé par des récompenses ou ponctué de punitions.
- Pour finir, la troisième tradition relève de la pédagogie, de la « construction » avec, en priorité, la libre expression des idées, le savoir-être, la découverte autonome, le tâtonnement.

Ce dernier modèle a servi de référence au mouvement de la pédagogie nouvelle, en France, en Europe. Depuis, toutes les recherches sur l'apprentissage, malgré leurs divergences, se rejoignent pour dire qu'un apprenant n'est pas une page blanche sur laquelle l'enseignant inscrit un savoir. C'est à travers ses multiples conceptions que l'apprenant appréhende le monde et décode les informations (*Ibid*, p. 32).

Aujourd'hui, dans le processus enseignement/apprentissage Patrice Pospel, considère qu'une fracture s'est produite entre les modalités d'apprentissage au fil du temps. Selon cet auteur, par le passé, les élèves devaient s'adapter aux contenus, aux objectifs, et aux exigences des enseignements et des enseignants. Aujourd'hui, il ne suffit plus d'enseigner dans un sens prescriptif et traditionnel pour que les élèves apprennent. En effet, en France, depuis la loi d'orientation de 1989 relative au système éducatif, les élèves sont promus au rang d'apprenants et sont acteurs de leurs apprentissages. Par ailleurs, leur diversité socioculturelle ainsi que l'évolution de la culture elle-même font que les modèles traditionnels sont en crise (Pospel, 2005, p. 113).

C'est en ce sens que, pour Y. Chevallard (2010), l'action d'« apprendre » représente une « rencontre avec l'œuvre ». Il utilise la notion générique d'« œuvre » parce que pour, lui les questions, les réponses, les praxéologies et leurs ingrédients, qui sont des outils de production de réponses à des questions, en ce qu'ils participent de processus de création, sont des œuvres. De ce principe naît la rencontre qu'il décrit en quatre types :

- a) La non-rencontre ou la rencontre évitée ou interdite.
- b) Le deuxième type de rencontre transforme celui qui est censé « apprendre » en simple spectateur de l'œuvre qu'on l'invite à contempler, à apprécier de l'extérieur, sans jamais en devenir l'acteur ou l'utilisateur. Le spectateur, en règle générale, ne peut guère toucher à l'œuvre qui lui est montrée.
- c) Le troisième modèle dominant, mais en crise, où l'on visite plus ou moins hâtivement les œuvres à rencontrer, la plupart des visiteurs ne rapportant de leurs périples que quelques souvenirs vite abandonnés dans un recoin de la mémoire.
- d) Le quatrième type de rencontre où les institutions savantes ou autres se préoccupent de *créer* du praxéologique. Le point de départ est une *question*, jugée *utile* sur laquelle on enquête pour lui apporter une réponse à laquelle on tiendra pour son utilité.

Pour illustrer ce dernier type de rencontre, l'auteur prend en exemple le système de soin contemporain :

« Au surgissement d'une pathologie nouvelle, ce ne sont point de simples réunions de médecins généralistes qui sont mises en place pour réfléchir ensemble et ouvrir des pistes, mais au contraire, c'est la recherche qui se met en branle, en mobilisant souvent de formidables forces productives » (Ibid, p. 142).

En lien avec cette praxéologie l'auteur fait le lien avec la didactique qu'il définit comme :

Cette dimension du réel social qui est coextensive à la présence d'une intention, portée par une personne ou, plus généralement, par une institution, de faire quelque chose pour que quelqu'un, personne ou institution, "apprenne" quelque chose (Ibid, p. 138).

Ce « *quelque chose* » cité plus haut peut être l'éducation thérapeutique, et le *quelqu'un* représente « la personne atteinte de maladie chronique » qui devient dans ce contexte l'« apprenant ». Parce que comme l'expliquent Golay et Giordan :

Le patient est le seul « acteur » de son propre apprentissage. Il apprend à partir de ce qu'il est, mais le plus souvent il doit aller à l'encontre. Il doit suivre un processus de construction/déconstruction selon la pédagogie de l'allostérie (pédagogie systémique qui rend en compte des multiples dimensions du patient). Il n'existe pas de « bonne » méthode pour faire apprendre. Un environnement didactique complexe et paradoxal est le plus souvent à mettre en place pour interagir avec les conceptions du patient et les faire évoluer. Les obstacles à l'« apprendre » ne sont pas seulement d'ordre cognitif, il est nécessaire de faire travailler la personne dans ses cinq dimensions : cognitive, émotionnelle, sensorielle, métacognitive et infracognitive (Golay et Giordan, 2015, p. 90).

Avec l'augmentation des maladies chroniques, de profondes modifications dans l'approche des soins se sont révélées. Ces changements opérés, tant du côté des professionnels que du côté des malades, ont généré de nouvelles pratiques collaboratives ; le statut du patient évolue

alors vers celui de partenaire⁴ des soins avec une expérience et des compétences qui lui sont spécifiques (Abidli, Piette, et Casini, 2015). Ces approches ont montré leur efficacité et l'intérêt d'adapter les actions soignantes aux besoins des patients et usagers (Gagnayre, 2017). En effet, Joann Creager (2007), infirmière clinicienne au Canada, décrit les différences qui existent entre la relation hiérarchique traditionnelle et le partenariat de collaboration, dans une relation de soins :

Dans la relation hiérarchique traditionnelle, premièrement, le professionnel se considère comme un expert qui possède les connaissances nécessaires pour déterminer ce qui convient le mieux à la personne « ignorante ». Ce savoir confère au professionnel le pouvoir d'établir des objectifs, de rendre des décisions et de trouver des solutions aux problèmes. Dans un partenariat de collaboration au contraire, le professionnel se considère comme un expert doté d'un savoir spécialisé mais reconnaît que la personne possède aussi des connaissances essentielles à la prise de décision et à la planification des soins (Creager, 2007, p. 5).

D'où l'intérêt, en ETP, selon Golay et Gordian (2015), de sortir de la pédagogie classique ou frontale, qui reproduit la pratique de l'Université et suppose qu'apprendre est un simple processus de transmission, comportant seulement pour le patient un décodage sommaire, suivi d'une mémorisation immédiate. Ils décrivent les modèles ci-dessous de l'apprendre en éducation du patient :

Modèles	Caractéristiques
<i>L'approche frontale</i>	Le savoir est supposé être transmis directement du soignant au patient par ses dires et ses démonstrations.
<i>L'approche béhavioriste</i>	Le soignant cherche à conditionner son patient par des situations ou des exercices.
<i>L'approche constructiviste</i>	Le soignant suscite chez le patient un processus personnel de construction du savoir.
<i>L'approche socioconstructiviste</i>	Le soignant privilégie chez son patient la connaissance de soi dans son environnement social pour construire un sens commun. En pratique, cela passe par des exercices en groupe dans le but de co-construire des savoirs à partir des expériences de chacun.
<i>L'approche allostérique</i>	Cette approche est centrée sur l'apprenant et sur le fait que celui-ci apprend avec ce qu'il connaît pour aller à son encontre. Le soignant accompagne le patient par un environnement didactique de type systémique pour transformer ses conceptions ou/et modifier son comportement.

Tableau 1 : Différents modèles de l'apprendre en éducation du patient (*ibid*, p. 85)

Des pédagogies dites « actives » avec fiches, protolangage ou matériels sont également de type transmissif malgré leur apparence. Certes, l'expression ou la participation des patients est bien réelle, toutefois la relation éducative reste essentiellement frontale (*ibid*, p. 72).

⁴ Le terme « partenaire » représente pour Hugues Lefort et Thérèse Psiuk une certaine égalité, chacun amenant ses expériences, connaissances, vécu, pour aller dans le même sens. Une relation de soin s'instaure entre le patient et les soignants et chacun doit être à l'écoute de l'autre.

Cette évolution, dans les relations entre le professionnel de santé et la personne malade a montré la nécessité, voire l'urgence, d'instaurer et de définir des compétences générales et spécifiques à ces deux acteurs.

Développement des compétences

Les différentes définitions de la compétence permettent de comprendre et de penser l'action dans divers champs d'application. Richard Wittorski (1998) la situe à l'intersection du parcours de socialisation, de l'expérience professionnelle et de la formation. Il évoque un glissement de la notion de qualification à celle de compétence et présente cette dernière, non pas comme un état, mais davantage comme un processus. Il propose une théorisation de la compétence autour de cinq composantes : cognitive, culturelle, affective, sociale et praxéologique.

La composante culturelle de la compétence correspond, selon lui, à la façon dont la culture de l'organisation dans laquelle se situe l'individu ou le groupe auteur de la compétence va imprimer certaines formes aux compétences produites. Ces cinq dimensions s'articulent à trois niveaux :

- ⇒ Le niveau micro correspond à l'individu ou le collectif auteur de la compétence.
- ⇒ Le niveau méso s'intéresse à l'environnement social immédiat qui correspond au groupe d'appartenance.
- ⇒ Le niveau macro ou sociétal s'applique à l'organisation dans laquelle sont insérés les individus.

Dans tous les cas, la compétence est de l'ordre de l'action.

En effet, pour J. Tardif (2006), il ne s'agit pas de savoirs théoriques ou de connaissances déclaratives, mais de savoirs en actes, ou de séquences d'actions dans des familles de situation. Ainsi, définit-il une compétence comme :

Un savoir agir complexe prenant appui sur la modélisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations avec un caractère intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif (p. 22).

Dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation, Thierry Ardouin donne la définition suivante :

La compétence est la formalisation d'une dynamique complexe, d'un ensemble structuré de savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-être, savoir agir, savoirs sociaux et culturels, savoirs expérientiels), mobilisés de manière finalisée et opératoire dans un contexte particulier. La compétence est le résultat socialement reconnu de l'interaction entre l'individu et l'environnement (Ardouin, 2008).

Pour l'auteur les trois dimensions principales reposent sur :

- ⇒ l'interaction de l'individu et de l'environnement, la personne n'étant jamais compétente seule, indépendamment de tout contexte et organisation.
- ⇒ le produit résultant des interactions.
- ⇒ la représentation et modélisation d'une réalité jamais totalement visible.

On peut observer à travers le schéma suivant que la compétence dans le champ des sciences de l'Éducation et de la formation, fonctionne comme un ensemble tridimensionnel dynamique, associant ressources, projet et transaction.

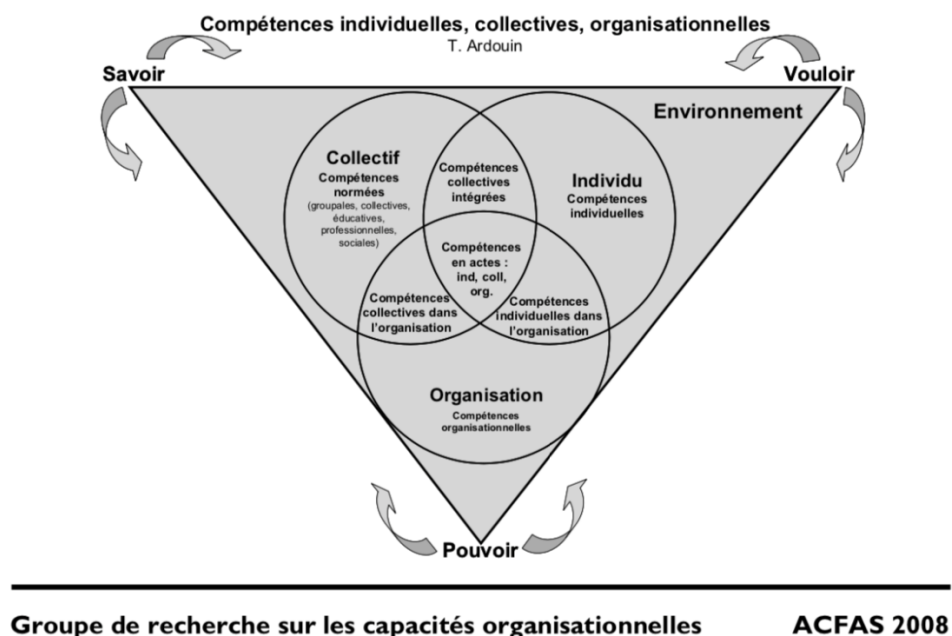


Figure 1 : Des niveaux de compétences dans le champ des sciences de l'éducation (Ardouin, 2008).

Le champ individuel correspond à l'histoire de la personne avec sa singularité, sa culture, ses connaissances, ses compétences, projets, *habitus* et valeurs, son engagement dans l'action. Il intègre le « vouloir agir » et le « savoir agir » issus de son capital social.

Le champ organisationnel englobe le fonctionnement de l'établissement ou de l'entreprise, avec ses règles et ses différents niveaux, liés à son histoire, ses métiers, ses valeurs, son passé, les ressources qui composent l'organisation.

Le champ collectif renvoie aux normes et aux caractéristiques d'un groupe (d'une équipe, d'un corps professionnel ou social) qui existe en dehors de l'organisation, et de l'individu, en tant que tel. Ces compétences collectives, sont un ensemble de ressources, pour l'individu et les

organisations, mais aussi interagissent avec eux comme collectifs sociaux ou professionnels avec lesquels il faut compter.

Dans le champ de la santé, pour une approche globale de celle-ci, des compétences spécifiques sont utiles.

Les compétences psychosociales

Les compétences psychosociales (CPS) sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1993) comme :

La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

En 2001, l'OMS élabore une seconde classification de 10 compétences classées par paires, avec un regroupement en 3 grandes catégories que sont les compétences sociales, cognitives et émotionnelles (Luis et Lamboy, 2015).



Figure 2 : Classification des compétences psychosociales selon l'OMS

Les deux classifications sont utilisées aujourd'hui dès qu'il s'agit d'une intervention, en éducation à la santé et/ou en éducation thérapeutique du patient.

1.2 Fondement de l'ETP – Définitions - Paradoxes

L'Éducation Thérapeutique du Patient, de quoi parlons-nous ?

La fonction éducative a toujours fait partie de la relation avec le malade depuis qu'il existe des soignants. Un exemple avec les infirmières qui, au début du XX^e siècle, assuraient une fonction d'enseignement aux malades et à leurs familles sur la nutrition, l'hygiène, la promotion de la santé en donnant des informations sur les interventions médicales (Lagger, Chambouleyon, Lasserre-Moutet, Giordan et Golay, 2008).

Dans sa thèse de médecine, Maëlle Loné (2019) fait l'historique de l'ETP. Elle s'appuie sur les travaux d'Elioth Proctor Joslin, diabétologue américain, qu'elle considère comme le pionnier de l'ETP. Novateur à son époque, ce diabétologue publie deux manuels de référence : *The Treatment of Diabetes Mellitus* qui paraît en 1916, et *Diabetic Manual-for the Doctor and Patient*, en 1919. Dans ce dernier ouvrage, l'auteur décrit comment le patient peut devenir autonome et contrôler sa maladie, au lieu d'être une simple victime d'une maladie incurable. Il reconnaît déjà l'importance de la présence d'une équipe pluridisciplinaire et plus particulièrement, le rôle indispensable des « infirmières itinérantes ». Le médecin remarque qu'au cours de leurs interventions au domicile des patients, les infirmières aident ces derniers à gérer leur alimentation et leur apprennent à surveiller leur diabète à partir de leurs urines.

Entre-temps, les recherches se poursuivent et en janvier 1922, un premier enfant diabétique, Leonard Thomson, est sauvé grâce à une injection d'insuline. Désormais, les patients vont devoir apprendre à injecter l'insuline extraite de pancréas de porc ou de bœuf, 3 à 4 fois par jour (Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau, 2017, p. 286).

En France, Léon Blum, professeur de clinique médicale à Strasbourg, administre la première injection humaine le 19 décembre 1922, à une patiente de 54 ans en état d'acidocétose. Grâce à la découverte de l'insuline, le diabète passe du statut de maladie aiguë à celle de maladie chronique. Les patients ne meurent plus du diabète, mais de ses complications. Toutefois, les malades diabétiques doivent toujours poursuivre une diète stricte et une activité physique quotidienne. L'exemple du diabète montre l'efficacité d'un processus d'apprentissage réussi tant chez les infirmières, que chez les patients et leur famille qui se sont appropriés un acte de soin, l'injection d'insuline en autonomie, devenu un acte courant. L'efficacité de cette pratique a favorisé par la suite la création de plusieurs associations de patients diabétiques,

mais s'illustre comme le meilleur exemple d'éducation thérapeutique à domicile et une période fondatrice de la première ère de l'ETP (Lonné, 2019).

Les points de départ de l'ETP

Ce sont les travaux de Leona Miller et Jack Goldstein sur l'accompagnement des malades diabétiques aux États-Unis dans les années 1970 qui initient une diffusion internationale de l'éducation du patient, en Amérique du Nord et en Europe.

En Europe, l'éducation du patient se met en place d'abord en Suisse en 1975 avec l'équipe de Jean-Philippe Assal, diabétologue. Il crée avec son équipe une unité de « traitement et d'enseignement du diabète » au sein de l'hôpital universitaire de Genève (Assal et Lacroix, 2003). L'approche humaniste qu'ils développent est la clé de la qualité de la relation et l'engagement du thérapeute. Le vécu du malade est alors une source de connaissances et d'apprentissage, aussi bien pour le malade que pour les soignants (Lagger, Chambouleyon, Lasserre-Moutet, Giordan, et Golay, 2008). Simultanément en Belgique, le professeur Alain Deccache crée une équipe transversale en sciences humaines dans un « service d'éducation sanitaire de l'hôpital ». En France en 1977, Jean-François d'Ivernois et Rémy Gagnayre, tous deux médecins et professeurs en Sciences de l'Éducation, créent une équipe autour de la thématique de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques (Balcou-Debussche, 2016).

Cette dynamique s'accompagne de la création, en 1989, de la structure associative « *Diabetes Éducation Study Group* de Langue Française » (DESG-LF), devenue l'Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique (AFDET) en février 2011. L'Afdet entend rompre avec une santé prescrite et donner une place centrale à l'individu, comme acteur et non spectateur de sa santé (Perrier et Perrin, 2018). À cette période, on ne parle pas d'éducation thérapeutique mais d'éducation du patient, appliquée à quelques maladies comme le diabète ou l'asthme, à partir de l'évolution des connaissances sur les pathologies et les thérapeutiques (*ibid*).

En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) région Europe, fixe la finalité de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme suit : *visé à aider le patient à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique*. Cependant, pour la mise en application, il manquait aux soignants des capacités requises pour éduquer les patients.

C'est alors qu'en 1998, un groupe de travail composé d'experts de : l'Unité RESO, la Faculté de Médecine Université catholique de Louvain Bruxelles, le Département d'éducation thérapeutique pour maladies chroniques Université de Genève, le CH. et l'UFR de Pédagogie de la Santé Université de Paris Bobigny, a réalisé cette version française indiquant :

Qu'il s'agit d'un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, nécessairement intégré au traitement et aux soins, ayant un caractère multi professionnel et multidisciplinaire et nécessitant pour les professionnels de santé de suivre des formations méthodologiques.

Dans cette même année, en France, le Haut Comité de Santé Publique renforce la nécessité de soutenir activement le développement de l'éducation thérapeutique en raison du contexte national de surmortalité, de prévalence croissante des maladies chroniques, d'inégalités de santé et de baisse de la démographie médicale. (Grenier, Bourdillon, & Gagnayre, 2007).

Puis, en 2007 la Haute Autorité de Santé élabore un guide méthodologique et des recommandations intitulé : « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ». Ce guide définit ce qu'est l'ETP et détaille sa méthode de mise en œuvre en France (Haute Autorité de Santé, 2007).

L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Nous relevons dans ce guide qu'une ETP peut être dispensée en collectif ou en individuel et peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes :

- Dans tous les secteurs, lieux ou structures dédiés aux soins, quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé.
- À domicile ou dans un lieu garantissant confort, sécurité et confidentialité.

Dans ces deux cas, les professionnels de santé en charge de l'ETP vont à la rencontre des patients au plus près de leur lieu de vie. Pour ce faire l'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé.

Dans les services des urgences, si le motif de la consultation relève d'un incident, d'une complication de la maladie, d'une difficulté de gestion de la maladie chronique, une information sur l'accessibilité à des ressources locales en ETP doit être donnée au patient.

Aussi dans le guide, la HAS précise *qu'une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.*

Au total, l'ETP a un triple intérêt (Baudier & Leboube, 2007)

1. Sanitaire.
2. Qualité de vie : un patient éduqué, donc acteur et responsable de sa santé, améliore la maîtrise de sa maladie et développant ses propres compétences.
3. Économique : de nombreuses études montrent que des réductions de coûts sont obtenues surtout grâce à la diminution des hospitalisations.

La progression de l'ETP en France

En 2008 à l'occasion dans un rapport intitulé « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient »⁵, présenté au ministre de la santé par un Collectif inter associatif sur la santé, présidé par Christian SAOUT, une nouvelle définition jugée plus opérationnelle a été proposée sous forme de recommandation :

L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable (Saout, Charbonnel, & Bertrant, 2008).

À la suite de ce rapport, en 2009, l'article 84 de la loi HPST insère un titre VI au livre 1^{er} du code de la santé publique intitulé «Éducation thérapeutique du patient» (ETP)⁶. Les articles L. 1161-1 à L. 1162-1 de ce Code constituent dorénavant le cadre juridique de l'ETP. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Pour la première fois, ce concept est érigé en « une politique et une priorité nationale » (Couty, 2009). Pour la première fois, l'ETP elle est

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf.

⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>.

désormais inscrite dans le parcours de soins du patient avec un cadre réglementaire (Chrétien, 2011). Depuis la loi HPST DE 2009 de nombreux textes régissent l'ETP : *Le Manuel de certification des établissements de santé V2010* intègre l'éducation thérapeutique dans son critère 23.a. L'ETP n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Décrets et arrêtés de la loi HPST en août 2010 concernant l'éducation thérapeutique. Ils sont complétés par deux arrêtés qui précisent, d'une part, les conditions dans lesquelles un programme d'éducation thérapeutique peut être autorisé par les Agences régionales de santé (cahier des charges du programme et dossier de demande d'autorisation) et, d'autre part, les compétences dont les professionnels de santé doivent disposer pour pratiquer l'éducation thérapeutique.

En mai 2013, un décret et un arrêté viennent actualiser les décrets et arrêtés de 2010 relatifs aux compétences. Ils définissent, en plus des compétences nécessaires pour dispenser l'ETP, les compétences nécessaires pour coordonner l'ETP. L'Inpes propose deux référentiels de compétences qui sont annexés aux textes législatifs. Le premier est consacré aux compétences pour dispenser l'ETP, et le deuxième concerne les compétences pour coordonner. Ces documents permettent de survoler l'ensemble de la démarche d'ETP en la découpant en six étapes appelées situations (six situations pour dispenser et six situations pour coordonner).

En janvier 2015, un arrêté vient abroger et remplacer l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient, et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Il modifie aussi quelques termes de l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences ce qui permet, entre autres, d'introduire un minimum de 40 heures de formation pour la coordination d'un programme d'ETP.

La HAS fait une révision du critère 23.a, (*Manuel V2010 révisé 2011*) suite à la loi HPST de 2009 qui introduisant la notion d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés par les ARS. Ainsi en 2013, la HAS a élaboré un outil d'aide au questionnement sur le critère 23.a – Éducation thérapeutique du patient⁷. Les activités éducatives ciblées (AEC) sont mentionnées. Elles ne nécessitent pas une autorisation par l'ARS. Dans sa définition une AEC doit :

⇒ évaluer les besoins éducatifs, les connaissances et compétences de départ du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques, et de leurs conséquences ;

7

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/20130130_23a_outil_aide_questionnement.pdf.

- ⇒ proposer au patient un cadre pour l'apprentissage d'une compétence définie au préalable, un déroulement et un contenu précis sur un temps suffisamment long pour utiliser des méthodes interactives permettant au patient de manipuler, être mis en situation de résoudre des problèmes ;
- ⇒ s'assurer de l'acquisition de la compétence et des conditions de réalisation dans la vie quotidienne, donner et recevoir du feed-back : reformulation, mise en situation, observation et retour de la part du soignant et du patient (Drahi, 2020).

En 2015 la HAS élabore une mise au point sur la Démarche centrée sur le patient. La fiche N° 28 s'intitule : *Proposer une éducation thérapeutique au patient. Sous quels formats ?* « Activité éducative ciblée personnalisée ». C'est un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large.

Depuis le 1er janvier 2021, tout programme d'éducation thérapeutique mis en œuvre doit faire l'objet d'une déclaration à l'ARS. Les textes d'application de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » relatifs à l'ETP) ont été publiés au *Journal Officiel* du 4 août 2010. Ils ont été modifiés par un décret et un arrêté parus au Journal Officiel du 1^{er} janvier 2021.

Le professeur André Grimaldi distingue trois périodes successives dans l'histoire de l'ETP en France :

- 1) Une première basée sur une pédagogie verticale, autoritaire et passive.
- 2) La deuxième, vers les années 1970, avec une pédagogie humaniste, active et constructiviste.
- 3) La troisième, qui débute à la fin du 20^{ème}, avec l'approche par compétence et le management par objectifs qui prédominent (Grimaldi, 2017).

Le Docteur Maëlle Lonné fait de même et décrit trois ères en précisant des dates :

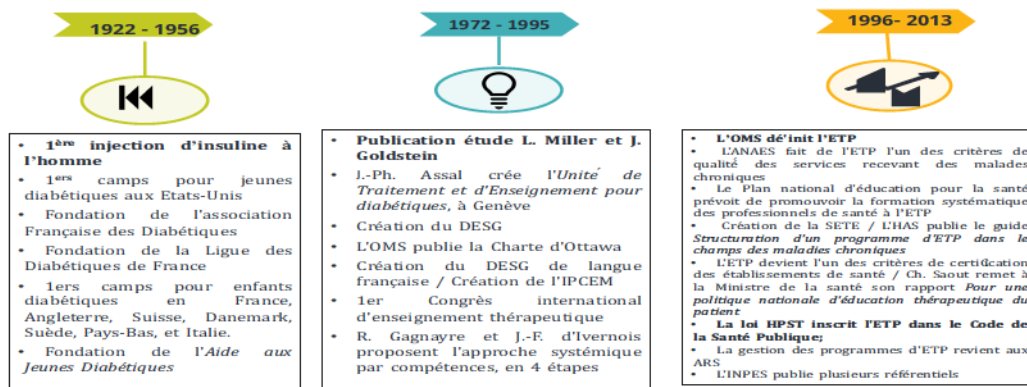


Figure 3 : Trois périodes dans l'évolution de l'ETP.

⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

Selon Éric Drahi, membre de la SFDRMG⁹, la loi HPST de 2009, qui s'est inspiré du guide méthodologique de la HAS (cité précédemment) pour créer la notion de programme d'ETP autorisé par l'ARS, présente quelques limites, notamment :

- ⇒ Elle ne prévoyait pas d'autre alternative que le programme autorisé, ce qui fige la pratique de l'ETP dans un modèle rigide en groupe.
- ⇒ L'accès à un programme d'ETP se fait par le passage par un service hospitalier en hospitalisation ou en consultation.
- ⇒ Le modèle pédagogique par compétences est privilégié, dans la limite d'une seule pathologie.
- ⇒ Cette ETP n'est pas inscrite dans le parcours de santé du patient, mais plus en parallèle. Parce que des intervenants autres que les soignants de premiers recours réalisent des programmes sans lien avec le médecin traitant.
- ⇒ L'ETP est souvent réalisée dans un service hospitalier ou autre structure comme un réseau de santé [...] et non dans le lieu de soins de proximité.
- ⇒ L'inclusion d'un patient dans un programme d'ETP se fait pour une durée limitée, alors que la HAS parle d'un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient,
- ⇒ La construction des programmes est centrée sur des structures et nie la place des soignants de premier recours,
- ⇒ Elle ne convient pas à tous les patients, le groupe étant souvent difficilement accessible aux personnes en situation de précarité ou souffrant de maladie mentale
- ⇒ Cette ETP de programmes par pathologie, rend impossible la prise en compte des multi morbidités.
- ⇒ Étant limitée dans le temps, elle ne prend pas en compte la notion de chronicité de ses maladies qui durent tout au long de la vie.
- ⇒ Ne tient pas compte des niveaux de littératie en santé. Puisque l'accès à des programmes d'ETP dans les lieux dédiés est plus facile pour les personnes ayant les meilleurs niveaux de littératie en santé.

⁹ La Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale (SFDRMG), société scientifique de médecine générale, membre de la composante scientifique du Collège de la Médecine Générale.

- ⇒ Des disparités géographiques de l'offre d'ETP existent. Les programmes autorisés sont réalisés dans les grandes agglomérations, délaissant les populations des campagnes, surtout celle défavorisée sur le plan de la mobilité.
- ⇒ Les programmes d'ETP autorisés dans les lieux de soins primaires restent rares (Drahi, 2020).

Pour A. Grimaldi la médecine somme l'ETP de faire ses preuves sur des données « d'outcomes », comme pour les médicaments, alors que l'évaluation clinique de l'ETP ne peut se faire que sur des objectifs personnels fixés par les patients, à l'issue de l'éducation et pas avant. D'autant que le patient a le droit de choisir ou pas de se fixer des objectifs qui ne sont pas évaluables. Il pense que c'est une des raisons pour laquelle l'ETP n'a pas réussi à trouver une place importante au sein des congrès médicaux et qu'elle ait été confiée pour l'essentiel aux paramédicaux (Grimaldi, 2017).

La maladie chronique support de l'ETP

L'éducation thérapeutique du patient, qui trouve son essor en raison de la prévalence des maladies chroniques, a imposé de profonds changements dans la relation médecin-patient, conduisant ainsi vers une révolution conceptuelle de la médecine. L'information ne suffit plus, le malade a besoin d'apprendre à gérer son traitement (Gallois, Valée et Le Noc, 2009), parce que, comme les définit l'OMS, les maladies chroniques sont : « Des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et qui nécessitent un traitement et des soins à long terme ». Elles sont la première cause de mortalité dans le monde.

Dans un numéro d'une revue du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) (Agrinier et Rat, 2010) définissent la maladie chronique comme un « état chronique », qui se caractérise par :

- ⇒ La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer.
- ⇒ Une ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle.
- ⇒ Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - 1) limitation des activités ou de la participation sociale ;
 - 2) dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
 - 3) nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

En France (y compris dans les départements d'Outre-mer), les spécialistes parlent d'épidémie de maladies chroniques qui touche plus de 20 millions de personnes et consomme 65 % des dépenses de la Sécurité Sociale, soit plus de 100 milliards d'euros. Ce sont des pathologies que l'on peut soigner, mais qu'on ne sait pas guérir : diabète, obésités, hypertension artérielle, sida, asthme, insuffisance respiratoire, mucoviscidose, myopathie, polyarthrite rhumatoïde, lupus, insuffisance rénale, cirrhoses hépatiques, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), insuffisance coronaire, insuffisance cardiaque, séquelles d'accident vasculaire cérébral, troubles musculo-squelettiques, scléroses en plaques, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA), cancers, maladies psychiatriques, maladie d'Alzheimer... C'est la résultante du vieillissement de la population, des dégâts environnementaux, et paradoxalement des progrès médicaux (Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau, 2017 p.7).

En effet, les besoins sanitaires des sociétés ont considérablement évolué, au cours des dernières décennies. La prévention, la prise en compte des facteurs de risque, les maladies chroniques représentent une part importante de l'activité médicale et de la relation médecin-patient. Cette activité ne peut plus se résumer à la prescription d'une ordonnance, et devient une véritable éducation thérapeutique permettant à la personne malade d'autogérer ses problèmes de santé au quotidien (Gallois, Valée, et Le Noc, 2009). Toutes les maladies chroniques ne se valent pas, comme l'explique Morgane Brignon (2019). En effet, dit-elle, les préoccupations d'un patient atteint d'un cancer porteront sur la question de sa survie, alors qu'un patient souffrant de polyarthrite aura comme préoccupations premières les limitations, la douleur et la dépendance.

L'application de l'ETP se structure autour de définitions

La première définition de l'ETP, nous l'avons dit précédemment, est celle de l'OMS et date de 1998 :

L'ETP devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'ETP implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie (d'Ivernois et Gagnayre, 2016, p. 2).

Cette définition a été reprise des années après par la HAS et L'INPES. Simultanément, dans l'année 1998, le Haut Conseil de Santé publique renforce la nécessité de soutenir activement le développement de l'éducation thérapeutique en raison du contexte national de surmortalité, de prévalence croissante des maladies chroniques, d'inégalités de santé et de baisse de la démographie médicale (Grenier, Bourdillon, et Gagnayre, 2007). Cependant, les pratiques se réduisent encore souvent à de l'information, de la transmission de savoirs et de savoir-faire, ne prenant que très peu en compte les facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans les problèmes de santé. À Genève, (Golay, Lagger, et Giordan, 2013), pionniers de l'ETP font le même constat :

À l'origine, l'ETP était centrée essentiellement sur l'enseignement de notions. Le paradigme de référence de cet enseignement est le modèle biomédical dans lequel la maladie a un substrat organique et une cause d'origine biologique. L'acteur principal de la situation éducative est le soignant, il doit intervenir sur la cause et parallèlement, il dispense un enseignement approprié à celle-ci et aux soins. Le soignant est formé en situation d'urgence à l'hôpital ; sa culture dominante est l'aigu, c'est-à-dire oser un diagnostic et proposer un traitement de la crise ; ses références sont les études épidémiologiques basées sur les critères de mortalité et de morbidité. Ainsi, il ordonne, prescrit, au mieux explique, il montre, il conseille une modification de comportement (alimentation, activité physique, etc.) (ibid. p. 21).

Des acteurs de nombreuses disciplines tentent pourtant de sortir l'ETP de la seule logique de l'information (Eymard, 2010). La création en 2002 de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne (SETE) témoigne d'une volonté de valoriser la recherche interdisciplinaire, et de tisser des liens entre les professionnels de santé qui soignent des malades chroniques différents. Depuis, un intérêt social et scientifique pour le champ de l'ETP est visible. Ce contexte se manifeste par une multiplication des lieux d'identification, d'analyse et d'évaluation des actions de soin dans les espaces professionnels, dans les espaces de formation ou dans les espaces de recherche. Tantôt l'intention affichée dominante est une intention de professionnalisation, tantôt une intention de production de savoirs, ou de production de changements, tantôt les trois à la fois (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2014).

Vers l'uniformisation des pratiques en ETP

Sa mise en œuvre s'appuie sur des textes successifs qui régissent son application, qu'il s'agisse des conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, des compétences requises pour les professionnels de santé pour la dispenser ou la coordonner¹⁰,

10

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=hZyDHW_y0EPOqjv17zp_BCu1fmt64dDetDQxhvJZNMc=

du cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et de la composition du dossier de leur autorisation et de leur renouvellement¹¹.

Les pathologies donnant lieu à des programmes d'ETP sont fixées par arrêté du ministre de la Santé. Ces programmes doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration doivent être définies par décret. L'Agence régionale de santé est au cœur du dispositif : c'est elle qui vérifie que les programmes d'ETP répondent bien au cahier des charges nationales. Elle est chargée de l'évaluation de ces programmes et s'assure du maillage de l'offre en éducation thérapeutique, tant en ville qu'à l'hôpital. C'est elle enfin qui finance les programmes. L'intérêt économique de l'éducation thérapeutique du patient est la réduction des coûts obtenues, surtout grâce à la diminution des hospitalisations (Baudier et Leboube, 2007). Cette diminution du recours aux soins peut donc, entraîner une baisse des dépenses de santé ou des dépenses indirectes (Lang, 2011).

La loi du 21 juillet 2009-879, dite HPST, a mis en place les Agences régionales de santé (ARS). L'une de leurs missions est de décliner la politique nationale dans les régions et de l'adapter aux réalités territoriales (Couty, 2009). Cette loi réintroduit la notion de programme territorial de santé. Il s'agit de définir sur un territoire donné, un projet ou un programme en fonction duquel l'hôpital, les professionnels de santé, les différents acteurs de santé ou médicosociaux vont s'organiser pour un ensemble cohérent d'actions vis-à-vis d'une population donnée (Traynard, Gagnayre, 2013, p. 110).

L'article 84 de cette loi insère un titre VI au livre 1^{er} du code de la Santé Publique intitulé : « Éducation thérapeutique du patient » (ETP). Les articles L.1161-1 à L.1162-1 constituent le cadre juridique de l'ETP. La mise en œuvre de l'ETP s'appuie sur des textes successifs qui régissent son application. Les plus récents à ce jour sont le Décret n° 2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient, et l'arrêté du 30 décembre 2020 relatif au *Cahier des charges des programmes d'ETP*, et à la composition du dossier de déclaration. Ils modifient l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP du patient ; tous deux sont applicables au 1^{er} janvier 2021. La notion d'autorisation est remplacée par la déclaration.

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030135866>.

Paradoxe de vocables qui s'apparentent à l'ETP

Autonomie du patient-sujet : paradoxe dans la relation de soin

Le professeur A. Grimaldi relève un paradoxe dans les définitions de l'ETP : « Rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits ». *Autonome*, mais pas trop, ou plutôt librement obéissant » (Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau, 2017. p. 281). « On dit, on le répète : « *L'éducation thérapeutique a pour but de permettre au patient de retrouver son autonomie* ». S'il doit la retrouver, c'est donc qu'il l'a perdue. Mais en même temps, on souligne qu'il faut respecter l'autonomie¹² du patient. Si l'on doit la respecter, c'est donc qu'il ne l'a pas perdue, ou, du moins pas totalement (Grimaldi, 2013).

Cette définition a également interpellé l'oncologue Carole Bouleuc-Parrot, (2018) qui s'interroge et propose :

Mais rend-on le patient autonome en facilitant son adhésion au traitement prescrit ? Cette définition maladroite de l'autonomie qui lui attribue l'objectif d'augmenter l'adhésion thérapeutique témoigne d'une vision centrée sur le médecin. Il faudrait plutôt préciser que l'ETP permet au patient de mieux comprendre les enjeux de son traitement, pour lui permettre d'exercer son autonomie en décidant de le suivre – ou de l'interrompre – selon ses choix personnels.

Par ailleurs, Gérard Reach, (2007) a opposé le concept générique d'autonomie de la personne au concept « d'autonomie thérapeutique » de la personne face à une décision médicale, à un choix concernant sa santé, ce qui modifie un peu le concept. Dans cette situation, c'est une personne malade qui vient consulter un médecin, ou un soigné qui est pris en charge par une équipe soignante. La question d'autonomie se pose alors du point de vue de la personne en relation thérapeutique avec une autre ; c'est-à-dire que non seulement la personne devra être autonome par rapport à elle-même et ses actions, mais elle devra aussi l'être par rapport au soignant, à l'autre qui pourrait lui dicter ses actions ou en prendre le contrôle. Il constate que cette relation binaire peut se complexifier si elle implique d'autres acteurs, comme la famille ou l'entourage du malade, qui peuvent vouloir intervenir dans ses choix. Dans la figure ci-

¹² Le respect de l'autonomie du patient est inscrit en ces termes dans la loi, du 4 mars 2002 : pour le Dr G. Reach, « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix ». Il s'agit de la traduction, au niveau de la loi, d'un principe nouveau de l'éthique médicale, introduit précisément en 1979, lors de la publication d'un traité américain de Bioéthique demandant de rajouter aux deux principes hippocratiques de bienfaisance et de non-malfaisance, deux principes nouveaux : a) un principe de justice, assurant à tous l'accès aux ressources médicales ; b) un principe d'autonomie.

Par « autonome », nous entendons que dans la relation que le malade entretient avec les personnes qui interagissent dans ses problèmes de santé, qu'il soit capable de prendre lui-même ses décisions.

dessous l'auteur fait remarquer que l'entrée du principe d'autonomie en médecine est contemporaine de l'Évidence Based Medicine (EBM) et de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

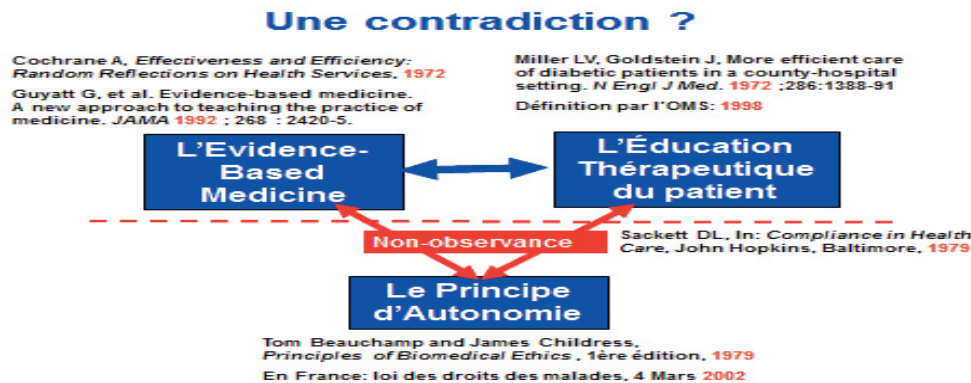


Figure 4 : Trois interventions de la médecine contemporaine, portant en germe des contradictions, dont la non-observance pourraient être la manifestation (Reach, 2013).

Pour ce médecin, l'autonomie est une notion relative d'un patient à l'autre, mais aussi, quand il s'agit d'un patient donné, d'un traitement à l'autre, d'un moment à l'autre. Il conçoit l'autonomie comme un état psychologique du « patient individuel » qu'il a en face de lui à un instant donné. Cet état psychologique du patient est plus ou moins développé, plus ou moins désiré, plus ou moins présent et le médecin devra en tenir compte. Il estime que le moment le plus difficile, mais le plus important de l'art médical, est celui de savoir apprécier à un moment donné ce que ce patient singulier qu'il a en face de lui désire réellement ; tout en sachant qu'il peut s'agir d'un « désir d'autonomie ». C'est ainsi que ce médecin fait un lien entre l'ETP et le principe d'autonomie, car, aider le patient à progresser sur le chemin de l'autonomie est l'un des rôles L'ETP. La question n'est plus de savoir qui décide, mais d'apprendre à décider ensemble (Reach, 2013).

Pour sa part, Philippe Barrier, philosophe et sociologue de l'éducation et aussi un patient doté d'une longue expérience de vie avec la maladie chronique, à partir de sa propre expérience de malade et s'appuyant sur une pensée de Georges Canguilhem extraite de l'essai : *Le Normal et le Pathologique*, a développé le concept « d'auto-normativité du patient chronique », qu'il analyse comme :

Un concept critique qui vise une refonte de la relation soignante, en mettant à jour une potentialité normative individuelle de reconstruction de soi et de son lien aux autres et au monde, au sein même de l'épreuve de la maladie. Il permet de concevoir qu'on puisse être autonome dans une situation d'interdépendance reconnue et finalement consentie (c'est-à-dire passer par l'épreuve de son refus), comme on peut ne pas être autonome au sein d'une liberté totale d'action, incapable de se penser des limites et des exigences (Barrier, 2014, p. 11).

Ce concept, qu'il nomme également « normativité consciente individuelle », vise à ajuster des normes à des valeurs de vie. En effet, avant la maladie, la personne avait ses propres normes de vie singulière. Désormais, elle retrouve le monde des « hommes », parce qu'elle s'est retrouvée dans une communauté, dont la maladie est l'occasion de découvrir des préoccupations qu'elle pensait purement intimes et solitaires. Ainsi naît un nouveau sentiment d'appartenance à l'humanité (*ibid*).

Pour le patient chronique, c'est l'écoute attentive et empathique qui facilite la libre expression et le dialogue, ce qui n'a pas grand-chose à voir avec l'interrogatoire médical. L'auteur ajoute que c'est ainsi que le patient pourra, sans doute, découvrir par lui-même que sa maladie, c'est-à-dire essentiellement les exigences du traitement et de la recherche d'un équilibre, ne constituent plus le problème mais la solution (Barrier 2013). Aussi, l'autonomie du patient n'est pas un but, un horizon vers lequel tendre, elle est un processus sans fin d'autonomisation ; sans autre fin que la fin de la vie même (Barrier 2008).

La notion de patient devient aussi tout paradoxale

De malade passif, il est devenu un patient actif qui peut participer aux soins et est en mesure d'attendre de la part de ses interlocuteurs soignants et médicaux une participation aux soins.

Dans le contexte actuel de développement des maladies chroniques : au lieu de penser le monde de la santé du seul point de vue des professionnels qui y exercent, il devient désormais possible de songer à un développement de lieux, d'interventions, d'organisations pensées cette fois à partir du patient, en perspective de co-constructions dans lesquelles le soignant et le patient peuvent travailler de concert, et à bénéfices réciproques (Balcou-Debussche 2018, p. 358).

En effet, il lui est demandé de devenir « acteur de sa santé », autonome, responsable, tout en restant un *patient* alors qu'il n'est pas formé à ces nouvelles postures imposées (*ibid*, p. 356).

Ainsi :

« Le travail du malade recouvre la réalisation d'un ensemble de tâches à travers lesquelles le sujet transforme son environnement, gère les incertitudes liées à la maladie et aux traitements. L'expérience inédite d'un "soi-malade" implique la réorientation d'un parcours de vie, la mobilisation de nouveaux registres d'activités, et introduit dès lors de nouvelles formes d'expériences » (Thievenaz, Tourette-Turgis, et Khaldi, 2013).

Désormais, la sémantique qui caractérise le patient est riche, au point que (Mougeot, *et al.*, 2018) parlent d'inflation lexicale qui passe de la passivité à un rôle actif porteur de savoirs : patients-ressources, patients médiateurs (*peer educators*), pairs aidants, médiateurs de santé, médiateurs pairs, patients formateurs, patients experts, patients diplômés en éducation thérapeutique, patients partenaires, patients sentinelles, patients auto-normatifs, patients co-chercheurs.

Le terme le plus répandu est celui de « patient expert ». Du coup, le concept d'« expertise » accordée au patient, le professeur André Grimaldi l'attribue au produit de trois faits de société : la critique de l'expert scientifique, la diffusion du savoir favorisée notamment par les nouvelles techniques de communication, et l'existence d'un savoir expérientiel singulier (Grimaldi, 2010). Autant d'éléments qui complexifient la définition d'un patient expert que Lefort et Psiuk (2019) considèrent comme ;

Un patient qui, par son parcours de soins de longue durée, devient expert dans sa prise en charge, car il peut anticiper certaines situations qu'il transmet à l'équipe médicale. C'est aussi un patient issu du domaine médical et qui serait à l'initiative de certaines prises de décision dans son parcours de soins. Lorsque le patient est partenaire, il acquiert de l'expertise au fil de son expérience grâce au contact de sa maladie et de son médecin. Il est à l'écoute de ses besoins, apprend à connaître sa maladie. La relation de partenaire le conduit vers la maîtrise des connaissances de sa maladie dans son quotidien pour en devenir expert (ibid, p. 28).

C'est ainsi que Philippe Assal atteste que « le patient est expert avec le soignant ». Que ce soit avec un médecin, un infirmier, un psychologue, c'est la collaboration qui fait l'expertise (Cifali Bega, 2013).

D'autres mots dans leur utilisation en ETP rencontrent des difficultés de définitions, notamment l'empowerment.

L'empowerment : des définitions fabriquées

L'importation en France du terme *empowerment*, s'est faite dans les années 2000 et est entré dans le vocabulaire du travail social et de la santé. Une des premières difficultés de l'utilisation française de cette notion est sa traduction.

Plusieurs formulations ont été proposées, parmi lesquelles « capacitation », « empowerment », « autonomisation » ou « pouvoir d'agir ». Une seconde difficulté – et un second intérêt – de cette notion réside dans sa trajectoire, dans la multiplicité des champs où elle est mobilisée, dans les évolutions de ses interprétations au fil du temps et selon les contextes (Bacqué et Biewener, 2013 p. 25).

Toutefois, pour Isabelle Aujoulat (2007) à partir de son contraire, l'*empowerment* prend tout son sens. Elle illustre ainsi son propos :

c'est parce que l'individu est confronté à une situation ou à un environnement aliénant (e), qui lui confère un sentiment de perte de contrôle ou qui le réduit à une condition d'incapacité réelle (powerlessness), qu'il est amené à réagir pour renforcer sa capacité et son sentiment de contrôle (empowerment comme processus) ou qu'il est encouragé par autrui à renforcer sa capacité d'agir (empowerment comme stratégie d'intervention éducative). Ou encore, c'est parce qu'il a transformé la situation ou l'environnement aliénant (e), qu'il est devenu un individu capable d'agir, avec le sentiment de contrôler sa vie (empowerment comme résultat) (ibid, p. 7).

Ainsi, concernant l'éducation thérapeutique Aujoulat indique que :

S'agissant de l'existence d'une maladie chronique, avec laquelle le patient doit apprendre à vivre jusqu'à sa mort, sans espoir de modifier cette situation de maladie, la question du

processus d'empowerment, défini en fonction d'une finalité de contrôle et de transformation de situation, est paradoxale et soulève la question de la pertinence de l'utilisation de ce terme comme finalité ou enjeu de l'éducation thérapeutique des patients (ibid, p. 12).

Elle utilise à plusieurs reprises la notion de capacité d'agir, un potentiel que d'autres proposent de développer.

Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC)

Le travail social, éducatif et thérapeutique, orienté vers la relation d'aide vise effectivement à accompagner le changement. C'est dans cette perspective que s'inscrit le *développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités* dénommé DPA-PC. Cette démarche a été introduite en France il y a une quinzaine d'années. Pour Yann Le Bossé, la notion de « développement du pouvoir d'agir » renvoie à un phénomène précis :

Le passage d'une situation d'impuissance perçue ou tangible à une situation où les acteurs concernés perçoivent des opportunités concrètes d'agir pour obtenir le changement auquel ils aspirent. C'est un processus que l'on observe fréquemment dans la vie quotidienne indépendamment de toute intervention professionnelle. Ce passage se concrétise par le dépassement du sentiment d'impuissance. On peut désormais agir là où on voyait initialement une impasse. C'est en ce sens que l'on peut parler de « développement » (Le Bossé, 2017, p. 294).

C'est l'interprétation que nous faisons des propos de Franck Manzoni, patient ressource intervenant pour qui :

Par l'adaptation quotidienne et le développement de leur pouvoir d'agir, les patients chroniques sont véritablement acteurs de leurs vies avec la maladie. [...] Une guidance vers l'acceptation, la résilience où la redéfinition du temps d'après, permettrait à chacun de véritablement devenir auteur de sa propre vie (Manzoni, 2020, p. 25).

Donc, le développement de leur pouvoir d'agir (DPA-PC), en partant de ce qui est important pour la personne ou la collectivité concernée, offre un espace de délibération et de recherche de solution viable. Cette approche est rigoureuse pour l'accompagnant. C'est un outil de changement au quotidien, et parfois transformateur des structures et des institutions (Dutrieux, 2017, p.32). Autant de termes, de concepts ou de notions qui s'utilisent dans le contexte de l'éducation thérapeutique du patient.

1.3 Différentes voies de mise en œuvre de l'ETP

Pour accompagner les personnes porteuses de maladies chroniques, depuis la loi HPST, l'ETP se décompose en trois modalités distinctes : les programmes d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement, les programmes d'apprentissage. L'ETP

nécessite alors une triple compétence de l'équipe soignante : biomédicale, pédagogique et psychosociale (Grimaldi, Caillé, Pierru, & Tabuteau, 2017, p. 281)

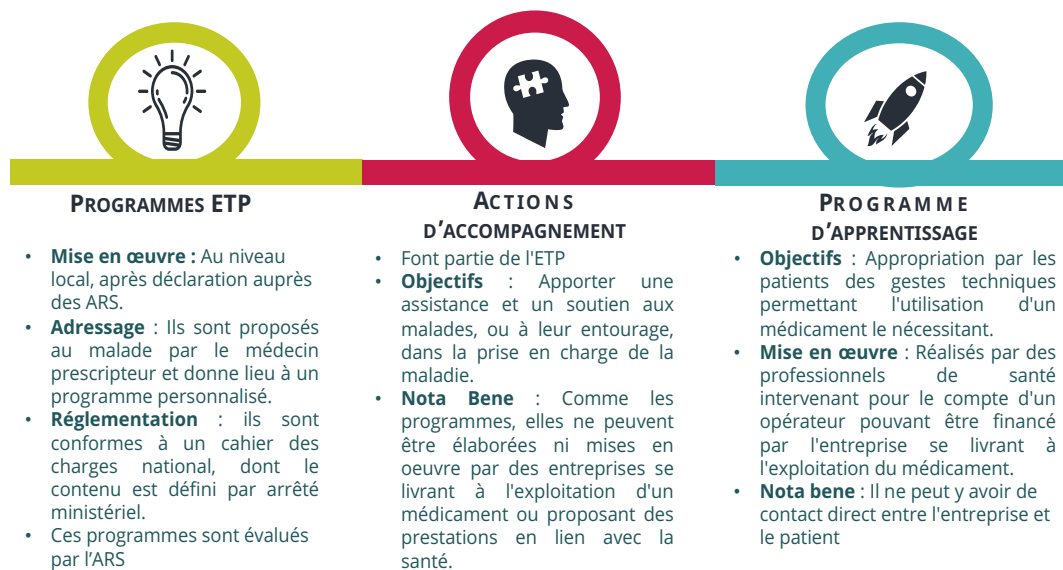


Figure 5 : Trois modalités de mise en œuvre de l'ETP

Des compétences spécifiques pour le patient et pour les soignants

L'éducation thérapeutique requiert des compétences de la part des professionnels et également de la part des patients.

Du côté des professionnels éducateurs

À la suite à la loi HPST, l'Inpes a élaboré des référentiels de compétences, pour dispenser et coordonner un programme d'ETP. Chacun de ces référentiels liste des compétences techniques, relationnelles, pédagogiques et organisationnelles (Naudin, Margat et Rolland 2016, p. 85). Sans conteste, la formation des patients représente un véritable défi. En effet, la maladie chronique exige des professionnels de santé qu'ils sachent prendre en compte l'histoire du malade, sa façon de vivre, ses goûts et aspirations individuelles, ses relations sociales, ses possibilités ou limites économiques, ses références culturelles et religieuses (Lacroix & Assal, 1998). Cependant, ces professionnels n'ont pas toujours l'occasion de mesurer l'impact des dimensions sociales, économiques et culturelles sur la maladie qui habite la personne en continu (Balcou-Debussche, 2009). Et pourtant, on ne peut parler du « patient contemporain » sans prendre en compte ses caractéristiques sociales et culturelles (Fainzang, 2008).

Du côté des patients

La notion de « compétence d'un patient » est relativement nouvelle. Elle date d'environ une vingtaine d'années, comme le faisait remarquer A. Grimaldi précédemment. Elle met en évidence la multiplicité des comportements (affectifs, cognitifs et psychomoteurs) nécessaires au patient pour résoudre des situations ou des problèmes de la vie courante. La mise en place de compétences engendre des difficultés qui renvoient toujours à l'accompagnement, et à la possibilité d'un recours médical. Cela souligne que cet apprentissage doit être porté par un dispositif spécifique d'accès aux soins (Traynard et Gagnayre, 2001). Des compétences dites d'auto-soins et des compétences d'adaptation à la maladie ont été élaborées par la HAS et l'Inpes en 2007.

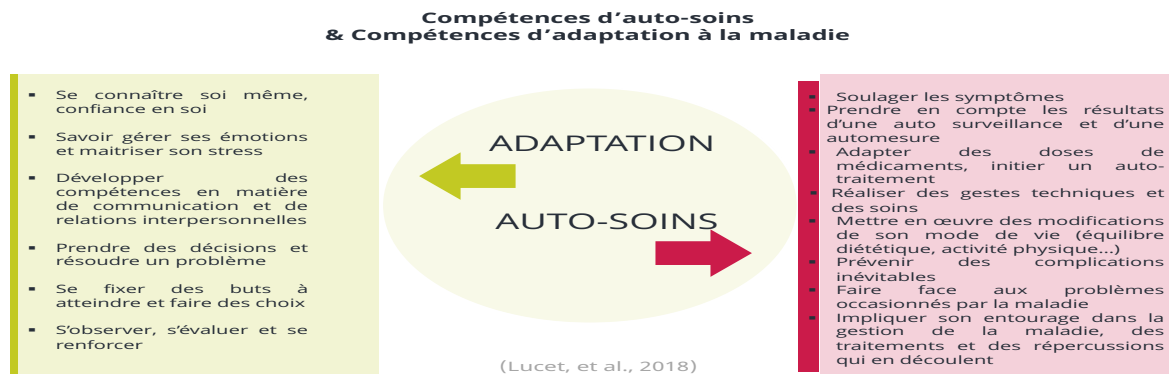


Figure 6 : Compétences d'auto-soins et compétences d'adaptation à la maladie définies par l'HAS et l'Inpes (2007).

La liste ci-dessous de huit compétences transversales (d'Ivernois, Gagnayre 2008, p. 46) complète celle de l'Inpes ; ces auteurs précisent que l'acquisition d'une compétence passe par la maîtrise progressive des objectifs qui la constituent.

Des compétences aux objectifs spécifiques



Figure 7 : Proposition de compétences d'adaptation à la maladie

Sur le plan de l'évaluation, ces nouvelles compétences justifient d'imaginer des techniques d'évaluation, au-delà des tests, questionnaires et autres instruments psycho-sociaux utilisés couramment (d'Ivernois et Gagnayre, 2011).

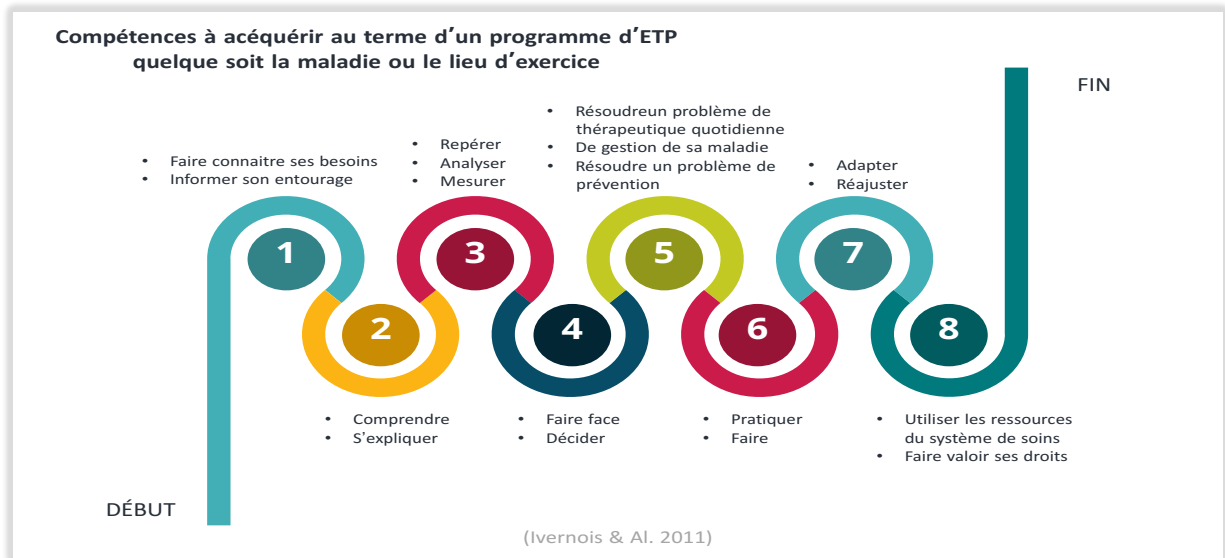


Figure 8 : Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'ETP

L'intérêt de formuler ces compétences d'adaptation à la maladie est d'offrir aux soignants et à leurs partenaires, la possibilité de concevoir les futurs programmes éducatifs et de s'en répartir les champs d'intervention (d'Ivernois & Gagnayre, 2011).

Prendre en compte les savoirs des patients

L'émergence des « savoirs expérientiels » des malades s'est imposée avec la survenue de la pandémie de sida dans les années 1980. En effet, les associations de malades du VIH/sida étaient dirigées par des malades et non par des médecins. Plus militantes que caritatives, elles ont modifié la place des associations dans la gestion du système de santé en France, ainsi que le paradigme de la gestion du monopole du savoir médical. En découle la possible reconnaissance des représentants des usagers consacrés par la loi Kouchner du 4 mars 2002 (Le Pen, 2009).

Ce tissu associatif a dès lors initié de nouvelles pratiques dans le domaine du soin, mais aussi dans celui de la communication publique et de l'éducation des malades au sens large. Depuis, les malades s'auto-forment, se transforment, participent aux réformes, font des recherches et transmettent des savoirs, y compris dans le milieu universitaire (Flora, 2013). Ces patients se sont réconciliés avec leur histoire de vie, probablement en grande partie grâce à leur rôle

d'acteurs sociaux. Les patients engagés dans le système de santé se sont mis en mouvement pour apporter des réponses aux vulnérabilités qu'ils ont constatées, que ce soit dans leur propre parcours ou dans celui de leurs pairs ; grâce à une éducation salutogénique basée sur leurs capacités (Gross et Gagnayre, 2018).

La reconnaissance de ce phénomène peut être vue comme un fait social qui s'atteste par trois indicateurs (Jouet, 2013).

- a) La professionnalisation des patients qui ont de nouvelles appellations telles : patient – expert, patient – ressource, travailleur-pair, usager-formateur, patient – chercheur,
- b) Des créations de diplômes et d'universités de patients,
- c) Des dispositions législatives et réglementaires (charte d'Ottawa et suivantes, loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi HPST du 21 juillet 2009).

Cette évolution vers le patient apprenant, de l'avis de Jouet, peut s'inscrire dans les domaines de l'apprentissage, de la connaissance et des savoirs. Elle s'intéresse plus précisément à l'« apprenance » des malades, selon deux points de vue qui coexistent désormais :

- 1) La santé publique avec l'éducation thérapeutique qui, au-delà de l'information, s'appuie sur des objectifs, une méthode et des outils pédagogiques : ceux-ci permettent au patient d'être un sujet-acteur, d'acquérir de nouvelles connaissances et déployer des compétences.
- 2) les savoirs et usages du patient issus de son expérience d'autodidacte avec sa maladie, en marge du système de santé (*ibid*, p. 73).

Toutefois, se pose pour les professionnels de santé la question du travail avec des personnes malades possédant une expertise construite autrement, avec des savoirs non académiques et des connaissances parfois éloignées de celles construites par les professionnels (Bourret, 2013).

Une éducation thérapeutique ou des éducations thérapeutiques

L'apprentissage chez l'adulte est certes complexe, néanmoins, il reste possible. Dominique Kern a mené une réflexion sur l'éducation thérapeutique et la formation des adultes dans la 2^e moitié de la vie. Il s'est intéressé à quatre catégories publiques : les personnes âgées, les

personnes à faible littératie¹³ en santé, les aidants familiaux et les personnes polypathologiques (Kern, 2015).

- ⇒ D'abord les personnes âgées : pour une très grande majorité de cette population, l'apprentissage est tout à fait possible et devient un facteur central du bien-vieillir jusqu'à la fin de la vie, sauf si les fonctions cognitives sont atteintes, comme par exemple dans les maladies neurodégénératives.
- ⇒ Un second facteur à prendre en compte est la « health literacy », c'est-à-dire l'ensemble des compétences dont l'individu a besoin pour gérer sa santé en général. Un préalable est l'alphabétisation ou la littératie, c'est-à-dire la capacité à lire un texte écrit. Le niveau de littératie est un facteur à prendre en compte dans la planification des mesures d'ETP, parce qu'il influence la relation entre l'apprenant malade et les professionnels des soins.
- ⇒ Une troisième catégorie concerne les aidants. Une question se pose : qui est l'apprenant ? Est-ce le patient ou l'aidant ou les deux ? L'intégration des aidants dans le dispositif d'ETP requiert du soignant des compétences spécifiques.
- ⇒ La quatrième catégorie concerne les personnes « polypathologiques ». Il s'agit du cumul de pathologies. L'ETP étant conçue pour prendre en charge une seule affection, la présence de plusieurs maladies demande aux soignants l'acquisition de compétences particulières.

Toutes ces catégories de publics peuvent être perçues comme des populations cibles, nécessitant de la part des soignants des compétences particulières et une bonne connaissance du destinataire de l'ETP, au-delà des similitudes liées à la maladie (Kern, 2015).

Nombre de maladies chroniques touchent aussi les enfants dès leur plus jeune âge (diabète de type 1, asthme, drépanocytose, etc.). La place des parents et/ou de la famille est alors prépondérante dans leur éducation thérapeutique, au point que la HAS en a fait des recommandations. Une étude (Lelong, Bourdon, Brion, & Gagnayre, 2009) propose un référentiel de compétences pour les enfants drépanocytaires et leurs parents, comme le recommande la HAS.

Dans la catégorie des aidants familiaux, les besoins éducatifs des grands-parents qui accueillent des enfants diabétiques de type 1 ont fait aussi l'objet d'une étude (Morin, Malivoir, Claire, et Gagnayre, 2013). Toutefois, le nombre de grands-parents susceptibles

¹³ Maryvete Balcou-Debussche, cite Jean-Pierre Jaffré qui définit la littératie comme « l'ensemble des activités humaines qui impliquent l'usage de l'écriture, en réception et en production. Elle met un ensemble de compétences de base, linguistique et graphique, au service de pratiques, qu'elles soient techniques, cognitives, sociales ou culturelles. Son contexte fonctionnel peut varier d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre, et aussi dans le temps ».

d'être concernés demeure trop restreint pour constituer une catégorie spécifique. D'autres modalités éducatives peuvent leur être réservées.

Où pratiquer l'ETP pour la rendre accessible ?

Les programmes d'ETP sont majoritairement hospitaliers. Dans une précédente recherche auprès de onze ARS en France hexagonale et ultra-marine (Lahély et Crozet, 2021) nos résultats montrent que les trois-quarts des programmes autorisés se déroulent à l'hôpital.

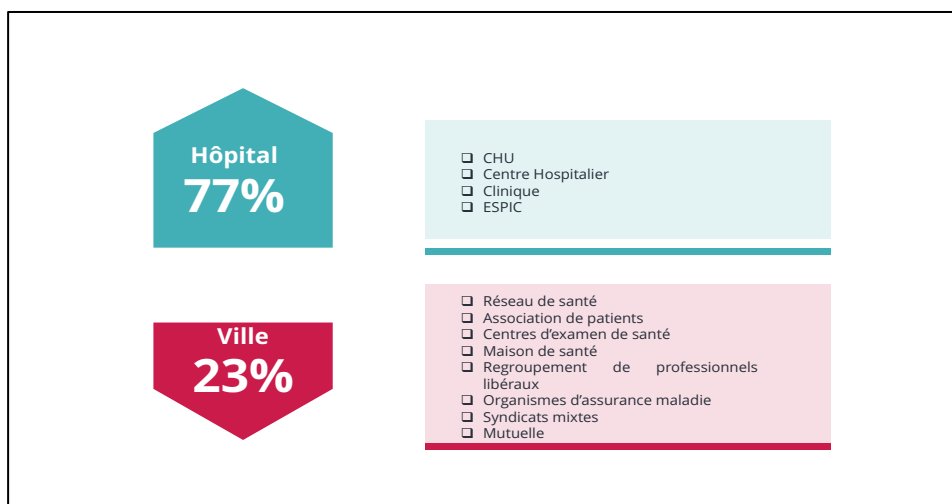


Figure 9 : Répartition des 11 programmes ETP autorisés en ville et à l'hôpital dans 11 ARS.

L'Association Francophone pour le Développement de l'Éducation Thérapeutique a mené en 2012 une enquête sur les Unités Transversales pour l'Éducation du Patient (UTEP), afin de décrire leur histoire et fonctionnement, mais aussi les points forts et les principales limites des UTEP. Il en ressort que certaines de ces unités existaient avant 2009. La plus ancienne des unités est celle de Montpellier, dont les premiers pas remontent à 1994 (Chauvin, 2013). Cette enquête révèle qu'il existe trois types d'unités transversales qui assurent une de ces fonctions :

- ⇒ Fonction "ressource" uniquement,
- ⇒ Fonction "ressource" associée à une activité d'éducation thérapeutique auprès des patients,
- ⇒ Activité d'éducation thérapeutique auprès des patients uniquement.

Les équipes les plus nombreuses sont généralement celles qui ont une activité d'éducation auprès des patients, couplée à une activité ressource. La pluri professionnalité est une caractéristique commune à toutes les unités transversales. La diversité des professions est plus marquée dans celles qui exercent une activité d'éducation thérapeutique auprès des

patients. La plupart des professionnels qui travaillent dans une unité “ressource” exercent aussi une activité dans un service hospitalier. La profession infirmière est globalement la mieux représentée au sein des unités transversales. Médecins et diététiciennes sont souvent présents au sein des équipes. La majorité des UTEP ont une secrétaire ou assistante. Les autres professions représentées sont les suivantes : éducateur médico-sportif, psychologue, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, ingénieur d’éducation thérapeutique, ingénieur de pédagogie de la santé, ingénieur statisticien, ergothérapeute, assistante sociale, socio-esthéticienne, aide-soignante (*Ibid*).

La transversalité de ces unités est citée comme un point fort notamment pour le développement de la culture commune, en éducation thérapeutique au sein de l’établissement. De plus, l’UTEP crée des liens avec des acteurs à l’extérieur de l’établissement ; avec les associations de patients, les réseaux de santé, les autres unités transversales du territoire, etc. Concernant les difficultés des UTEP, l’article souligne que le contexte hospitalier est globalement peu favorable au développement de l’éducation thérapeutique qu’il ne considère pas comme prioritaire. Le manque de moyens humains se traduit par un travail à flux tendu. Les soignants éprouvent une souffrance et une frustration de ne pouvoir mettre en œuvre des actions éducatives, ni même de passer un temps suffisant avec les patients. Il leur est également difficile de dégager du temps pour se rencontrer, avancer, évaluer un projet ou participer aux groupes de travail proposés par l’unité transversale. La tarification à l’acte ne valorise ni la démarche éducative, ni l’instauration d’une relation de qualité avec les patients (Chauvin, 2013).

Le domicile du patient, autre lieu de compétences spécifiques l’ETP

Éric Drahi fait remarquer que la loi HPST a institué la notion de programme comme seule alternative, pour dispenser l’ETP avec même une sanction sous forme d’une amende de 30 000 euros à toute personne réalisant de l’ETP hors programme autorisé. Paradoxalement le guide méthodologique recommandait dans le même temps l’ETP individualisé. Dans les faits, constate Drahi, l’ETP sous forme de programmes ne convient pas à tous les patients, le groupe étant souvent difficile d’accès, le concept est centré sur seule maladie, le programme est limité dans le temps alors que la maladie chronique dure toute la vie, le programme nie les soignants de premier recours, ils sont de nature à accroître les inégalités sociales de santé parce que l’accès à des programmes dans des lieux dédiés est plus facile pour les personnes qui possèdent les meilleurs niveaux de littératie en santé. Il en résulte, alors, de grandes disparités géographiques de l’offre d’ETP ; les programmes autorisés étant réalisés le plus souvent dans

les grandes agglomérations, délaissant les populations des campagnes, et notamment celles défavorisées sur le plan mobilité (Drahi, 2020, p. 203).

Selon l'auteur, aujourd'hui, les soins primaires offrent des possibilités nouvelles et élargies.

Le développement des capacités de la personne à gérer ses problèmes liés à ses maladies et à son contexte de vie peut être réalisé selon les besoins et les compétences disponibles, par un ou des acteurs ou plusieurs des parcours. La place explicite des acteurs des différents niveaux de recours y devient indispensable (Ibid, p. 206).

Brigitte Lecointre, infirmière libérale et présidente de l'association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés et étudiants, reconnaît que les compétences cliniques, biomédicales, pharmacologiques, relationnelles, pédagogiques, culturelles et organisationnelles en particulier, jouent un rôle dans l'optimisation des soins de santé à domicile. Le contexte d'exercice libéral exige de l'infirmière une posture contemporaine et responsable, pour fournir le juste soin, dans la juste distance (Lecointre, 2016). La Fédération nationale des infirmiers (FNI) reconnaît que l'amélioration de la sécurité, de la qualité et de l'efficacité des soins passera par la recherche clinique infirmière. La recherche permet :

- ⇒ d'améliorer la qualité des soins et de l'enseignement,
- ⇒ de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux savoirs,
- ⇒ de transférer des connaissances théoriques en pratique,
- ⇒ de découvrir de nouveaux moyens de promotion de la santé et de prévention des maladies,
- ⇒ d'élaborer des programmes plus efficaces d'éducation des patients (Fni, 2012, p. 103).

La FNI voit en la recherche en sciences infirmières, un atout en raison des besoins d'expertise en ambulatoire dans les soins de suite, la prévention et la gestion des maladies chroniques. D'autant que les protocoles hospitaliers ne sont pas directement transférables en ville (*Ibid*, p. 109). En effet, le travail scientifique mené à la Réunion sur les nids d'apprentissage en ETP met en lumière les différences de prise en charge à l'hôpital et aux domiciles des personnes diabétiques (Balcou-Debussche, 2006. p.199). La multiplication des formats et la diversité des lieux de dispensation de l'ETP nécessitent un travail de coordination.

Des compétences requises pour coordonner l'ETP

En France, elle fait partie intégrante du cadre d'autorisation des programmes d'ETP. L'Inpes a établi une liste de compétences nécessaire à la fonction de coordination ETP.

La coordination d'un programme d'ETP n'est pas seulement focalisée sur la synchronisation des intervenants mais doit envisager l'ensemble des entités en interaction, à savoir les patients dans leurs parcours éducatifs, y compris dans leur adaptation individuelles, les partenaires internes et externes du programme et leurs possibilité d'évolution, les activités d'éducation et l'adaptation de l'ensemble des ressources éducatives, les entrées et sorties d'information qui contribuent à assurer et à en comprendre le fonctionnement. Elle peut alors contribuer à un enjeu majeur, celui de la diffusion de nouveaux modes d'intervention des professionnels de santé dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et coordonnée d'un patient tout au long de son parcours (Traynard et Gagnayre, 2001, p. 30)

Ces auteurs décrivent trois principales composantes de la fonction de coordination :

- ⇒ La coordination pour le patient : l'équipe va accompagner chaque personne dans la mise en œuvre concrète d'une démarche éducative individuelle.
- ⇒ La coordination pour les professionnels : l'équipe met en œuvre les actions décidées par les instances dirigeantes de l'association porteuse du réseau, en veillant à favoriser les interactions entre les acteurs, l'harmonisation des pratiques, la continuité des actions, leur évaluation et leur adaptation en fonction des besoins de terrain.
- ⇒ La coordination pour les partenaires : la mise en place d'un programme d'ETP en ville doit être nécessairement envisagée dans une dimension territoriale (*Ibid*, p. 34).

À chaque situation correspondent plusieurs activités significatives ainsi que les compétences associées, organisées en trois domaines, les compétences techniques, les compétences relationnelles et pédagogiques et les compétences organisationnelles (Foucaud *et al.*, 2015).

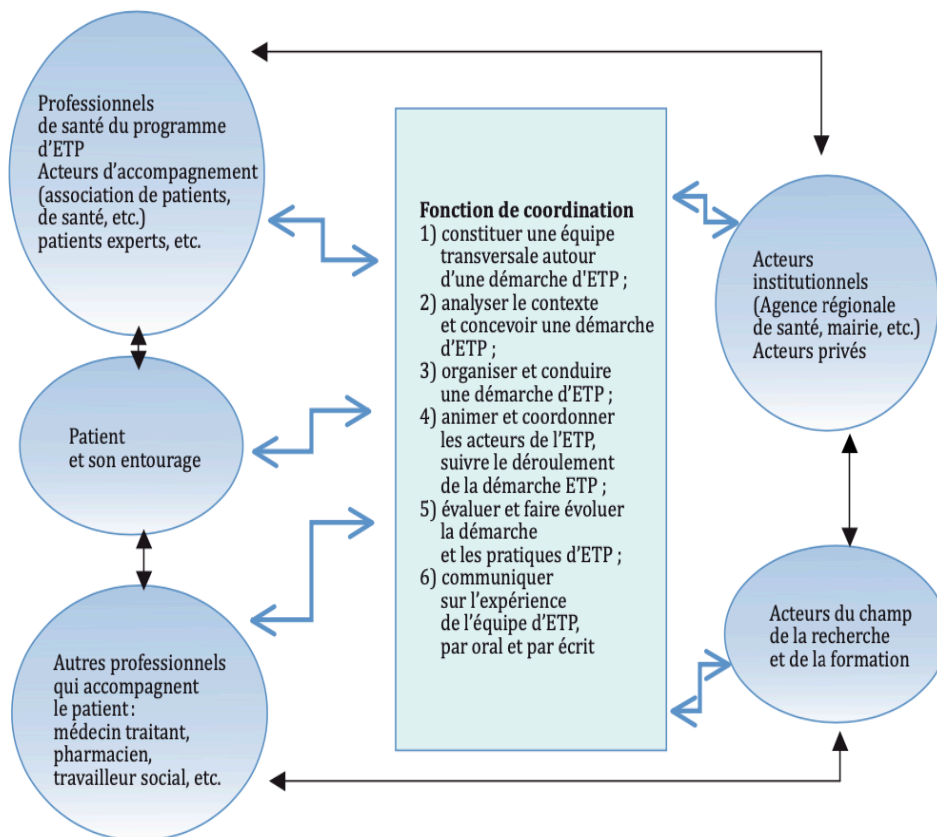


Figure 9 bis : Représentation de la fonction de coordination en lien avec les différents acteurs de l'ETP

Synthèse de l'éducation à la santé à l'éducation thérapeutique

Si éducation, santé et société sont des concepts évolutifs sans cesse redéfinis, aujourd'hui l'éducation n'est plus uniquement un acte de transmission de savoirs. L'éducation est surtout une activité interactive entre l'enseignant (ou celui qui sait), l'environnement et l'apprenant (ou celui qui reçoit le savoir). Cette interactivité se construit sur un questionnement – qui transmet, quoi, quand, où, comment et pourquoi ?

Dans le champ de la santé, le processus éducatif se fonde sur une relation d'aide et concourt au développement durable de la santé à travers sa promotion, la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie. Des compétences spécifiques sont alors nécessaires, parce que les attentes de santé diffèrent en fonction de l'âge, du sexe, du cycle de vie, du statut socio-économique, mais aussi du courant de pensée des groupes sociaux. De ce fait, la santé publique apparaît comme un outil de biopolitique, avec un biopouvoir qui influence l'éducation en santé. Pour autant, on assiste à une médicalisation progressive du corps social. D'autant que la chronicisation des maladies suscite de nouvelles disciplines appliquées, comme l'éducation thérapeutique du patient. Cette « discipline » diffère de l'éducation à la santé. En effet, l'éducation à la santé concerne la population en général, avec des mesures de vie saine et des slogans qui s'y attachent – pour l'alimentation équilibrée par exemple : *manger 5 fruits et légumes par jour ! – à consommer avec modération ! – fumer tue ! etc.* Alors que l'ETP du patient est un concept qui concerne les maladies chroniques : elle ne peut être dispensée que par des professionnels de santé formés. Ces définitions, quoique nombreuses, stipulent les mêmes objectifs : centration sur le patient, son autonomie et l'amélioration de sa qualité de vie. L'ETP puise ainsi dans plusieurs champs : les sciences humaines, médicales, infirmières, dans la politique, l'économie, la santé publique, la pédagogie, les nouvelles technologies, l'art...

La loi HPST a légiféré l'ETP autour de la notion de programme d'ETP. Aujourd'hui l'expansion des maladies chroniques oriente la réflexion vers une diversification des modalités d'ETP en incluant la proximité des patients et la collaboration des acteurs des soins primaires.

2 *PRENDRE EN COMPTE LA CULTURE*

2.1 *2.1 La culture, définitions, approches*

La culture un concept polysémique

Afin de comprendre les difficultés que rencontre la culture dans sa définition, nous avons schématisé la genèse du concept de culture proposée par (Cuche, 2016). Le schéma que nous avons élaboré (*cf.* annexe 1) pour en faciliter la lecture présente l'évolution du concept composite de la notion de culture du XVIII^e siècle jusqu'au début du XIX^e siècle, puis dans sa seconde partie, qui s'étend jusqu'à nos jours.

À partir de cette genèse, Geneviève Vinsonneau fait remarquer que c'est principalement en Amérique du Nord, que les études centrées sur les phénomènes de culture ont d'abord connu le succès. En effet, les États-Unis d'Amérique se vivent comme un pays d'immigration qui regroupe des populations qui proviennent d'horizons culturels diversifiés, et la question de leur unification est ancienne. L'étude du couple « culture/personnalité » interroge ainsi les incidences de la culture sur le modelage des individus (Vinsonneau, 2002), et met notamment en évidence la richesse de l'apport américain sur les questions de culture et d'identité (alors que, selon l'auteur, ce n'est pas le cas en Europe). L'auteur cite Durkheim, qui préfère les notions de « conscience collective » et de « personnalité collective », faites de représentations collectives, d'idéaux, de valeurs et de sentiments partagés au sein d'une société donnée. La conscience collective l'emporte alors sur la conscience individuelle. À la même époque, en travaillant sur les « mentalités », le socio anthropologue français Lévy-Bruhl mettait en garde l'observateur contre les méfaits d'un regard réducteur et infantilisant à l'encontre des populations étudiées (*Ibid*). De son côté, la notion de « modèle culturel ou *patterns of culture* » concerne l'orientation culturelle globale au sein d'une population, c'est-à-dire les « patterns plus ou moins cohérents, de pensée et d'action » qui déterminent des « schémas » inconscients à l'origine de l'action des porteurs de cultures (*ibid*). Autant de notions qui rendent compte de la polysémie du concept de culture.

Toujours du point de vue anthropologique, Raymond Massé examine le lien entre « culture et société » comme deux concepts complémentaires. L'un est axé sur l'analyse des dimensions sociales de la vie humaine, et l'autre sur les systèmes symboliques, idéologiques et de représentation de l'homme dans la société. Il englobe ainsi dans la culture les institutions politiques et sociales ; les moyens de production de biens, de services et les règles commerciales ; les normes et conventions qui régissent les rapports sociaux et tous autres

produits créés par l'être humain pour vivre en société (Massé, 1995). Aussi, la culture est dispensatrice de sens, affirme Thierry Verhelst, parce qu'elle propose un réseau d'énoncés, de croyances, de mythes, de légendes, de représentations, de chaînes associatives. Toute culture se compose de cosmologie, de religion, de spiritualité, de morale, de traits psychologiques, d'archétypes, de légendes et proverbes, de mythes, de symboles... L'identité pour sa part, dispense une culture à la fois individuelle et groupale, d'où la proximité des deux concepts (Verhelst, 1996).

Dans un souci de faire dialoguer l'universel et le singulier, nous avons interrogé le sociologue martiniquais Louis-Félix Ozier-Lafontaine, (entretien réalisé en avril 2019), qui nous a livré sa définition de la culture comme : « Un ensemble d'habitudes dans les domaines des usages, des pratiques, des pensées, de l'expression d'une institution, d'une communauté, d'une société donnée ou d'un ensemble de sociétés. »

Pour lui, la différence entre « usages » et « pratiques » est que les usages sont très ancrés, admis par tous et collectivement partagés, alors que les pratiques sont souvent nouvelles et diversifiées, car les personnes les expérimentent elles-mêmes.

La place de la culture dans les pratiques de santé

Comme le précise Denise Jodelet, les sciences sociales ont contribué à mettre en lumière aussi bien les limites d'une approche purement biomédicale que les insuffisances des institutions inspirées par le modèle technico-scientifique de la médecine. Ces dernières à l'origine d'inégalités d'accès et de fonctionnements à plusieurs vitesses sociales ont conduit à l'insatisfaction des usagers. La psychologie de la santé se retrouve de plus en plus légitimée, par les évolutions des définitions de la santé proclamées par l'OMS en 1978 au *Congrès d'Alma Mata* et jusqu'en 1986 au *Congrès d'Ottawa*. En effet, d'abord définie comme « absence de maladie et d'invalidité », la définition de la santé a évolué vers « un état de bien-être complet, physique, mental et social ». Puis en 1986 la Charte d'Ottawa oriente vers la promotion de la santé et ajoute à l'offre clinique, « la prise en compte et le respect des besoins culturels » (Jodelet, 2006. p. 10).

Soins et culture en Martinique

Les recherches de l'historienne Geneviève Léti, sur la santé de la population afro-descendante en Martinique, nous ont permis de comprendre que l'existence de certaines pratiques de soins en milieu créole est étroitement liée à l'histoire esclavagiste. En effet, les esclaves ainsi que les colons apportèrent les pratiques magiques qui, au cours des siècles, se sont combinées, amalgamées, additionnées à celles des Amérindiens puis à celles des Indiens, les derniers venus (Léti, 2000) :

Les colons, originaires des diverses provinces de France, amenèrent avec eux toutes sortes et de pratiques et de superstitions [...] Les sorciers avaient leur place dans une société où le diable, loin d'être un symbole, voisinait avec les hommes et les possédait. Les prêtres exorcistes étaient aussi présents. Ils intervenaient chaque fois que l'on jugeait que l'origine de la maladie ne relevait pas de normes habituelles. Les Blancs élevés par des « das ¹⁴ » noires étaient plongés dans l'univers africain. Les Africains, s'ils ont emprunté aux Blancs une partie de leurs pratiques, ont apporté d'Afrique leurs propres croyances magiques perpétuées par les Quimboiseurs¹⁵ et Séanciers. Toutefois, les pratiques africaines rencontraient une certaine méfiance. Il y avait un amalgame entre guérisseur et empoisonneur ce qui conduit les autorités à interdire leurs thérapeutiques.

Les Indiens arrivés aux Antilles vers le milieu du dix-neuvième siècle, apportèrent avec eux leur religion qui prit, du fait de l'éloignement de leur pays, des aspects originaux. C'est ainsi qu'ils prient Mariamman, déesse de la variole adorée dans le sud de l'Inde et Ispérin célébré lors d'une messe dite kumbulu dont l'acte central est la décapitation d'un bouc. Madouraivren est une divinité masculine adorée dans les deux îles, Martinique et Guadeloupe. Les Indiens l'assimilent à un dieu catholique. La population, et pas uniquement celle d'origine indienne, s'adresse à eux pour obtenir des grâces mais aussi pour conjurer un sort néfaste (Ibid, p. 9).

La palette de pratiques de soins que Geneviève Légi analyse ici comme un processus de syncrétisme a connu des évolutions, voire des changements signifiants au contact des progrès de la science moderne. Les rituels et leurs corollaires de pratiques curatives se sont vus relégués au second plan au profit d'une médecine alternative plus modernisée, plus conventionnelle.

L'une de ces évolutions est pointée par Catherine Benoît¹⁶. Elle justifie le changement évoqué par l'appartenance originelle de l'être humain à la glaise dans la dimension biblique du terme. Elle avait constaté l'efficacité de l'argilo-thérapie, lors d'un séjour dans une station balnéaire en Europe (*ibid.*).

Le Créole est constamment à la recherche de l'équilibre entre son corps et l'environnement, d'où l'importance des notions « *chaud-froid* » qui se dégagent, notamment dans les expressions employées pour dire ou décrire un mal¹⁷. De même, l'équilibre thermique interne est maintenu en tenant compte de la nature chaude ou froide de certaines plantes qui peuvent être interdites ou conseillées à tel ou tel autre moment de la journée ou du soir (Moretti, 1991). Des signes et symptômes sont spécifiques à la médecine créole, notamment, les imprudences,

¹⁴ Nourrice de couleur qui s'occupait des enfants du maître du temps de l'esclavage.

¹⁵ Appelés aussi sorciers, *séanciers*, *gadé zafè* ou encore *manti-mantè* en Guadeloupe. D'après Légi, ce sont ceux qui pratiquent prières, sortilèges, incantations ou sacrifices pour jeter un sort ou libérer quelqu'un d'un sort. Il a un pouvoir qu'il puise bien souvent dans des livres de sorcellerie. Les gens font une distinction entre les quimboiseurs et les guérisseurs.

¹⁶ (Benoît, 2000) : *C'est ainsi qu'une "frotteuse", guérisseuse qui traitait par des massages, dont j'ai suivi les consultations en 1986 et 1987, et qui à l'époque utilisait l'huile de karapat (Ricinus communis L.) pour masser, suivant en cela une tradition commune à l'ensemble de la caraïbe, est passée dix ans plus tard à l'utilisation exclusive de l'argile*

¹⁷ En créole : « I trapé an cho-é-fwa », pour dire de quelqu'un qu'il a attrapé un refroidissement.

la *blesse*¹⁸, l'inflammation... (Peeters, 1979), lesquels sont autant de signes incitant les habitants à recourir à la pharmacopée naturelle. C. Benoît note que dans la médecine créole les maladies se distinguent les unes des autres, par le degré de chaud et de froid qui les distingue. Par exemple, par ordre de gravité, les maladies relevant du froid suivent ce classement : « l'imprudence » – « la pleurésie » (*pirézi*)¹⁹ – « la grippe et la bronchite ». Concernant la grippe, les notions de virus et de contagion ne s'y appliquent pas. Il s'agit du corps qui se refroidit le soir, après avoir cumulé la chaleur de la journée. L'infusion de plantes chaudes est le remède principal auquel eut s'ajouter l'application de ventouses, des frictions. La bronchite considérée comme « un mal de poumon » se soigne également par des préparations qui réchauffent le corps (Benoît, 2000, p. 70-71).

L'usage de plantes médicinales

La pharmacopée naturelle martiniquaise a déjà fait l'objet de nombreuses études²⁰ d'approche ethnoculturelle. Mise à l'écart par la médecine moderne conventionnelle, elle intervient cependant en complémentarité avec elle dans les pratiques populaires. La pharmacopée utilisée dans la médecine traditionnelle créole s'appuie sur l'usage de plantes médicinales appelées en créole « *rimèd razié* ». Cette dénomination recouvre l'ensemble végétal de plantes, de feuilles, de fleurs, de racines, pouvant être employées sous diverses formes : en tisane, en décoction, en infusion, en bain, en massages. Les pratiques thérapeutiques martiniquaises incarnent la culture populaire, et encore pour longtemps, comme l'indique (Marie-Luce/Concy, 2015) suite à une enquête menée en Martinique auprès de deux cents personnes (jeunes, thaumaturges créoles, usagers de la médecine traditionnelle, apothicaires créoles) sur la transmission du patrimoine traditionnel médicinal créole

¹⁸ « *Blès* » qui désigne un mal sans nom dont personne ne connaît l'emplacement et l'origine. Dans une étude intitulée « L'esthétique de la blès dans la littérature caribéenne », Patricia Yssa-Donatien a interrogé une vieille dame sage qui lui explique en créole que la *blès* touche en général les enfants, mais peut parfois atteindre les jeunes, ou les adultes. La *blès* peut se situer au niveau de l'estomac, du thorax, du cœur, voire de la tête avec des manifestations alors plus graves. L'auteur conclut alors que la *blès* serait donc une maladie psychosomatique, une affection touchant autant le corps que l'esprit (Yssa-Donatien, 2008).

¹⁹ C. Benoît précise que le terme créole *pirézi* recouvre, comme d'autres termes créoles, une signification différente de la pleurésie française biomédicale. En médecine créole la pleurésie peut avoir pour cause, la consommation si l'on transpire, de fruits néfastes pour la santé. Les symptômes se traduisent par le corps qui se raidit, des points douloureux empêchent de marcher, la voix s'enroue, le sang se refroidit brusquement, la circulation ne se fait plus. Le froid provoque alors une augmentation du volume d'eau qui monte vers le cœur et la tête et provoque l'étouffement. Le remède consiste à chauffer le corps pour le faire transpirer afin d'enlever l'eau.

²⁰ Par exemple, Les plantes médiatrices à fonction apotropaïque d'Emmanuel Nossin, ouvrage plus connu sous le titre : *Les plantes magiques de la Martinique et des Petites Antilles*, Fort-de-France, Éditions Exbrayat.

En effet, cette étude de M.-A. Concy est dans le prolongement de celle réalisée en Guadeloupe par Catherine Benoît, (2000) sur l'usage thérapeutique des plantes médicinales. La domination et l'utilisation de ces *remèdes* décrits par l'auteur sont quasiment identiques en Martinique.

La catégorie « remède » désigne les plantes ou les préparations ingérées sous forme de thé, de tisane, de loch, de purge (pij), ou utilisées pour des frictions, des cataplasmes. Le thé, décoction de plantes qui ont bouilli quelques minutes, est destiné à réchauffer le corps. Sont souvent utilisées les inflorescences, celles fermées sont préférées aux ouvertes, ou les racines, considérées comme les plus efficaces que les feuilles. Elles sont cueillies le matin et utilisées fraîches. Certaines plantes de petite taille peuvent être utilisées dans leur entier comme zeb-a-fè. Les tisanes sont une infusion de plantes que l'on ébouillante dans un pot recouvert quelques instants, et destinée à rafraîchir le corps. Les feuilles sont utilisées de préférence dans ce type de préparation. La purge est une décoction de feuilles mélangées à l'huile de karapat, qui nettoie le corps à la fin d'une cure de rafraîchissement ou après un vermifuge. Le loch est une décoction de plantes à laquelle on adjoint de l'huile de karapat, parfois de l'écosse de calebasse bouillie, un blanc d'œuf, et, dans certaines variantes, du lait. Le loch est consommé essentiellement après l'accouchement pour nettoyer le corps ou en fin de traitement de blès (ibid. p. 145).

Les prières comme thérapie

À ces pratiques et rituels thérapeutiques est associée la prière. Comme l'explique G. Légi :

« Les prières jouent un rôle important dans les rituels pour combattre les sorts, les maladies et les animaux « voyés » c'est-à-dire envoyés pour vous nuire. [...] Il existe des prières contre les coliques, les brûlures : on dessine trois fois une croix sur la brûlure et on guérit au nom de Dieu et de Jésus Christ : « fils de Dieu, perds ta chaleur, comme Judas perdit sa douleur quand il trahit par passion juive Jésus au jardin des Oliviers ». Puis, après avoir utilisé un remède à base de plantes, balai doux, herbe amère et patchouli auquel on ajoute du lait et de la farine, on prie Saint Simon et Saint Pierre. Il y a aussi des prières efficaces pour enlever un os dans la gorge (accompagnées de mie de pain) (Légi, 2000. p. 139).

Nous avons souvent vu des patients, au cours de notre exercice professionnel, faire le signe de croix et prononcer une courte prière avant de prendre un médicament. La prière est largement utilisée sous forme de neuvaine,²¹ d'offrande. À titre préventif, certains portent accroché à leur vêtement un petit carré de tissu appelé « *préservatif* ». L'objectif est de se protéger des maladies et des esprits maléfiques. Ces pratiques montrent que la prière se positionne comme le complément des thérapies traditionnelles en Martinique. En effet, comme le souligne Max Bélaïse (2006), dans la société antillaise, on ne peut se dispenser du facteur religieux, tant il est prégnant. Il structure de façon positive et négative la personne de l'homme antillais. L'hégémonie de l'Église romaine se voit supplantée par de nombreuses églises

²¹ Les grâces sont demandées sous forme de prières ou de litanie sur une durée de neuf jours. Les prières peuvent être des psaumes ou divers passages de la bible. G. Légi mentionne l'existence de nombreuses prières pour dominer l'anxiété, demeurer maître de soi, cultiver sa mémoire, être préservé de tous dangers et des adversités de la vie.

protestantes évangéliques : Baptistes, Pentecôtiste, Méthodistes, Adventistes, Églises de frères, etc. Ces courants pléthoriques sont l'œuvre des missionnaires européens, américains, et plus récemment d'africains, qui prétendent apporter le mieux-être aux autochtones. Pour l'auteur :

Toute religion qui aurait pour fin l'avilissement de la personne ne pourrait prétendre venir en aide puisqu'elle aliénerait davantage qu'elle ne libérerait. Les pratiques sus-évoquées étonnent par leurs effets avilissants sur la personne de l'homme antillais. Elles semblent le maintenir dans cette culture de la fatalité. Les religions d'importation n'ont eu d'autres effets que de réfréner toute volonté de s'opposer à un ordre inhumain. Le clergé d'antan était de mèche avec le colon. Ils partageaient la même ambition : civiliser les païens, qu'ils soient nègres, Amérindiens ou autres. Tout est « à la grâce de Dieu ! » dans les espaces insulaires (Bélaïse, 2006, p. 211).

Les médecines traditionnelles répondent donc à une demande, celle de leur société à un moment donné comme nous le confirme Jean Benoist :

Un système médical traditionnel se développe dans une société donnée, en réponse aux troubles qu'on y connaît, qu'on y reconnaît. Il interprète les plus fréquents, ceux dont la menace apparaît comme quotidienne, et laisse souvent dans l'ombre ce qui est rare et qu'il perçoit à peine.

Les pratiques magico-religieuses

L'univers magico-religieux se manifeste encore aujourd'hui dans la société créole. Aux Antilles en raison du brassage de peuples venus d'horizons divers, les croyances multiples proviennent du monde entier et les îles ont gardé la trace de toutes ces influences. L'irrationnel, la croyance à la magie, au surnaturel demeurent encore courants (Léti, 2000. p. 7). Plusieurs termes définissent ceux qui prennent en charge la santé du corps et de l'esprit en société créole. Ils ont pour nom, en fonction des régions et de leurs compétences : *séancier*, *quimboiseur*, *manti-mantè*, *gadèdzafè*, *bòkò*, *docteur feuilles*, etc., et ont une place importante dans la société. Cela explique en partie les propos de l'ethno psychologue martiniquaise Gilberte Dorival selon qui :

Dans l'imaginaire antillais, avant toute demande de soins, il est inconcevable que « la deveinn » ne soit pas interprétée, d'autant plus que c'est toujours l'œuvre de quelqu'un d'autre. Les désordres ne sont pas vécus comme cela se passe dans la logique occidentale, ils apparaissent soit parce qu'il y a conflit avec le voisinage, ou encore parce que la famille n'a pas accordé aux défunts tous les honneurs qui leur étaient dus, sinon il y a une faute à payer, laquelle aurait été commise par l'un des membres de la parenté (Dorival, 1996, p. 19).

Ces pratiques de soins encore présentes en Martinique participent à un système médical où coexistent les soins familiaux et populaires, les pratiques des tradipraticiens et enfin la médecine moderne. À l'instar de Jean Benoist (1993) quand les maladies deviennent chroniques, invalidantes ou à épisodes multiples, elles ouvrent le choix entre la médecine

moderne et des médecines traditionnelles. « Ce n'est pas n'importe quelle maladie qui aboutit (ou qui commence) chez le guérisseur, mais celles qui durent ou rechutent, et celles que leur profil spécifique rattache à une origine surnaturelle » (*Ibid*, p. 168). Les critères de chronicité, de longue durée ainsi que la relation thérapeutique représentent les fondements de l'éducation thérapeutique du patient. Nous regardons comment, dans le contexte martiniquais, cette nouvelle discipline centrée sur le patient se positionne.

2.2 Créolisation et Créolité

Le terme créole

Nous nous intéressons d'abord au terme créole qui selon le *Dictionnaire historique de la langue française* de 2016, le terme *criollo* puis *criollo* commence à être utilisé vers les années 1560 dans les colonies espagnoles. Odina Sturzenegger-Beboist (2013) s'attarde sur le contenu du mot créole et de son équivalent espagnol *criollo*. Elle indique selon *Litttré* le terme « créole » s'appliquait aussi bien à l'homme et la femme d'origine européenne nés dans les colonies, que le Noir né dans les colonies (nègre créole) à l'opposé de celui né en Afrique et introduit sur les terres françaises à l'occasion de la traite. Quoiqu'il en soit l'auteur nous éclaire sur ce que ces populations avaient en commun :

« leur naissance en terre américaine au sein de configurations sociales nouvelles, tout en ayant en même temps une origine étrangère. Ce qui définit l'être créole, c'est le fait d'être un produit local du terroir sans en être vraiment originaire. Indépendamment du milieu (libre ou servile) dans lequel sa vie se déroulait, un créole était, au départ, un homme né en Amérique et socialisé dans l'univers que l'entreprise coloniale avait contribué à forger. Cet univers, celui des sociétés créoles, s'est formé à partir des populations qui se sont rencontrées en terre américaine : colonisateurs et esclaves provenant de deux continents lointains et indigènes américains » (Ibid, p.95).

Jean Benoist souligne que le mot « créole » ne signifie pas seulement le fait d'être né aux Amériques, car il impliquait un changement et l'enracinement dans de nouvelles terres (Benoist, 2012). Il évoque d'abord le caractère local et/ou indigène, contrairement à son acception contemporaine en lien avec le métissage (Chaudenson, 2003). Mais le mot a également des usages différents, spécifiques. Par exemple :

- Dans les Petites Antilles [Guadeloupe, Martinique] après le XVIII^e siècle, le terme « créole » s'est limité aux « Blancs nés aux colonies ».
- À l'île Maurice, le « créole » désigne uniquement des Mauriciens métis ou noirs et jamais un Blanc.
- En Louisiane, « créole » fait allusion aux deux significations : à La Nouvelle-Orléans le terme « créole » s'applique aux Blancs, tandis que dans l'ouest de la Louisiane, le créole ne désigne que des métis ou des Noirs. Au point que parler créole se dit « parler nèg ».
- À la Réunion et aux Seychelles, le mot désigne tous ceux qui sont nés aux îles, quelle que soit leur apparence physique (Chaudenson, 1995).

Par expansion sémantique, ce concept a servi à qualifier ce qui était « natif natal », c'est-à-dire propre aux îles, non importé de métropole et plus généralement d'Europe. Ainsi, pour ce qui a trait au genre (femme-créole), aux animaux (bœuf-créole, poule-créole), aux plantes (riz créole) et plus récemment, aux éléments culturels cuisine, danse, musique, littérature, médecine, magie (Fournier, 2006, p. 24).

Dans sa dimension culturelle, le mot créole fait aussi référence à des attitudes, à des usages, caractéristiques de ceux qui étaient ainsi désignés. Aux Antilles françaises, les mœurs locales sont qualifiées de « créoles » dès le XIII^e siècle. Par ailleurs, pour Jean-Luc Bonniol :

Il s'agit de reconnaître des situations comme créoles, soit en se situant du côté de l'observateur extérieur capable d'isoler, des traits comportementaux, ou des objets issus de ces ratiques, en décrétant qu'ils ne sont pas indigènes et en postulant un processus, largement involontaire et non conscient, par lequel ils acquièrent une spécificité qui les éloigne de l'Ancien Monde, soit en se référant à des contextes précis d'interaction sociale où ce sont les acteurs eux-mêmes qui usent du terme « créole » dans les modes de désignation des choses et des hommes (Bonniol, 2006, p. 56).

La créolisation culturelle

Les conditions de genèse de la culture créole sont celles de la plantation esclavagiste. Pour Vera Rubin :

« Aux Antilles, [...] à la différence des zones demeurées amérindiennes, la société de la plantation de la Caraïbe dépend largement du « capital blanc et du travail noir ». Il en résulte dans les zones où la culture sucrière est la plus ancienne une prédominance démographique de l'élément noir qui place la persistance des traditions africaines parmi les facteurs déterminants des particularités culturelles actuelles » (Rubin, 1966, p. 50).

Bref, « La société des plantations a tissé la trame à laquelle s'adaptent ces manifestations culturelles » (*ibid.*, p. 51). La créolisation culturelle est le processus qui génère la culture créole.

Selon Gerry L'Étang, la culture créole est née d'une adaptation à plusieurs niveaux (climatique, linguistique, démographique, économique, sanitaire, racial, psychique) à un changement général. C'est ce qu'il appelle « la variation écologique ». C'est dans un contexte de rupture profonde que s'est donc construite la culture créole durant la colonisation esclavagiste plantationnaire. Les groupes arrivants furent transformés par un système auquel ils s'ajustèrent selon un processus de déculturation/acculturation (L'Étang, 2012).

Mais la créolisation est un processus instable. Jean Benoist note à ce sujet qu'il s'agit :

[D'un] processus, particulier mais temporaire, d'ouverture et d'incorporation qui permet la croissance, l'évolution, la construction d'une société. Mais elle ne saurait être dissociée de ce qui la suivra et qui nécessairement inversera ce processus (Benoist, 2012, p. 29).

Cette instabilité dont parle Benoist pourrait être illustrée par l'évolution d'un autre phénomène lié à la créolisation culturelle que repère L'Étang : *la reconfiguration*. Il s'agit d'un processus au cours duquel les éléments culturels extérieurs imposés aux sociétés créoles par la plantation esclavagiste ne sont pas acceptés tels quels et subissent une transformation. On est là dans le cadre d'une acculturation avec réinterprétation. C'est le cas de la réinterprétation du catholicisme chrétien imposé par la plantation. Le phénomène de reconfiguration va cependant s'affaiblir avec la disparition de la plantation en tant qu'élément structurant de ces sociétés (L'Étang, 2005). Ainsi, L'Étang prend l'exemple de la reconfiguration imposée à la fast-food américaine lors de son introduction dans l'île (par les *snacks Élizé*®) dans le courant des années 1970. Ces plats étatsuniens furent créolisés (pimentés par exemple) et à leur côté apparurent d'authentiques plats de fast-food créole. Cependant, une vingtaine d'années plus tard, et alors que le processus de reconfiguration s'était affaibli, s'implanta à la Martinique une autre chaîne de restaurants fast-food, *McDonald's*, qui ne faisait guère de concession aux pratiques culinaires locales. Son développement est devenu depuis exponentiel (L'Étang, 2011).

La compréhension de la culture créole exige une approche systémique, tenant compte de l'interaction de plusieurs données. Cette culture est le produit d'une acculturation, dans le contexte de la société coloniale de plantation, de « phénomènes qui se produisent lorsque des groupes d'individus [,] ayant des cultures différentes [,] entrent en contact direct et continu, avec des changements ultérieurs dans les modèles culturels originaux de l'un ou des deux groupes » (Redfield et Herskovits, 1936).

La créolisation linguistique

La créolisation linguistique est le processus d'apparition de la langue créole. Les linguistes relient l'apparition de la langue créole à l'esclavage. Cet événement réunit des locuteurs de nombreuses langues africaines [des esclaves] et ceux d'une langue européenne, souvent dialectisée. D'où l'élaboration d'un idiome de communication, à syntaxe originale, marqué par des traits communs aux langues africaines, et ceux en majeure partie empruntés à la langue européenne concernée. Dans ce contexte, pour ce peuple nouveau, la nécessité d'une langue nouvelle s'impose. Elle se construit à partir de toutes les langues mises en relation et non en concurrence, et s'est installée pour garantir l'existence et le « vivre-ensemble » de ceux qui en font usage, sans nécessiter à l'époque de la codifier explicitement ou de constituer une grammaire normative, ou de lui inventer une orthographe (Ménil, 2011).

Dès lors, le facteur démographique devient un élément déterminant dans la construction des langues créoles qui ont pris naissance dans les sociétés des plantations. En effet, là où les populations serviles et/ou maronnes sont majoritaires, les langues créoles se sont vite imposées avec une base lexicale variable : française, anglaise, néerlandaise, portugaise, voire polybasique. Les langues créoles peuvent aussi être importées. Ainsi, un créole à base lexicale française est arrivé en Louisiane avec des créolophones qui ont quitté Saint-Domingue à la révolution haïtienne. D'autres groupes créolophones, déplacés en fonction des besoins des plantations, importèrent aussi leurs créoles sur leurs lieux d'implantation ; ce fut le cas à Cuba, ou à Saint-Barthélemy (L'Étang, 2012, p. 49). Mais le créole n'apparaît pas dans tous les espaces plantationnaires. Dans certains lieux de la Caraïbe, dans les archipels de l'océan Indien, la colonisation française et le système de relation maître/esclave qui lui était associé, ont pu servir de cadre à une telle innovation linguistique, alors que les îles espagnoles ont conservé l'idiome des colonisateurs dans tous les segments sociaux (Bonniol, 2006).

Les langues et les cultures créoles ont pour caractéristique commune de s'être développées sous une double contrainte. La première était de s'adapter à des situations imposées par le groupe détenteur du pouvoir, et la seconde, d'échapper à la logique d'un système qui déniait à l'individu toute personnalité sociale, et l'obligeait à s'exprimer dans une langue empruntée [Manessy, 1995]. Au lendemain de l'abolition de l'esclavage, le créole comme langue servile deviendra langue paysanne. L'idéologie qui se met en place traduit celle de la promotion sociale, individualiste et bourgeoise. Elle repose sur la négation de soi : refus des origines, refus de la couleur noire et refus du créole. Avec les lois républicaines françaises qui rendent l'enseignement laïque et obligatoire, l'école devient l'instrument exclusif de la formation idéologique et sociale en langue française des classes moyennes. L'élément fondamental dans la société créole reste, cependant, la langue créole parlée (Cabort-Masson, 1998). L'usage simultané de deux langues dans le champ sociolinguistique relève de deux réalités différentes : le bilinguisme et la diglossie. Pour Jardel :

Si l'on fait référence à la genèse du bilinguisme chez un individu, on distinguera, par exemple, l'enfant qui a appris deux langues en même temps, par rapport à celui qui a appris une seconde langue une fois la première connue. Le premier est dit « bilingue »²², le second « diglotte ». Le bilingue est normalement à l'aise dans le maniement des deux langues ou codes, tandis que le

²² Est bilingue, tout locuteur capable de manier avec une égale aisance deux idiomes appris simultanément et dont les usages sont identiques ce qui suppose, en général, un statut social équivalent. On distingue le bilinguisme social et le bilinguisme individuel. Dans le bilinguisme social, les deux langues en contact se superposent selon les catégories sociales ou socio-ethniques en présence. Le terme diglossie établit une distinction lorsque la première et la seconde langue ne jouissent pas du même statut social au sein d'une même population (Jardel, 1979, p. 27).

diglotte manie plus facilement sa première langue ou langue maternelle [...]. Le bilinguisme composé concerne l'enfant ou l'adulte qui a appris à parler deux langues en référence à une même situation sémio-culturelle. Par contre, s'il y a référence à une situation sémio-culturelle différente pour chaque langue, il y a un bilinguisme coordonné (Jardel, 1979, p. 26).

Ainsi, cet auteur constate que l'approche que représentent le bilinguisme et la diglossie au sein d'une communauté touche, non seulement la linguistique, la psycholinguistique, la sociolinguistique, mais également la sociologie politique. Pour autant, l'étude du bilinguisme doit se dérouler dans l'environnement global où il se pratique et prendre en compte les données de l'anthropologie culturelle. Aussi bien que l'étude de la diglossie doit prendre en compte le contexte social et souvent conflictuel dans lequel il s'est mis en place.

En 1979, à partir d'une revue de littérature, ce même auteur a tenté de comprendre comment le créole, en situation de patois en pays créolophone, pourrait accéder au titre de langue standard en fonction de cinq traits nécessaires : la vitalité, l'historicité, le prestige, l'instrumentalisation et l'autonomie. Il en ressort que c'est en Haïti que le créole pourrait devenir une langue officielle égale au français. Aux Antilles françaises, la situation est moins nette, selon Jardel :

Jusqu'en 1971-72, les domaines d'usage du créole et du français étaient encore nettement séparés. Le choix de l'un ou de l'autre code variait en fonction des catégories socio-ethniques et des situations de communications plus ou moins formelles. L'usage du français, langue de culture, était valorisant. Il y avait ajustement du choix du code au système de valeur dominant, c'est-à-dire à la culture dominante. Aujourd'hui, la remise en question, par un grand nombre d'Antillais, de cette culture dominante et la volonté de mettre en évidence une entité antillaise ayant ses propres valeurs face aux valeurs des métropoles européennes, entraînent une réhabilitation du créole. Le créole empiète désormais sur les domaines d'usage réservés jusqu'à présent au français (école, lieux publics, littérature, presse, etc.) (ibid., p. 30).

Dans un ouvrage intitulé *Bilinguisme et Diglossie*²³, Lambert-Félix Prudent (1981) consacre un chapitre à l'interlecte martiniquais où il indique que :

La langue créole a côtoyé la langue française aux Antilles dès les premiers jours de la colonisation et, devenant peu à peu le système unique des nègres de houe, elle a subi un processus de patoisement comparable à tous les mécanismes de dévalorisation et de minoration coloniaux. Toutefois, les témoignages historiques formels permettent d'affirmer qu'il y a toujours eu une zone de contact plus ou moins floue entre les deux systèmes. La néologie technologique, la littérature religieuse, laïque ou scientifique, et plus récemment les médias importés directement de Paris ont toujours gauchi les rapports de convivialité entre les deux

²³ Pour Prudent, « la diglossie est [...] inscrite totalement dans le processus colonial, même si le mot « colonie » n'apparaît pas ; et les débouchés de cette crise résident dans l'accumulation renforcée, dans la copie et l'incorporation encore plus accentuées de la langue du colonisateur. Les deux langues ne baignent plus dans la simple atmosphère de l'écrit et de l'oral, de la littérature et de la conversation courante, elles sont en phase avec des comportements socio-politiques ».

systemes. Le système colonial n'offrant d'autre issue à l'individu qu'une incorporation totale des valeurs de la Métropole Civilisatrice, l'acculturation a été la règle comportementale pendant des siècles (ibid, p. 29).

La créolité

Des défenseurs et illustres de la culture et langue créoles martiniquaises, mais aussi de leurs équivalents internationaux, Jean Bernabé, Patrick Chamoiseau, Raphaël Confiant, ont forgé le concept de *Créolité* à travers leur manifeste *Éloge de la Créolité* (1989). On peut définir la Créolité comme le produit de la créolisation, soit la culture créole elle-même. Les auteurs en question la désignent formellement ainsi : « La Créolité est l'agrégat interactionnel ou transactionnel, des éléments culturels caraïbes, européens, africains, asiatiques et levantins, que le joug de l'Histoire a réunis sur le même sol » (Bernabé *et al*, 1989, p. 26) Mais cette notion désigne également un vigoureux mouvement littéraire et militant, une affirmation d'appartenance culturelle, « le Mouvement de la Créolité », en faveur du fait créole. Cette initiative témoigne de l'attachement de nombre de Martiniquais à leur langue et culture « matricielles (pour reprendre un concept de Bernabé), attachement que nous avons souvent retrouvé lors de nos enquêtes, malgré la décréolisation, soit le processus de déperdition des langue et culture observées.

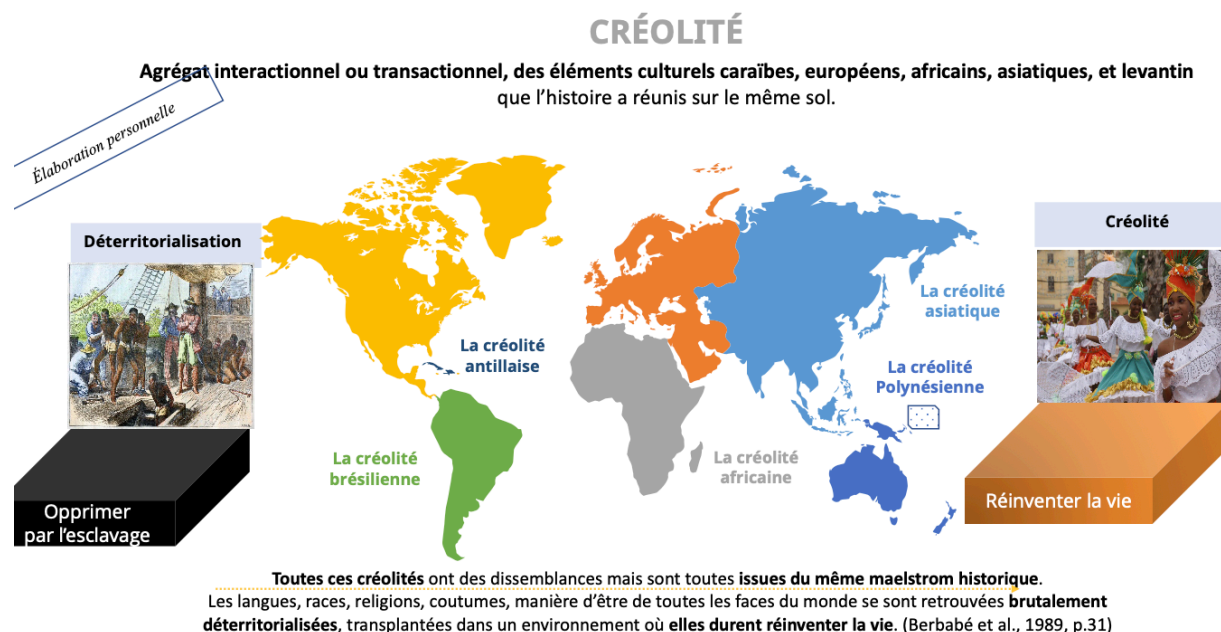


Figure 12b : Représentation du concept de créolité

Les sociétés créoles sont donc des sociétés complexes. Elles sont nées de l'interférence et restent marquées par cette interférence. Au niveau linguistique par exemple, elles sont souvent encore aujourd'hui des lieux de frottement de deux langues, de tension entre français

et créole et il en va de même du milieu bi-culturel général dans lesquelles elles baignent. Cette complexité gagne à être prise en compte dans les soins proposés aux personnes malades.

2.3 Compétences culturelles dans les soins

L'hétérogénéité des valeurs, des croyances et des perceptions des groupes culturels, ainsi que l'appartenance individuelle à ces groupes, conduisent les professionnels du champ de la santé-à ajuster leurs pratiques afin de favoriser des soins adaptés à la culture de chacun (Laramée et Blanchet-Garneau, 2018).

Les définitions et modèles de la compétence culturelle

Les définitions de la compétence culturelle dans les soins sont nombreuses. Nous en retenons trois :

⇒ La première, proposée par Amélie Blanchet-Garneau s'inspire des sciences infirmières et des sciences de l'éducation :

La compétence culturelle est un savoir agir complexe, fondé sur la réflexion critique et l'action, par lequel le professionnel de la santé vise à atteindre la capacité d'offrir des soins culturellement sécuritaires, adaptés et efficaces en partenariat avec des personnes, familles et communautés qui vivent une expérience de santé (Blanchet Garneau).

L'auteur souligne que la complexité de la compétence culturelle touche les domaines cognitif, affectif, comportemental et environnemental de la personne. Néanmoins, cette compétence implique des savoirs, savoir-être et savoir-faire qui, lorsqu'ils sont combinés adéquatement, mènent à une action intégrée et efficace. C'est la combinaison efficace de tous ces éléments dans une situation donnée qui permet alors de parler de *compétence culturelle*.

⇒ La deuxième, citée par Mairiaux, Govers et Absil est de Michael Winkelman, pour qui la compétence culturelle est ainsi définie.

L'habilité de s'identifier à et de travailler avec d'autres groupes culturels que le sien en utilisant les compétences communicationnelles et les stratégies d'interventions propres à ces groupes culturels. Une personne culturellement compétente a la capacité d'utiliser la connaissance de modèles (patterns) culturels de manière à comprendre les priorités, à communiquer de l'empathie et de la reconnaissance, à être réceptive aux besoins de l'individu ou de sa communauté et à travailler effectivement avec des groupes culturels distincts pour développer des interventions culturellement appropriées (Winkelman, 2009, p. 430).

Cette définition fait appel à une démarche réflexive de la part du professionnel qui interroge sa pratique pour éviter la routine qui serait nuisible à la qualité des soins (Mairiaux, Govers, et Absil, 2014). Ces auteurs mettent en garde et indiquent qu'attribuer un rôle prépondérant à la culture c'est courir le risque de « culturalisme ». Dans le cadre des professions médicales,

cela reviendrait à expliquer un comportement uniquement par des facteurs culturels (*ibid*, p.10).

⇒ La troisième définition provient du modèle transculturel de Lary D. Purnell, pour qui la compétence culturelle signifie :

- devenir conscient de sa propre existence, de ses sensations, de ses pensées et de son environnement sans laisser transparaître l'influence de sources extérieures ;
- démontrer une connaissance et une compréhension de la culture du client ;
- adapter les soins de façon congruente avec la culture du client.

Pour Purnell, la compétence culturelle se divise en quatre stades :

- 1) *l'incompétence inconsciente*,
- 2) *l'incompétence consciente*,
- 3) *la compétence consciente*,
- 4) *la compétence inconsciente*.

Purnell préconise au soignant, en premier lieu, d'atteindre une compréhension de sa propre culture, des valeurs personnelles qui s'y attachent et d'acquérir l'habileté de se détacher de « l'excédent de bagages » associé à la culture. Le modèle transculturel de Purnell (*cf.* annexe 2) s'utilise en pratique, en éducation, en recherche, en administration et gestion des services de santé (Coutu-Wakulczyk, 2003).

Si les travaux évoqués concernent les infirmiers, la compétence culturelle intéresse cependant tous les professionnels impliqués dans les activités éducatives, de soin et d'accompagnement. La compétence culturelle retient particulièrement notre attention en raison de la puissante influence directe ou indirecte qu'à la culture sur les perceptions et représentations de la santé et de la maladie (*ibid*, 2003).

La culture dans les soins

Dans le domaine de la santé et de la maladie, certains Martiniquais combinent médecine conventionnelle et médecine traditionnelle. La première correspond à la médecine moderne occidentale dominante et la seconde à la médecine populaire minoritaire.

Pour Laplantine (1997), ce qui distingue ces deux thérapies se situe à différents niveaux ; l'idée que le malade devrait « se prendre en charge » est absente des pratiques traditionnelles, qui sont fondées sur la dépendance totale du patient. Par ailleurs, ces recours thérapeutiques sont d'autant plus efficaces que le malade accepte de recevoir de l'extérieur un contenu

culturel auquel il adhère sans restriction. L'étude approfondie du contexte fera également appel à la fonction référentielle de la langue, c'est-à-dire à la signification plutôt qu'au simple sens. La compétence culturelle peut améliorer la performance linguistique, notamment en ce qui concerne l'acquisition du lexique, primordial en langue de spécialité (Sturge-Moore, 1996).

La culture populaire, socle de la compétence culturelle

Raymond Massé cite Roger Levasseur qui, en 1982, décrit la culture populaire comme :

Un ensemble de symboles, de représentations, de valeurs, de pratiques, de savoir-faire qui expriment la totalité de l'existence quotidienne et lui donnent sens. Elle concerne les conditions communes d'existence des individus et des groupes sociaux : le loisir, le travail, l'habitat et les relations familiales, amicales, de voisinages, de quartier, etc. ; elle est une culture vécue, actualisée dans la quotidienneté de l'existence (Massé, 1995 p. 314).

À partir de cette définition, Massé décrit la culture populaire comme un milieu de vie, un rapport immédiat, premier, spontané au monde et aux autres, une manière d'être, de penser et d'agir des individus et des groupes dans leurs praxis quotidiennes.

Pour sa part, Levasseur dénombre cinq dimensions dans la culture populaire :

- 1) la culture dominée, véhiculée par une classe dominée et ne peut être définie hors de ses rapports avec les formes culturelles dominantes ;
- 2) la culture plurielle, hétérogène parce qu'il existe autant de formes et de niveaux de culture que de sociétés ;
- 3) la culture ouverte, vivante, en mouvement continu, loin de l'image classique associée au folklore et à la seule tradition ;
- 4) la culture contestataire, en opposition aux centres de promotion de la culture bourgeoise et de la culture savante que sont le système scolaire et les institutions gouvernementales ;
- 5) la culture vécue, contrairement à la culture savante ne s'apprend pas à l'école ou dans les médias.

Dans cette étude, nous nous intéressons notamment à la « culture vécue », celle qui se vit au quotidien à travers les rapports familiaux, les comportements alimentaires ou sanitaires, le choix des vêtements portés ou le langage utilisé ...

À la culture populaire s'adosse le savoir populaire : quand ce savoir populaire est relié à la santé et à la maladie, R. Massé l'observe comme un produit original résultant d'une réinterprétation de divers discours médicaux, alternatifs, populaires sur la santé. Le savoir populaire concerne le sens et non la seule connaissance, la signification et non la seule

information. Une culture se caractérise par ce qu'elle valorise, mais aussi par ce qu'elle refoule (Massé, 1995).

Le jardin créole espace de subsistance

L'Afrique a introduit aux Antilles une connaissance approfondie des plantes et de leurs vertus, qui se perpétue encore de nos jours. Marie-André Concy évoque une étude du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation qui illustre la biodiversité des Antilles et de La Réunion, comme une véritable richesse et une ressource pour ces régions. En effet, 60 à 80 % de leurs populations utilisent continuellement ce patrimoine naturel pour un usage diversifié, soit pour l'alimentation ou pour la médecine traditionnelle populaire, comme produit cosmétique ou comme source de revenus (M.-Luce/Concy, 2015). Le jardin créole en témoigne tant par sa biodiversité aromatique, nutritionnelle et médicinale que par son organisation potagère. Ainsi, pour Mina Adèle (2016)²⁴, le « *jaden* » est une composante multifactorielle du patrimoine et un élément incontournable du paysage socio-culturel martiniquais. Jardinage et petit élevage s'associent pour faire du jardin créole une unité de production avec un rôle fondamental dans l'économie rurale, dans le sens où ce jardin représente une réserve de nourriture, mais également une sécurité de revenu en cas de problèmes. En effet, dans ce jardin créole, les animaux d'élevage, constituent des biens d'épargne pour faire face aux dépenses imprévues et exceptionnelles générées par un mariage, un baptême, la rentrée des classes, un enterrement ou des réparations pour la maison. À titre d'exemple figure le cochon nourri pendant une année pour être tué à Noël, ou encore le cabri et les coqs pour les fêtes de Pâques (Massé, 1980). Pour la population rurale, l'agriculture devient un possible palliatif à l'émigration vers les villes ou vers la métropole.

L'exemple de la tisane à La Réunion

La *tisane* est un réel fait culturel à La Réunion. Jean Benoist (1993) explique que cette tradition viendrait des quartiers des Hauts, une population blanche dont les ancêtres venaient majoritairement de France, et dans laquelle la tradition médicale repose essentiellement sur l'usage des plantes, que l'on connaît soi-même ou que l'on demande à des « herboriste (*tisaneur* ou simple), quand les recettes familiales ne suffisent pas. « Détenteur de la connaissance des plantes médicinales, ceux-ci préparent des mélanges (complications)

²⁴ Mina Adèle, dans sa thèse sur l'approche historique et anthropologique de cet objet culturel, a démontré que le jardin créole dit « Jaden » s'inscrit dans une tension passé/présent/futur, mais également que le « Jaden » est d'une part un élément de construction sociale, et d'autre part, une source de développement économique et social.

d'herbes et de fleurs cueillies dans les régions d'altitude ou cultivées dans leur jardin. Certains vont dans les Bas vendre ces tisanes soit au public, soit à des guérisseurs » (Benoist 1993).

L'auteur s'appuie sur les propos de Roger Lavergne (1990, p, 78) qu'il cite : « La tisanerie traditionnelle va de la plante à la tisane. Elle englobe ceux qui cueillent ces « zerbages », ceux qui font commerce et enfin ceux qui prennent charge de nous soigner avec de la plante à la tisane ».

Ces deux auteurs établissent un profil des tiseurs qu'ils considèrent comme :

« des membres de la société paysanne la plus traditionnelle, vivant en dehors de la zone urbaine et en général à l'écart des grands centres des plantations sucrières. Leur âge est élevé, et pourrait faire penser à la prochaine disparition de ces pratiques. Il faut toutefois se méfier d'une erreur de jugement fort commune à ce propos. En effet, dans l'entourage de la plupart de ceux que nous avons connus, il y a quelque jeune, attentif, qui accumule des connaissances, mais qui ne peut évidemment pas prendre la place de celui qui les initie » (Benoist. 1993, p. 56).

Dans sa thèse intitulée *Plantes médicinales indigènes : tisanerie et tiseurs de La Réunion*, Roger Lavergne déclare :

Si la plante endémique disparaît, la première victime est le tiseur. Il n'aura plus jamais à sa disposition cette matière végétale qui rendait si efficaces ses compositions. Il est donc urgent que chaque tiseur procède à la culture de plantes rares qu'il utilise. [...] Parmi les plantes médicinales indigènes qui nous intéressent, bien rares sont les genres communs aux pharmacopées française et réunionnaise. Elles ne recouvrent pas obligatoirement les mêmes utilisations. De ce fait, La Réunion a secrété son propre univers thérapeutique, tributaire d'un réservoir génétique spécifique (Lavergne, 1989).

La tisane fait culturel à La Réunion nous invite à considérer un autre fait culturel en société créole, soit l'alimentation.

2.4 L'alimentation comme fait culturel et social

L'histoire de l'alimentation d'hier

C. Benoît (2000) indique que dès les premières années de la colonisation, coexistent deux modes de distribution des aliments ;

Soit la nourriture préparée par une esclave âgée ou un colon engagé est distribuée chaque soir ou portée sur le lieu de travail, soit les aliments de base – viande, pois et cassave, – sont distribués le dimanche, à charge pour les esclaves d'accommoder leur nourriture, en se procurant par ailleurs des ignames, des patates et du gros mil (ibid, p. 106).

Concernant la composition de ces menus, selon Alice Peeters²⁵, les écrits de l'époque témoignent que les plantes cultivées, notamment les tubercules dits « gros légumes », étaient

²⁵ Alice Peeters, ethnologue et ethnobotaniste, fait remarquer qu'en Martinique le système de chaud et froid n'explique pas à lui seul certaines maladies et leur thérapie. C'est le cas, entre autres, des vers, le mal de foie,

les bases principales de l'alimentation, la morue et la viande salée constituaient les principaux apports protidiques. Le pain a ensuite été introduit dans l'alimentation puis s'est complètement substitué à ce type d'alimentation (Peeters, 1984). Selon la conception martiniquaise, on trouve quatre grands groupes d'aliments :

- 1) les froids ;
- 2) les rafraîchissants ;
- 3) les neutres ;
- 4) les chauds ou échauffants.

Peu à peu, la consommation de produits importés de France devient un marqueur de promotion sociale, ce qui conduit à une différence entre les milieux ruraux et urbains, mais amorce aussi le début de changement de comportement alimentaire (*ibid*).

Un ensemble d'études médicales réalisées en 1981 par l'Orstom²⁶ avait pour objectif de donner une présentation à la fois précise, et générale des situations alimentaires et nutritionnelles de la Martinique, afin de dégager les grands axes de recherche et d'actions à conduire. Les résultats ont montré que l'alimentation des Martiniquais semble se placer dans un carrefour (Orstom, 1984), c'est-à-dire :

- a) Proche du modèle des sociétés industrialisées et en particulier, celui de la France métropolitaine par sa consommation importante en protéine animale et de pain ;
- b) Une consommation forte de graines, de légumineuses et de féculents ;
- c) La répartition différente, déséquilibrée des sources de protéines animales ; plus de poissons, moins de viande, d'œufs et de laitage.

Ainsi, l'équilibre des régimes présente quelques originalités :

- La part des calories lipidiques est bien inférieure (point positif). La consommation de poisson et de volaille semble en partie éviter la consommation excessive de lipides.
- L'équilibre nutritionnel de l'alimentation martiniquaise paraît beaucoup plus proche de celui des pays occidentaux que de celui de la plupart des pays des

les gaz, les empoisonnements, les morsures de serpents, les hernies, le « diabète »... (Peeters, 1976; Orstrom, 1984). https://www.persee.fr/doc/AsPDF/jatba_0021-7662_1976_num_23_1_3232.pdf.

²⁶ Office de la recherche scientifique et technique outre-mer, devenu en 1998 Institut de recherche pour le développement (I.R.D.).

régions tropicales, notamment des pays voisins de la Caraïbe. La dépendance, de longue date de l'alimentation martiniquaise vis-à-vis des importations, et le niveau de vie élevé par rapport aux îles voisines peuvent en être la raison.

À cette époque (Orstom, 1984), l'alimentation des Martiniquais traverse une période de transition. Le modèle alimentaire traditionnel semble se conserver en milieu rural, et se traduit par l'importance de consommation de la morue salée, et du poisson, mais moins de fromage, de beurre, de viande et de volaille. Les différences de consommation se traduisent par des pourcentages de calories lipidiques et de lipides animaux plus élevés à Fort-de-France. Ce phénomène se reproduit lorsque le niveau socio-économique des familles s'élève, alors que certains groupes défavorisés éprouvent des difficultés à satisfaire l'ensemble des apports nutritionnels recommandés ou souhaitables. Concernant les enfants, les repas servis à la cantine scolaire gagneraient à être mieux équilibrés grâce à la présence à chaque menu de fromage ou d'un laitage, ou d'un fruit ou d'une portion de crudité réellement consommée (*ibid*, p. 20).

D'après l'historienne Dominique Juhé-Beaulaton²⁷, l'histoire de l'alimentation d'une région ou d'une population part nécessairement des ressources qui composent les plats, dont les plantes cultivées représentent les ingrédients de base. Le développement de la traite des esclaves à partir du XVII^e siècle conduit, immanquablement, à la question de leur alimentation, avant leur embarquement et pendant la traversée. Dans ce contexte de grande insécurité à la fois politique et alimentaire, lié aux mouvements de populations, guerres, conscriptions, cantonnements, afflux d'esclaves, le manioc qui pouvait se conserver en terre, et être récolté en cas de besoin, plus encore que la patate, l'igname et les céréales, a permis d'assurer une meilleure sécurité alimentaire (Juhé-Beaulaton, 2014).

Gabriel Debien a également dans son article intitulé « L'esclavage », décrit l'alimentation des esclaves. Il précise que celle-ci connut des variations tant durant la période que dans les différentes îles. Il indique en effet, que dès le XVII^e siècle, le manioc y tient une grande place, sous forme de farine, on en faisait une galette. La « cassave » servait de pain et l'on pouvait la conserver quelques jours. Le menu avait parfois comme complément des salaisons : têtes de bœuf, tortues, morues et harengs. Par endroits il pouvait y avoir des patates.

²⁷ Citation de l'ouvrage référence

On avait cru qu'en accordant aux esclaves un petit jardin individuel à cultiver, ceux-ci parviendraient à se nourrir sans qu'on ait recours à la distribution des rations (Debien, 1982, p.148). L'auteur ajoute que dans toutes les îles, les esclaves furent toujours mal nourris, constamment sous-alimentés par l'absence de viande fraîche dans leur nourriture ordinaire et par l'importance exagérée des féculents dans leur ration. Là fut le point noir constant de leur vie (*Ibid*, p. 149). S'agissant de l'association entre traite des esclaves et culture du manioc, elle est clairement exprimée. Debien cite (Chaudoin, 1891, p. 363) qui précise que « la racine de manioc naturelle contient un suc toxique. Néanmoins, elle devient une excellente nourriture lorsqu'elle est préparée et qu'on lui a enlevé ses propriétés nuisibles ». L'alimentation des esclaves qui attendent d'embarquer, à bord des navires négriers et dans les plantations a nécessité la recherche de produits dont la conservation ne posait pas de problème, comme l'indiquent ces propos retranscrits par l'auteur :

Le père Du Tertre, missionnaire dominicain aux Antilles au XVII^e siècle, relate que les Espagnols et les Portugais font sécher la farine de manioc dans un four, ce qui permet de la garder dans leurs forts deux ou trois ans pour nourrir les esclaves et ravitailler leurs navires » (ibid).

Le père Labat, également missionnaire, évoque aussi les dépenses nécessaires pour la nourriture et l'entretien de cent vingt esclaves dans une plantation aux Antilles :

Il faut supposer d'abord que l'on aura soin d'avoir du manioc en abondance, de sorte qu'il ne soit plutôt en danger de pourrir en terre, que d'être obligé de retrancher l'ordinaire que l'on doit donner aux Nègres, ou d'acheter de la farine de manioc, qui est souvent fort cher, fort rare, fort difficile à trouver, et qu'il faut toujours payer en argent comptant.

Outre le manioc, (Juhé-Beaulaton, 2014) mentionne qu'aux Antilles, l'igname et la patate apportent un complément alimentaire qui peut compenser le manque de viande. Cependant, ces tubercules se conservent moins bien que le manioc.

Aujourd'hui encore, ces tubercules et bien d'autres plantes de cette époque sont largement intégré(e)s dans l'écosystème, avec des fonctions multiples. C'est notamment toute l'importance du jardin créole, qui conserve des valeurs, symbolique, sociale, économique et culturelle.

Une transition alimentaire qui s'installe et progresse

Après l'étude de l'Orstom de 1980-1981, une enquête réalisée sur les consommations alimentaires en population générale martiniquaise (Escal, 2003-2004) avait pour but de connaître :

- ⇒ la fréquence des principales maladies ou de leurs facteurs de risque touchant la population martiniquaise ;
- ⇒ l'état nutritionnel de la population et ses apports alimentaires en lien avec d'éventuels facteurs de risque ;
- ⇒ les habitudes de la population en termes de choix d'aliments et de fréquences de consommation ;
- ⇒ les habitudes d'approvisionnement de la population en produits alimentaires.

L'étude Escal décrit les apports alimentaires de la population martiniquaise âgée de 16 ans et plus, au regard des repères de consommation et indicateurs d'objectifs du « Programme national nutrition santé » (PNNS). Les résultats montrent que, globalement, les apports énergétiques estimés sont assez faibles, et les consommations en macronutriments sont en accord avec les recommandations du PNNS. Les petits consommateurs de produits laitiers représentent huit sujets sur dix. Les petits consommateurs de fruits et légumes constituent près de 60 % de la population. Des tendances de consommations différentes se dégagent selon l'âge, avec, en général des niveaux de consommation les plus défavorables observés chez les jeunes adultes.

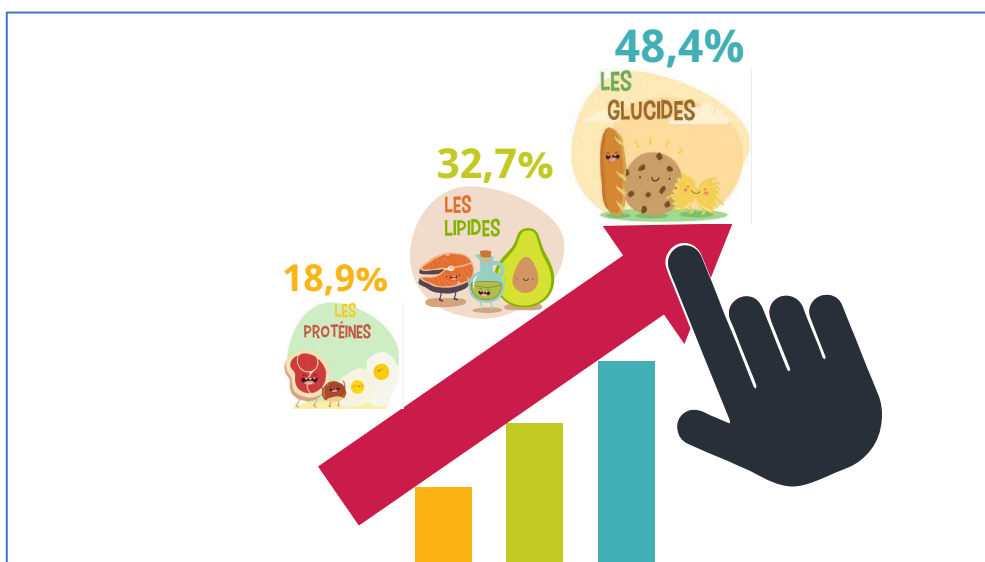


Figure 12 : Pourcentage moyen de la contribution des protéines, lipides et glucides à l'apport énergétique total (sans alcool) chez les adultes (Source : Étude ESCAL 2003-2004).

L'âge était en effet associé à la faible consommation de fruits et légumes, de produits laitiers et de produits de la pêche. En outre, un score socio-économique élevé était associé à une consommation adéquate de fruits, tandis qu'un niveau d'éducation élevé était associé à une probabilité plus élevée d'être faible consommateur de produits laitiers.

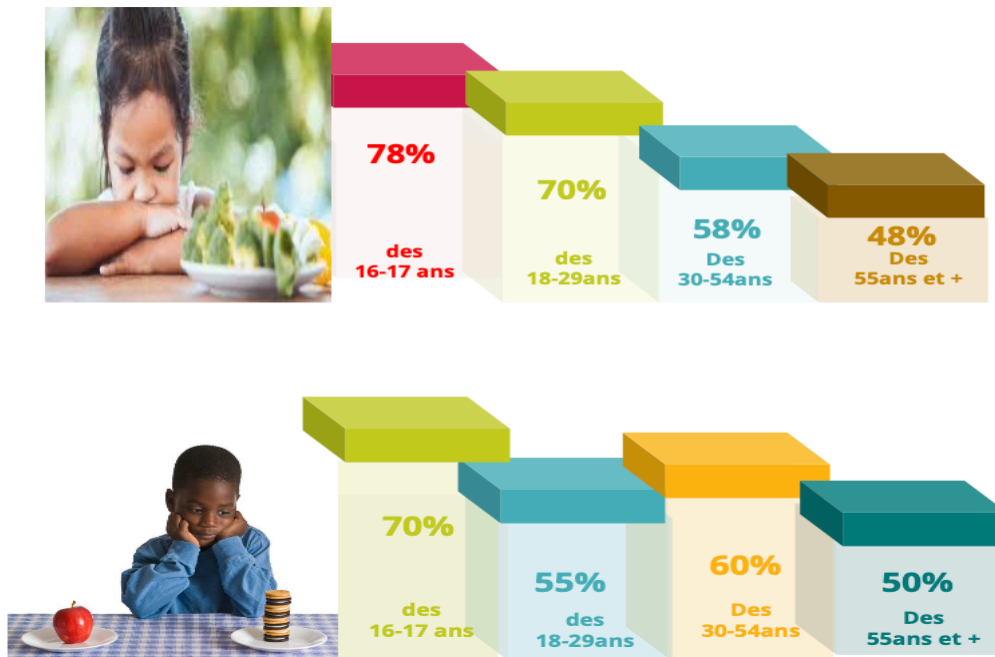


Figure 13 : Pourcentage de femmes et d'hommes de plus de 16 ans mangeant moins de 280 grs de fruits et légumes /jour, Source Étude escal-2003-2004-résultats du volet consommation alimentaires.

L'ensemble de ces résultats souligne l'importance de la mise en place d'actions afin d'améliorer les consommations alimentaires en Martinique, en particulier auprès des jeunes adultes, pour se rapprocher des recommandations diffusées dans le cadre du PNNS. L'étude Escal²⁸ montre la poursuite d'une progression de la transition nutritionnelle, déjà mise en lumière par l'étude précédente de l'Orstom.

Dix années après, l'enquête Kannari 2013-2014 s'est fixé comme objectif de décrire les évolutions de l'état de santé des populations martiniquaises et guadeloupéennes en termes de surpoids, obésité et autres pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'asthme (depuis l'enquête Escal 2003-2004).

²⁸ L'étude Escal montre une différence générationnelle, entre l'alimentation des jeunes et celle des plus âgés. Les résultats font état également d'une obésité plus élevée chez les femmes que chez les hommes (25,5% contre 13,7%).

Trois autres volets ont été évalués :

- 1) l'exposition au chlordécone par voie alimentaire ;
- 2) les comportements et apports alimentaires ;
- 3) le niveau d'imprégnation par le chlordécone de ces populations.

L'enquête Kannari indique également que l'alimentation des adultes en Guadeloupe et Martinique est caractérisée par des consommations faibles en fruits, légumes et en produits laitiers, alors qu'elle révèle une consommation élevée de matières grasses ajoutées. Les apports énergétiques totaux apparaissent faibles (Castetbon, et al., 2016). Dans ses conclusions, l'enquête a identifié des thèmes prioritaires d'actions de santé publique :

- ⇒ renforcement de l'information nutritionnelle sur la consommation de fruits et légumes
- ⇒ renforcement de l'information sur la limitation des boissons et aliments sucrés et diminution de la teneur en sucres de ces produits,
- ⇒ organisation des filières,
- ⇒ coût de ces aliments pour certains foyers.

L'alimentation constitue une pratique éminemment sociale, adossée à des systèmes de valeurs et de normes intervenant dans la construction des identités collectives (Méjean *et al.*, 2020). À partir de différents écrits, les auteurs rapportent que les traditions alimentaires des départements et régions d'outre-mer s'articulent autour de certains éléments communs traditionnels qui résultent des processus de créolisation. Ils soulignent qu'aujourd'hui, les composantes traditionnelles et les nouveautés cohabitent, conduisant à une diversification des pratiques dans un contexte de changements rapides dans les modes de vie et les environnements. À l'instar de Fischer (1990), ils constatent également que ces transformations s'opèrent très souvent par adoption, par substitution ou par addition d'éléments nouveaux avec des impacts sur les situations nutritionnelles et sanitaires de ces territoires.

Des pathologies de l'alimentation et de la nutrition repérées

À propos des pathologies nutritionnelles, deux grands axes se distinguent :

- ⇒ maladies par sous-alimentation et carence nutritionnelle (anémie, rachitisme...)
- ⇒ maladies en relation avec des déviations alimentaires surpoids, obésité...).

Obésité, surpoids, diabète : des maladies de la nutrition à forte prévalence en Martinique

L'enquête Kannari 2013-2014 présente une progression importante de la surcharge pondérale, mais plus particulièrement de l'obésité qui semble s'être opérée en Martinique depuis une dizaine d'années, passant d'un individu obèse sur cinq en 2003 à plus d'un individu sur quatre en 2013.

Concernant les enfants, le constat alarme tout autant, passant de moins d'un sur quatre en surcharge pondérale à plus d'un enfant sur trois. En considérant l'obésité abdominale, reflet du risque cardiovasculaire et des complications métaboliques, la situation ne rassure pas non plus, passant d'un individu sur trois à presque deux individus sur cinq (Osm, 2015).

Evolution de quelques indicateurs

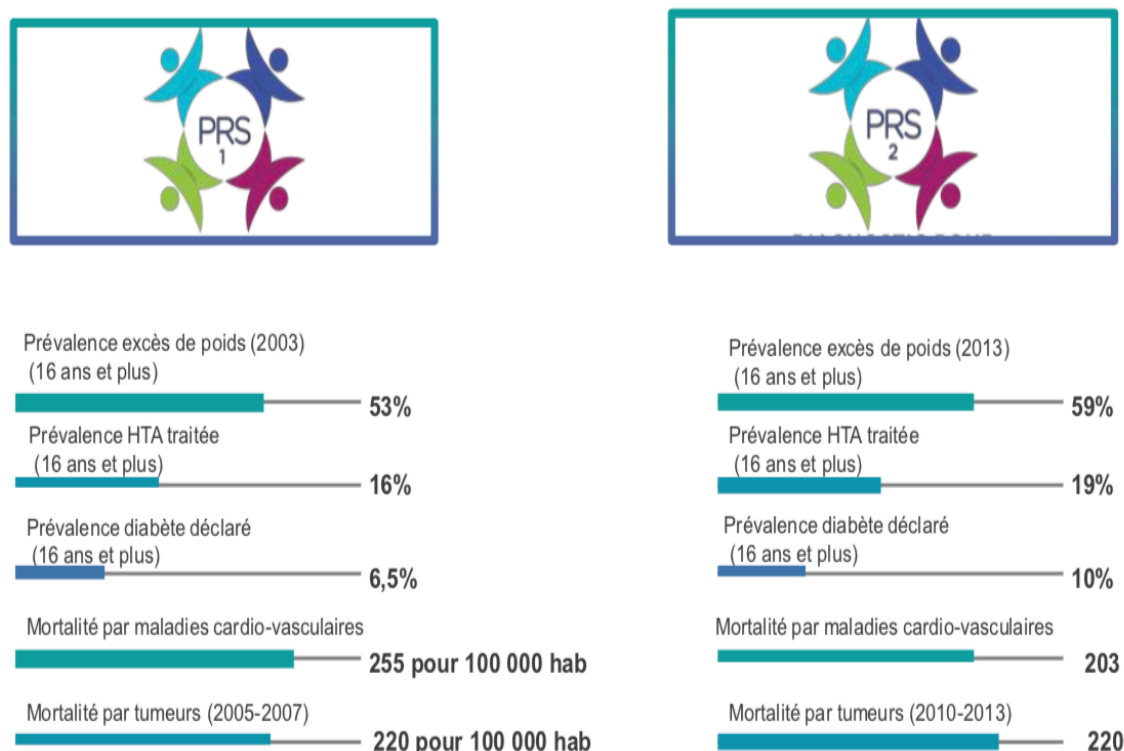


Figure 14 : Évolution de la prévalence de maladies chroniques entre 2003 et 2014 en Martinique (Merle, Mélan, et Neller, 2017).

La surcharge pondérale, et plus précisément l'obésité, est un facteur de risque identifié pour le développement de plusieurs maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, certains cancers...)

Alimentation et facteur de risque en Martinique

L'objectif de enquête Kannari 2013-2014 visait également à mieux prendre en compte les circuits informels de commercialisation et de distribution spécifiques aux Antilles, c'est-à-dire les ventes en bords de route ou les étals et les ventes informelles de denrées carnées. À partir de ces données, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, présente dans un avis (Anses, 2017) ; les résultats de l'évaluation des risques sanitaires liés à l'exposition alimentaire au chlordécone pour la population générale antillaise et plusieurs sous-populations qui présentent une menace de surexposition.

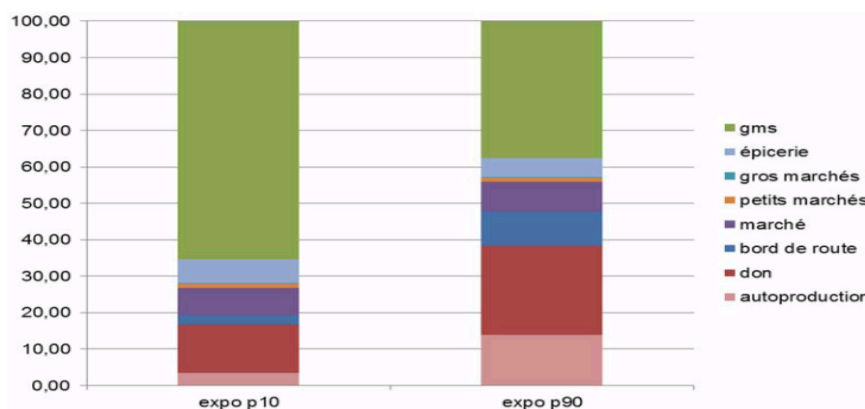


Figure 28 : Profils d'approvisionnement des individus les plus exposés (p90) et des moins exposés (p10) en Martinique

Figure 15 : Représentation des circuits courts d'approvisionnement alimentaire en Martinique
Source : (Anses, 2017)

L'Anses observe que les circuits courts (don, autoproduction et bords de route) représentent près de la moitié des approvisionnements chez les individus les plus exposés, contre moins de 20 % chez les individus les moins exposés. Le croisement des niveaux d'exposition et des profils d'approvisionnement montre ainsi, que les plus fortes expositions correspondent à des comportements tournés vers les circuits courts et l'autoproduction.

À l'inverse, les plus faibles expositions coïncident avec des ravitaillements en grande partie faits en grandes et moyennes surfaces (GMS), en petites surfaces (épiceries, boucheries, poissonneries, primeurs) et en marchés. Les profils les plus fortement exposés correspondent donc aux individus qui résident en Zone Contaminée et s'approvisionnant majoritairement par l'autoproduction et les circuits courts (don et bords de route).

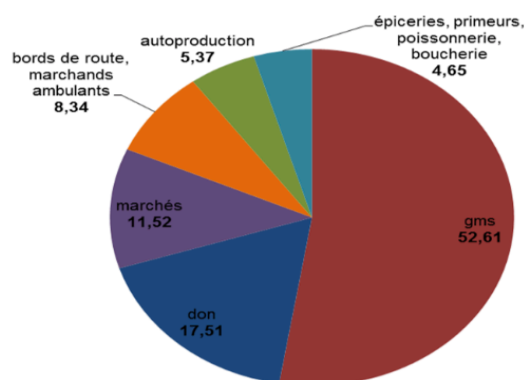


Figure 25 : Proportion de fréquence d'approvisionnement alimentaire dans les différents circuits en Martinique

Figure 16 : Comparaison des sources d'approvisionnement alimentaire en Martinique (Anses, Exposition des consommateurs des Antilles au chlordécone, résultats de l'étude Kannari, 2017)

Par ailleurs, les GMS représentent respectivement 6 % et 20 % de l'exposition, soit nettement moins que leur place dans la consommation des foyers (18 % et 53 %). Cette différence entre sources d'exposition et sources de consommation s'explique par les différences de contamination des aliments selon les modes d'approvisionnement. Les différences entre exposition et consommation sont plus marquées en Martinique en raison de la place plus importante des GMS dans la consommation.

Tableau 41 : Comparaison des denrées contributrices à l'exposition entre l'évaluation de 2007 et l'évaluation Kannari

	Evaluation de 2007	Evaluation de Kannari	Eléments d'explications
Racines et tubercules	Dachine, patate douce, carotte, malanga (chou caraïbe)	Dachine, patate douce	On retrouve certains racines et tubercules, mais contribution moindre liée à un échantillonnage alimentaire plus représentatif
Légumes aériens	Concombre	Poireau / cive	Concombre : contribution moindre liée à un échantillonnage alimentaire plus représentatif Poireau/cives : effectifs faibles en 2007 (n=4). Denrées considérées comme sensibles à la contamination au chlordécone
Fruits	Banane (fruit, tinain), corossol	x	Contribution moindre liée à un échantillonnage alimentaire plus représentatif
Poulet	x	✓	Effectifs faibles en 2007 (n=39) dont peu issus de circuits non contrôlés. Utilisation des données issues de Jafa volaille pour Kannari
Œuf	x	✓	Effectifs faibles en 2007 (n=9) dont peu issus d'autoproduction. Utilisation de Jafa volaille pour Kannari
Poissons	✓	✓	Confirmation de la contribution des poissons côtiers (de nasse et de filet en 2007)
Crustacés (eau douce)	x	✓	Effectifs faibles en 2007 (n=3). Utilisation des données des Offices de l'Eau en 2017

Légende :

- Contributeur stable entre 2007 et 2017
- Contributeur nouveau en 2017
- Contributeur absent en 2017

Figure 19 : Évolution des denrées contributrices à l'exposition chlordécone entre les deux évaluations ainsi que les éléments d'explication. Source : (Anses, 2017) p. 112.

La conclusion l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail rappelle que l'exposition alimentaire à la chlordécone dans les Antilles constitue un enjeu fort de santé publique (*Ibid*, 2017).

L'éducation alimentaire

Dans son avis n° 84, le Conseil national de l'alimentation (CNA) décrit ainsi l'éducation alimentaire :

L'éducation à l'alimentation s'inscrit dans la totalité du fait alimentaire. Ce dernier est à la fois un acte biologique, physiologique, psychologique, de bien-être, un acte culturel, social et économique. En conséquence, l'éducation alimentaire intègre l'information et l'éducation nutritionnelle au même titre que l'éducation sensorielle, la connaissance et la prise en compte des préférences alimentaires individuelles et collectives. Elle s'adresse à un mangeur pluriel tout au long de sa vie. De ce point de vue, pendant l'enfance et l'adolescence, elle valorise la mission de l'école comme intervenant principal aux côtés des familles. C'est également le rôle des acteurs de santé et d'aide sociale durant les mille premiers jours, jusqu'aux derniers jours d'une personne.

Tous ces intervenants transmettent et apprennent des informations relatives à l'aliment proposé, à ses propriétés et ses conséquences nutritionnelles, au même titre qu'ils peuvent expliquer la « fabrication de l'alimentation », ses dimensions symboliques qui, dans le même temps que nous mangeons, construisent notre identité et nous apprennent à consommer sainement, pour nous et notre planète. Les professionnels et acteurs de la nutrition ont alors pour mission d'assurer la sécurité alimentaire et préserver ainsi la santé de la population dans son environnement et son contexte culturel.

Pour conclure la première partie

La Martinique est imprégnée d'une identité, de spécificités culturelles découlant de son passé, même si le moule historique demeure commun, comme dans les sociétés créoles. Les métiers comme par exemple les professionnels de l'éducation et de la santé sont confrontés à la diversité culturelle. La langue, carte d'identité d'une culture, participe à la construction de la relation interpersonnelle dans un contexte de soin. Outre la langue, les représentations, les croyances, les habitus, et en somme la culture, impactent la façon d'agir de chacun.

Les représentations et conceptions des Martiniquais sur la santé et la maladie proviennent également, de leur histoire structurée à partir de cette période où les Caraïbes, les Européens, les Africains, les Indiens se sont côtoyés avec leurs rituels, leurs usages, leurs croyances différentes les unes des autres. Cette cohabitation forcée a conduit à un maillage de cultures qui a construit le socle de la culture créole (Massé, 2008). À noter à ce propos : les pratiques

alimentaires, culinaires, de soins, artistiques, danses, chants, musiques, plantations, habitations, mode d'expression... (Benoît, 2000).

Pour notre étude, nous avons choisi l'alimentation comme fait culturel. Elle connaît un processus de transition depuis une quarantaine d'années. Aujourd'hui, en Outre-Mer, les départements vivent de profondes et rapides mutations démographiques, économiques et sociétales. Les modèles alimentaires y prennent de nouvelles formes, qui dépendent davantage des importations, de la grande distribution et des aliments transformés. Simultanément, les modes de vie se modifient considérablement, devenant de plus en plus sédentaires (Méjean et al., 2020). Cette situation engendre en partie la prévalence croissante des maladies de l'alimentation et de la nutrition dans ces départements, dont la Martinique. Selon Rouillé d'Orfeuil, Divay et Dupaz, (2018) la transition alimentaire s'appuie sur l'interaction entre plusieurs acteurs, comme ceux de la chaîne de production des aliments et ceux de la consommation alimentaire. Ainsi, les ressources naturelles, culturelles et humaines deviennent les premiers moteurs de cette transition, grâce à la « pédagogie de la transition ». Nous pensons alors, que l'éducation alimentaire peut devenir un levier pour accompagner le patient diabétique martiniquais dans son rôle d'acteur de gestion de sa maladie. Au centre de cette éducation, l'apprentissage d'une alimentation saine, équilibrée est primordial pour la personne diabétique et également pour la population.

Chapitre 2 - EXPLORATION DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CONTEXTE CRÉOLE

Toute médecine, aussi bien celle que l'on dit traditionnelle que celle que l'on dit moderne, s'appuie sur une perception de la nature informée par la culture. Entre celui qui vit le mal et celui qui le soigne, cette information diffère plus ou moins. La perception et les conduites ne sont pas les mêmes, et leur rencontre, la relation thérapeutique, est avant tout un ajustement des comportements de l'un aux représentations de l'autre.

Jean Benoist (1993)

3 DEUX CONTEXTES À DÉCOUVRIR - MARTINIQUAIS ET RÉUNIONNAIS

3.1 Contexte martiniquais

3.1.1 Contextes sociale

La Martinique fait partie des Petites Antilles, baignées à l'est par l'Océan Atlantique et à l'ouest par la mer des Antilles. Longue de 80 km, large de 32 km, d'une superficie de 1128 km², elle se trouve à environ 7200 km de la France métropolitaine. Île tropicale volcanique située dans une zone géographiquement instable avec une nature très prolifique, la Martinique connaît un climat humide avec deux saisons principales : une chaude et humide de juillet à novembre, dite « hivernage », et l'autre qui va de janvier à avril appelé « carême ». La structuration sociale, politique et culturelle de la Martinique est liée à son histoire, principalement celle de la traite négrière et de l'esclavage colonial. L'abolition de l'esclavage va impliquer pour les quatre colonies françaises (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion) une assimilation civile et politique à la France.

La loi de départementalisation du 19 mars 1946 met fin au régime colonial en érigeant les quatre colonies françaises en départements français. Dans chacun d'eux, un préfet remplace le gouverneur. Quelques mois plus tard, la Constitution du 27 octobre 1946 crée la catégorie des départements d'outre-mer (DOM) et des territoires d'outre-mer (TOM). Elle donne rétroactivement une base constitutionnelle à la loi de départementalisation. On remarque alors à la Martinique la montée de courants qui revendiquent l'autonomie, voire l'indépendance. L'idéologie de l'assimilation est rejetée parce que pour certains, départementaliser c'est « acculturer » donc annihiler les particularismes culturels (Ancelin, 2000, p. 46). Au-delà du terme « département », l'essentiel semble d'adapter les lois aux conditions particulières du pays d'où prend naissance un très grand nombre de ses logiques politiques, économiques, sociales et culturelles. Les hommes et les méthodes s'y sont adaptés ; en revanche, les organisations sociales et économiques ont eu du mal à se mettre en place totalement, compte tenu du contexte socio-économique très défavorable de l'après-guerre (Rogers & Lesueur, 2018).

À la différence des départements de la métropole, ceux de l'outre-mer bénéficient d'un budget individualisé afin d'adapter les décisions à leurs contraintes économiques et sociales. Créé en

1995, le ministère de l'outre-mer a pour rôle la coordination interministérielle, le relais entre les Conseils généraux et régionaux des DOM et le gouvernement ainsi que la politique gouvernementale relative au développement des DOM.

La crise économique accentue les clivages et les inégalités sociales au sein de la population, à l'origine des conflits, revendications, mouvements de grèves. À la suite de mouvement social de février/mars 2009 contre la vie chère dans les DOM, les états généraux d'outre-mer relancent le débat institutionnel. En 2010, de nouvelles consultations ont lieu, en Martinique et en Guyane où le 24 janvier 2010, les électeurs de ces deux départements approuvent la création d'une collectivité unique. La collectivité territoriale de Martinique (CTM) existe depuis 1er janvier 2016. Les nouveaux scrutins des 20 et 27 juin 2021 ont élu une nouvelle équipe.

Un contexte social imprégné par l'histoire

Sortir de l'esclavage impose la nécessité de prendre en compte la complexité dans la compréhension des sociétés qui ont subi cette contrainte (Rogers & Lesueur, 2018, p. 12). La colonisation, à l'origine d'un espace politique commun et de transferts financiers entre pays, a favorisé l'imaginaire européen et mis à mal les visions culturelles (Stien, 2012). C'est aussi l'avis d'Auguste Armet qui, dans son ouvrage « *Société et santé à la Martinique. Le Système et le Masque* » pense qu'un tournant et un changement du modèle économique et culturel martiniquais se produisent à partir de 1946 avec l'intrusion du capitalisme industriel, la mécanisation des tâches, l'accroissement des échanges entre pays industrialisés et pays sous-développés qui occasionnent une dislocation de la société traditionnelle (Armet, 1990). Progressivement l'entrée des marchandises et denrées de métropole établit le couple de « l'offre et la demande », dans un autre style de rapport de forces inégales de « dominant/dominé », avec pour conséquence le démantèlement du patrimoine productif industriel et foncier.

Désormais, les Antilles françaises, du fait de leur appartenance à la France, sont soumises aux normes de l'Union Européenne arrêtées par le traité de Maastricht, donc aux échanges économiques et aux mécanismes de l'offre et de la demande. Leur caractéristique de pays en

voie de développement les contraint d'adopter les standards de la mondialisation. Cette appartenance nationale génère une adaptation forcée sur le plan économique, sur le plan financier avec la monnaie unique, au niveau social et enfin sur le plan juridique.

Une économie qui se cherche et se construit

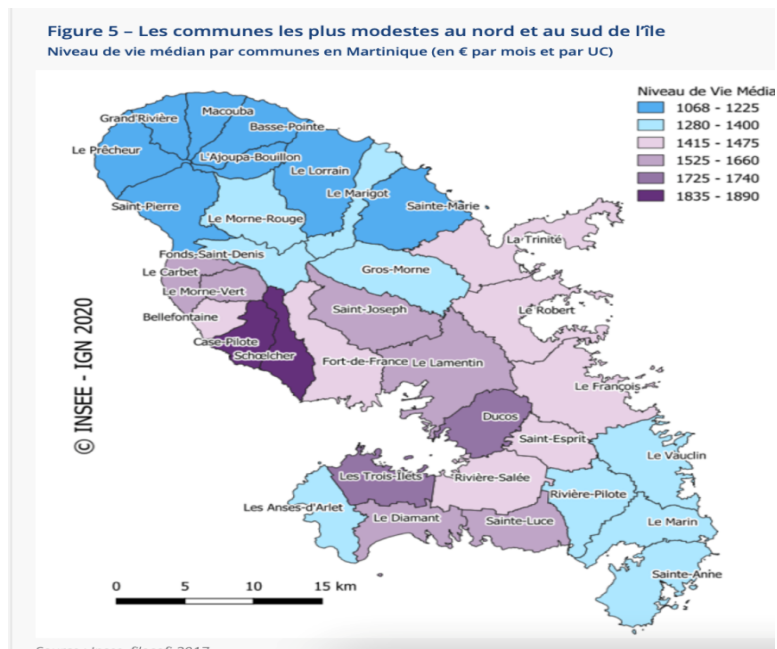
L'image économique de la Martinique des années 2000 correspond à celle d'une région qui, malgré ses handicaps structurels, a réussi à se moderniser, se diversifier, créer des emplois, développer la santé, l'éducation et augmenter son niveau de vie, avec une forte dépendance néanmoins de fonds de la France hexagonale. Cette économie, initialement centrée principalement sur Fort-de-France, s'est étendue dans les années 1980 avec le développement de deux pôles complémentaires à ses alentours, Schœlcher et Lamentin, respectivement au nord et au sud de la capitale (Labridy, 2015, p. 81).

La Martinique possède un des plus faibles produits intérieurs bruts (PIB) des régions françaises, soit 9 milliards d'euros en 2018 ; par habitant il atteint 24 100 €. Le PIB par emploi est de 65 911 €, montant voisin de celui de La Réunion et inférieur à celui de Guadeloupe et à la France entière.

En 2016, la Martinique compte 131 200 emplois, en diminution sur la période 2006-2016. Néanmoins, la situation du marché de l'emploi diffère selon les intercommunalités. Dans trois cas sur dix, les personnes en emploi vont travailler hors de l'intercommunalité où elles résident. Le nombre de navetteurs se stabilise depuis 2006. L'emploi total en Martinique croît de 2,5 % et atteint 135 635 emplois en fin d'année 2019. L'économie du territoire est davantage tournée vers le secteur tertiaire (83 %), étant donné l'importance des services administrés dans les économies ultramarines. À l'inverse, l'industrie reste peu présente.

La pauvreté : une réalité

L'analyse sociale de la Martinique, faite par l'Insee, montre un taux de pauvreté de 29,8 % en 2018. Soit près de deux fois plus que dans l'hexagone, mais moins que dans les autres territoires d'outre-mer.



Cette figure représente de grandes disparités de richesses existant entre les communes de Martinique.

La situation du marché de l’emploi se révèle être la principale cause de pauvreté.

En 2019 le taux de chômage s’établit à 14,9 %, soit 6,5 points de plus qu’en France hexagonale. Le chômage est tout d’abord structurel. Il provient de l’étroitesse du marché du travail insulaire, de l’inadéquation entre l’offre et la demande de main-d’œuvre liée en partie au manque de qualification de la population en recherche d’emploi.

Diplômés du supérieur et illettrés cohabitent

Un peu plus d’un habitant sur trois, âgé de 15 ans ou plus et non scolarisé, possède au minimum un diplôme de niveau baccalauréat en Martinique. Ce territoire abrite également une proportion plus importante de diplômés du supérieur par rapport aux autres DOM : 22,3 % en Martinique, 21,0 % en Guadeloupe, 19,5 % à la Réunion, 17,2 % en Guyane, 12,3 % à Mayotte.

Nonobstant, une étude de 2014 menée conjointement par l’Insee et la Direction générale des Outre-mer révèle que l’illettrisme²⁹ touche 13 % des personnes de 16 ans à 65 ans. Ce taux

²⁹ A. Margat et R. Gagnayre indiquent que l’illettrisme est un néologisme créé en 1981 par ATD Quart Monde afin de désigner : « Les personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n’ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l’écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante. Il s’agit pour elles de réapprendre, de renouer avec la culture de l’écrit, avec les formations de base, dans le cadre de la politique de lutte contre l’illettrisme ».

est plus élevé chez les personnes âgées de 50 ans et plus et chez les hommes. Ces personnes éprouvent des difficultés en calcul, en compréhension orale et écrite (Insee, 2018).

Les conditions de vie durant l'enfance, le niveau scolaire et l'environnement familial représentent les principaux facteurs explicatifs de l'illettrisme. Ce phénomène entraîne une forme d'exclusion sociale, au-delà d'une méconnaissance des savoirs de base. Cette étude de l'Insee note un effet de génération à prendre en compte pour les 45 ans et plus.

L'illettrisme, facteur d'inégalités

D'après l'Insee (2018) le créole, langue régionale, reste couramment employé : 62 % des Martiniquais le parlent à la maison. Cependant, durant la petite enfance, la moitié n'emploie que le français comme langue maternelle. Pour ces personnes, le taux d'illettrisme apparaît très faible (5 %). En 2014, 18 % des 16 ans à 25 ans ont privilégié une autre langue que le français au cours de leur enfance et la plupart de ces personnes parlent le créole. Un tiers d'entre elles se trouvent en situation d'illettrisme. Ce taux est plus important dans le secteur privé que dans la fonction publique, dans les catégories sociales les plus basses, et chez les personnes au chômage depuis un an ou plus. Les personnes illettrées sont limitées dans la lecture, la rédaction, la langue française et également dans l'utilisation d'outils informatiques. Les personnes illettrées utilisent la télévision et la radio pour s'informer.

Au nombre des conséquences de l'illettrisme, on note : des difficultés à s'insérer professionnellement, un manque d'appropriation de l'information, auxquels s'ajoutent des privations, une vie sociale restreinte et peu de loisirs. Le phénomène d'illettrisme est plus marqué parmi les Martiniquais les moins aisés. Plus les revenus du ménage sont faibles, plus la fréquence de l'illettrisme est élevée. De plus, l'illettrisme est lié à de nombreuses inégalités. Autre constat de l'Insee, l'illettrisme recule dans le Sud de l'île alors qu'il progresse dans le Nord.

Des aînés en grand nombre

La Martinique, territoire peu étendu, comptait au 1er janvier 2020 selon l'Insee-359 820 habitants. Le déclin démographique amorcé depuis quelques années se poursuit. En dix ans, la Martinique a perdu 35 000 habitants. Les tranches d'âge déficitaires concernent principalement les jeunes adultes. Ils choisissent souvent de quitter l'île pour poursuivre leurs études ou pour trouver un emploi. La tranche d'âges des 75 ans occupe 11 % de la population. Les personnes de plus de 60 ans représentaient 31 % de la population en 2020. Seulement un quart de la population a moins de 25 ans.

Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, leur progression sera encore plus forte à partir de 2030. Le nombre de seniors dépendants de plus de 75 ans pourra atteindre 25 650 en 2030 soit, 27 % de plus qu'en 2020 (Insee 2020).

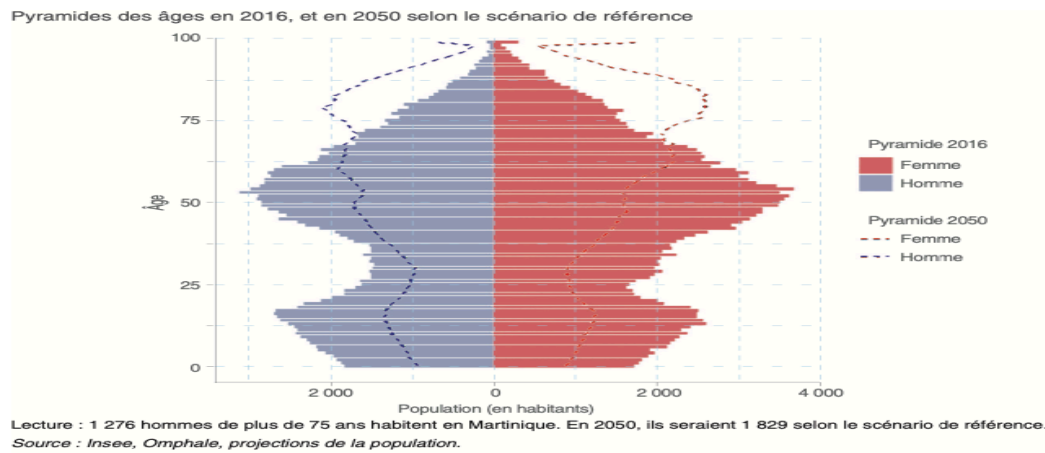
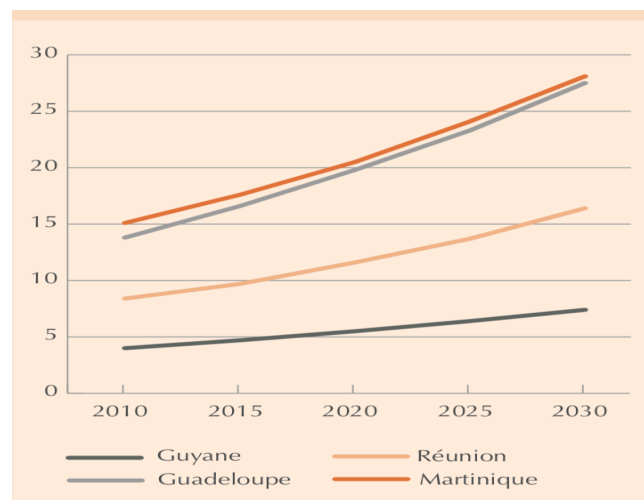


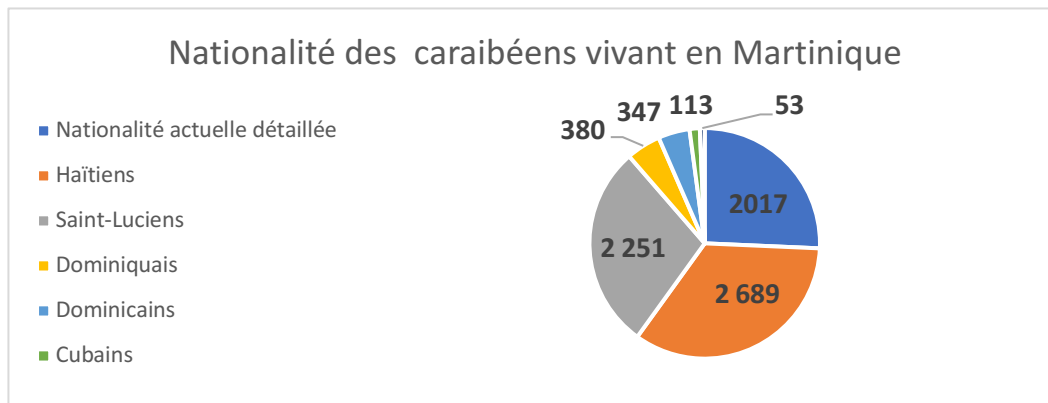
Figure 17 : Vieillesse de la population martiniquaise. Prévision 2050.

Selon Claude-Valentin Marie de l'Ined, les Antilles ont un taux de fécondité proche de celui de la métropole. Cependant, le vieillissement de la population s'y accroît plus rapidement. De plus, on note une chute de la natalité et un solde migratoire négatif. C'est en Martinique que ce constat est plus visible. En effet, depuis 2002 la fécondité se positionne en dessous du seuil théorique de renouvellement des générations. L'émigration des jeunes natifs se poursuit sans être compensée par le retour des migrants, ni par l'arrivée de nouveaux résidents. En 2040, Guadeloupe et Martinique seront les deux départements les plus vieux de France (Claude-Valentin, 2014). Concernant la santé générale des Martiniquais, les hommes ont une espérance de vie à la naissance de 78,6 ans tandis qu'elle atteint 84,7 ans pour les femmes (Insee, 2019).



Graphique 1 : Évolution de la part des 65 ans et plus dans la population des départements d'outre-mer entre 2010 et 2030. Source : Insee Projections de population - Omphales, 2010.

En 2017, l'Insee dénombrait au sein de la population de la Martinique des étrangers caribéens ainsi répartis :



Graphique 2 : Répartition des étrangers par nationalité détaillée de la Caraïbe en Martinique

Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2020

Les maux des temps modernes

L'analyse de Louis-Félix Ozier-Lafontaine, socio-anthropologue martiniquais le conduit à décrire ce territoire comme vulnérable :

La Martinique est maintenant comme d'autres, une société troublée par l'irruption en son sein d'une série de problématiques et de phénomènes nouveaux, significatifs des grands bouleversements de monde actuel. [...] Le corps social martiniquais vit passivement, presque en victime de ce nouvel état de fait et le met au compte de la fatalité [...] Parmi les pièges, il y a l'état d'esprit quasi dominant qui s'efforce de relativiser et de banaliser, autant que faire se peut, l'importance voire même l'existence des problèmes martiniquais en raison de leur prétendue ressemblance et insignifiance par rapport à ceux observés ailleurs (Ozier-Lafontaine, 1999, p. 11).

Confronté maintenant aux aléas de la modernité, le cadre de société de grande proximité sociale qu'est celui de la Martinique ne peut en effet que constituer une condition fortement propice à sa fragilité. C'est là une des caractéristiques essentielles de sa morphologie qui risque de peser de plus en plus lourdement sur sa dynamique, puisqu'il est prévu qu'un des paramètres de cette proximité sociale à savoir la démographie, connaîtra encore un essor relativement significatif dans les années à venir (ibid. p. 24).

Les revenus limités de nombreux Martiniquais, malgré l'élévation générale du niveau de vie, engendrent des frustrations chez ceux ne peuvent satisfaire les besoins créés par les sociétés modernes. Cela se traduit par des indicateurs très révélateurs : augmentation de la violence, exclusion, compétition sociale, rupture de la solidarité, perturbations dans les définitions des normes et des valeurs (Ozier-Lafontaine, 1999). Cet observateur du monde social martiniquais indique que face à l'homogénéisation croissante générée par l'assimilation/intégration et à la réduction implacable des singularités ethnoculturelles antillaises, la culture tente de se maintenir grâce à la créativité matérielle, intellectuelle et esthétique qui existe dans les tréfonds de la conscience collective.

Cette conscience collective a éclo en partie, chez les étudiants des Antilles, de la Guyane et de la Réunion, d'origine diverse, qui ont pu grâce aux bourses des Conseils Généraux, faire d'importantes études en France. Ces étudiants se sont inévitablement imprégnés de la culture métropolitaine et/ou européenne, mais ont également et peut-être surtout, pris conscience de la culture propre aux anciennes colonies, de leurs différences, de leurs origines et de leur propre identité. Même si l'assimilation des élites aux modèles culturels métropolitains a marqué les Antilles et la Guyane, la classe moyenne de couleur continue à être enracinée dans la culture populaire créole, à travers non seulement la langue mais la musique, la danse, la médecine populaire, l'architecture, la cuisine, l'habillement, etc. (Ancelin, 2000).

Il semble important que les sociétés créoles prennent conscience des effets de la mondialisation, qu'elles ne la refusent pas, qu'elles ne s'affichent pas comme victimes, mais au contraire que leur conscience collective s'en imprègne (*ibid*).

3.1.2 Le contexte sanitaire

Les maladies chroniques en constante augmentation

Sur son site internet, l'ARS Martinique indique que 82 169 personnes bénéficiaient en 2013 d'une prise en charge pour Affection de longue durée, soit environ 20 % de la population. L'Observatoire régional de santé de Martinique (Merle et Neller, 2020) fait mention de problèmes de santé spécifiques tels que : hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, certaines addictions, périnatalité (prématurité, taux de mortalité, infection VIH, drépanocytose...).

Le territoire est également confronté à des maladies infectieuses transmissibles et vectorielles, telles que les épidémies régulières de chikungunya, de dengue et de zika, mais également à des problèmes environnementaux spécifiques dus à l'usage de pesticides organochlorés comme le chlordécone. Les cancers et les maladies cardio-vasculaires apparaissent comme les deux principales causes de mortalité avec une surmortalité très nette pour le cancer de la prostate.

Obésité et surpoids toutes les tranches d'âge concernées

La prévalence du surpoids et celle de l'obésité chez les adultes et les enfants sont élevées et progressent rapidement (Gaulard et Ginesy, 2018). L'Observatoire régional de santé de Martinique confirme que le surpoids touche 31 % de la population et l'obésité 28 % ; 31 % des hommes de 16 ans et plus sont en surpoids et 21 % obèses, et 33 % des femmes sont obèses. Sur dix enfants de 3 à 15 ans, plus de trois affichent une surcharge pondérale.

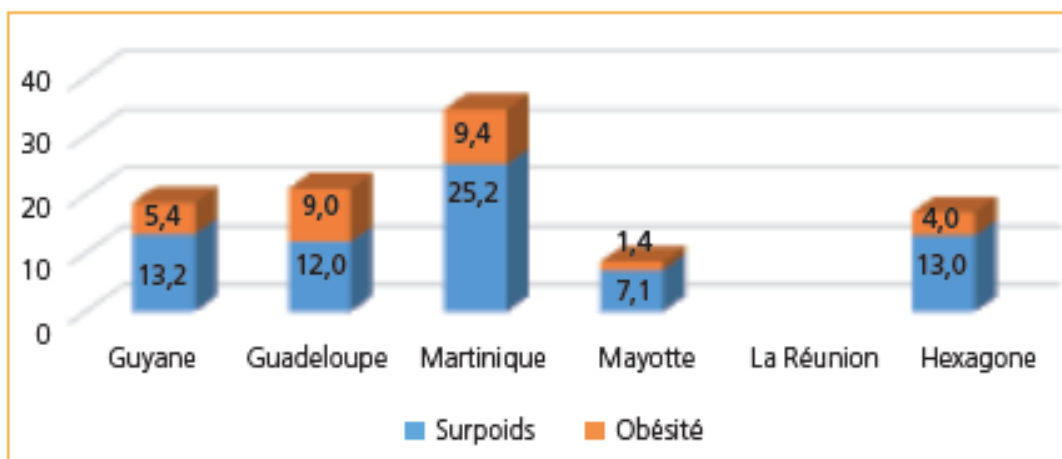


Figure 3
Prévalences mesurées de surcharge pondérale chez les enfants (en %).

Sources : Guadeloupe et Martinique : étude Kannari, 2013 ;
Guyane : étude Podium, 2008 ; Mayotte : étude Maydia, 2008 ;
La Réunion : étude Rédia 2, 2007 ; Hexagone : étude Esteban, 2015.

Figure 18 : Comparaison de la prévalence de la surcharge pondérale dans les DROM et en métropole.

Le service de santé scolaire, en partenariat avec l'observatoire de la santé de Martinique (OSM), a mené en 2012 une étude auprès des élèves de 3^e de collège. Les résultats ci-dessous représentés dévoilent des différences notables entre les quatre territoires de la Martinique.

Les quatre territoires de santé	Centre	Nord Atlantique	Nord Caraïbe	Sud	MARTINIQUE
Excès de poids (garçons + filles)	21,8 %	23,3 %	18,3 %	16,4 %	20,8 %
Obésité (garçons + filles)	5,9 %	7,6 %	5,9 %	6,5 %	6,7 %
Excès de poids garçons	19,9 %	21,0 %	18,9 %	15,6%	19,3 %
Excès de poids filles	23,6 %	25,6 %	17,7 %	17,2 %	22,4 %

Figure 24 : Excès de poids et obésité en Martinique chez des collégiens en 2012

Source : Enquête nutrition en milieu scolaire 2012

<https://www.martinique.gouv.fr/content/download/10498/80731/file/5-Focus%20sante1-2016.pdf>
p.8.

Chez les filles, le Sud était le territoire où la proportion de filles de 3^e en surpoids était la plus faible (17,2 %). C'est l'inverse dans le Nord Atlantique, cette proportion s'élève à 25,6 %. De même pour les garçons, l'étude indique des différences significatives entre territoires pour l'excès de poids. Toutefois, le Sud reste le territoire où la proportion de garçons en surpoids apparaissait la plus faible (15,6 %) et le Nord Atlantique, celui où la proportion reste la plus élevée (21,0 %).

L'obésité abdominale touchait en Martinique près de six adultes sur dix (53 %, enquête Escal, 2003-2004). Elle est en augmentation de six points (59 %) depuis 2004. La prévalence de l'obésité abdominale augmente avec l'âge.

En résumé, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la lutte contre le surpoids et l'obésité font partie des enjeux majeurs de santé publique selon l'observatoire de santé du territoire. En matière de prévention, pour l'OSM, il apparaît nécessaire de renforcer les actions qui viseront à réduire les morts violentes et à favoriser une alimentation équilibrée ainsi qu'une pratique régulière de l'activité physique (OSM, 2016). Parmi les actions menées, les campagnes d'information et de prévention existent, cependant une éducation thérapeutique plus directe du patient a ici toute sa place, d'autant que son efficacité est reconnue.

Un désert médical reconnu

Une autre difficulté qui nous incite à proposer l'éducation thérapeutique est l'existence du désert médical reconnu. Dans une étude intitulée : « Premiers résultats du Baromètre santé DOM en 2014 », Santé publique France indique que l'offre sanitaire est inférieure à la moyenne métropolitaine pour la densité de médecins généralistes, de médecins spécialistes et de chirurgiens-dentistes, mais supérieure en ce qui concerne la densité d'infirmiers libéraux. Autrement dit, la répartition des spécialistes demeure très inégale sur le territoire. L'article L1434-4 du code de la santé publique prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins [...]. Cette directive a été suivie par l'ARS Martinique qui, en concertation avec ses partenaires, a déterminé les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des médecins libéraux (*cf.* Annexe 3).

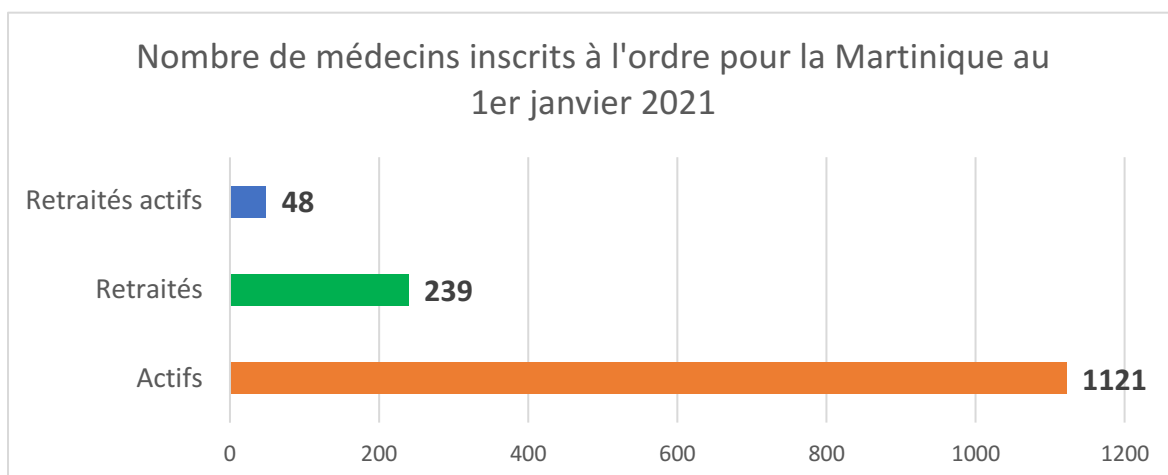


Figure 19 : Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés de l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Martinique.

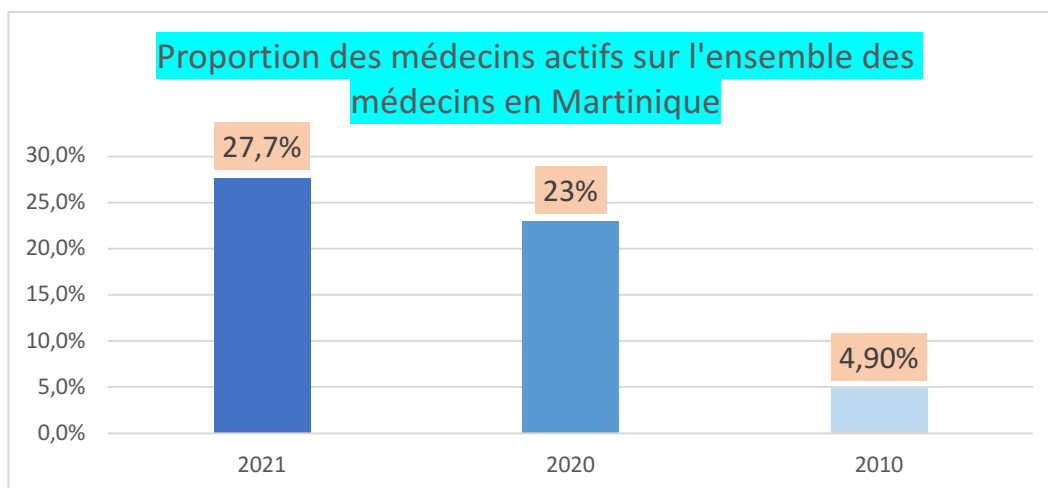
Source : ARS Martinique

<https://www.martinique.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecin-pour-la-martinique>.

Le conseil national de l'ordre des médecins a publié le nombre de médecins inscrits à l'ordre en France au 1^{er} janvier 2021. Il en a fait une déclinaison régionale. Les chiffres concernant la Martinique sont déclinés ci-dessous.

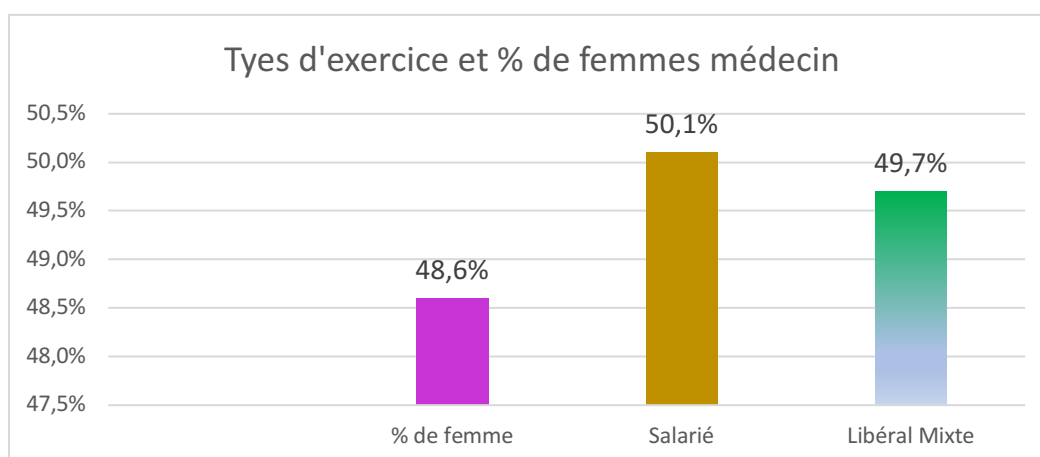


Grafiqne 4 : Récapitulatif des inscrits à l'ordre national des médecins par catégories au 1/01/2021



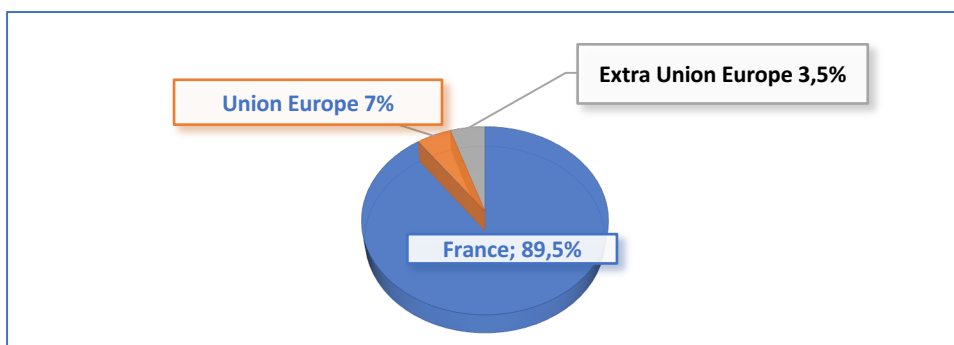
Graphique 5 : Proportion des médecins retraités actifs en Martinique

Ces professionnels exercent proportionnellement comme salariés et en exercice libéral. Le nombre de médecins hommes est légèrement supérieur à celui de leurs consœurs. L'âge moyen des médecins en Martinique est de 51 ans.



Graphique 6 : Pourcentage de médecins femme et des types d'exercice de l'ensemble des médecins

Le constat est qu'en raison du déficit médical, des médecins viennent de pays étrangers pour exercer sur le territoire français. Le conseil de l'ordre national des médecins, dans son Atlas de 2020, indique que la proportion de médecins nouvellement inscrits avec des diplômes hors de France (UE et hors UE) est supérieure dans les régions à faible densité médicale.



Graphique 7 : Origine des diplômes des médecins qui exercent en Martinique au 1^{er} janvier 2021

Source : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

Toujours selon le conseil de l'ordre des médecins, les régions qui gagnent le plus de médecins actifs réguliers sont les DOM (1,8 %). Pour la Martinique la variation du nombre d'inscrits affiche + 0,7 % entre 2020 et 2021. Le classement départemental de la variation annuelle du nombre de médecins en activité régulière entre 2020-2021 positionne la Martinique au 10^e rang sur 106 autres départements.

L'offre de soins inégalement répartie

La médecine libérale

C'est aux Agences Régionales de Santé qu'est confiée la gestion des maisons médicales de garde depuis le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

En 2014, Nicolas ZAVISIC a réalisé pour sa thèse de médecine, un état des lieux et une évaluation des quatre maisons médicales de garde en Martinique. Parce qu'au cours de ses stages en tant qu'étudiant en médecine, il avait été frappé par l'engorgement des urgences hospitalières et par la méconnaissance des maisons médicales de garde, tant par les patients que par les médecins.

En Martinique, il existe quatre maisons médicales d'urgences, soit (une dans chaque territoire de santé : deux pour le centre (à la *clinique Saint-Paul* à Schœlcher, une à l'hôpital Pierre Zobda Quitman du CHUM à Fort de France), une dans le Nord Atlantique (l'hôpital de Trinité) et l'autre dans le Sud (hôpital du au Marin. 7908 patients ont été pris en compte lors de l'étude. Les premiers résultats ont montré une satisfaction globale des patients quant à l'offre de soins, avec cependant quelques difficultés, pour lesquelles les 58 médecins interrogés ont proposé des stratégies d'amélioration. Celles-ci concernent la sécurité, la qualité des locaux, le confort et l'impact sur la charge de travail. 91% des patients ayant

consulté les quatre maisons médicales confondues, ont été plutôt satisfaits de la partie médicale de leur consultations médicale. 95 % des patients sont rentrés à leur domicile après une consultation dans une des maisons médicales d'urgence (Zavistic, 2014).

Une autre thèse de médecine, celle de Stéphanie Ursulet en 2017 dresse un panorama de la médecine libérale en Martinique. L'objectif de l'étude était de décrire les caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins libéraux en Martinique. 260 médecins libéraux ont répondu au questionnaire auto-administré en ligne ou par courrier postal. Les caractéristiques démographiques comme par exemple le mode d'exercice rural ou urbain n'ont pas été traités parce que l'étude a considéré la plupart des communes comme des zones semi-rurales. La qualité de vie étudiée s'est limitée au ressenti des médecins sur deux items : la qualité de vie le week-end et la qualité de vie professionnelle. Les résultats montrent que :

Les médecins interrogés avaient des caractéristiques démographiques proches de résultats d'études menées en France hexagonale [...] Sur le plan professionnel, les médecins avaient un rythme de travail comparable à celui des médecins de l'hexagone, avec une moyenne de 7,1 demi-journées de travail par semaine et 6,4 semaines de vacances par an. [...] En revanche, ils étaient moins nombreux à exercer en cabinet de groupe, contrairement aux médecins libéraux de la France hexagonale. [...] La majorité des médecins de l'enquête étaient satisfaits ou très satisfaits de la qualité de vie de leurs week-ends et de leur vie professionnelle. Ils estimaient leur qualité de vie des week-ends un peu meilleure que leur qualité de vie professionnelle (Ursulet, 2017, p. 39).

Cette étude met l'accent également sur l'importance de prendre en compte la minorité de médecins qui jugeaient leur qualité de vie peu ou pas satisfaisante. Parce que « S'intéresser au « burn out » des médecins libéraux en Martinique paraît d'autant plus pertinent, qu'un médecin de notre étude a écrit, en regard des questions sur la qualité de vie un commentaire faisant part d'une grande détresse psychologique. Il a été impossible de venir en aide à ce médecin du fait de l'anonymat des questionnaires » (*ibid*, p. 38).

Les résultats de cette enquête, comme l'indique l'auteur, peuvent éclairer le choix des futurs praticiens qui désirent exercer en libéral en Martinique, mais aussi dans le secteur hospitalier.

En 2020 Claire Eissautier enquête également sur les médecins généralistes pour sa thèse de médecine. Elle étudie : « L'adaptation de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux en désert médical et conséquences sur la santé des patients : l'exemple de la Martinique ». Son enquête conclut :

[Que] les praticiens généralistes libéraux martiniquais qui exercent en déserts médicaux adaptent leur méthode de travail au quotidien pour lutter contre la pénurie de médecins spécialistes, les grandes distances géographiques, la fréquentation importante du service d'urgences et parfois la précarité socio-économique de leurs patients. Ils se rendent polyvalents et disponibles en permanence pour assurer des soins non programmés notamment urgents auprès de ceux pour qui l'acheminement au Centre Hospitalier s'avère difficile, ou pour gérer

les suivis de pathologies chroniques qui demandent un avis spécialisé ou des examens complémentaires dans un contexte d'accessibilité limitée. Ainsi, ils déclarent essayer de neutraliser au mieux les conséquences défavorables du désert médical sur la santé des patients, avouant cependant des adaptations parfois dangereuses, inévitables sur des soins d'urgences, des pathologies chroniques ou sur des conditions nécessitant des hospitalisations auxquelles les patients renoncent souvent (Eissautier, 2020).

Dans son étude, ce médecin pointe plusieurs situations en lien avec le désert médical en Martinique :

- le déficit en spécialistes qui génère un délai d'attente extrêmement long pour les consultations spécialisées ;
- l'éloignement spatial des consultations des spécialistes, amplifié par des difficultés économiques ou un isolement social précaire ;
- les patients consultent leur médecin en premier recours même pour des degrés d'urgence élevés en raison de l'éloignement du service d'urgences localisé au CHU sur le site de Fort-de-France ;
- un suivi à domicile rapproché avec des examens biologiques répétés, des perfusions à domicile et parfois des actes dangereux pour le patient et chronophages pour l'activité du médecin.

Pour y pallier, Dr Eissautier rapporte que certains de ses confrères ont déclaré s'être imposé des compétences complémentaires comme la réalisation de frottis, d'échographie, de petits actes chirurgicaux, d'obstétrique, de dermatologie, de gynécologie..., même des interruptions volontaires de grossesses avec accord de l'hôpital (Eissautier, 2020, p. 38). De même, les médecins libéraux optent le plus souvent pour des formations complémentaires avec une prédilection pour le Diplôme Universitaire de diabétologie qui prend tout son sens sur ce territoire où la prévalence de diabète est élevée (*ibid*).

Intéressons-nous maintenant au secteur hospitalier.

L'offre hospitalière

L'offre hospitalière se compose d'un CHU éclaté sur sept sites et de onze autres structures avec des activités médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), de psychiatrie ainsi que des services et des établissements médico-sociaux. Aussi, les capacités d'accueil en hospitalisation demeurent inférieures dans tous les DROM par rapport à la métropole, et la couverture maladie de la population est inégalement répandue au sein des territoires. L'offre hospitalière est majoritairement publique avec deux cliniques privées.

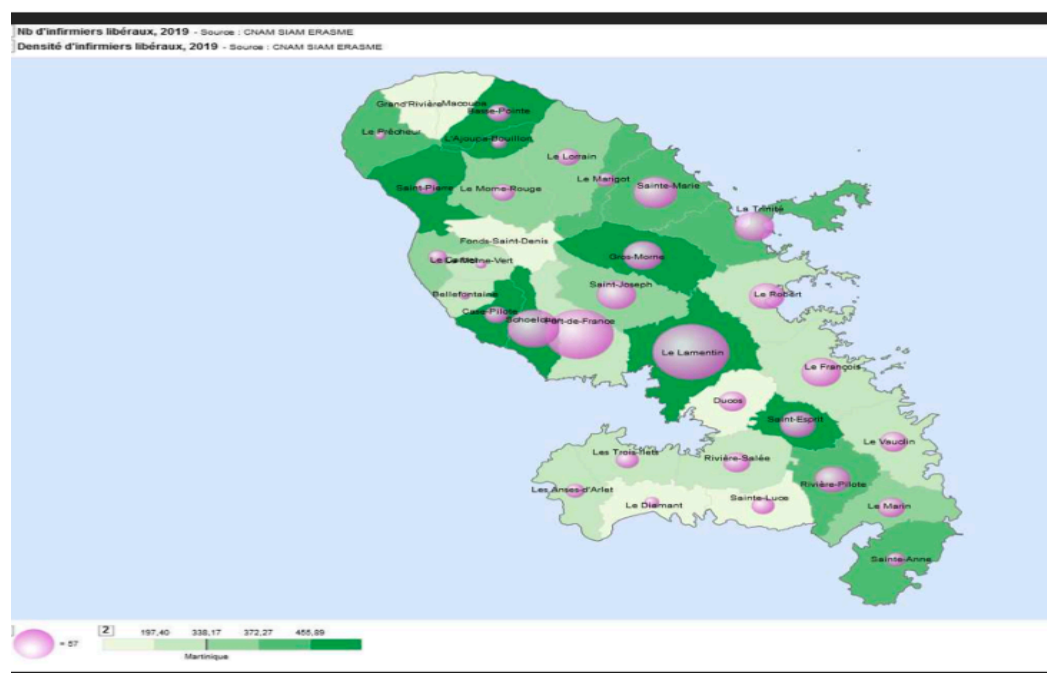
	Nombre de lits et places			Pour 100 000 habitants	
	Ensemble	Public	Privé	Médecine	Chirurgie
Martinique	1211	955	256	221	86
Guadeloupe	1 790	1 047	743	326	106
Guyane	1 092	723	369	249	56
La Réunion	2 780	1 859	921	209	78

Tableau 4 : Le court séjour hospitalier - Lits et places publics et privés installés au 31 décembre 2019 : comparaisons DOM. Source : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012675#tableau-TCRD_066_tab1_departements

D'après l'Insee, la Martinique est mieux placée que les autres DROM en nombre de lits, mais moins bien positionnée en nombre de places.

Le personnel infirmier

Cette catégorie professionnelle n'est pas déficitaire. Cependant la figure ci-dessous montre une forte concentration d'infirmiers dans le centre et un nombre moins conséquent dans le Nord.



3.1.3 Observations et entretiens exploratoires de l'ETP en Martinique

Les enquêtes réalisées lors de nos précédentes recherches universitaires nous ont permis d'explorer la question de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en Martinique sous trois aspects à travers trois études. C'est un long cheminement professionnel et universitaire qui a débuté en master en sciences de l'Éducation, et qui se poursuit aujourd'hui avec cette thèse

inscrite en cultures et langues régionales, option éducation en santé. La présente recherche doctorale se positionne comme un continuum.

Maîtrise de Science de l'éducation 2005	<i>Les stratégies éducatives dans la pratique soignante hospitalière</i>
Diplôme Universitaire éthique soignante 2007	<i>Éthique et prise en charge éducative du patient atteint de maladie chronique en sous-titre - Peut-on adapter le concept d'autonomie d'Emmanuel Kant à l'éducation thérapeutique du patient ?</i>
Master 2 Sciences de l'éducation 2008	<i>Spécificités anthropo-culturelles dans la prise en charge éducative des pathologies chroniques - L'exemple du diabète en Martinique</i>
Master santé publique et éducation thérapeutique 2016	<i>L'accompagnement des Agences régionales de santé aux porteurs de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient - L'exemple de la Martinique</i>

A. Les stratégies éducatives dans la pratique soignante hospitalière

Pour l'obtention d'une *Maîtrise en sciences de l'éducation* à l'Université des Antilles et de la Guyane (UAG), nous avons réalisé un premier travail de recherche intitulé « *Les stratégies éducatives dans la pratique soignante hospitalière* ». L'éducation du patient n'a pas toujours existé, même si la maladie reste indissociable de la condition humaine. Hippocrate prodiguait des conseils d'hygiène de vie, dans le cadre du dialogue avec le malade ; mais pendant deux millénaires, le corps social se préoccupait davantage d'enrayer les épidémies que de prodiguer de véritables soins aux personnes.

Présentation

Inscrite en sciences de l'éducation à cette époque, l'axe principal de cette étude était de comprendre le lien entre éducation et santé d'une part et d'analyser des pratiques d'éducation en milieu hospitalier d'autre part. Nous avons élaboré un cadre théorique dans lequel nous avons abordé les concepts d'éducation, de santé, d'éducation à la santé et son volet d'éducation thérapeutique. Nous avons également évoqué le rôle des professionnels de santé dans l'éducation thérapeutique en mettant l'accent sur uniquement deux professions, celle des infirmiers et celle des médecins.

Nous avons pris comme base d'étude le triangle pédagogique de Jean Houssaye (1988) Les pôles ici présents sont ; le public c'est-à-dire le patient, l'éducateur ou le professionnel de santé et le contenu considéré ici comme un ensemble de connaissances, de savoir-faire, de normes et de valeurs en lien avec la santé. Ces pôles sont reliés par des axes c'est-à-dire chemin didactique, relation pédagogique et stratégie d'apprentissage qui symbolisent leurs relations.

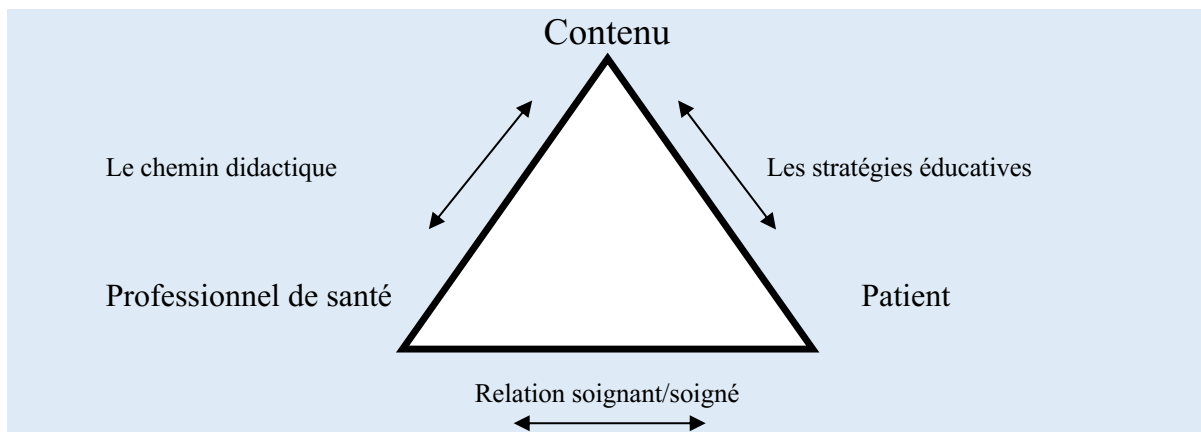


Figure 20 - Réinterprétation du triangle pédagogique de Jean Houssaye

Nous avons défini ici le patient comme une personne impliquée dans une relation d'aide médicale ou sanitaire, avec un professionnel de la santé. Il s'agit donc d'une personne en relation de soins, relation initiée à partir d'une demande de cette personne elle-même ou de son référent dans le cas des enfants, par exemple. Le patient est généralement « captif » et directement concerné par ses problèmes de santé. Ils souhaitent avant tout être soignés, être informés, mais rarement être « éduqués ». Le patient est aussi cet être unitaire et semblable à nous-mêmes, que l'on nomme aussi *sujet humain*.

Le cadre conceptuel

La psychologie de la santé est liée à l'évolution des maladies, puisqu'aujourd'hui, les pathologies mortelles n'ont plus uniquement des origines virales ou bactériennes, mais renvoient aussi à des comportements individuels aboutissant à des maladies dites chroniques comme les cancers, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le sida...

Le processus éducatif dans le champ de la santé se fonde sur une relation d'aide, et concourt au développement durable de la santé à travers sa promotion, la prévention de la maladie et le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie.

Jean-Philippe Assal Professeur de Médecine, directeur de la Fondation Formation et Recherche pour l'Éducation des Patients à Genève précise qu'éducation pour la santé et éducation du patient sont deux concepts différents :

– **L'éducation pour la santé** concerne la population en général, avec des mesures de vie saine et des slogans qui s'y attachent comme : l'alimentation équilibrée (manger 5 fruits et légumes par jour) ; la prévention du sida (*poté chapo pani bobo*) concernant l'alcool (à consommer avec modération), du tabagisme (fumer tue...).

– **L'éducation thérapeutique** est un concept nouveau qui ne peut être dispensé que par des professionnels de santé formés.

C'est pour éviter toute confusion entre ces deux concepts que l'OMS en 1998 a donné une définition à l'éducation thérapeutique du patient, et officialise cette activité spécifique aux soignants. Pour l'OMS « L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients **d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences**, qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie ; Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie ».

Cette première étude que nous avons menée en 2005 dans deux établissements de santé de Martinique a mis en lumière la progression rapide des affections chroniques, et leur incidence sociétale et économique, mais également un manque de formation des professionnels en éducation thérapeutique. Ces mesures devraient être la préoccupation des responsables sanitaires qui influencent les systèmes de soins de santé. Leur orientation concernait la formation des professionnels de santé en premier lieu, mais également l'implication des institutions de soins et d'éducation mais surtout l'information de tout citoyen dès le plus jeune âge.

Dans ses conclusions, cette étude a positionné l'éducation thérapeutique comme un défi, tout en reconnaissant la difficulté de passer de la théorie à la pratique. Toutefois, il importe que l'objectif des actions soit centré sur la diminution significative du nombre de personnes

atteintes d'affections chroniques d'une part et de confronter l'individu à la nécessité de tenir un rôle actif et quasi permanent dans le système de santé d'autre part. L'existence de systèmes de soins organisés joue un rôle déterminant.

B. Éthique et prise en charge éducative du patient atteint de maladie chronique en sous-titre - Peut-on adapter le concept d'autonomie d'Emmanuel Kant à l'éducation thérapeutique du patient ?

En 2007, notre recherche s'est poursuivie dans le cadre d'un Diplôme universitaire (D.U) en éthique soignante et hospitalière à l'université de Marne la Vallée. La réflexion d'ordre philosophique intitulée : « *Éthique et prise en charge éducative du patient atteint de maladie chronique en sous-titre : Peut-on adapter le concept d'autonomie d'Emmanuel Kant à l'éducation thérapeutique du patient ?* », nous a sorti d'une simple théorie ou modèle du soin pour nous éclairer sur la philosophie du prendre soin. Nous avons développé le concept d'autonomie selon les catégories kantienne. En effet, pour le philosophe des Lumières, l'autonomie est le noyau de la personne humaine. Ce concept, Kant, philosophe allemand le place au niveau de la raison, et le présente comme le fondement de la métaphysique des mœurs.

Dans un second temps nous avons mis en lien ce concept d'autonomie kantien et d'éducation thérapeutique du patient. L'autonomie n'est donc pas de pouvoir se dissocier d'autrui, mais plutôt de savoir qu'autrui peut m'aider à dire « je ». C'est dans le rapport à l'autre que l'individu peut accomplir son autonomie, et être acteur de sa prise en charge ontologique. Aussi, cette partie de notre travail a placé le patient comme sujet/acteur de sa guérison.

C. Spécificités anthropo-culturelles dans la prise en charge éducative des pathologies chroniques - L'exemple du diabète en Martinique

En 2008, pour valider un *Master 2 de sciences de l'Éducation*, notre réflexion a portée sur l'aspect anthropologique de la question. L'objectif visait à mesurer l'impact de l'histoire et de la culture dans l'éducation thérapeutique de ces patients martiniquais. En effet, l'homme n'est pas seulement le fruit d'un héritage biologique. Il est aussi le produit d'une culture. Qui est donc ce « patient antillais ou créole » auquel nous nous intéressons ?

Le sociologue martiniquais Auguste Armet (1990) a mené une réflexion, afin d'analyser la « Société et la Santé en Martinique ». Il décrit la société martiniquaise comme étant une « société *krazé* », c'est-à-dire « une société qui subit le poids de son histoire, de sa culture et de l'idéologie du système dont les fondements mêmes sont ceux de la domination coloniale permanente » (*ibid*).

Dans cette étude, nous avons gardé le diabète de type 2 comme pathologie chronique à observer. Cette pathologie se définit par une augmentation du taux de glucose dans le sang. Les complications qu'elle engendre positionnent le diabète comme un véritable problème de santé publique. L'OMS estime que le nombre de décès liés à cette maladie avoisine 4 millions par an, soit 9 % de la mortalité totale. Ces prévisions annoncent 300 millions de diabétiques d'ici à 2025.

Nous avons cherché à savoir si tous les acteurs concernés : les patients, mais aussi les professionnels de santé et les thérapeutes qui les prennent en charge, intègrent l'histoire et la culture dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques en Martinique ? Les patients diabétiques martiniquais, outre les prescriptions faites par leur médecin traitant, utilisent-ils la médecine traditionnelle comme les plantes, les médecines parallèles liées aux croyances voire à la sorcellerie pour soigner leur maladie ? Font-ils usage de plantes, des bains, ou autres pratiques magico-religieuses dont use la médecine traditionnelle ?

Pour y répondre, nous avons interrogé la posture de patients diabétiques, mais également de professionnels de santé qui exercent sous ces latitudes. En effet, le patient antillais considère-t-il le médecin comme l'homme de la science, comme la personne qui détient le savoir scientifique, qui seul peut lui apporter la guérison ? Quand ce même patient ne trouve pas satisfaction auprès du système de soins dit moderne, ne s'oriente-t-il pas vers la médecine « parallèle » et surtout vers la médecine traditionnelle ? Quelle place est donc accordée aux autres thérapeutes, en fonction de l'appartenance ethnique des patients ? Comment interviennent les plantes, les croyances, les prières, etc. dans la prévention, la promotion de la santé et dans les soins ? Comment intégrer l'éducation pour la santé dans cette société créole, comme l'entendent les pouvoirs publics français ?

La méthodologie utilisée a consisté à observer et interroger le terrain. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de médecins, d'infirmières, de tradipraticiens thérapeutes créoles, mais aussi de patients diabétiques.

Les résultats ont montré, chez la majorité des patients interrogés, une empreinte de la culture et de la tradition dans leurs pratiques de soins ; qu'il s'agisse de l'usage de plantes médicinales, de prières, de pratiques magico-religieuses même si ces dernières restent peu évoquées, voire tabou.

Du côté des soignants, les résultats montrent une différence d'opinions. Certains sont favorables à la cohabitation de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle, d'autres sont contre, indiquant une méconnaissance des effets de ces pratiques.

Cependant tous déplorent le manque de formation, et considèrent que l'éducation thérapeutique du patient est le parent pauvre de la chaîne de soins. Alors que, l'éducation ne peut isoler la personne de son contexte. Dès lors, le professionnel de santé en sa qualité d'éducateur est nécessairement amené à adopter un nouveau langage dans ces pratiques de médecine et de soins. Cette réorganisation passe par l'implication des décideurs, de l'Éducation nationale, des municipalités, des associations de patients.

En conclusion de ce travail, nous avons évoqué l'idée de la naissance d'un nouveau métier ; celui d'éducateur-thérapeutique. Notion d'avant-garde pour l'époque, puisque la notion de soignant-éducateur est apparue en 2009 avec la loi HPST. Cette loi est arrivée comme une réponse aux souhaits formulés par les professionnels de santé interrogés lors des deux précédentes recherches

Effectivement, c'est la loi HPST de juillet 2009, qui a mis en place les Agences régionales de santé (ARS) sous forme d'établissements publics de l'État à caractère administratif. L'ambition affichée par cette réforme visait l'efficacité du pilotage du système de santé, en réunissant de nombreuses compétences à un niveau jugé le plus pertinent : *la Région*. La vocation des ARS est de décliner la politique nationale dans les régions et de l'adapter aux réalités territoriales.

L'article 84 de la loi HPST insère un titre VI au livre 1er du code de la santé publique intitulé « Éducation thérapeutique du patient » (ETP). Les articles L. 1161-1 à L. 1162-1 de ce Code constituent dorénavant le cadre juridique de l'éducation thérapeutique du patient ETP qui a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Pour la première fois, ce concept est érigé en « une politique et une priorité nationale ». L'Éducation thérapeutique du Patient est alors inscrite dans le parcours de soins du patient avec un cadre réglementaire. Sa mise en œuvre s'appuie à ce jour sur un nombre important de textes successifs qui régissent son application, ses conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, les compétences requises pour les professionnels de santé pour la dispenser ou la coordonner, du cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et de la composition du dossier de leur autorisation et de leur renouvellement.

Cependant, cette loi apporte la notion de programme. Pour dispenser l'ETP dans un programme, il faut avoir suivi une formation de 40 h et obtenir une attestation intitulée « 40 heures de dispensation ETP. Une exigence qui freine le développement de l'ETP en Martinique d'autant qu'il n'existe pas d'organisme pour cette formation sur le territoire. Les premières autorisations de programmes d'ETP délivrées par l'ARS Martinique datent de 2015.

En 2014, convaincue des bienfaits de l'ETP, nous avons suivi pendant deux années et obtenu un *Master santé publique et éducation thérapeutique du patient* à l'Université Paris 13. À cette occasion nous avons fait un stage à l'ARS Martinique, avec comme objectif participer à l'organisation du premier séminaire d'ET en Martinique.

L'objectif du séminaire était de :

- présenter l'état des lieux des programmes ETP autorisés depuis la loi HPST, les outils, les difficultés rencontrées.
- susciter des rencontres et retours d'expériences entre les participants.
- apporter un éclairage sur la démarche d'évaluation des programmes d'ETP.
- inviter les participants à réfléchir aux perspectives d'un développement cohérent des programmes d'ETP sur le territoire.

L'évaluation du séminaire s'appuie sur les 87 réponses à un questionnaire remis aux 182 participants à leur arrivée. Une échelle de Likert à 3 niveaux ainsi que des questions ouvertes et fermées mesuraient le niveau de satisfaction des participants ainsi que l'enrichissement personnel et professionnel apporté par le séminaire. Les réponses ont montré ; 71 % de satisfaits, 11 % de non satisfaits, 4 % pas d'avis et 3 % pas de réponse. La synthèse des ateliers a défini les perspectives de développement de l'ETP sur le territoire de Martinique.

D. L'accompagnement des agences Régionales de Santé aux porteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient ; exemple de l'ARS de la Martinique

Présentation de l'étude

Réalisée en 2016 pour l'obtention du *Master santé publique option Éducation Thérapeutique du Patient* à l'Université Paris 13, cette étude que nous avons menée interroge les stratégies et les moyens utilisés par les ARS dans les régions françaises, de 2010 à 2016, pour

accompagner les porteurs des programmes d'ETP, dès l'élaboration du dossier de demande d'autorisation jusqu'à l'évaluation quadriennale. Onze ARS dont neuf de France hexagonale et deux des DOM (La Réunion et Martinique) y ont participé. L'attention a été portée plus particulièrement sur les stratégies de l'ARS Martinique en raison du nombre restreint de programmes d'ETP (treize) autorisés en six ans (2010 - 2016) et de la forte prévalence des maladies chroniques.

Publics et méthodologie

Le corpus retenu se compose de trois groupes de publics :

- les référents ETP au sein de onze ARS français y compris les territoires ultramarins ;
- les coordonnateurs des programmes ETP de Martinique ;
- un public varié présent au premier séminaire ETP organisé par l'ARS en juin 2016.

L'étude s'est déroulée de février 2015 à juillet 2016 au cours de quatre mois de stage à l'ARS Martinique. Nous avons repris ces données et exploité les résultats comme moyen d'investigation dans le cadre de notre présente recherche. Plusieurs outils ont facilité le recueil de données : des questionnaires envoyés par mail aux 11 référents des ARS (Annexe) ; des entretiens semi-directifs auprès des coordonnateurs des programmes ETP, et des observations participatives et questionnaires remis aux 182 participants du séminaire ETP organisé par l'ARS en juin 2016.

Les données recueillies ont été analysées par thèmes suivant une approche mixte, c'est-à-dire qualitative et quantitative.

Résultats et analyses

Programmes autorisés de 2010 à 2016

	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Région 8	Région 9	Région 10	Région 11
Bassin de population des ARS	7700000	5700000	4800000	3663000	3270000	2360000	1800000	1338000	1100000	400000	320000
Programmes ETP autorisés	403	370	450	200	245	130	128	96	59	13	18
Prorata pour 100 000 habitants	5,23	6,49	9,38	5,46	7,49	5,51	7,11	7,17	5,36	3,25	5,63

Tableau 6 — Nombre de programmes autorisés par les 11 ARS ayant participé à l'enquête en 2016

Accompagnement par les ARS

Les modalités d'accompagnement des ARS sont diverses. Par exemple :

- plateformes d'appui dont la mission est l'accompagnement et l'appui aux acteurs ETP sur leur territoire (2 ARS).
- pôles ressources ETP (3 ARS).
- instance régionale d'éducation et de promotion santé (IREPS) (2 ARS).
- association externe financée par l'ARS (1 ARS).
- trois ARS n'ont pas de structure partenaire. Parfois, ces référents ETP de l'ARS reçoivent les promoteurs de programme à leur demande.

Ces actions témoignent, de la part de ces ARS, d'une volonté de faciliter les formalités administratives jugées contraignantes et chronophages par les soignants et les porteurs de projet de programme d'ETP.

Modalités de dépôt de dossier d'autorisation

– Tout au long de l'année.

– Appel à projet.

Accompagnement dans la mise en œuvre des programmes

Pour toutes les ARS, l'accompagnement demeure principalement financier. Toutefois, les modalités de financement diffèrent. Pour les programmes en ville, les ARS se réfèrent à la file active des patients inclus, et le Fond d'intervention régional (FIR). Pour les programmes hospitaliers, au moment de l'enquête, le financement provenait de la Mission d'intérêt général et de l'Aide à la contractualisation (MIGAC), FIR, ou du Contrat d'objectifs et de moyens (COM) ou Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Accompagnement pour le bilan annuel et l'évaluation des programmes

L'évaluation annuelle n'est pas réclamée parce que le cahier des charges ne l'exige pas.

Des référents ETP pensent que « l'évaluation annuelle est interne au programme et doit servir au coordonnateur et à l'équipe pour réaliser le programme et identifier les points forts et les choses à améliorer ».

La structuration de l'ETP à l'ARS Martinique

L'enquête montre que l'organisation de l'ETP que nous avons observée au sein de l'ARS Martinique ne bénéficie pas de l'appui d'aucune structure interne ou externe, pour l'accompagnement des promoteurs de programmes d'ETP. C'est une commission d'instruction interne composée de membres des différentes directions de l'ARS, qui instruit les demandes d'autorisation de programmes d'ETP.

Pour le CHU de Martinique, ce n'est pas une unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEPT) qui assure cet accompagnement, mais une UCEPP (Unité de Coordination d'Éducation Thérapeutique du Patient et de la Promotion de la santé) créée en 2013. Pour son responsable, cette appellation se justifie parce que les hôpitaux sont aussi promoteurs de santé. Cette UCEPP est composée d'une seule personne, un médecin praticien hospitalier dans un pôle clinique du CHU.

Accompagnement des coordonnateurs de programme *in situ*

Les années antérieures, les coordonnateurs des programmes autorisés n'ont pas toujours communiqué au référent ETP de l'ARS leur bilan annuel d'activité. Pour la première fois, courant avril 2016, le référent ETP de l'ARS a sollicité, par mail, tous les coordonnateurs de ces programmes autorisés, pour une rencontre individuelle. L'objectif était de leur faire expliciter les résultats, mais également d'entendre les difficultés et de discuter ensemble des perspectives des deux parties. En amont une grille d'indicateurs et de critères à renseigner leur a été transmise.

Conclusion

Notre recherche a confirmé la diversité de modalités d'accompagnement des porteurs de programme d'ETP et mis en lumière des similitudes, mais aussi des dissemblances au niveau des ARS en France. Ainsi nous confortons ces trois résultats :

- ⇒ les programmes d'ETP autorisés en France sont peu nombreux proportionnellement au nombre d'habitants par territoire.
- ⇒ le financement des programmes autorisés par les ARS reste insuffisant pour faciliter la massification de l'ETP.
- ⇒ les structures ressources dédiées à l'ETP apparaissent comme une plus-value pour les ARS, car elles favorisent le développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient en région.

En perspective, ce travail prévoyait une étude qualitative des programmes d'ETP dispensés sur ce territoire, au regard du cahier des charges nationales opposables aux promoteurs d'après les recommandations de HAS 2007.

Conclusion de la phase d'exploration de l'ETP en Martinique

Ces trois études réalisées avant notre inscription en doctorat, nous ont amenée à explorer le champ de l'éducation thérapeutique en milieu hospitalier avant la loi HPST, puis à un niveau stratégique et politique, c'est-à-dire à l'ARS, après la loi qui légifère l'ETP.

Dans la première de ces trois études qui portait sur la question des stratégies éducatives à l'hôpital, nous avons positionné l'ETP comme un défi pour les soins infirmiers dans la lutte contre les pathologies chroniques et particulièrement contre le diabète. La formation, le développement de la recherche et l'organisation des soins nous ont paru comme des leviers pour l'ETP en milieu hospitalier.

L'approche philosophique de la deuxième étude examine le concept d'autonomie et notamment selon Emanuel Kant qui fait de l'autonomie des êtres humains la valeur suprême. Ce qui est primordial pour chacun, c'est de vouloir ce qui est bon pour soi-même Avec la maxime : *« Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme fin, jamais simplement comme moyen »* Kant, 2007 (p.179). ; d'où la notion d'impératif catégorique. Pour Kant (2007), l'individu doit se donner ses propres lois (*auto nomos*). Il fait intervenir la notion de bonne volonté qui relève du devoir moral.

La troisième étude a exploré les spécificités anthropoculturelles dans la prise en charge éducative des patients diabétiques martiniquais. Elle a mis l'accent sur les représentations, les croyances, des patients et des thérapeutes au regard de la santé et de la maladie. Elle a montré que les pratiques de soins traditionnelles, c'est-à-dire l'utilisation des plantes médicinales, l'usage de la prière ainsi que les pratiques magico-religieuses, les tradipraticiens, cohabitent avec la médecine moderne.

La troisième recherche se situe au niveau macro-stratégique et politique. Elle révèle que depuis la loi HPST, les ARS fonctionnent de façon disparate. Certaines accompagnent les porteurs de programmes d'ETP, d'autres pas. Le regard approfondi sur les stratégies d'accompagnement de l'ARS Martinique a montré un nombre limité de programmes d'ETP autorisés. Cette étude montre également que les porteurs de programmes et coordonnateurs du territoire souhaitent un accompagnement.

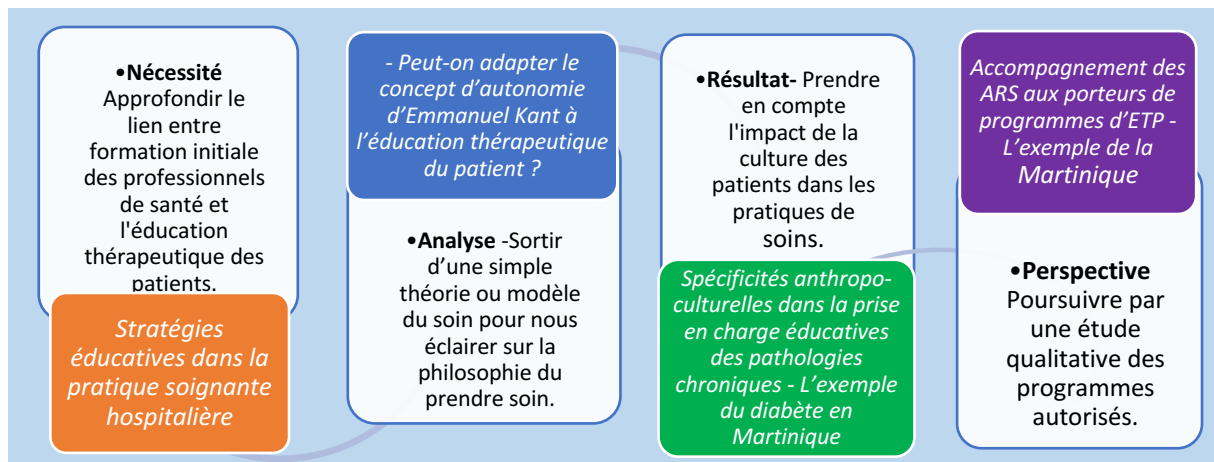


Figure 20 a - Thèmes des études menées avant la présente recherche doctorale

La phase exploratoire aide le chercheur à préciser le choix de son sujet, et à éviter une influence issue uniquement de son vécu, de ses goûts personnels, de ses intérêts stratégiques, l'aide à cerner l'utilité du sujet et aussi le développement des recherches sur le thème étudié (Dépelteau, 2000, p.100). En effet, à la lumière de ces trois études et de la réflexion éthique sur l'autonomie, nous positionnons notre travail de thèse comme un continuum. Parce que nous postulons que connaître l'histoire, les particularités culturelles, environnementales, sociales, en somme, le contexte de vie au quotidien de chaque patient, permet de construire des situations d'apprentissage en ETP qui soient adaptées et personnalisées.

Face à ce constat d'une éducation thérapeutique encore timide en Martinique, nous avons souhaité découvrir *in situ* l'application et les avancées de la recherche en éducation thérapeutique du patient dans un autre territoire d'Outre-mer : La Réunion.

3.2 *Le contexte réunionnais*

3.2.1 *Contexte social et sanitaire*

Nous nous appuyons sur les travaux de l'anthropologue Jean Benoist pour comprendre et analyser le contexte Réunionnais. Cet auteur étudie les rapports sociaux dans les divers secteurs de la vie privée et publique, des individus, dans les différents secteurs de leur vie sociale, économique et culturelle à La Réunion. Ce département d'outre-mer situé dans l'ouest de l'Océan Indien à 9345 km de la France métropolitaine.

L'écologie de La Réunion offre deux aspects : l'un naturel et l'autre sociologique. Sa géographie offre quatre grands domaines : la laine au vent (humide et chaude, grasse et riche),

la zone sous le vent (plus sèche), la zone du volcan (la moins active de l'île), les hauts (aux traits originaux, région peu peuplée).

Sur ce substrat géographique se sont épanouies des formations sociales fort différentes. Ayant leur propre système économique, leurs propres besoins, leur propre hiérarchie, elles ont également leur vision du monde, leur langue, leur composition ethnique particulières. Les rapports différents entre les hommes ont alors entraîné des modelages différents du milieu (Benoist, 1975, p. 45).

J. Benoist identifie les principales composantes de la société réunionnaise, examine leur évolution et leurs interactions. Aussi à La Réunion au côté de la société de plantation s'est implantée une société paysanne majoritairement composée de personnes de race blanche, ou socialement reconnue comme telle, et dans les villes s'est installé un prolétariat blanc. Cette situation est atypique par rapport aux autres « îles à sucre ». La différence se traduit par la présence des Blancs à tous les niveaux économiques de l'île, et la barrière ethnique se trouve nuancée contrairement aux sociétés de plantations traditionnelles, comme à la Martinique où la graduation raciale et la graduation sociale sont parallèles. Parce que à La Réunion la société paysanne sert de soupape et atténue les tensions raciales, qui habituellement naissent dans la société de plantation (Benoist, 1985. p. 94).

Outre ces caractéristiques des sociétés de plantation, Jean Benoist décrit la société réunionnaise comme étant *polyethnique*. *C'est-à-dire :*

Marquée par la diversité, la confrontation ou l'intégration de groupes humains originaires de continents différents, la Réunion a offert à ces groupes des « niches sociales » contrastées, dont ils s'écartent selon une dynamique mal connue, véhiculant leurs héritages culturels dans des directions variées qui conditionnent l'avenir.

La loi de départementalisation de mars 1946 intègre la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et (La Réunion) à la République française. Avec les autres anciennes vieilles colonies issues du premier empire colonial.

Contrairement aux Antilles françaises, l'île de la Réunion était déserte avant le début du peuplement, en 1663. Son occupation n'est pas fondée sur la soumission ou le massacre d'occupants précédents. Ce qui fait dire qu'au départ les Réunionnais sont tous des immigrés. L'auteur rapporte que le manque de femmes conduit à faire appel à des sources de proximité. Sur les 37 premières femmes ayant eu des enfants à Bourbon, on dénombre sept françaises, 15 malgaches, 15 indo-portugaises. Au total, on dénombre 44 maris et 245 enfants. C'est le métissage le plus important dans l'histoire des origines des colonies.

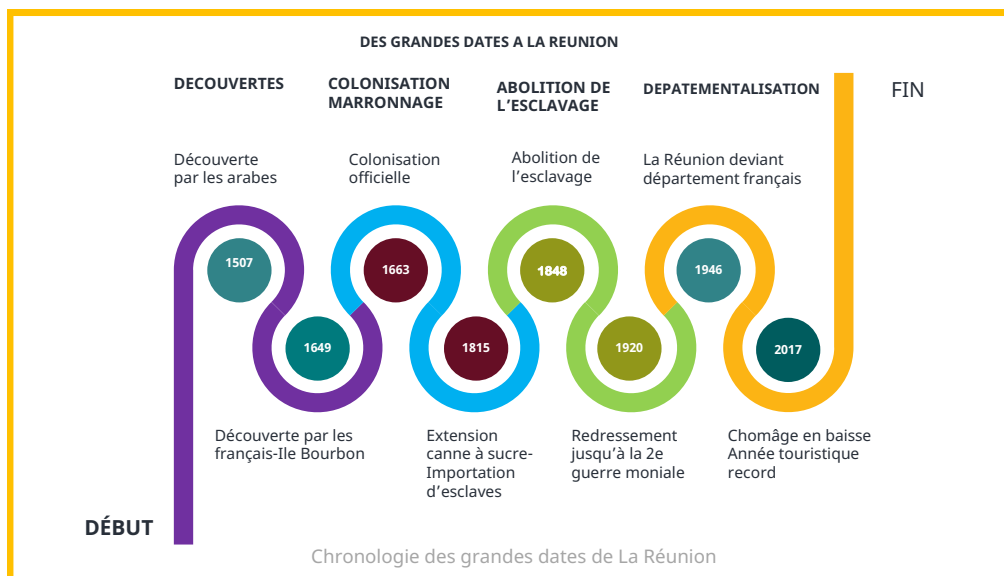


Figure 21 : Les grandes dates de l'histoire de La Réunion

Un métissage important

Le peuplement de La Réunion est composite, en raison des apports malgaches, européens, africains, chinois, indiens. La population est multiculturelle et multi-culturelle.

Au début de la départementalisation, en 1946, les Réunionnais se préoccupent de lutter contre la famine. L'Insee rapporte qu'ils disposent à cette époque de seulement 9 kg de viande et poisson par habitant et par an, soit l'équivalent de deux mois et demi de consommation d'un Réunionnais en 2011.

Les prestations sociales se mettent en place progressivement comme l'indique la figure ci-dessous.

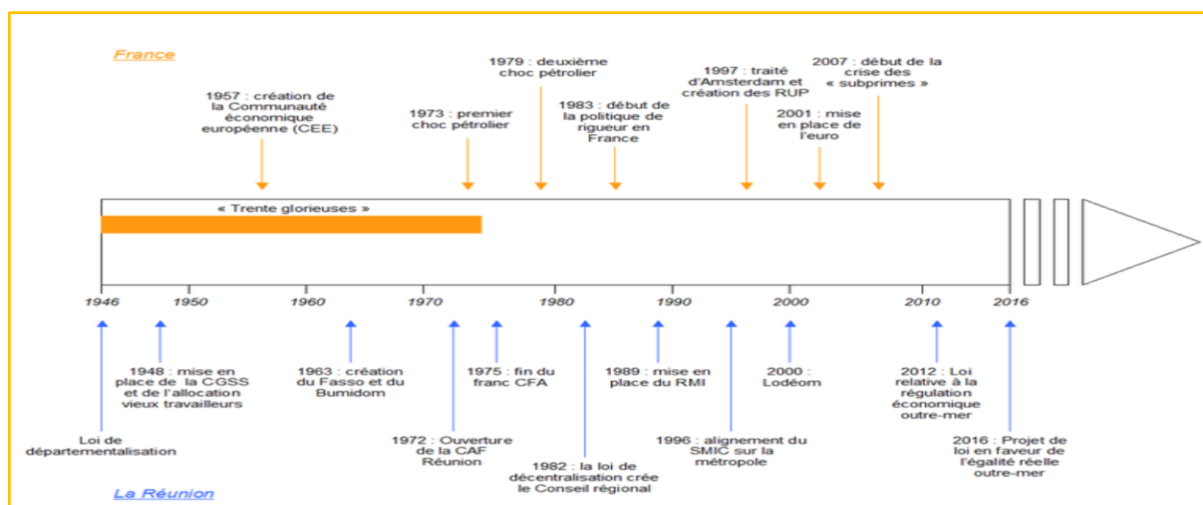
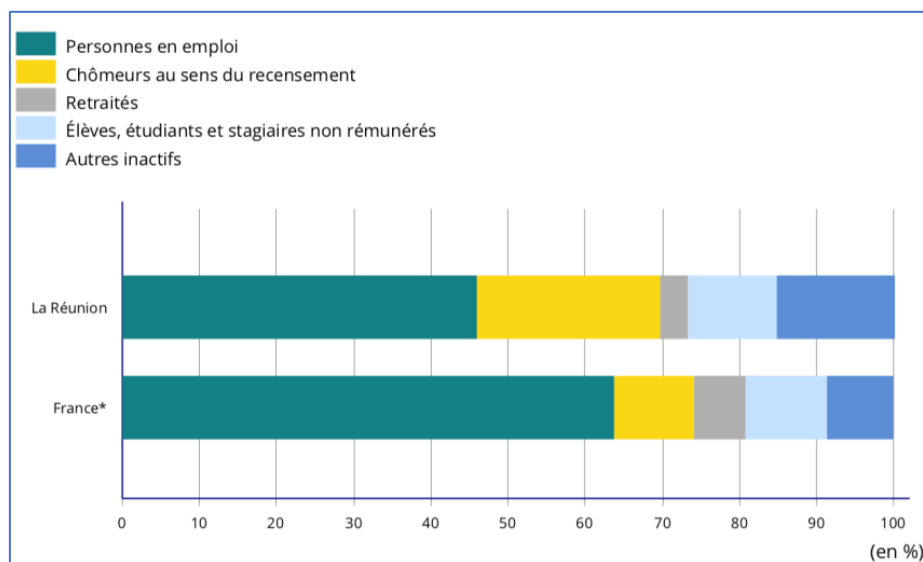


Figure 22 : Repères historiques des politiques d'accompagnement social à La Réunion (Source Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128996>)

Le contexte économique

La Réunion est le département d’Outre-mer (hors Mayotte) le plus touché par le chômage. En 2019, 71 000 personnes sont au chômage au sens du Bureau International du Travail à La Réunion, soit 21 % de la population active. Parmi les personnes en âge de travailler, seuls 46 % occupent un emploi.



Graphique 9 : Comparaison par statuts d’activité et chômeurs de 15 à 64 ans en France et à La Réunion en 2017. Source : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482473#figure1_radio1

Le contexte sanitaire

Dans sa thèse de médecine, Anne-Sophie Pavaday dresse un état des lieux de l’offre de soins à La Réunion. Elle qualifie cette offre comme étendue ; offre qui ne cesse de croître depuis la création du CHU en 2012. 98 % des prises en charge se font localement. Pour cela l’île dispose de :

- un CHU composé de 2 établissements situés à Saint-Denis au Nord et à Saint-Pierre au Sud,
- un grand groupe hospitalier dans l’Est, le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER),
- un grand centre hospitalier, en cours de construction dans l’ouest à Saint-Paul,
- l’hôpital Gabriel Martin qui permet actuellement d’avoir les principales prises en charge,
- deux hôpitaux psychiatriques situés dans l’Ouest et l’Est,
- plusieurs cliniques (Pavaday, 2019).

Assata Doumbia souligne que la configuration et l'absence de médecin sur place à Mafate, lui confèrent le statut de désert médical. Mafate est un cirque inaccessible par la route, situé au centre ouest de l'île. Environ 900 personnes y vivent, réparties dans une dizaine d'îlets. Dans ce cirque Réunionnais, deux infirmières se relaient une semaine sur deux au sein des 7 dispensaires situés dans les différents îlets. Les médecins accompagnent les infirmières une fois par mois dans le cadre de missions médicales. Parmi les pathologies auxquelles sont confrontés les habitants de Mafate, on y relève du diabète, de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies ainsi que du surpoids et de l'obésité. Les Mafatais atteints de maladies chroniques ou aiguës ont certainement des connaissances et stratégies pour leur santé, leur permettant de faire face à la problématique de désert médical (Doumbia, 2020).

Par ailleurs, La Réunion bénéficie d'une couverture médicale et paramédicale convenable. Selon l'Insee à La Réunion, les professionnels de santé de premier recours (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste) sont bien implantés. Rapporté à la population, le nombre de médecins généralistes est équivalent à la métropole.

La densité médicale, tous médecins confondus, est également à La Réunion, proche de celle de la métropole, soit 325 médecins pour 100 000 habitants (Dress, Irdes, et Insee, 2021). En revanche, le nombre d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes est bien supérieur et continue de croître.

La présence des praticiens généralistes sur l'ensemble du territoire favorise leur accessibilité. 95% des Réunionnais résident à moins de 10 minutes en voiture, du médecin généraliste le plus proche (95 %). À pied, la moitié habite à moins de 10 minutes. Cependant, 117 000 personnes, le plus souvent domiciliées dans les Hauts de l'île, en sont éloignées d'une demi-heure ou plus.

La population du nord de l'île, plus urbaine, se rend plus facilement à pied chez le médecin généraliste. À l'inverse, dans le sud, plus rural, ce n'est le cas que pour 44 % des habitants.

Des soins de premier recours plus fréquents qu'en métropole

En 2013, les Réunionnais ont consulté en moyenne 6 fois sur l'année un médecin généraliste, 4 fois un masseur-kinésithérapeute, 19 fois un infirmier et une fois un chirurgien-dentiste. Les Réunionnais consultent davantage que les Métropolitains ou les autres ultramarins. Les Réunionnaises en particulier, vont plus souvent chez leur généraliste que les Françaises de l'Hexagone (appelées « métropolitaines »), notamment entre 19 et 64 ans, probablement en lien avec un nombre moins important de gynécologues. La population fait appel deux fois plus

qu'en France hexagonale à un infirmier libéral. La bonne implantation de ces professionnels, la plus forte prévalence de maladies chroniques (diabète), et la politique du maintien à domicile des personnes âgées expliquent ce recours plus important aux infirmiers libéraux.

État de santé et maladies chroniques

Selon l'Insee, 155 800 Réunionnais sont touchés par une maladie chronique. Ainsi, 72 % des Réunionnais de 65 ans ou plus déclarent souffrir d'une maladie chronique, soit 14 points de plus que les habitants de cet âge dans l'Hexagone.

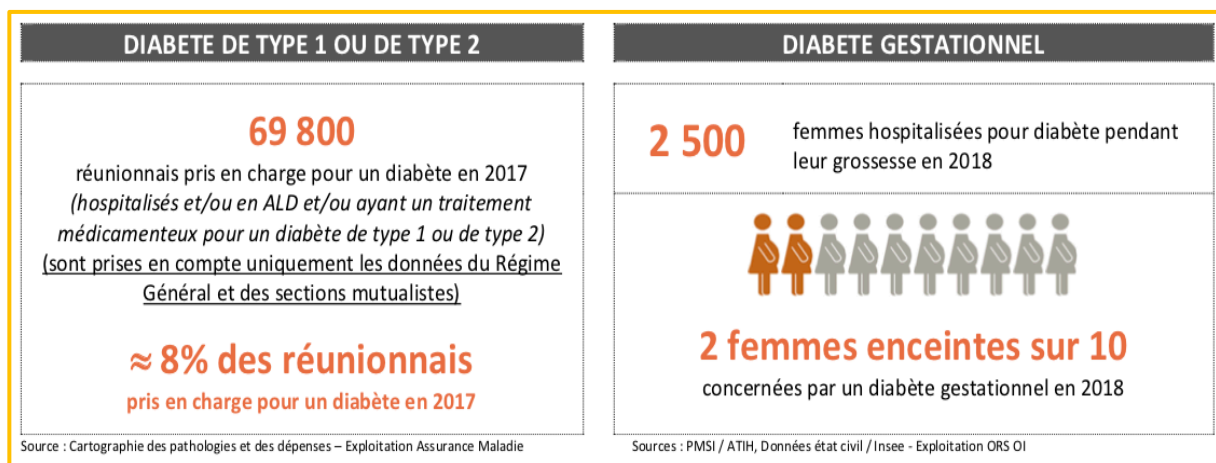


Figure 23 : L'incidence des diabètes à La Réunion en 2017/2018
(Source : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2019>).

Les problèmes cardiovasculaires sont une des premières causes de mortalité à La Réunion, avec un décès sur quatre imputable à une cause cardiaque ou circulatoire.

Selon une enquête de l'Insee, en 2019, 10 % des Réunionnais de 15 ans ou plus se plaignent de leur santé : 8 % se déclarent en mauvaise santé et 2 % en très mauvaise santé. C'est moins qu'aux Antilles françaises (14 %), mais plus que dans l'Hexagone (7 %).

À partir de 65 ans, la part de personnes en mauvaise santé augmente sensiblement : un quart des Réunionnais de 65 ans ou plus s'estiment en mauvaise ou très mauvaise santé. Le lieu de naissance influe aussi sur l'état de santé : les natifs de La Réunion se déclarent davantage en mauvaise santé que les non-natifs (10 % contre 6 %). Au-delà des écarts de niveaux de vie et de diplôme entre natifs et non-natifs, cela s'explique par des différences de mode de vie et d'habitudes, notamment alimentaires.

La surcharge pondérale concerne quatre Réunionnais sur dix, et l'obésité plus d'un sur dix. L'obésité touche davantage les femmes que les hommes (14 % contre 8 %), particulièrement après 30 ans. C'est la région de France où la prévalence du diabète traité a le taux le plus élevé (9,8 % contre 4,6 % au niveau national). L'alimentation, le manque d'activité physique ou le

stress contribuent à la progression de l'obésité et du diabète. Les conditions économiques et sociales y participent également. Ainsi, les adultes obèses sont plus nombreux dans les ménages au faible revenu. Avec un taux de pauvreté trois fois plus élevé qu'en France hexagonale, La Réunion est particulièrement exposée à ces risques : l'obésité constitue ainsi un problème majeur de santé publique.

Toujours d'après l'Insee, en 2019, 39 % des Réunionnais se déclarent atteints d'une maladie chronique, c'est-à-dire d'un problème de santé récurrent ou de caractère durable. Si cette part est identique dans l'Hexagone, le dépistage des maladies peut toutefois être différent entre les territoires.

3.2.2 L'alimentation liée aux facteurs sociaux

À La Réunion, la consommation alimentaire varie fortement, en fonction des niveaux de vie et certains aliments constituent des marqueurs sociaux.

En 2016-2017, l'étude « Gramoune Care » fait ressortir que les personnes âgées à domicile présentent une prévalence importante de dénutrition, avec une absence de dépistage en soins primaires, puis un retard de prise en charge chez les sujets à risque. Les femmes sont davantage à risque de dénutrition que les hommes (Méjean et al., 2020).

Les ménages réunionnais les plus modestes ont une alimentation plutôt traditionnelle (cari) caractérisée par une consommation élevée d'huile et de riz avec une sous-consommation de fruits et légumes. Ceux qui disposent de revenus moyens, dont beaucoup de ménages avec enfants, ont une alimentation plutôt traditionnelle, mais avec une consommation élevée de produits et boissons sucrés (*Ibid.*).

	Aucun fruit ou légume	De 1 à 4 portions de fruits ou légumes par jour	Au moins 5 portions de fruits ou légumes par jour
Guadeloupe	45%	40%	15%
Martinique	49%	37%	13%
Guyane	56%	32%	12%
La Réunion	42%	49%	9%
Mayotte	79%	18%	3%
Métropole	25%	55%	20%

Tableau 7 : Fréquence de consommation quotidienne de fruits ou légumes par nombre de portions dans les DROM et en Métropole en 2019

(Source : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf>>).

Selon un rapport de l'IRD à La Réunion, les prévalences de surcharge pondérale et de l'obésité sont plus élevées que la moyenne hexagonale. Pour les adultes, près d'une personne sur quatre (38 %) est en surcharge pondérale (27 % en surpoids et 11 % obèses). La prévalence déclarée de l'obésité atteignait 14 % chez les femmes et 8,3 % chez les hommes. Sur les cinq DROM, la situation la plus préoccupante est celle de La Réunion, car la prévalence y est deux fois plus élevée chez les femmes que la moyenne nationale. L'étude Reconsal³⁰ à La Réunion a montré que la prévalence de surcharge pondérale et d'obésité abdominale est supérieure chez les personnes peu ou pas diplômées et chez les personnes sans activité professionnelle (obésité abdominale seulement) comparée aux groupes plus favorisés. Pour le diabète de type 2, parmi les départements d'Outre-mer c'est aussi à La Réunion que la prévalence du diabète traité est la plus élevée (10%). Cette pathologie constitue sur le territoire l'une des priorités de santé publique (Méjean *et al.*, 2020).

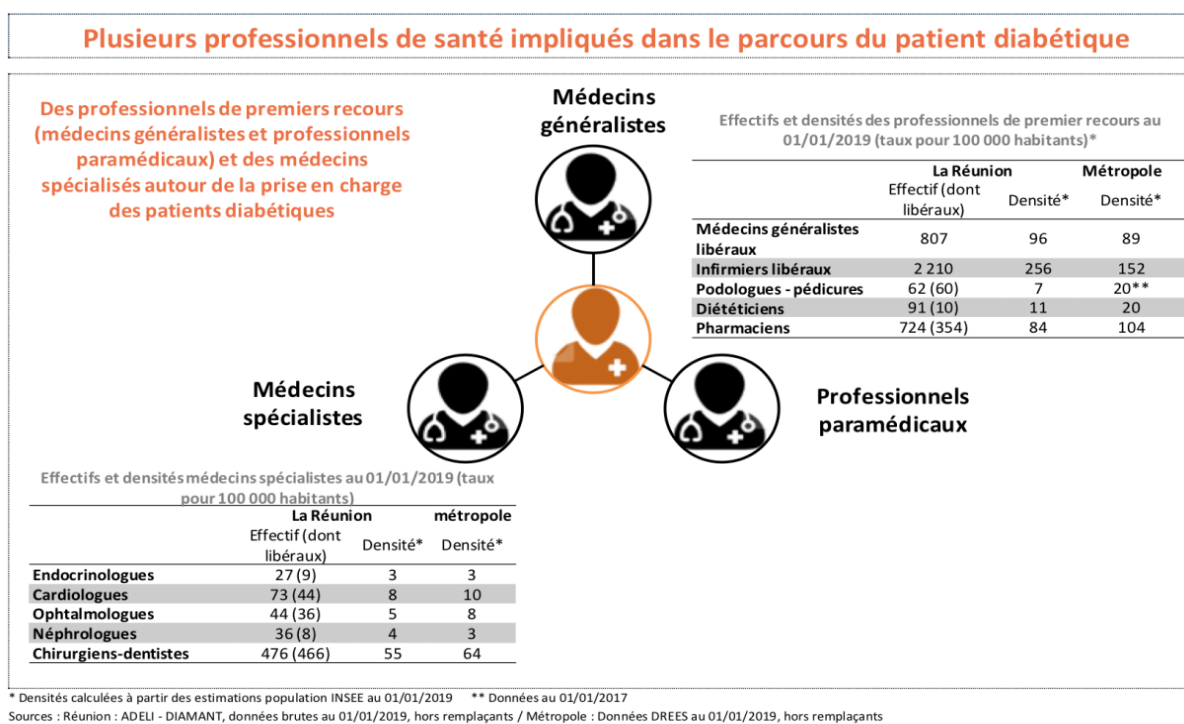


Figure 24 : Effectif des professionnels de santé impliqués dans la lutte contre le diabète à La Réunion en 2019.

³⁰ Reconsal (Réunion Comportements alimentaires) est une enquête menée par l'INSERM/REDIA en partenariat avec l'ORS sur la période 1999-2001, à la demande du PRS-diabète.

L'IREN pour l'éducation alimentaire et nutritionnelle dès l'enfance

Un autre partenaire local qui s'associe à l'ARS dans la lutte contre le diabète à La Réunion est l'Institut Régional d'Éducation Nutritionnelle (IREN), association loi 1901, une initiative locale privée, née d'un constat à propos de l'alimentation des Réunionnais : l'implication très parcellaire des recommandations du PNNS. Aujourd'hui, elle emploie sept personnes dont trois diététiciens, une conseillère à l'économie sociale et familiale, deux assistantes et un directeur.

Pour son directeur, avec qui nous nous sommes entretenue (*cf.* annexe 5), l'objectif à travers cette association vise à amener des réponses à ce constat : souvent les repères sont connus, mais les gens ont du mal à les appliquer. L'équipe déploie des démarches d'éducation nutritionnelle en proximité, en intervenant essentiellement dans les écoles et dans les quartiers.

Dans cette proximité en fait, on peut espérer que les comportements évoluent. Parce que l'enjeu c'est vraiment d'arriver à faire de l'alimentation et de l'activité physique des réflexes favorables à la santé. Et en cela les actions de proximité demeurent au cœur de l'IREN en tant qu'institution locale (F. Funteu, entretien le 7 décembre 2019).

L'enfant devient pour cette association la priorité, parce que selon elle au stade de l'enfance, l'alimentation c'est un rituel. L'hypothèse consiste à dire que si l'enfant prend de bons repères, aussi bien dans l'alimentation que dans l'activité physique, il y a de fortes chances qu'en grandissant il adopte un mode de vie favorable à sa santé et évite ainsi des risques de surpoids et d'obésité. C'est pour cette raison que dans les écoles, l'IREN cherche à impacter toute la communauté éducative, c'est-à-dire les enseignants, les enfants, les parents et aussi la restauration scolaire.

Cette stratégie retenue depuis 2009, participe à la conscientisation de la population autour de l'acte alimentaire. L'IREN privilégie également la proximité, c'est-à-dire aller vers la population. Chaque année, les actions en lien avec le Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) intègrent la culture réunionnaise. Elles se déclinent en thèmes avec à chaque fois des activités pour la prévention du diabète (*Ibid*).

3.2.3 Enquête de terrain et stage à La Réunion

Considérant le contexte comme un élément central de l'analyse, nous avons exploré pendant deux semaines, en novembre/décembre 2019, quelques aspects de l'ETP à La Réunion, avec pour objectifs de :

- rencontrer les acteurs de l’ETP pour une analyse aux niveaux macro, meso et micro du développement de l’ETP sur ce territoire ;
- repérer les similitudes et les dissemblances avec la Martinique dans le développement de l’ETP ;
- construire des bases pour un partage d’expériences en ETP entre la Martinique et la Réunion.

a) Observation participative d’ateliers d’ETP au CHU de St-Denis

Une pharmacienne pour atelier ETP insuffisance cardiaque dans le service de cardiologie

Les premières observations que nous avons pu mener dans le service de cardiologie du CHU de La Réunion, nous ont permis de voir qu’une pharmacienne réalise des séances d’ETP en individuel avec les patients, sur leur traitement médicamenteux. Il arrive que ces séances soient animées en binôme avec l’infirmière. Les ateliers portent sur le suivi de l’insuffisance cardiaque, les signes d’alerte, la diététique, les médicaments.

Lors d’un entretien (cf. annexe 6) qu’elle nous a accordé dans le service, cette pharmacienne nous indiquait :

Sur le côté culturel du coup, souvent moi j’interviens par rapport au fait qu’il y a un usage très important des plantes médicinales ici, et on aborde souvent le sujet avec les patients. C’est très intéressant mais on n’a pas toujours des réponses à apporter sur ce qu’on peut faire ou ne pas faire. Le patient que je viens de voir, dit qu’il n’utilisait pas grand-chose, mais par exemple, il utilise l’arrow-root pour traiter ses effets indésirables. En général quand je pose la question, il y a au moins une plante qui est utilisée de temps en temps. [...] J’essaie de vérifier dans la mesure du possible. Je n’interdis jamais d’utiliser les plantes, parce que je pense que ce n’est pas la bonne solution. J’essaie de toujours donner un conseil, au moins de m’assurer qu’il y a un suivi avec un pharmacien qui va peut-être mieux connaître les plantes, ou informer le médecin, voilà, essayer d’expliquer que ça peut avoir des effets, des conséquences de prendre des plantes³¹

L’attitude de cette pharmacienne hospitalière montre qu’elle a bien conscience que l’utilisation des plantes médicinales fait partie des pratiques des Réunionnais. En conséquence, elle cherche davantage à les accompagner, les conseiller plutôt que leur en interdire l’usage. Nous avons également observé dans le service de diabétologie précisément en hôpital de semaine d’ETP, plusieurs ateliers animés par une équipe pluridisciplinaire.

³¹ La totalité de l’entretien est en annexe.

Nous avons observé, quatre séances d’ETP de groupe : une avec une diététicienne ; une avec la psychologue ; une avec un infirmier sur la physiopathologie ; et une autre avec une infirmière sur l’insulinothérapie, l’hypoglycémie et l’hyperglycémie.

Les patients qui participent aux séances d’ETP

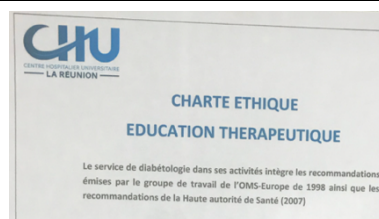
Patients	Sexe	Âge	Diabétique depuis	Type de diabète	Présence aux ateliers
Patient 1	H	69 ans		DT2	Tous
Patient 2	F	70 ans	35 ans	DT2	Tous
Patient 3	F	68 ans		DT2	Tous
Patient 4	F	56 ans	1 ans	DT1	Diététique et psycho
Patient 5	H	61 ans	3ans	DT2	Diététique

Tableau 8 : Caractéristiques des patients (tous n’ont pas participé à l’ensemble des séances)

Observation des ateliers d'ETP à l'hôpital de semaine de diabétologie du CHU

Atelier avec la Psychologue (cf. annexe 7)

- **Durée** : 2H
- **Nombre de participants** : trois
- **Animation** : psychologue
- **Modalités** : Visée interactive. Discussion suivant les thèmes abordés par les patients.



Cet espace de libre expression est un moment où les patients livrent leur vécu avec la maladie et partagent leur savoir expérientiel.

Patient 1 : *Ça ne fait pas longtemps qu'on a découvert le diabète et je n'ai pas la méthodologie c'est-à-dire savoir ce qu'il faut faire et comment il faut faire.*

Psychologue : Donc c'est ce pourquoi vous êtes ici ?

Patient 1 : *C'est mon cardiologue qui m'a fait venir ici, en me disant que je verrai la diabétologue, la diététicienne, tout le monde et on va m'expliquer la traçabilité de vie et bien vivre avec mon diabète.*

Psychologue : Et maintenant qu'est-ce que vous attendez de cette semaine ?

Patient 1 : *Que vous et l'équipe me donniez la meilleure manière de vivre sans discrimination. C'est-à-dire vous me dites il faut manger le gratin de citrouille par semaine, je mange, vous me dites de manger un gratin chou chou, je mange, un cari chou n'importe quoi...*

Psychologue : Vous avez bien résumé. La diététicienne vous dira tout ça par rapport à votre poids, par rapport à votre taille, par rapport à votre traitement, par rapport à ce que vous mangez aujourd'hui ; elle vous donnera à chacun des conseils les informations en fonction de votre besoin.

Le patient 1 parle beaucoup, les autres arrivent tout de même à s'exprimer. Au bout de 30 minutes, la patiente 4 n'avait pas pris part aux échanges. La psychologue l'invite à s'exprimer.

Patient 4 : *Je suis diabétique de type 1 depuis un an. Ça a été découvert par hasard. [...] Moi je ne mange pas des trucs sucrés comme du coca. De temps en temps, je prends un petit jus de fruit pressé mais c'est exceptionnel surtout le week-end [...] Et là on m'a dit que je n'avais pas à culpabiliser ; parce que c'était pour moi un choc de découvrir que j'avais le diabète. Ma façon de manger n'y était pour rien mais c'est mon pancréas qui ne fonctionne pas du tout.*

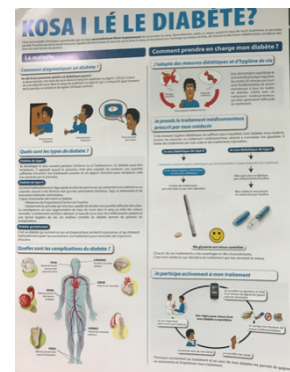
Psychologue : Vous avez parlé de stress ; qu'est-ce que vous faites pour occuper votre temps ?

Patient 4 : *Je fais de la marche, ensuite je fais du vélo, je sors ; je ne reste pas à la maison. Je suis quelqu'un de très maniaque avant je faisais moi-même mon ménage quand j'arrivais chez moi il fallait que tout soit nickel. Ça a changé depuis que j'ai été malade ; j'arrive même s'il y a un peu de poussière ce n'est pas grave je me change j'enfile mes baskets et je vais marcher, je cours.*

Il s'agissait du premier atelier de la semaine, l'occasion pour les patients de faire connaissance.

**Les ateliers « physiopathologie, l'insulinothérapie,
l'hypo et l'hyperglycémie » (cf. annexe 8)**

- **Durée : 2H**
- **Nombre de participants. : 3**
- **Animation : Infirmier**
- **Modalités** : Visée interactive. Évaluation et apport de connaissances sur le diabète, les traitements, les complications.
- **Outils pédagogiques** : planche anatomique – affiche murale avec les valeurs chiffrées des normes glycémiques –
- livret d'information individuel sur l'hémoglobine glyquée.



L'objectif d'aujourd'hui est de connaître un peu les différents organes qui interviennent dans le diabète et aussi connaître les médicaments d'une façon générale.

Alors le diabète si on devait le définir c'est quoi pour vous le diabète ? (**Infirmier**)

Patient 1 : *C'est un peu la récolte des fruits. Vous savez, quand on était « marmaille » on mangeait du sucre tout le temps, en permanence de la canne, tout ce qu'on trouvait, on mangeait. On n'avait pas à manger, donc on mangeait ce qu'on avait. Et on ne savait pas à l'époque que ça allait créer une maladie aussi grave que le diabète. Après, le diabète, il va attaquer les yeux, le cœur, la prostate, les muscles et tout tout tout.*

Patient 3 : Ca dépend des personnes

Patient 1 : *À l'époque, la médecine n'était pas assez développée pour savoir. Maintenant les gens nous expliquent : il faut éviter de manger de la canne, on peut manger un morceau pas deux ou trois ou quatre.*

Patient 3 : C'est vrai que les parents ne savaient pas.

Patient 1 : *En plus, quand on faisait un « Cari », nous les enfants la plupart du temps on mangeait à la fin, c'est-à-dire la sauce qui restait dans la marmite. On mettait le riz dans la marmite et on mangeait. Pour nous, on a mangé à la bouche mais pas pour l'organisme.*

Infirmier : Vous pensez que le diabète est lié à l'alimentation ?

Patient 3 : *Avant, on mangeait beaucoup de « Brède ». De notre temps on faisait des bouillons Brèdes.*

En fonction des réponses des patients l'infirmier complète, réajuste, apporte les informations et vérifie la compréhension des uns et des autres.

Au bout de trente minutes de discussion et d'information l'infirmier demande : est-ce que vous avez des questions par rapport à ce que nous avons vu ? N'hésitez pas à poser des questions, on est là pour ça.

Patient 1 : *On va essayer de mettre de l'ordre dans notre tête avant.*

La suite de l'atelier a porté sur les types de diabète, les traitements, l'anatomie et la place des différents organes, les complications, la surveillance de l'hémoglobine-glyquée, les normes glycémiques, l'insuline. L'intégralité de l'atelier.

L'atelier de diététique (cf. annexe 9)

- **Durée** : 1 h 30
- **Nombre de participants** : 5
- **Animation** : diététicienne
- **Modalités** : Visée interactive. La diététicienne étale sur la table des fruits et légumes et des boîtes d'aliments factices et les participants sont invités à les trier, à les classer par catégories d'aliments. Les groupes d'aliments sont passés en revue



Est-ce que vous vous souvenez de ce qu'on a dit sur les féculents ? (**Diététicienne**)

Patient 3 : Il faut manger un tout petit peu.

Patient 1 : Dans les féculents, il y a des fibres

Diététicienne : D'après vous la quantité de féculents au repas du midi et au repas du soir est-ce qu'elle est différente ?

Patient 1 : Le soir on mange un peu moins

Patient 5 : Moi, je ne mange pas grand-chose le soir, une salade une grillade

Diététicienne : Pourquoi vous mangez moins le soir ?

Patient 4 : Parce qu'on va dormir et qu'on n'aura pas d'activité

Diététicienne : Le soir on dépense, le cœur il continue à battre. Et vous continuez à respirer. Votre corps continue à fonctionner même si vous êtes au repos. À vrai dire il va continuer à consommer du sucre. Les quantités conseillées sont les mêmes le midi et le soir.

Patient 1 : *Même si on ne dépense pas il faut équilibrer pareil ?*

Diététicienne : Quand vous bougez régulièrement dans la journée il y a aussi les muscles qui continuent à consommer du sucre dans la nuit. C'est pour cette raison, si vous ne mangez pas suffisamment de féculents notamment le soir, voire pas du tout, d'après vous qu'est-ce qui peut se passer dans la nuit ?

Patient 1 : Hypo

L'atelier s'est révélé très interactif avec des discussions sur des recettes et les pratiques culinaires de La Réunion. Au terme de l'atelier :

Diététicienne : Je vous ai mis juste un petit guide qui a été fait à La Réunion. Ce sont des petits exemples de recettes avec les produits que l'on trouve à La Réunion. Ça peut donner des petites idées

Patient 4 : Ah ça c'est bien !

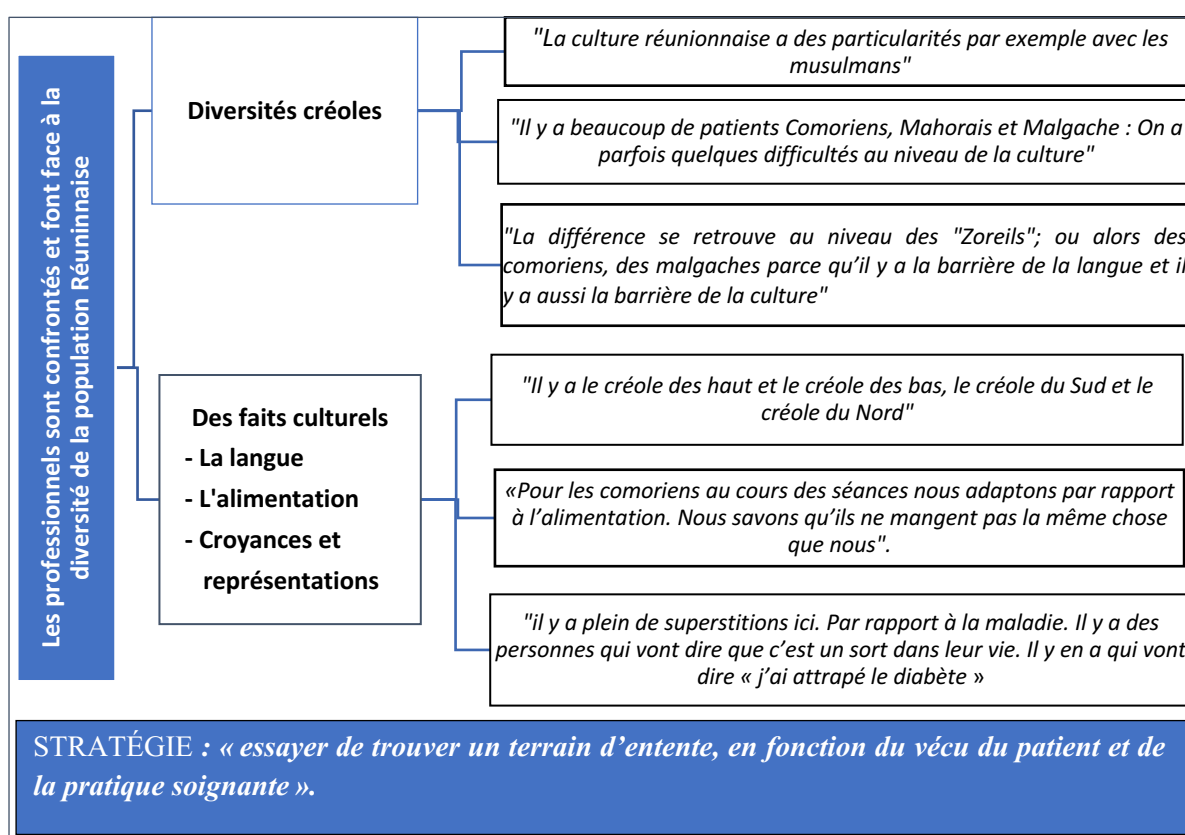
Le contenu intégral des ateliers est en annexe. Nous retenons l'interactivité entre les patients et avec les professionnels. Une fois le thème de l'atelier énoncé, les patients s'expriment librement, et les professionnels réajustent les réponses et régulent quand nécessaire.

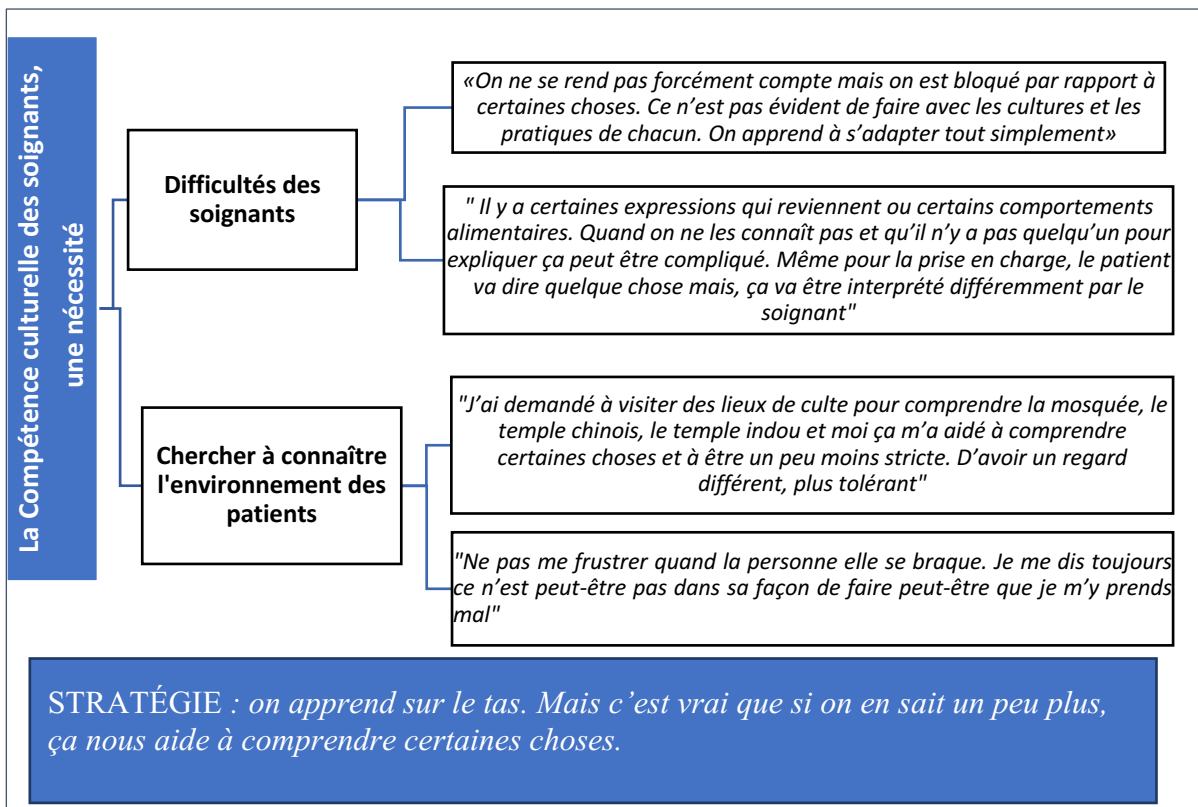
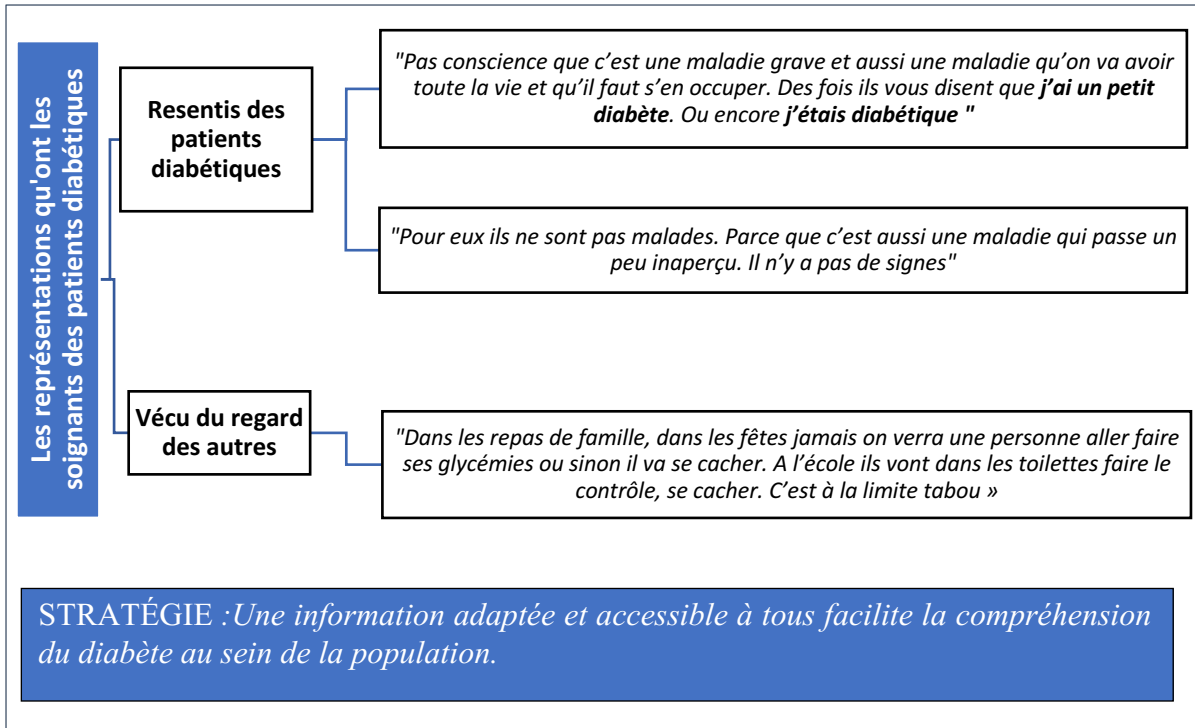
Le temps de parole des patients est conséquent. Tous s'expriment même les plus réservés.

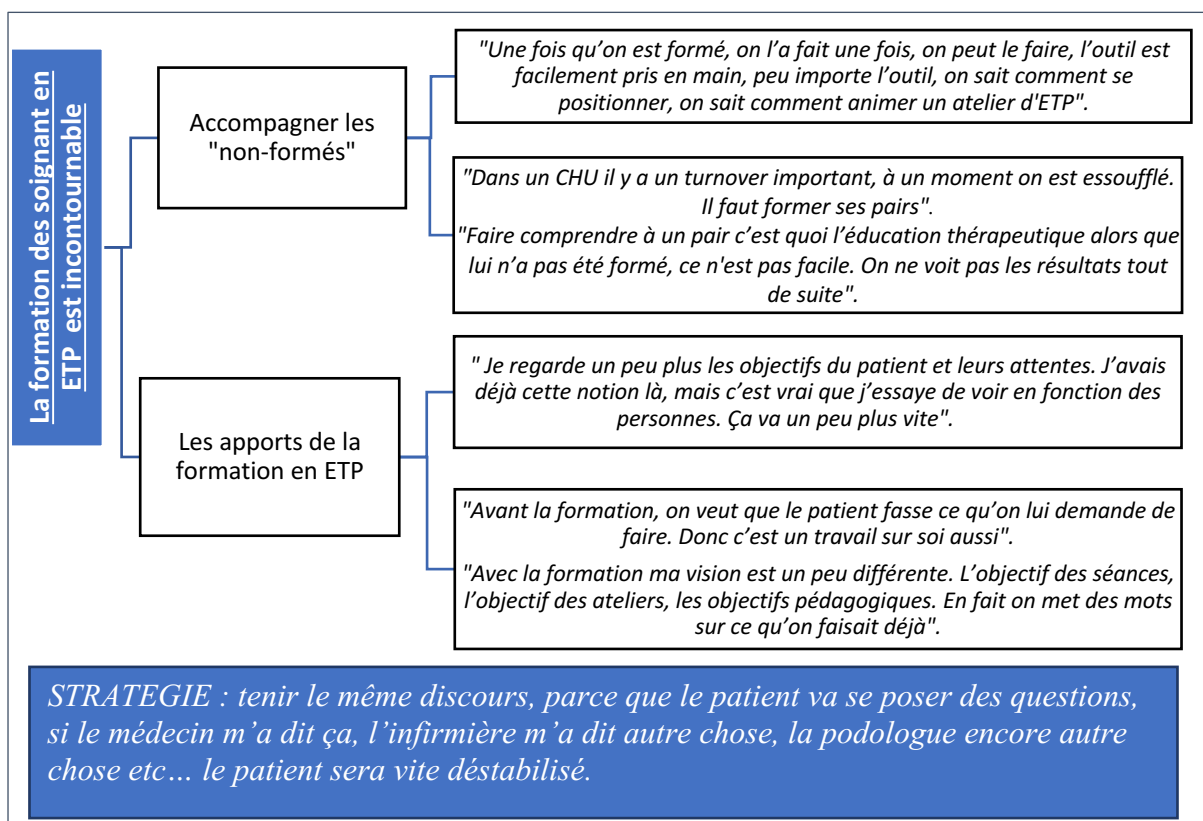
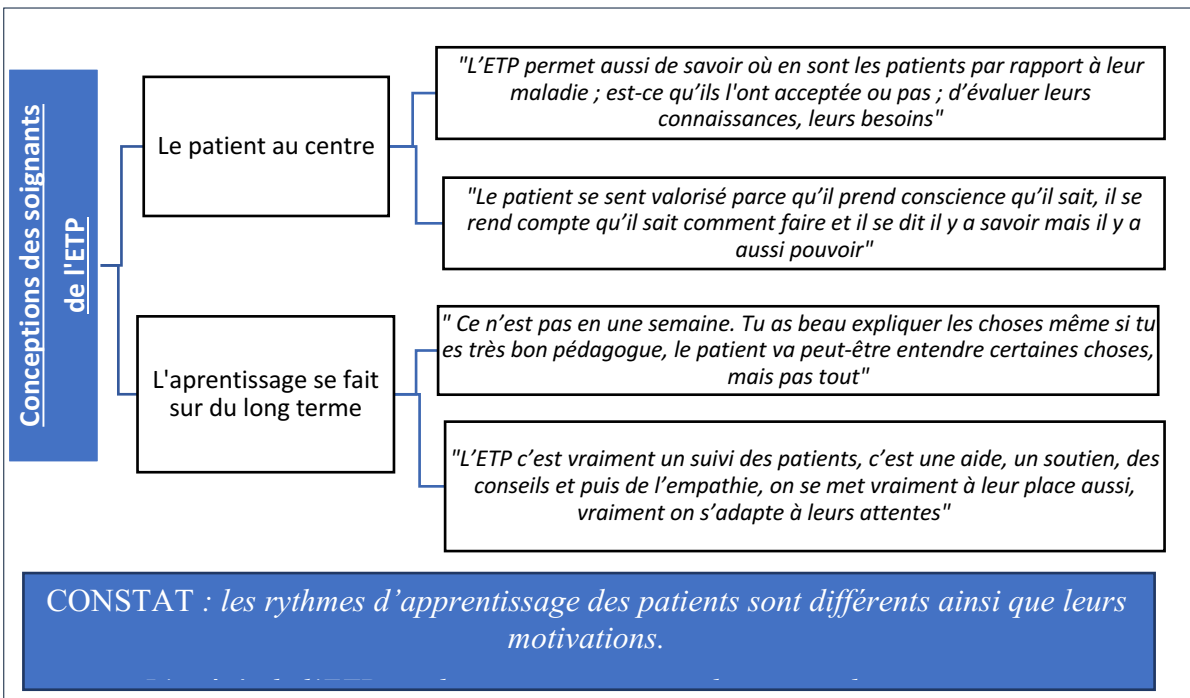
b) Entretien avec les soignants du service ETP diabétologie du CHU de St-Denis

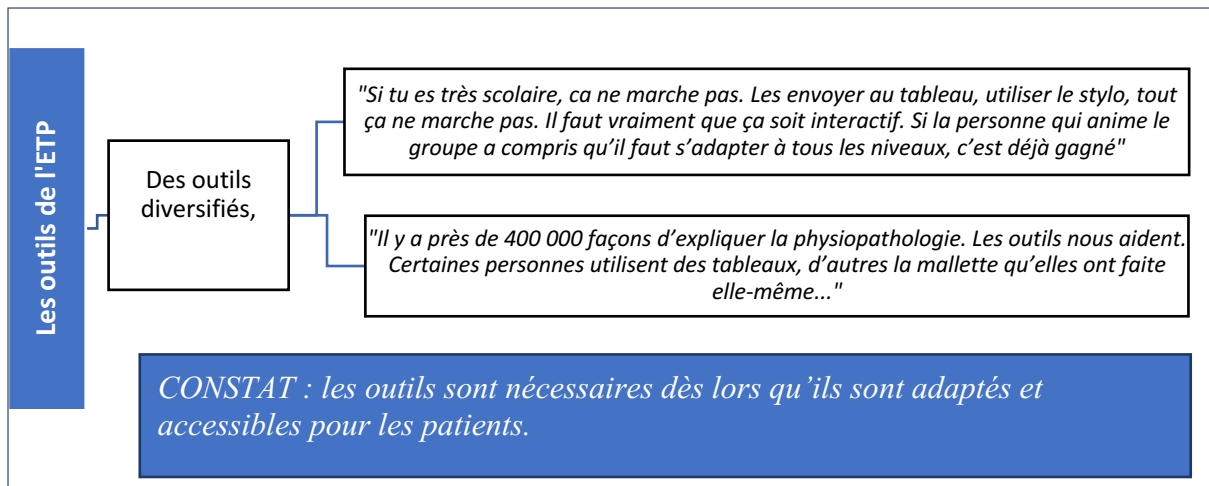
Diversités créoles et problématiques d'intégration

Nous avons vu précédemment combien la population était diversifiée à La Réunion. Cette diversité nous a paru intéressante à explorer dans la mesure où elle influe sur les modalités de prise en charge des patients. Ainsi, au-delà des autres éléments qui ont suscité notre intérêt comme la formation, les outils et méthodes utilisés..., nous avons retenu (dans les six tableaux qui suivent) ce que les soignants disent de la prise en compte de la diversité culturelle des patients réunionnais, de l'organisation de l'ETP au sein du service, de leur avis sur l'ETP. Les entretiens complets sont en (cf. annexe10).









Figures 25 à 31: Discours de soignants pratiquant l'ETP à La Réunion

Ces tableaux nous ont renseignée sur des difficultés rencontrées par les professionnels en raison de la pluralité des modèles culturels au sein de la population réunionnaise, sur leurs représentations du patient diabétique Réunionnais – l'intérêt de la compétence culturelle des soignants – leur avis sur la formation des professionnels en ETP, la conception qu'ont les patients du diabète.

Synthèse de l'observation en HDS ETP de diabétologie à La Réunion

Durant trois jours nous avons observé quatre ateliers d'éducation thérapeutique des patients à l'hôpital de semaine de diabétologie, et réalisé des entretiens avec ces professionnels qui dispensent l'ETP. Nous constatons que la pratique de l'ETP est ancrée au sein du service observé.

Les ateliers suivent un fil conducteur, néanmoins, les discours des patients orientent les savoirs à transmettre. Les formateurs s'appuient sur les connaissances, les attentes, et les besoins des apprenants pour réajuster et compléter par de nouveaux apports quand c'est nécessaire. La culture locale occupe une place centrale, particulièrement au niveau de l'alimentation. Tous reconnaissent l'intérêt de l'ETP. L'absence de compétence culturelle chez des soignants non réunionnais est vécue comme un frein dans la prise en charge, notamment pour une intervention optimale en ETP. Le dossier informatisé favorise la connaissance du patient et de son parcours éducatif au sein du service. Toutefois, la collaboration avec les acteurs extérieurs de l'ETP est en passe d'être améliorée, d'autant qu'après l'hospitalisation certains patients ne reviennent pas aux consultations programmées.

Une figure culturelle « Le tisanneur³² » – un thérapeute typiquement réunionnais

Nous avons été frappée par ce thérapeute qui existe qu'à la Réunion. En effet, à La Réunion, *le tisanneur* occupe une place dans l'offre de soins.

Dans notre cadre conceptuel nous avons évoqué la thèse de Roger Lavergne sur *la tisanerie* à la Réunion. Dans une autre thèse de médecine sur le sujet, Murielle K/Bidy traite de la transmission des savoirs traditionnels sur les plantes médicinales à la Réunion. Elle rappelle qu'une exigence de sa pratique de médecin généraliste est de prendre en compte les croyances et les pratiques des patients pour une prise en charge complète. Elle souligne que l'île de La Réunion apparaît comme un lieu de recherche privilégié, lorsque l'on s'intéresse aux savoirs traditionnels et, en particulier, aux plantes médicinales. Son histoire et sa géographie font d'elle un territoire d'exception en la matière. En effet, le recours aux plantes y est largement répandu et est solidement ancré dans les habitudes de la population réunionnaise (K/Bidy, 2020).

Nous nous sommes entretenue sur le marché avec un tisanneur (8 décembre 2019). Il considère les plantes médicinales comme un héritage ancestral à faire perdurer. Même si quelques fois il est inquiet par les pouvoirs publics, du fait de son métier de tisanneur, il s'appuie sur les recommandations de l'OMS qui, dit-il, depuis plusieurs années, encourage vivement tous les pays



membres à réaliser une politique d'intégration des médecines traditionnelles dans leurs systèmes de soins de santé primaire. Cette organisation mondiale préconise de développer les connaissances sur ces différentes pratiques ainsi que la formation des acteurs de santé (OMS, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, 2013). L'Aplamedom Réunion³³ est une association pluridisciplinaire administrée par des bénévoles du milieu médical, universitaire, industriel et agricole. Elle a pour objectifs :

³² Alexandre Charpentier dans sa thèse de docteur en pharmacie en 2018, indique que le mot « tisanneur » ou « tizanèr » est un mot qui n'existe qu'à La Réunion. Il s'agit d'un néologisme créé par Roger Lavergne au début des années 1980 pour désigner un Réunionnais homme ou femme, issu de la population créole de couleur, qui connaît les plantes et qui sait en faire les tisanes pour soigner.

³³ Avec l'Aplamedom Guadeloupe, l'Aplamedom Réunion elle est à l'origine de réseau des associations de Plantes Aromatiques et Médicinales (PAM) des DOM, créée en 1999, dans le but d'avoir une politique de reconnaissance, de validation scientifique et de valorisation des plantes médicinales utilisées dans les régions d'Outre-Mer.

- ⇒ d’approfondir les connaissances sur les plantes aromatiques et médicinales (PAM) de la Réunion et de la zone Océan Indien ;
- ⇒ de recenser et évaluer scientifiquement les usages traditionnels des PAM ;
- ⇒ de valoriser et développer les ressources endogènes et développer durablement ce secteur d’activité,
- ⇒ de sensibiliser sur l’utilisation des plantes médicinales et sur la préservation de biodiversité.

Par ailleurs, Marine Boissière, (2018) a exploré dans sa thèse les expériences, les représentations et les ressentis des patients à propos de la communication au sujet des plantes médicinales, lors de ses consultations de médecine générale à La Réunion. Elle indique que la consommation de ces plantes ne se fait pas en réponse à un doute ou une méfiance envers la médecine conventionnelle, mais s’inscrit dans une tradition, une identité créole, résultant de l’histoire et des influences multi-ethniques de la population réunionnaise. Cette pratique préexistait à l’arrivée de la modernité de la médecine en provenance de la métropole, et la fréquence de cette consommation est restée élevée dans la population, qui voit en elle une manière simple de se soigner avant d’avoir recours au médecin généraliste traitant. Par cette pratique, le Réunionnais revendique son identité et s’approprie la maladie en se soignant à partir de connaissances héritées de ses parents.

Dans son analyse, ce médecin explique que l’exploration de la culture, des croyances, des représentations, du vécu de chaque Réunionnais doivent être prise en compte dans une approche d’éducation thérapeutique du patient. Ainsi, Marine Boissière conclut que des programmes d’ETP pourraient améliorer la prise en compte par le médecin de la consommation des plantes médicinales (Boissière, 2018). En résumé, elle préconise le développement de la compétence culturelle dans ce domaine par un travail d’apprentissage du milieu du patient, de sa culture.

Des innovations en éducation thérapeutique du patient à La Réunion

Construction du Parcours de soins du patient diabétique

Inquiétée par la prévalence du diabète, l’ARS de l’Océan Indien a organisé en 2016 une conférence de consensus sur le diabète, au cours de laquelle les acteurs locaux ont questionné le parcours de santé :

- quels sont les parcours de santé ?
- quand et à quels niveaux interviennent les ruptures dans le parcours ?

- quelle est la qualité des parcours ?
- quels professionnels interviennent ?
- y a-t-il des spécificités locales ?
- quels sont les profils des patients selon les différents parcours ?
- quel est l'impact du parcours sur la survenue des complications liées au diabète ?
- quels sont les changements pendant le parcours ?

Grâce au Système national des données de Santé (SNDS), qui permet d'intégrer les différentes bases de données médico-administratives et de croiser les données de soins de ville, de soins hospitaliers ainsi que celles des causes médicales de décès remontant à 10 ans, l'ARS, l'Assurance Maladie et l'ORS Océan Indien ont commandité une étude partenariale en 2017. Cette dernière avait pour finalité d'apporter des connaissances sur le parcours de patients, afin de contribuer à l'élaboration d'un plan d'actions concrètes pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques.

L'étude a porté sur le suivi de patients ayant débuté un traitement antidiabétique de 2010 jusqu'en 2018. Ces patients diabétiques de type 1 ou type 2, au nombre de 3 597, affiliés au régime d'assurance maladie étaient tous âgés de 18 ans et plus, avec une délivrance d'un antidiabétique à au moins trois dates différentes au cours de l'année 2010. L'enquête a examiné la vie médicale de ces personnes diabétiques au travers des consultations, examens de suivi et continuité de la délivrance des médicaments prescrits (ARS, ORS, 2020).

Les résultats de cette recherche confirment des particularités régionales :

- un taux de prévalence des patients traités, double de celui de la métropole ;
- une entrée dans la maladie plus précoce à La Réunion : la moyenne d'âge des patients traités est de 62 ans contre 67 ans au niveau national ;
- 2 500 personnes diabétiques âgées de moins de 35ans, dont 200 enfants de moins de 15 ans ;
- un diabétique sur trois ignore sa maladie ;
- une forte exposition de femmes : 55% ;
- une sur-prévalence du diabète gestationnel : 2 femmes enceintes sur 10,
- un taux de complications élevé (insuffisance rénale, complication ophtalmologique, amputations...).

L'étude révèle également une augmentation croissante des arrêts de traitement, un recours moins fréquent aux médecins, au fil des années et des cassures marquantes à 1 an et à 6 ans. Au final, pas de parcours-type, mais un essoufflement de la surveillance médicale et

biologique. L'étude mentionne également un faible recours aux médecins spécialistes et en particulier aux endocrinologues-diabétologues. L'importance de la place du médecin traitant comme garant de la coordination du parcours de soins a été soulignée.

Les conclusions et perspectives orientent vers un travail régional, avec l'ensemble des acteurs sur l'intégralité du parcours de santé des patients diabétiques en y intégrant la prévention primaire, la prévention secondaire ciblée sur l'intervention précoce sur le pré-diabète et sur la prévention tertiaire des complications. La première application des perspectives déclinées par cette étude se traduit par le – (PRND 2020 – 2023) lancé en octobre 2019 par l'ARS et l'Assurance maladie. Ce plan conduit à mobiliser largement autour de l'ARS différents secteurs de la société réunionnaise. Cinq axes d'intervention sont retenus :

- ⇒ prévenir
- ⇒ dépister précocement
- ⇒ traiter conformément aux recommandations de bonnes pratiques
- ⇒ observer l'évolution de la maladie
- ⇒ développer une communication auprès de la population et des professionnels sur les bonnes pratiques comme sur les résultats.

Cette situation épidémiologique justifie l'inscription du diabète comme priorité régionale de santé publique, et mobilise largement différents secteurs de la société réunionnaise autour de l'ARS. L'objectif est d'influer positivement sur la santé. Le Projet régional Santé N° 2 (PRS2) 2018-2028 de La Réunion-Mayotte, intègre le Schéma régional de santé 2018-2023. La notion de parcours de santé définie par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 est le fondement de ce PRS. Cinq étapes le déterminent :

- ⇒ prévention, repérage
- ⇒ dépistage
- ⇒ diagnostic
- ⇒ prise en charge, accompagnement
- ⇒ suivi

Le PRS positionne clairement l'éducation thérapeutique du patient, comme élément facilitateur de la continuité du parcours, durant toutes les étapes de l'évolution de la maladie.

L'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (ORS-OI) lutte contre le diabète

L'OSR-OI (2018) dans un rapport, présente une synthèse des travaux réalisés dans le cadre de la conférence de consensus. Ces travaux visaient d'une part à mieux comprendre les comportements thérapeutiques des diabétiques vis-à-vis de leur suivi (prise en charge, alimentation, nutrition, activité physique) et d'autre part, à identifier les leviers et les actions concrètes qui permettent d'améliorer la qualité de vie et diminuer les complications.

Une liste de publications relatives à des travaux réalisés depuis plus de 15 années sur le territoire a permis d'identifier les contextes, objectifs et méthodes, (cf. annexe 11) mettre en perspective les résultats de chacune des études et commencer à construire une image plus complète des connaissances produites en matière comportementale à La Réunion (ORS-OI, 2018). Concernant l'éducation thérapeutique des patients, les résultats des travaux montrent que :

- ⇒ les patients viennent en ETP parfois par hasard et parfois pour comprendre ;
- ⇒ l'orientation en ETP du diabétique de type 2 est également « médecin dépendant » (généraliste ou spécialiste). C'est à dire que certains médecins ne souhaitent pas adresser leurs patients par crainte de perdre leur patientèle ;
- ⇒ il est recommandé d'associer aux séances d'ETP la personne qui gère les courses et les repas du patient DT2 si ce patient ne le fait pas lui-même ;
- ⇒ l'intervention dans ou auprès des familles est à privilégier sur les thématiques alimentation/activité physique/traitement ;
- ⇒ l'ETP, même démultipliée, ne peut toucher qu'un nombre limité de personnes. Or, plus de 70 000 DT2 sont diagnostiqués.

Un développement continu de l'ETP pour les personnes diabétiques



Figure 34 : Nombre de programmes d'ETP autorisés à la Réunion au 2 janvier 2022

<https://www.etp-lareunion.re/programmes-etp/>

Pour atteindre cet objectif, l'ARS Océan-Indien s'appuie sur plusieurs structures, dédiées spécifiquement à l'éducation thérapeutique du patient qu'elle finance. Le détail de ces ressources et leurs actions sont en (cf. annexe 11).

Un programme d'ETP gratuit sur tout le territoire pour les personnes diabétiques de type 2

Run diabète est un programme d'ETP qui s'adresse aux personnes diabétiques de type 2 et à leurs proches. Un portail permanent est à disposition des malades et des professionnels de santé (<https://masante.oiiis.re/portal/thematiques/diabete/rundiabete-un-programme-d-education-therapeutique-pour-tous-les-patients-reunionnais,185,893.html>).

Les séances sont animées sur tout le territoire, au plus près du domicile des personnes diabétiques, par des professionnels formés à l'ETP. Les patients choisissent les ateliers en fonction de leurs besoins et attentes.

Comment faire évoluer les comportements de manière plus large sans situation de face-à-face ? Les recherches-interventions peuvent y apporter certaines réponses. En effet, dans la gestion de la maladie chronique, les erreurs du patient et les tâtonnements du soignant sont sources d'enseignement, d'apprentissage et de progrès pour l'un et pour l'autre. C'est là, le sens de la recherche interventionnelle. Elle permet à des observateurs d'aller à la rencontre d'acteurs de l'ETP et de malades chroniques, afin de prendre le temps de comprendre ce qui se joue entre les « patients-apprenants » et les « soignants-éducateurs », à l'exemple des « nids d'apprentissage ».

c) Un outil modélisé à La Réunion : les nids d'apprentissage pour l'ETP

Au nombre de ces études, un travail anthropo-didactique mené par Maryvette Balcou-Debussche³⁴ a permis la conception et le déploiement de dispositifs relatifs à l'ETP et au suivi des parcours du patient : les « *nids d'apprentissage* ». Créés à l'occasion d'une recherche interventionnelle menée à l'île de La Réunion en 2003, ils s'appuient sur l'observation minutieuse de 42 patients diabétiques de type 2 dans leur vie au quotidien, après un séjour et une éducation thérapeutique à l'hôpital. L'observation porte sur leur façon de préparer le repas, de manger seul ou en famille, de faire le tour du jardin, de prendre leurs médicaments, de faire les courses ou de regarder la télévision... Les nids d'apprentissage sont conçus de telle façon qu'en situation éducative, les dispositions individuelles, sociales, culturelles dont dispose chaque apprenant soient placées dans des conditions qui rendent

³⁴ Aujourd'hui Professeur émérite des sciences de l'Éducation et de la Formation Maryvette Balcou-Debussche est Directrice du laboratoire Icare, EA 7389. Rédactrice en chef de la revue scientifique « Éducation, Santé, Sociétés. Ses travaux de recherche menés à La Réunion depuis les années 2000 en ETP portent également sur la formation des soignants, pour le développement et l'animation de situations d'apprentissage (SA-ETP).

possible leur réalisation et leur développement (Balcou-Debussche, 2006). Cette modélisation a été depuis recontextualisée dans l’Océan Indien, dans plusieurs pays d’Afrique et en France métropolitaine. Les « nids d’apprentissage » sont définis ainsi par leurs auteurs :

Des situations d’éducation spécifiquement conçues pour permettre l’appropriation des savoirs nécessaires à la décision et à la mise en place d’actions pour la santé, en tenant compte des contextes sociaux et particuliers de chacun. Dans le cadre de la maladie chronique, ils répondent, pour chaque thématique travaillée, aux exigences d’une éducation thérapeutique de qualité (Debussche & Balcou-Debussche, 2011 p. 181).

Les critères qualité se formalisent dans :

- ⇒ la prise en compte des besoins des patients dans leurs dimensions psychosociale, biomédicale, et pédagogique,
- ⇒ la mobilisation par le patient des connaissances,
- ⇒ les compétences à acquérir et à mettre en place,
- ⇒ l’évaluation individuelle en séance et au long cours grâce à des indicateurs intégrés.

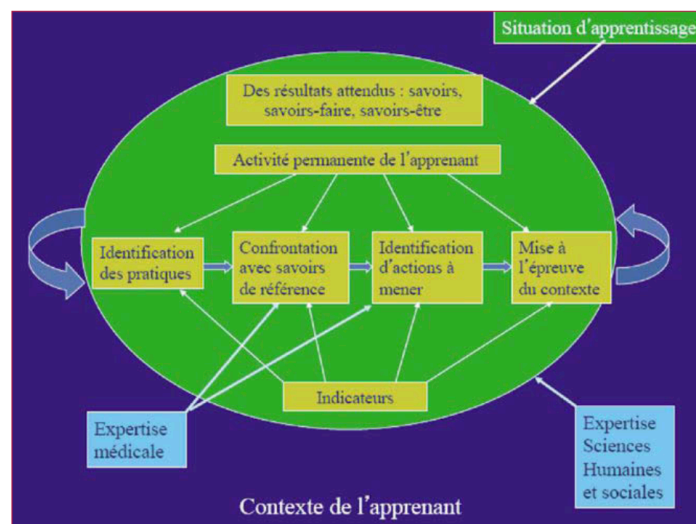


Figure 32 : Modélisation du concept de nids d’apprentissage. Source (Debussche & Balcou-Debussche, 2011)

En effet, dans une démarche d’éducation thérapeutique, les dimensions biomédicale et biopsychosociale doivent être articulées, alors qu’en règle général les professionnels connaissant peu la configuration, familiale, sociale, psychologique, environnementale, intellectuelle, économique, culturelle et religieuse du patient, déduisent que le patient ne s’occupe pas suffisamment de sa maladie (Balcou, 2006). C’est à partir de ces éléments que peut se construire une situation d’apprentissage sous forme de nid d’apprentissage où le patient pourra « travailler » tant sur les connaissances que dans l’action.

L'un des avantages de ce dispositif est qu'il conforte l'existence d'au moins deux types de parcours du patient diabétique de type 2 : le parcours thérapeutique de soins et le parcours éducatif (ORS-OI, 2018).

Cette recherche a mis l'accent sur la complexité de ce qui se joue pour les patients diabétiques de type 2 quand ils sont confrontés à une prise en charge hospitalière, puis le retour à domicile. L'approche microsociologique a lié les pratiques d'éducation à l'hôpital, les discours par les professionnels sur ces pratiques et leurs effets, les discours tenus par les patients après l'acte éducatif et les pratiques effectives des patients dès leur retour à domicile. L'objectif était d'apporter ainsi des connaissances sur l'impact des pratiques d'éducation, les facteurs qui contribuent à leur développement, les éléments qui influent sur l'appropriation des recommandations médicales et la structuration des pratiques ordinaires des patients (Balcou-Debussche, 2006, p.3).

Comme le précise l'auteur, à l'époque, cette recherche avait déjà tout son sens compte tenu de la prévalence du diabète, du surpoids et de l'obésité sur le territoire réunionnais. D'autant que les situations d'éducation thérapeutique se déroulent à cette période spécifiquement dans un contexte hospitalier et non dans le contexte social, culturel, économique où s'exerce l'action du patient au quotidien (*ibid*).

Les nids d'apprentissage prennent naissance dans la « *niche de développement* », notion initiée par Super et Harkness pour explorer le lien culture et développement. Colette Sabatier indique que la niche de développement est inspirée à la fois de l'éthologie, de l'anthropologie et de la psychologie du développement. Ce modèle stipule un système fluide composé de trois sous-systèmes inter-reliés, mais qui ont leur vie propre, leur influence propre sur le développement et qui ont leurs propres déterminants. Il s'agit de :

- l'influence du contexte qui intègre la géographie physique, le niveau socio-économique, la structuration de la société,
- l'influence de l'action des adultes et de l'environnement social sur le développement de l'enfant (pratiques éducatives des parents, de l'école),
- tous les éléments plus culturels proprement dits et plus psychologiques incluant les représentations du développement, de l'intelligence, les traits de la personnalité et les styles interactifs qui sont véhiculés dans ce contexte.

L'idée de base est que les contraintes de l'environnement physique, et les traditions culturelles déterminent le micro-contexte de développement des enfants qui se trouvent ainsi orientés vers les valeurs, les connaissances et les modes de vie de leur groupe culturel (Sabatier, 2014).

La question du contexte a largement été explorée et les travaux des sciences de l'éducation et de la formation adossés au monde médical, avec une adaptation à ce contexte local pluriel. La contextualisation de ces travaux s'appuie sur des données telles que : la prévalence des maladies les plus fréquentes, la présence de cultures multiples, l'histoire singulière du territoire et la jeunesse de la population, ainsi que deux autres environnements : l'hôpital et le domicile.

Les expérimentations de Maryvette Balcou-Debussche ont cherché à montrer comment la posture du soignant pouvait parfois constituer un obstacle qui rend difficile la construction progressive de la posture d'enseignant, en situation d'apprentissage. D'où le choix de bien distinguer le dispositif et la situation elle-même. Le dispositif d'enseignement en ETP « Nids d'apprentissage » a été décontextualisé puis recontextualisé en France métropolitaine et dans plusieurs pays africains.

Sur le plan international, les situations d'apprentissage se développent à l'île Maurice et au Burundi sous l'égide de l'ONG APSA international. À l'île Maurice, entre février 2007 et avril 2009, 99 sessions d'éducation ont été mises en place et 302 personnes présentant un diabète de type 2 ont débuté le cycle éducatif. Au Burundi, ce sont 267 sessions d'éducation qui ont été menées entre août 2007 et mars 2009 pour 1 600 personnes présentant un diabète de type 2. Plusieurs autres dossiers sont en cours de développement : en Guyane, au Botswana, au Mali et en Tanzanie (Balcou-Debussche, 2010. p.88).

Depuis le développement des nids d'apprentissage se poursuit et s'étend. Toute proposition d'intervention éducative dépend en effet des contextes macro et meso dans lesquels elle s'inscrit (Balcou-Debussche, 2016), combinaison qui apparaît dans la trajectoire de recherche en ETP synthétisée ci-après :

1997-2004	2004-2010	2010-2015
Production de connaissances sur la formation des soignants et les personnes malades chroniques en contexte	Mobilisation de ces connaissances pour concevoir des dispositifs innovants	Retour sur les situations d'apprentissage en contexte et approche des SA-ETP comme objet de recherche
Approche ethnosociologique	Approche didactique	Approche socio-didactique
Découverte des deux mondes et subjectivité du chercheur	Analyse des invariants et utilisation des connaissances à des visées pragmatiques	Analyse située en contextes différenciés des invariants et des variations
Analyse des différenciations produites par l'ETP telle qu'elle est pratiquée	Tentative de construction pour réduire les différenciations	Analyse des différenciations en tenant compte des individus et des contextes

Tableau 9 : Trajectoire de la recherche en ETP à La Réunion (Balcou-Debussche, 2016, p.158).

Le cheminement d'une vingtaine d'années de recherche de cet auteur en science de l'éducation et en éducation thérapeutique du patient en contexte réunionnais, africain, mahorais et métropolitain a abouti à une modélisation de la SA-ETP en micro-contexte, c'est-à-dire en contexte ordinaire. Dans cette dynamique, en plus des individus en présence et des savoirs,

d'autres dimensions sont mises en jeu. La modélisation (cf. ci-dessous) propose trois niveaux contextuels qui interagissent ; macro, meso et micro. (Balcou-Debussche, 2016). Au centre de la modélisation se trouve une triangulation entre des savoirs, des compétences psychosociales à construire et un travail critique à exercer sur l'environnement.

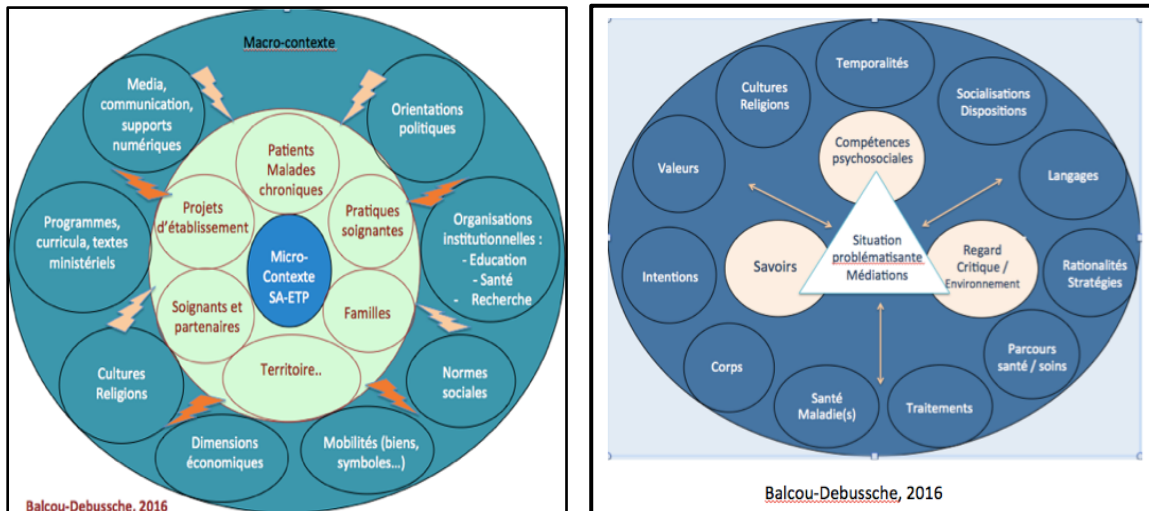


Figure 33 : Modélisation des situations d'apprentissage en ETP (SA-ETP) en contexte

Le niveau macro se caractérise par la présence simultanée de plusieurs éléments qui, tout en étant liés entre eux peuvent aussi être en tension. Il en va des orientations politiques qui, par exemple, peuvent être en décalage plus ou moins important avec les organisations en présence, ou avec les cultures et les religions en présence. On y trouve les curricula, les textes ministériels qui structurent les pratiques professionnelles, les dimensions économiques, la diversité des normes sociales, les mobilités de biens matériels et symboliques et de façon plus générale, toutes les modifications des outils et des modes de communication [...].

Le meso système se caractérise par une dimension plus restreinte, intermédiaire, qui se rapporte notamment aux territoires et aux organisations mises en place à des fins de développement des orientations relevant du macro système. Il se structure autour de la triangulation suivante : professionnels de santé, familles, patients. A ce niveau, les patients ne sont pas considérés en tant qu'individus, mais en tant que groupe non constitué en tant que tel et qui présente des caractéristiques et besoins particuliers. [...].

En troisième lieu, le micro contexte offre un autre niveau de complexité puisqu'il comprend un ensemble d'éléments fort divers qu'il s'agit précisément de tenir en tension afin de faire de la SA-ETP une configuration spécifique offrant un espace productif et potentiellement bienveillant. Les représentations, les rationalités, les langages et les stratégies des individus sont largement façonnés par les socialisations antérieures et les sédimentations successives qui ont permis de construire des individus à la fois pareils à d'autres et foncièrement différents. En fonction des cultures, des religions, des intentions, des projets et des valeurs portées par chacun, la SA-ETP prend une tournure différente à chaque fois qu'elle s'actualise, même si l'on travaille à partir d'un dispositif similaire... (Balcou-Debussche M. , 2016. P.158).

Ces niveaux en articulation offrent chacun ses degrés de complexité, au point de se trouver parfois en tension. L'interrelation entre ces niveaux démontre que pour une éducation thérapeutique du patient efficace et efficiente, la seule centration sur la maladie s'avère insuffisante. À La Réunion, cette interrelation, voire l'interaction, entre l'ARS et les acteurs

locaux se concrétisent sur le terrain tant dans la prévention, qu'au bénéfice des malades porteurs de maladies chroniques.

d) ***Mobilisation régionale des acteurs privés dans la lutte contre le diabète : l'exemple d'EXPODIA***

La Mutualité de La Réunion a implanté à St-Denis la première exposition permanente interactive pédagogique et éducative intitulée *EXPODIA* pour lutter contre le diabète. Son objectif est la sensibilisation à la maladie pour la prévenir. D'une superficie de 90 m², l'espace peut être visité toute l'année sur rendez-vous ou en accès libre et gratuit pour les écoliers, étudiants, soignants, professionnels de santé, patients, associations de patients... La conception de l'exposition a été pensée par une équipe composée d'un médecin diabétologue du CHU, un médecin diabétologue en libéral, trois chercheurs du laboratoire Icare de l'Université de La Réunion, des membres de la Mutualité et de l'INSPE³⁵. *EXPODIA* emploie un chargé de projet - des IDE libéraux - un éducateur sportif pour l'activité physique adaptée - une directrice qui est aussi diététicienne. Il s'agit d'une exposition qui se vit, comme l'indiquent les photos ci-dessous.



Figure 35 : *EXPODIA* – une exposition pour comprendre le diabète et le prévenir

³⁵ Institut national supérieur du professorat et de l'éducation.

L'exposition aborde les règles diététiques de bases, les mécanismes de la maladie. Des outils de mesure sont mis à disposition avec des supports des nouvelles technologies qui facilitent la manipulation et la compréhension.



Figure 35 a : EXODIA une exposition ludique et pédagogique accessible à tous.

Des tests sont possibles grâce à des dispositifs très ludiques



Figure 35 b : EXODIA des outils éducatifs et d'expression

Structurée en cinq espaces thématiques, la visite est possible dans un sens ou dans l'autre.

- ⇒ Les organes, leur emplacement, leur fonction, leur rôle dans le diabète et plus précisément dans l'acheminement du sucre, sont découverts en audiovisuel de manière ludique dans « le corps qui vit ».
- ⇒ L'alimentation dans tous ses aspects est regroupée dans l'espace « le corps qui se nourrit ». Le prototype de cuisine équipée, les affiches avec les portions pour le cari poulet, le riz, les grains... plongent le réunionnais, grâce à l'animation audiovisuel, dans son univers culinaire avec éducation alimentaire en tenant compte du rôle de l'insuline.
- ⇒ L'activité physique dans l'espace « le corps qui bouge » permet au visiteur de tester son activité physique, ses dépenses de calories, sa fréquence cardiaque... de façon ludique et efficace.

- ⇒ Dans la partie connaissance du diabète, les outils permettent de connaître les normes du diabète, les chiffres de l'hypoglycémie, de l'hyperglycémie. Aussi toujours, de manière ludique, des tests de mesure des facteurs de risques liés au diabète sont possibles à titre préventif.
- ⇒ À la fin du parcours, l'espace d'expression permet au visiteur de laisser par écrit ses impressions, ses remarques et suggestions. Des enregistrements de témoignages de personnes diabétiques sont mis à dispositions. Trois inscriptions qui ont retenu notre attention.

- 1) « *Exposition pas connue dans le sud de l'île* »
- 2) « *Domage pas de traduction créole, car le langage n'est pas à la portée de tous* »
- 3) « *Faire plus de publicité pour la visite des écoles* ».

Nous avons demandé à la Chef de projet son avis sur ces trois remarques ; voici ses réponses.

Directrice : 1) *par rapport aux écoles, nous sommes en train de travailler en partenariat avec le rectorat ; ça fait un petit moment que c'est en cours, mais ce n'est jamais évident.*

2) *Par rapport à la communication, on en a fait à l'ouverture et de temps en temps on fait des communications sur les Facebook ou à l'occasion de la journée du diabète ou d'autres occasions.*

3) *Il y a régulièrement des publications, mais pas forcément dans les médias tous publics.*

Chercheur : d'accord ! Et le créole ?

Directrice : *Le créole c'est un choix de mettre en français parce que pour notre président, même si on est dans un environnement créolophone, le français reste la langue principale, voilà.*

La visite d'EXPODIA et l'entretien avec la directrice (cf. Annexe 12), nous ont permis de mesurer l'intérêt du partenariat et de la co-construction à différents niveaux du système (macro, meso, micro) pour réussir un tel projet, dans l'intérêt de la population. Nous retenons qu'EXPODIA aborde le diabète sous différentes dimensions de la maladie : la prévention primaire, la surveillance de la maladie, les risques, les bonnes pratiques alimentaires et l'activité physique. Le caractère ludique, les images, les sons de l'exposition éveillent la conscience du visiteur jeune et moins jeune, et lui permettent, au moins le temps de la visite, d'être acteur à part entière de son parcours éducatif de santé. Cependant, dans l'exposition, si la culture est représentée au niveau de l'alimentation, concernant la langue créole, elle fait effectivement défaut en raison du nombre de personnes à faible littératie en santé, et qui ne parlent que créole dans la population réunionnaise.

Ce modèle d'exposition qui intéresse aussi bien les professionnels que les patients, peut tout à fait être intégré dans un programme d'éducation thérapeutique pour personnes diabétiques de type 2.

Synthèse de la phase exploratoire à la Réunion

Le but de cet état des lieux visait à analyser *in situ*, le développement de l'éducation thérapeutique du patient sur un territoire a priori semblable à celui de la Martinique : modes de vie, culture, diversité, autant d'éléments à intégrer dans le rapport à la maladie.

Au-delà de l'image que nous donnait la littérature de la situation sur le diabète à la Réunion, la rencontre du terrain a pris de plus en plus de sens et nous a permis de nous rendre compte de certaines réalités et de :

- ⇒ découvrir les particularités de la population réunionnaise,
- ⇒ comprendre la politique de l'ETP à La Réunion,
- ⇒ identifier les champs du possible et les stratégies de développement de l'ETP sur un territoire d'outre-mer,
- ⇒ rencontrer les acteurs impliqués à différents niveaux du développement de l'ETP.

Nous nous sommes intéressée principalement au diabète, à sa prévention et à sa prise en charge. Les observations et entretiens avec les acteurs politiques, stratégiques et organisationnels, les partenaires publics et privés, les professionnels de santé qui coordonnent et/ou dispensent l'ETP, les bénéficiaires c'est-à-dire les patients, la population en général, montrent le diabète comme une réelle préoccupation à La Réunion.

Une mobilisation contre cette pathologie a débuté depuis une vingtaine d'années, afin de comprendre le lien entre la prévalence du diabète et les habitudes de vie des Réunionnais. Plusieurs recherches ont eu lieu et s'y poursuivent. De multiples partenaires publics et privés s'investissent dans cette lutte.

L'exploration de l'ETP et de la lutte contre le diabète à La Réunion nous interroge sur les freins et les leviers, quant au développement de l'ETP et de la lutte contre le diabète en Martinique. Sur le plan de la culture, nous avons pu remarquer qu'elle est très présente et prise en compte dans les réflexions et actions menées dans la lutte contre le diabète. Trois principaux champs sont investis dans l'éducation du patient diabétique et dans la prévention de cette maladie : l'alimentation, l'activité physique et la lutte contre le surpoids et l'obésité.

Cette courte immersion en contexte réunionnais nous a montré que la réussite de l'ETP passe par une politique générale de prévention territoriale effective et visible. De surcroît, nous avons retenu que cette prévention et cette prise en charge impliquent un maillage partenarial entre État, pouvoirs politiques locaux, institutions publiques/privées, associations et patients. Nous mesurons par ailleurs l'importance donnée à la création d'un organe de coordination territorial dédié à l'ETP, ce qui représente une plus-value pour opérationnaliser, évaluer et développer de manière pérenne et efficace les projets, programmes et actions d'éducation thérapeutique des patients concernés par toutes les pathologies chroniques, et dont le nombre augmente de manière exponentielle en Martinique.

3.3 Deux contextes contrastés et éléments de problématisation

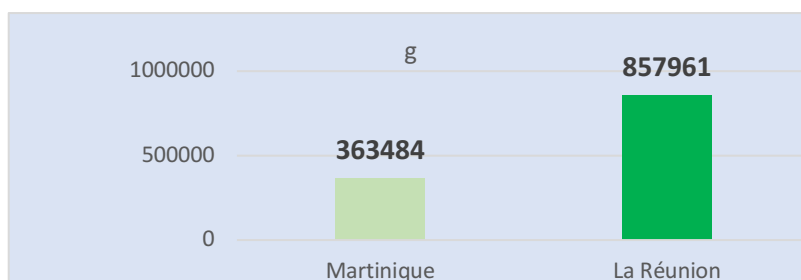
À ce stade de notre étude, nous pouvons analyser les similitudes et les dissemblances culturelles et structurelles en lien avec l'éducation thérapeutique du patient entre les deux départements d'Outre-mer que sont la Martinique et La Réunion. Semblables par leur éloignement avec le centre de décision, par leur insularité, par la diversité démographique, par le fait créole, ces îles comportent des différences structurelles avec de nombreux enjeux sanitaires qui requièrent de repenser le rapport aux soins thérapeutiques et d'introduire de nouveaux modes d'appréhension de la santé et du soin.

3.3.1 La Martinique et La Réunion : des contrastes structurels

Ces deux îles constituent les cadres d'analyse de notre recherche. En effet, nous l'avons dit, elles ont pour cadre institutionnel, leur lien avec la France hexagonale à laquelle elles sont rattachées, l'une en tant que Collectivité Territoriale (Martinique), l'autre en tant que département/Région (La Réunion). Néanmoins, si elles connaissent des problématiques similaires sur le plan sanitaire par exemple, elles n'en sont pas moins différentes du fait de singularités géographique, démographique ...

La démographie

Selon l'Insee, dans une étude prévisionnelle de la population des régions en France pour 2040, La Réunion serait comparable à la Guyane et feront partie des régions françaises où l'augmentation de la jeune population sera croissante jusqu'en 2040. La Martinique, en revanche, avec l'augmentation de plus de 10 ans de l'âge moyen, rejoindrait les régions de France les plus âgées. La Martinique connaît en effet une chute de la natalité et un solde migratoire négatif. Depuis 2002, la fécondité se maintient très en dessous du seuil théorique de renouvellement des générations. Les deux graphiques qui suivent, issus des statistiques de l'Insee, montrent respectivement une estimation de la population globale et par tranches d'âge pour l'année 2019.

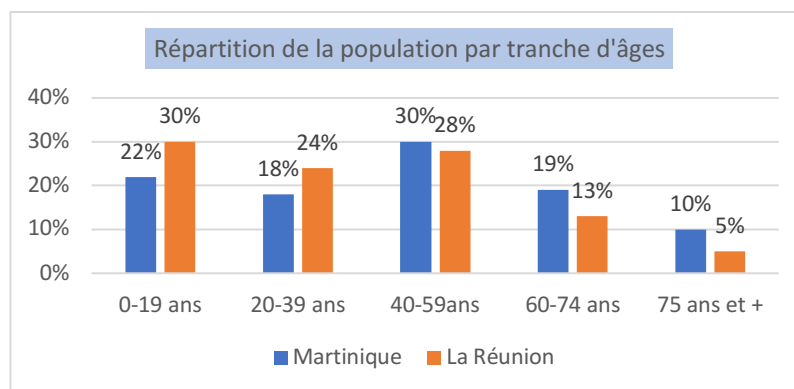


Graphique 10 : Estimation de la population en Martinique et à La Réunion pour l'année 2019.

(Source Insee

<https://drees.solidarites->

[sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf)>.



Graphique 11 : Comparaison en pourcentage de la population dans les deux départements par tranche d'âge en 2019.

En Martinique, le nombre de jeunes de moins de 15 ans et d'adultes en activité ne cesse de diminuer, autant que la population dans son ensemble. Le poids démographique des seniors de 60 ans et plus ne cessera quant à lui de se renforcer. En conséquence, ce territoire sera l'une des régions ayant la population la plus vieille de France. En conséquence, les enjeux de prise en charge de la dépendance, qui y sont déjà cruciaux, le seront d'autant plus dans la prochaine décennie, tant pour les familles que pour la collectivité. À cela s'ajoutent les mutations sociales qui ne permettent plus aux familles de maintenir le noyau familial aussi solide que la société dite « matrifocale³⁶ » incarnant le modèle familial de référence.

La Réunion connaît une évolution différente. La transition démographique a commencé plus tardivement et elle est toujours en cours actuellement. En effet, l'indicateur conjoncturel de fécondité est supérieur à celui de métropole, ce qui fait de La Réunion l'un des plus jeunes départements de France (Insee, 2021). En 2030, La Réunion devrait dépasser un million d'habitants. Cependant, les réalités liées au vieillissement et aux enjeux socio-économiques qui s'y attachent sont aussi présentes. Toujours selon l'Insee, le vieillissement y est certes plus lent qu'aux Antilles, mais l'insertion économique des jeunes y est encore plus problématique, en raison d'un échec scolaire plus important, d'un niveau de qualification moins élevé et d'une émigration moins intense.

³⁶ Selon J. Benois « On a nommé "matrifocale" cette cellule, assez caractéristique de toutes les sociétés afro-américaines. Autour de la femme, qui en est l'élément principal, gravitent d'autres personnes qui s'intègrent plus ou moins durablement à la maisonnée (sœurs, frères, filleuls, mère, etc.) et qui assurent une partie des soins envers les enfants, quitte à les emmener parfois dans un autre foyer ».

La migration

Si en Martinique, les migrants sont pour l'essentiel originaires des Caraïbes et comptent environ un tiers de naturalisés, à La Réunion en revanche, se retrouvent des natifs de Madagascar, de Maurice et des Comores, en grande partie naturalisés, voire pour beaucoup nés en France Hexagonale. La question de la langue est une problématique importante associée à la question migratoire parce qu'elle joue un rôle important dans les représentations et dans les pratiques.

Dans sa thèse sur les représentations et pratiques de l'éducation interculturelle institutionnelle et parentale dans un contexte diglossique, Marie Davilla Verdun (2017) décrit le contexte de diglossie entre la culture créole à La Réunion et la culture française à partir de la grande diversité culturelle issue des étapes successives de son peuplement. À l'île de La Réunion, on peut distinguer schématiquement au moins trois types de créole. La communauté chinoise représente environ 40 000 personnes. Plus de 12 000 d'entre eux parlent le chinois cantonais et, pratiquement le même nombre, le chinois hakka. Moins de 3000 autres parlent le chinois mandarin. Les autres parlent le français réunionnais et/ou le créole³⁷ (*Ibid*). Cette diversité de créoles réunionnais, le sociolinguiste martiniquais Lambert Félix Prudent (2014) la relate comme une difficulté rencontrée à l'occasion de son exercice professionnel à l'université de la Réunion : « Quand je réunissais une trentaine de mes étudiants dans un cours de linguistique créole et que j'essayais de dégager un type « créole », j'avais des difficultés à savoir si on intégrait certains « mélanges » de Cafres, de Malbars, voire de Chinois ou d'Arabes (Prudent, 2014). La gestion du bilinguisme d'un côté et du plurilinguisme de l'autre est centrale. Dans les sociétés où coexistent plusieurs langues, les pratiques éducatives, conçues souvent pour un public européen, peuvent représenter un écueil pour la communication entre patient et soignant qui ne partagent pas un code linguistique.

Contexte socio-économique

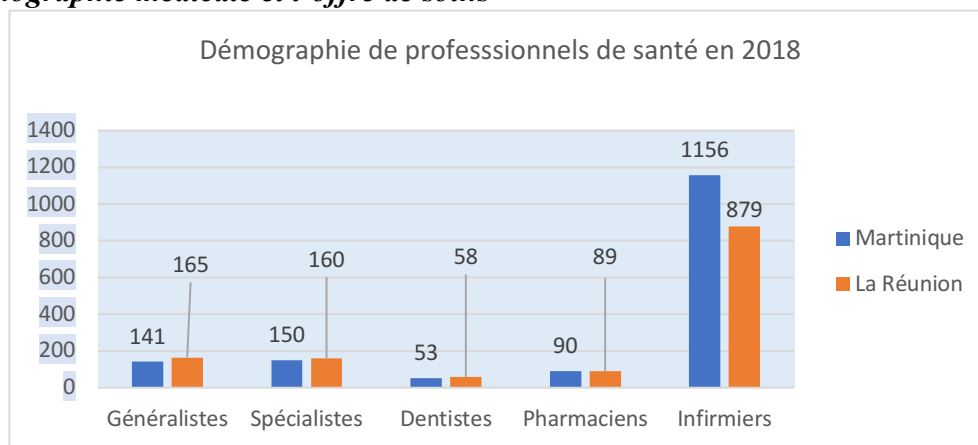
Nous poursuivons l'analyse du contexte des deux îles sur le plan socio-économique, d'autant que dans le champ de la santé et de l'éducation la prise en compte de cet aspect revêt un

³⁷ Néanmoins, le créole réunionnais, sans oublier le français réunionnais, reste un puissant catalyseur de l'identité réunionnaises. De plus en plus, les publicitaires, les politiciens et les prédicateurs l'utilisent pour mieux faire passer leur message, et des écrivains en ont développé une expression littéraire importante.

caractère fondamental tant pour l'individu que pour la collectivité. Dans le domaine de l'emploi, selon Claude-Valentin Marie³⁸, d'ici à 2030, le taux d'emploi pourrait compter à la Martinique trois personnes inactives pour une personne en emploi – dans un contexte où les coûts de prise en charge des personnes âgées croîtront dans des proportions très supérieures à la moyenne métropolitaine. Pour la Réunion, ce démographe souligne que l'insertion économique des jeunes y est encore plus problématique en raison du taux élevé d'échec scolaire, du bas niveau de qualification et de la faible intensité de l'émigration. Cette situation n'est pas tout à fait semblable à la Martinique. Par contre la natalité étant supérieure au taux de remplacement à La Réunion, la croissance de sa démographie, même modérée, lui imposent de répondre à un double défi : d'une part, une intégration sociale de sa jeunesse et d'autre part, une demande croissante de prise en charge de la population plus âgée. Celle-ci souffrant plus qu'ailleurs d'une précarité économique et d'un état de santé défaillant (Marie, 2014).

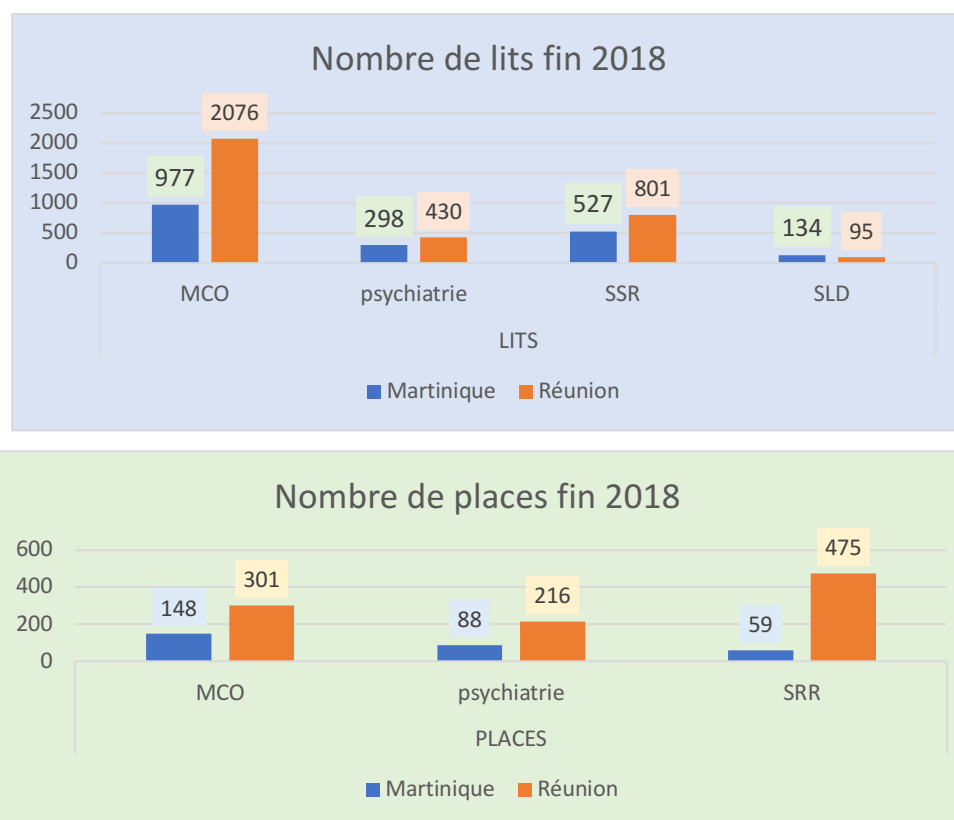
Aussi, c'est au sens large que la santé publique doit s'entendre dans les Outre-mer. Elle doit couvrir les politiques de santé, l'offre et l'organisation sanitaire, les professions médicales mais également les règles de bioéthique et la recherche biomédicale et génétique (Buboc, 2015).

La démographie médicale et l'offre de soins



Graphique 12 : Représentation chiffrée du nombre de professionnels de santé dans les deux DOM en 2018

³⁸ Claude-Valentin Marie sociologue, démographe, conseiller pour l'Outre-mer à l'INED, responsable scientifique de l'enquête « Migrations, Famille et Vieillesse » réalisée dans l'ensemble des DOM.



Graphiques 13 et 13a : Nombre de lits et places à la Réunion et en Martinique fin 2018

Source : DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

La transition alimentation et nutritionnelle

L'alimentation et la nutrition auxquelles nous nous intéressons particulièrement dans notre étude sont reconnues comme facteurs de risque des maladies chroniques comme l'obésité, les maladies cardio-vasculaires, certains cancers et le diabète. D'où l'importance de l'éducation thérapeutique du patient pour positionner l'alimentation comme protection majeure contre ces pathologies à forte prévalence dans ces deux territoires. D'autant que l'Institut de recherche pour le développement (IRD) indique que les Antilles et La Réunion connaissent une transition tant épidémiologique, nutritionnelle³⁹, qu'alimentaire (Méjean, et al., 2020, p.28).

³⁹ Selon l'IRD, la transition nutritionnelle désigne le passage d'une situation où prédominent les troubles nutritionnels liés à des carences à une situation où prédominent les troubles nutritionnels liés à une consommation excessive ; elle se caractérise par l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de maladies métaboliques telles que le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, tandis que les pathologies de sous-nutrition peuvent persister de façon concomitante pendant plus ou moins longtemps. Elle est la résultante d'une combinaison entre une transition alimentaire, comportant notamment l'augmentation de la consommation de graisses animales, de sucre et de sel et, d'autre part, des changements de modes de vie liés au développement économique et à l'urbanisation, notamment une sédentarisation accrue.

À la Martinique, la transition alimentaire atteint un stade avancé avec le passage vers une alimentation plus riche en protéines animales et en aliments gras, sucrés et salés (snacks, fast-foods, boissons et aliments sucrés, fritures). Un changement générationnel est notable avec une tendance chez les jeunes générations à se détourner des produits de la mer. À La Réunion, la transition nutritionnelle est également avancée. À partir des années 1980, l'entrée et/ou le dessert se sont ajoutés au repas créole ordinaire, tout comme les boissons sucrées, le vin ou la bière, ou encore le pain ou les pâtes à la place du riz, par exemple pour le soir ou pour les repas d'enfants.

Dans ces deux départements d'Outre-mer, l'IRD indique le recul des féculents locaux, des aliments végétaux, la montée des protéines animales, des glucides rapides et des produits nouveaux (fast-foods, produits issus de l'industrie agro-alimentaire), mais aussi une offre alimentaire plus diversifiée (Méjean *et al.*, 2020).



Figure 36 : Représentation des changements des modèles alimentaires en Martinique et à La Réunion
Source : Élaboration personnelle à partir des données de l'IRD.

La recherche et la formation en ETP dans ces deux territoires

Nous accordons de l'intérêt aux avancées de la recherche sur les maladies chroniques, particulièrement sur le diabète et sa prise en charge dans les deux îles, afin d'y mesurer la contribution des chercheurs comme partenaires dans l'évolution de la santé, de l'éducation et

de la formation. D'autant que, l'ETP fait de plus en plus l'objet de recherche sur tous les continents. Dans le domaine biomédical, l'Outre-Mer oriente ses recherches vers ses problématiques et priorités de santé publique et d'environnement régional. Les thématiques sont originales et spécifiques (Quénel, et al., 2015). Il peut s'agir :

- ⇒ de pathologies propres à ces territoires et dont l'incidence et la prévalence apparaissent supérieures à la moyenne nationale ;
- ⇒ de pathologie d'origine génétique liée aux provenances ethno-géographique des populations, ou d'origine métabolique en lien avec des facteurs socio-comportementaux (drépanocytose, cancer de la prostate, diabète) ;
- ⇒ de pathologies émergentes ou ré-émergentes comme les arboviroses, certaines maladies infectieuses ou parasitaires (VIH, leptospirose, dengue, chikungunya, zika, fièvre de la Vallée du Rift à La Réunion) ;
- ⇒ de pathologies liées à des expositions environnementales spécifiques et/ou de niveaux particulièrement élevés ;
- ⇒ des conséquences sanitaires, y compris psychosociales, des catastrophes naturelles.

Des instituts de recherche publics et privés tels l'Inserm, l'IRD, le Cirad, l'INRA, le CNRS, l'Institut Pasteur..., travaillent en lien avec les universités par la voie des Unités Mixtes de Recherche (UMR). Le lien avec le milieu médical, notamment hospitalier s'établit par l'intermédiaire de Centres d'investigation clinique (CIC). La création du CIC de La Réunion date de 2004. Ses premiers travaux ont concerné le diabète de type 2, le syndrome métabolique et l'insuffisance rénale chronique terminale. En 2006 ce CIC a joué un rôle important dans la réponse scientifique apportée à l'épidémie de chikungunya. Sur la période 2015-2019, le CIC était organisé en trois axes prioritaires de recherche :

- l'axe maladies métaboliques et chroniques ;
- l'axe maladies infectieuses et émergentes ;
- l'axe périnatalité et génétique renommé depuis « anomalies du développement ». ⁴⁰.

La Martinique est intégrée dans le CIC inter-régional des Antilles-Guyane créée en 2008 « *Maladies infectieuses, génétiques et émergentes en milieu tropical* » et réparti sur trois sites avec un coordonnateur sur chaque site : la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane. Les chercheurs partagent des problématiques communes, mais aussi des différences notables. Ces différents aspects constituent des marqueurs importants dans l'approche des ETP, car tout

⁴⁰ https://www.hceres.fr/sites/default/files/media/publications/rapports_evaluations/pdf/E2020-EV-0755364Y-DER-PUR200018838-028612-RF.pdf.

apprentissage ou toute approche didactique pour être efficace ne doit pas exclure la connaissance du contexte de référence (social, anthropologique, sanitaire, économique).

La politique de recherche en éducation thérapeutique du patient

S'agissant des recherches en éducation thérapeutique du patient, des thèses en médecine, en sciences de l'éducation et de la formation, des publications traitent du sujet. Comme nous l'avons vu précédemment, La Réunion semble bien avancée sur ce point, puisque nous avons découvert plusieurs études, enquêtes et recherches en éducation thérapeutique. Dès les années 2000 étaient amorcées des réflexions qui ont abouti à la reconnaissance de liens entre les sciences médicales et les sciences humaines et sociales (cf. Annexe11). Ces liens s'appuient sur trois dimensions ; épistémologique, praxéologique et éthique. Concernant l'ETP les travaux questionnent et montrent que :

- l'ETP, même démultipliée, ne peut toucher qu'un nombre limité de personnes. Or, plus de 70 000 DT2 sont diagnostiqués. Comment faire évoluer les comportements de manière plus large sans situation de face à face ?
- les patients viennent en ETP parfois par hasard et parfois pour comprendre,
- l'intervention dans ou auprès des familles est à privilégier sur les thématiques alimentation/activité physique/ traitement. La Mutualité fait venir les proches et propose également une approche territoriale.

De 2003 à 2005, une première étude ethnosociologique, annexée à une recherche épidémiologique menée par l'INSERM, a permis d'analyser la complexité des pratiques de 42 personnes diabétiques vues dans deux contextes différents : l'hôpital et le domicile (Balcou-Debussche, 2006). L'analyse de la complexité des contextes en France et à l'étranger ainsi que la nécessité d'intégrer les particularités et les variations questionnent. La Réunion comme société aux contextes pluriels devient un terrain de recherche : la formation des professionnels et des lieux d'éducation deviennent alors des objets d'observation et d'analyse. Parce que, comme le précise M. Balcou-Debussche, l'ETP n'est pas qu'une question d'objectifs, de méthodes et d'évaluation lors d'une séance d'éducation : dans l'ETP c'est surtout de réussir à construire ou à développer des dispositions sociales, cognitives, culturelles nécessaires au patient pour gérer au mieux la maladie (*Ibid*). C'est dans ce contexte qu'ont vu le jour les « nids d'apprentissage »⁴¹. L'ARS OI envisage la création progressive d'un Espace

⁴¹ Comme vu précédemment le nid d'apprentissage : espace confortable, qui se situe à la rencontre de deux grands champs constitutifs de la progression du patient dans la gestion de sa maladie chronique ; le contexte dans lequel il évolue et les savoirs de référence issus des sciences médicales. Il peut être une situation ou un ensemble

de Recherche et d'Innovation dans la zone Océan Indien. Ce projet s'inscrit dans un continuum amorcé dans les années 2009 avec plusieurs actions en lien avec la recherche en santé à la Réunion dont : la création récente de la plateforme CYROI en 2009, de l'UFR santé en 2011 et du CHU de la Réunion en 2012. À la Réunion, deux unités mixtes de recherche INSERM labellisées, travaillent sur les maladies métaboliques telles le diabète, AVC, etc., et les maladies infectieuses comme le chikungunya, la dengue, le paludisme, l'arbovirus, la leptospirose... Ces initiatives sont autant de leviers nécessaires pour faciliter les ETP notamment :

- ⇒ la participation des médecins et professionnels de santé libéraux dans les programmes de recherche,
- ⇒ l'accompagnement des projets de recherche collaboratifs, qui portent sur des priorités locales comme les maladies chroniques, les pathologies infectieuses, la périnatalité, la santé mentale et les maladies vectorielles.

Pour la Martinique, nous avons procédé à une recherche de publications à caractère scientifique avec ces groupes de mots-clés « Éducation thérapeutique Martinique – Éducation thérapeutique du patient en Martinique ». Le résultat concerne principalement des thèses pour l'obtention du grade de docteur en médecine :

« Insuffisance cardiaque chronique en Martinique : revue des pratiques et perspectives d'avenir ». (Timsit, 2017)

« Le patient face à l'introduction de l'insuline dans le diabète de type 2 en Martinique: étude qualitative sur 22 patients en Martinique » (Latil, 2018)

« Introduction de l'insuline dans le diabète de type 2 : étude qualitative menée auprès de 20 médecins généralistes en Martinique (Michel L. , 2018)

« Déterminants de l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire dans la pathologie diabétique à 3 ans » (Limmois-Florentin, 2019).

Cette liste n'est pas exhaustive , toutefois, nous n'avons répertorié aucune étude scientifique sur la prise en compte de la culture des Martiniquais dans les programmes et activités d'ETP déployés sur le territoire. D'où le caractère innovant de notre recherche qui s'y intéresse en

de situations, centré sur la construction de savoirs, dans laquelle sont intégrées des exigences de la décision d'actions par le patient, en rapport avec la gestion de la maladie.

interrogeant la compétence culturelle des acteurs qui participent à la formation, la dispensation, la mise en œuvre, en somme au développement de l'ETP en Martinique. Cependant, un des critères de réussite du développement de l'ETP est la formation, particulièrement celle des professionnels de santé.

À La Réunion, un maillage autour de la formation des professionnels

Aussi, l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien, dans son Programme Régional de Santé 2, ambitionne de déployer des innovations organisationnelles et thérapeutiques de santé performantes et innovantes. Pour y parvenir, elle compte en grande partie sur la qualité de la formation initiale et continue des professionnels de santé et sur la recherche. Le cursus de formation médical de l'Océan-Indien se déroule à La Réunion. L'UFR santé assure les trois premières années de formation post-PACES (numerus Clausus 108) avec une autonomie progressive liée à la création du CHU. Chaque année, environ 430 internes, participent à des travaux de recherche, répondant aux enjeux épidémiologiques locaux et basés sur une observation en santé. Le CHU, l'Éducation nationale et deux associations portent 18 instituts avec 13 filières de formation initiale paramédicale pour des quotas ministériels de : 218 places d'infirmiers, 20 masseurs kinésithérapeutes, 25 psychomotriciens... Par année, 1 200 étudiants ou élèves sont inscrits dans les instituts de formation santé. Des formations continues qualifiantes et le déploiement des pratiques avancées deviennent des priorités régionales de santé. Ces initiatives sont autant de leviers pour faciliter les ETP. Concernant la Martinique le cursus de formation médicale et paramédicale semble identique, néanmoins, les quotas sont nettement inférieurs à ceux de La Réunion..

Conclusion sur ces deux sociétés contrastées

Nos cadres conceptuel et d'analyse ainsi que nos explorations en Martinique et à La Réunion nous ont éclairée sur des problématiques spécifiques à ces deux départements ultramarins. Que l'on s'intéresse à leur histoire, à leur environnement ou à leur culture, ces deux territoires présentent une multitude de singularités qui les différencient de la métropole. Si leur histoire présente des similitudes, leur gouvernance territoriale laisse poindre des dissemblances.

Dans son analyse sur les mutations sociodémographiques dans les DROM, Claude-Valentin Marie⁴² met en lumière les défis majeurs de santé dans ces territoires. Il conclut que dans ces deux sociétés, une est confrontée au vieillissement accéléré de sa population et l'autre à sa forte croissance démographique cumulée aux défis du vieillissement. Les politiques publiques à mettre en œuvre pour y répondre ne peuvent plus être de simples répliques mal ajustées des choix opérés selon les normes métropolitaines. Les nouveaux besoins de ces sociétés ultramarines émergentes imposent un renouvellement radical de la réflexion sur des politiques publiques les mieux appropriées aux réalités de chacun de ces territoires, qu'elles concernent la scolarité, l'emploi des jeunes, les personnes âgées en perte d'autonomie ou l'intégration des populations immigrantes... Le défi du maintien de la cohésion sociale dans les DOM est à ce prix (Marie, 2014).

À la liste des problématiques évoquées ci-dessus, nécessitant un renouvellement radical de la réflexion sur les politiques publiques les mieux adaptées, nous ajoutons celle qui a trait à notre sujet d'étude ; *la santé des populations*. Ici nous entendons par la santé comme la définit l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Plusieurs chercheurs (Quénéel *et al.*, 2015) considèrent que l'Outre-mer a un large potentiel de recherche en santé et qu'il bénéficie de grandes infrastructures nationales de recherche ainsi que des expertises spécifiques. Selon eux, ces atouts lui permettent « de produire une recherche d'excellence dont les retombées en santé publique peuvent être majeures tant pour l'Europe que pour le reste du monde, notamment dans le champ des maladies émergentes pour lesquelles les autres pays de la zone euro ne disposent pas de « plateformes avancées de recherche en territoires propices » (*ibid*, p. 53).

Les problématiques de santé existent à la Réunion comme dans les autres départements d'Outre-mer. Toutefois, précisément dans ce département, nous avons constaté que l'évolution de l'éducation en santé et de l'organisation de l'offre de soins et principalement de l'éducation thérapeutique s'appuie sur un maillage territorial fort, entre les acteurs publics, privés et associatifs. Cet exercice partagé, ainsi que la pluri-professionnalité participent à une plus grande accessibilité des soins en proximité.

⁴²Conseiller pour l'Outre-mer à la direction de l'Institut national d'études démographiques (INED),

3.3.2 *Place de la culture et éléments de problématisation*

Initialement, l'éducation thérapeutique était centrée essentiellement sur l'enseignement de notions sur la maladie et le traitement donc sur une approche biomédicale. L'acteur principal de la situation éducative était le soignant, il intervenait sur la maladie. Le bon patient était considéré comme celui qui accepte et applique les recommandations sans mot dire. Mais cette méthode a montré ses limites. Pour la mise en œuvre de l'ETP, les professionnels empruntent, comme nous l'avons vu, plusieurs directions. Certains privilégient leurs valeurs humanistes parce qu'insatisfaits d'une médecine trop scientifique, trop technique. D'autres recherchent une plus grande efficacité médicale par l'adhésion thérapeutique de leurs patients. Pour d'autres encore, c'est l'obligation administrative qui les conduit à l'ETP, en réponse à la législation française.

Cependant, l'ETP est aujourd'hui non seulement centrée sur le patient, mais également élaborée avec lui (Golay & Giordan, 2015). Le focus est alors mis sur ce que va apprendre le malade, sur comment il va pouvoir l'apprendre, bien plus que sur ce que les professionnels souhaiteraient lui enseigner. Naturellement, les méthodes pédagogiques sont à choisir en fonction de la culture pédagogique des apprenants et des caractéristiques du groupe de patients auxquels on s'adresse et qui requièrent des méthodes éducatives distinctes : enfants, adultes ne maîtrisant pas la langue, personnes âgées... (d'Ivernois & Gagnayre, 2016, p. 48). En effet, à cette liste notre recherche nous invite à ajouter d'autres catégories comme :

- ⇒ les personnes en situation d'illétrisme, l'Insee (2018) révèle que l'illétrisme touche 13% de Martiniquais de 16 à 65 ans.
- ⇒ les personnes en situation de pauvreté, puisque que 29% des Martiniquais vivent sous le seuil de pauvreté, soit deux fois plus qu'en France métropolitaine (Insee, 2020).
- ⇒ les personnes polypathologiques ; 14% de la population en Martinique se déclare en mauvaise ou en très mauvaise état de santé, contre 7% en France métropolitaine. Le surpoids et l'obésité sont en forte augmentation. De plus l'obésité est reconnue comme facteur de risque de maladies chroniques comme l'hypertention artérielle, le diabète, les maladies métaboliques, les cancers, les troubles musculo-squeletiques... (Insee, 2021).
- ⇒ les adolescents et jeunes adultes diabétiques dont notre recherche sur le terrain a relevé certaines de leurs attentes.

Pour notre recherche, nous avons choisi le diabète, maladie chronique reconnue par l'OMS comme problème de santé publique en raison de sa forte prévalence, de ses multiples

complications et de leur gravité. Aussi, il nous paraît important que les personnes diabétiques et leurs proches connaissent la maladie, pour mieux s'approprier le traitement et sa surveillance. Que ces personnes comprennent également l'importance d'une alimentation équilibrée, ainsi que la pratique d'une activité physique régulière afin de prévenir les complications et maintenir un capital santé optimal le plus longtemps possible.

Les enquêtes, les rapports et recherches cités dans notre travail reconnaissent unanimement l'importance de l'alimentation dans la gestion du diabète de type 2. L'alimentation est aussi admise comme fait social et culturel. Considérant l'alimentation équilibrée comme un soin, connaissant l'histoire de l'alimentation et des carences alimentaires durant la période coloniale, la place du jardin créole dans la société créole, l'usage des plantes médicinales et alimentaires, les représentations et croyances autour de l'alimentation en Martinique, quels dispositifs de formation pourraient « territorialiser » les compétences en alimentation et en nutrition des professionnels du soin, et de l'accompagnement, au bénéfice des personnes diabétiques ? Comment impulser une éducation alimentaire et nutritionnelle de masse sur le territoire ?

Nous considérons que l'ETP aide la personne diabétique à acquérir des compétences nouvelles et nécessaires, pour améliorer au quotidien sa qualité de vie avec sa maladie. C'est l'un des axes de l'éducation thérapeutique du patient, mais ce n'est pas le seul.

Aussi, comme le souligne le Docteur Chambouleyron, et al., (2012), l'efficacité de l'ETP doit s'inscrire dans un réel projet éducatif centré sur le patient et pas seulement sur la maladie.

Pour cela :

Des modalités pratiques doivent être inventées pour transformer cette intention en réalité. Une façon est d'améliorer notre connaissance du vécu des patients par le biais d'enquêtes qualitatives auprès des personnes vivant au quotidien avec cette maladie et ces traitements. Le matériel recueilli au cours des entretiens est riche d'enseignements et permet, au terme d'un travail d'analyse, de mettre en lumière de nouveaux besoins éducatifs. Construire des programmes éducatifs sur cette base exige des soignants une réflexion profonde sur leurs rôles et missions, mais apporte aussi un véritable renouveau, source de motivations pour les équipes. Les patients, quant à eux, s'engagent avec facilité dans ces nouveaux dispositifs pédagogiques parce qu'ils reconnaissent dans les thèmes proposés leurs préoccupations quotidiennes (ibid, p. 172).

Dans ce parcours méthodologique, la cohésion entre tous les acteurs représente un élément fondamental où chacun a un rôle à jouer pour soutenir et faciliter l'adhésion du patient par des dispositifs qui prennent en compte ses attentes, besoins et projets au quotidien. Tous ces facteurs montrent l'intérêt d'une adéquation entre l'ETP et le contexte socio-culturel du patient. Il importe donc, d'encourager les professionnels de santé à interroger leurs propres

préoccupations pour mieux prendre en compte celles des patients par leur présence, leur écoute, leur technicité... leurs compétences.

En effet, comment, aider, accompagner, soigner, éduquer une personne malade chronique et singulièrement une personne atteinte de diabète sans prendre en compte sa culture, son contexte de vie ?

Contextualisation de l'ETP

À ce stade de notre recherche sur la reconnaissance d'un programme d'ETP fondée sur des spécificités anthropo-culturelles créoles, c'est-à-dire intégrant la culture créole dans le processus d'apprentissage, nous devons maintenant nous interroger sur les modalités de sa mise en œuvre. L'éducation thérapeutique du patient diabétique nécessite des compétences culturelles des acteurs de soins en Martinique. Nous nous appuyons sur un cadre d'analyse où les sources conceptuelles qui nous ont guidées jusqu'ici, qui ont orienté notre démarche d'exploration de l'ETP en Martinique et à La Réunion, et nous conduisent dès lors à nous intéresser plus encore aux travaux de Maryvette Balcou-Debussche.

Ses ouvrages nous ont éclairée pour comprendre l'insertion du concept de « contextualisation » dans la transmission des savoirs et d'en distinguer deux niveaux :

- ⇒ la situation d'apprentissage de l'éducation thérapeutique de chaque patient ;
- ⇒ le contexte ou l'environnement, les contextes milieux ordinaires de chacun des patients.

Cette double entrée permet au « patient apprenant » d'occuper les deux espaces de temporalités : tantôt celle de la situation d'apprentissage et tantôt celle de l'environnement. L'enjeu pour nous est de voir comment l'environnement ordinaire quotidien du patient est mobilisé et par qui.

Notre étude observe *in situ* les pratiques alimentaires afin d'identifier et comprendre les difficultés que rencontrent les Martiniquais diabétiques dans la compréhension et dans l'application des messages nutritionnels qu'ils reçoivent. D'autant que la Haute autorité de santé recommande la personnalisation de l'ETP par :

- ⇒ une écoute du patient et une compréhension de ce qui est important pour lui ;
- ⇒ l'accès par un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, au ressenti du patient, à ses besoins, attentes et préférences ;
- ⇒ des réponses évolutives dans le temps en fonction des besoins individuels et des circonstances.

Nous hiérarchisons nos questions de façon à montrer qu'à tous les niveaux du territoire, les acteurs sont concernés et ont un rôle à jouer dans la lutte contre les maladies chroniques et particulièrement contre le diabète.

Au niveau micro

Ce niveau concerne les personnes malades et leurs proches. Nous avons largement argumenté la forte prévalence du diabète sur le territoire martiniquais. Toutes les tranches d'âge sont concernées : enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes, personnes âgées, ainsi que toutes les catégories socioprofessionnelles, des personnes en situation de handicap, des personnes en situation d'illettrisme, les lettrés, des migrants installés sur le territoire, etc.

Notre questionnaire était d'abord de savoir :

- ⇒ ne serait-il pas possible d'envisager, dès le diagnostic de diabète (par le médecin traitant ou à l'hôpital), d'inclure systématiquement le patient diabétique, dans un parcours de soins ?
- ⇒ les messages nutritionnels tels qu'ils sont diffusés aux patients, participent-ils à leur prise de décision ?
- ⇒ comment amener ces personnes à adopter, de manière pérenne et en conscience, des comportements alimentaires favorables à leur santé et à l'équilibre du diabète ?

Au niveau méso

Ce niveau se rapporte au territoire dans son ensemble et se structure autour des professionnels, des familles et des patients.

Aujourd'hui, le développement de l'éducation thérapeutique s'impose et cette évolution passe avant tout par la formation et la sensibilisation des professionnels de santé à cette pratique.

Dans notre recherche, des professionnels comme d'autres auteurs reconnaissent que la formation « 40 h dispensation ETP » à elle seule ne suffit pas pour insuffler une culture d'ETP. De nouvelles compétences, telle la posture éducative, la compétence pédagogique...sont demandées aux soignants, et particulièrement la connaissance du contexte culturel dans lequel il est éducateur. D'où la nécessité d'accroître les offres de formation continue, en faveur de nouvelles compétences nécessaires à l'optimisation de la prise en charge des maladies chroniques sur le territoire.

Niveau macro

Ce niveau concerne les orientations politiques, organisations institutionnelles, dimensions économiques, normes sociales, cultures, religions, communication..., autant d'éléments qui influent les façons de travailler en donnant aux acteurs la possibilité de se différencier et de faire évoluer les meso et macro-systèmes (Balcou-Debussche, 2016, p.160). En effet, alors que nos études exploratoires confirment une forte prévalence du diabète en Martinique et à La Réunion, nous avons relevé dans ces deux territoires, de grandes disparités dans les politiques déployées et moyens dédiés à l'ETP. L'état des lieux a fait notamment état d'un nombre peu élevé de programmes d'ETP autorisés par l'ARS Martinique depuis la loi HPST de 2009.

Ainsi, à l'instar de certaines ARS de l'hexagone et de l'Outre-mer, quelles nouvelles stratégies l'Agence régionale de santé de Martinique peut-elle mettre en place pour encourager et accompagner les porteurs de programmes d'ETP ? Quels partenaires publics et privés pourraient contribuer à ses côtés au développement et au financement de l'éducation thérapeutique du patient sur le territoire ? À ces questions, nous pouvons répondre qu'à La Réunion, grâce aux deux structures dédiées spécifiquement à l'ETP et aussi grâce à la mobilisation d'acteurs privés et institutionnels au côté de l'ARS, la lutte contre le diabète représente un projet au cœur de la politique territoriale.

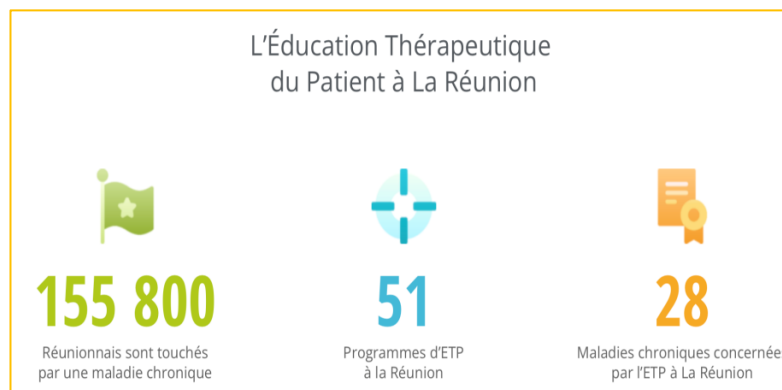


Figure 37 :Liste des programmes d'ETP à la Réunion au 1^{er} janvier 2022
(Source : <https://www.etp-lareunion.re/programmes-etp/>.)


 PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT AUTORISES PAR L'ARS MARTINIQUE (Mis à jour au 18/12/2020)				
Maladie concernée	Promoteur	Territoire de santé	Site d'intervention	Année d'autorisation
ECOLE DE L'ASTHME : ASTHME DE L'ENFANT	CHUM	Région	CHUM MFME	2015 Renouvellement 2020
DREPANOCYTOSE DE L'ENFANT	CHUM	Région	CHUM MFME	2015 Renouvellement 2020
L'ENFANT DIABETIQUE DE TYPE 1	CHUM	Région	CHLD de Trinité et MFME	2020
DIABETE DE TYPE 2	CHUM	Région	CHUM	2015 Renouvellement 2020
ECOLE DU CŒUR : MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	CHUM	Région	CHLD de Trinité et PZQ	2020
HEMOPHILIES ET AFFECTIONS CONSTITUTIONNELLES DE L'HEMOSTASE GRAVE ET DE LEURS PROCHES	CHUM	Région	PZQ	2020
DIABETIQUE DE TYPE 2	MADIN'SANTE	Région	SUD Rivière-Pilote	2020
MIEUX VIVRE AVEC MON INSUFFISANCE RENALE	ATIR	Région	SUD	2020

Tableau 10 : Programmes ETP autorisés par l'ARS Martinique en cours au 1er janvier 2022 (Source : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/13756/download>. Consulté en mai 2022)

Nous avons également relevé dans notre cadre d'analyse la problématique du désert médical sur le territoire de Martinique. Pour répondre au problème de démographie médicale que rencontre la Martinique, l'ARS fait de plus en plus appel à des professionnels de santé étrangers qui, plus souvent que rarement méconnaissent la culture, l'environnement et le créole, la deuxième langue parlée par les patients, voire la seule pour certains. Le tableau ci-dessous nous renseigne sur l'origine des diplômés des médecins qui exercent en Martinique. En les observant, nous pouvons d'ores et déjà déduire et supposer la faible représentation de la culture créole dans leur pratique du soin.

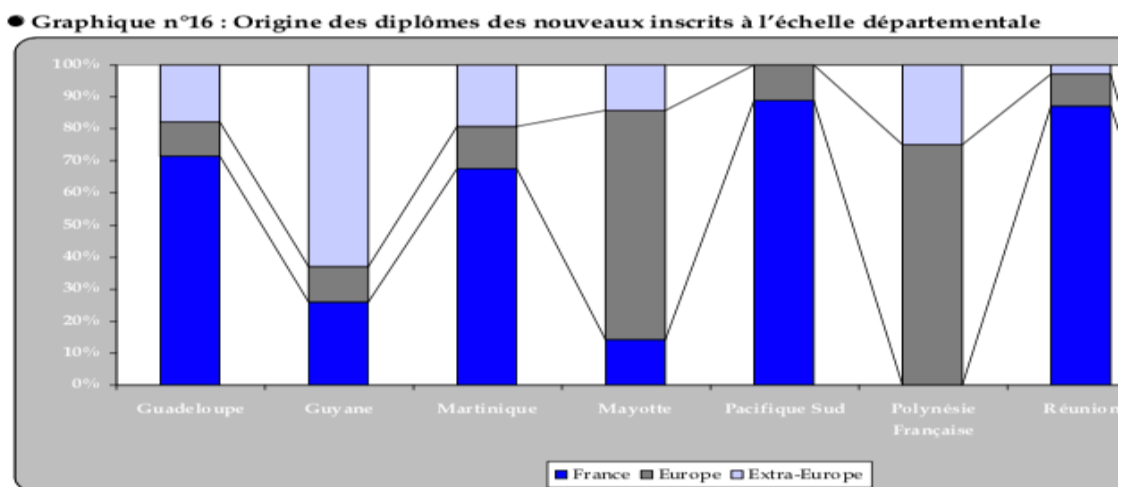


Figure 38 : origines des diplômes des médecins exerçant dans les départements d'Outre-mer

Voici ce qu'affirme le Docteur Bouchon à propos de la formation universitaire des médecins :

L'enseignement que reçoivent les médecins généralistes est biomédical. La formation, dans un souci de rigueur scientifique, ne tient pas compte de la culture, comme si celle-ci n'avait aucune influence sur la maladie. Non seulement les symptômes ne sont pas appréhendés à partir de l'univers du patient, mais souvent l'expression des symptômes n'est pas du tout abordée au cours des études du futur médecin.

Pour ce médecin, prendre en compte la notion de « culture » dans la pratique médicale peut conduire à de meilleurs résultats, elle l'exprime ainsi :

Dès leurs premiers contacts avec le patient, les étudiants en médecine sont confrontés à la nécessité d'une traduction des mots et maux exprimés par le patient en symptômes correspondant à une nosologie établie. Ce décodage obligatoire pour poser le diagnostic et proposer la thérapeutique qui en découle s'opère avec plus ou moins de bonheur selon de nombreux critères, dont la distance culturelle entre le patient et le médecin, la capacité d'écoute et d'ouverture du médecin, la capacité de réceptivité du malade (Bouchon, 1998).

En somme, soigner en intégrant le contexte culturel du patient participe de la qualité de la relation médecin-patient. Pour une offre de soins et une relation thérapeutique de qualité acceptable, quelle organisation mettre en place pour rendre ces professionnels de santé étrangers culturellement compétents dès les premiers mois de leur arrivée sur le territoire ?

En cette période de pandémie de covid-19, le système et l'offre de soins déjà fragilisés ont été fortement désorganisés, en raison du caractère inédit de la crise et de ses impacts intenses et pluriels. Les programmes d'ETP n'ont pu se poursuivre pendant une longue période. Une étude menée par la SETE durant la première vague de Covid-19, en 2020, 72 % des programmes d'ETP-Diabète ont été interrompus (Lafitte, Malet, et Gagnayre, 2022) et

Selon certains, cette crise sanitaire aurait permis de prendre en charge le diabète différemment. Le fait d'avoir dû organiser des séances individuelles dans l'urgence, a permis aux professionnels de se réapproprier un principe fondamental de l'ETP, celui de la personnalisation des interventions éducatives soutenant l'implication des patients. Pour un paramédical hospitalier : « Ceci confirme la nécessité d'envisager l'ETP comme une ressource au long cours pour les patients malades chroniques et montre l'importance d'apporter une réponse aux besoins éducatifs des patients adaptée à leurs problématiques personnelles et quotidiennes. Nous renforcerons donc la personnalisation de l'éducation thérapeutique, en complément du suivi des programmes ETP (ibid) .

Dès le début de la crise, nos demandes d'observation, pour les besoins de nos enquêtes, en milieux hospitaliers publics et privés, ont obtenu des avis défavorables en raison des mesures préventives en vigueur. Nous avons choisi cependant de poursuivre nos enquêtes en nous rendant au domicile des patients, tout en prenant les précautions d'usage. Par la suite, la communication s'est maintenue par téléphone durant les périodes de confinement.

Cette situation évoque la question des formats et des lieux de pratique de l'ETP en Martinique. Ce contexte de crise sanitaire montre que la proximité et singulièrement le domicile du patient est approprié pour la mise en place d'une éducation thérapeutique adaptée, personnalisée et écologique, sans rupture de soins. En effet, alors que les autres programmes hospitaliers et de ville étaient stoppés, notre intervention d'ETP a pu se poursuivre au domicile des patients en respectant les précautions en vigueur.

Dans l'étude de Lafitte, Malet, et Gagnayre (2022), des expériences de dématérialisation des programmes et activités d'ETP ont été décrites. Cependant, des professionnels mettent en exergue une fracture numérique qui risque d'augmenter les inégalités sociales de santé. D'autant que l'Insee (2019) précise que « l'illectronisme, ou l'illettrisme numérique concernent 17 % de la population en France métropolitaine. Une personne sur quatre ne sait pas s'informer et une sur cinq est incapable de communiquer via Internet. Les personnes les plus âgées, les moins diplômées, aux revenus modestes [...] sont les plus touchées par le défaut d'équipement comme par le manque de compétences ». À noter que ce chiffre est plus important en Martinique, ajouté à cela les difficultés d'équipement et l'absence de haut débit que connaît le territoire.

Par ailleurs, hors situation de crise sanitaire, la Martinique est située dans un espace qui l'expose à divers risques, spécifiquement des catastrophes naturelles, réalité qui rend l'individualisation et l'autonomisation en ETP indispensable.

Contextualisation d'un modèle d'ETP

Notre cadre conceptuel, l'analyse du développement de l'ETP en contextes réunionnais et martiniquais, la réalisation de nos ateliers d'éducation alimentaire et les nids d'apprentissage réalisés au domicile des personnes DT2 durant les périodes de confinement, nous amènent à penser qu'en Martinique, la réussite de l'éducation thérapeutique dépend des caractéristiques des situations d'apprentissage.

Pour cela, nous préconisons un modèle pour l'élaboration des situations d'apprentissage. Celles-ci devront répondre simultanément à cinq critères que nous réunissons sous l'acronyme : *ÉTAPE*, à partir de l'initiale des mots: *Écologique, Territorialisée, Adaptée, Personnalisée et Efficente*.

⇒ **Écologique** - ce critère correspond ici à l'environnement de la personne malade, dans l'optique de contextualiser l'intervention éducative au plus près de la réalité et du milieu

de vie de chaque malade. Celle-ci peut se dérouler dans des contextes et lieux de vie en individuel ou en groupe. Sachant que cette écologie connaît des variations qui requièrent de l'attention afin de les prendre en compte.

⇒ **Territorialisée** - Cultivant l'idée de rendre accessible l'éducation thérapeutique au plus grand nombre de personnes nécessiteuses, nous avons reconsidéré le « concept de territoire » Nous choisissons la définition que propose C. Benoît⁴³ :

La Caraïbe montre bien que, selon les groupes étudiés, ou l'île considérée, l'espace ou l'imaginaire territorial sont différents. Le territoire de l'île est à la fois distinct et dépendant de la métropole, enjeu de conflits politiques. Il est pour les communautés paysannes, les pêcheurs, ou les résidents des quartiers d'une ville, un emboîtement d'espace reliant la case, les jardins, les quartiers, la commune, l'île, voire la France ; Il est pour la famille le jardin, la case, ou les balcons d'immeubles, où se lisent et se tissent les liens entre les vivants et les morts (Benoît, 2000, p. 261).

Ainsi, nous envisageons la territorialisation de l'ETP comme un « allez vers ». C'est-à-dire la dispenser au plus près de la personne malade chronique ; à son domicile, dans son quartier, sa ville, son île, sur son lit d'hôpital, chez son médecin ... Nous pensons que la mise en place de situations d'apprentissage ETP territorialisées peut répondre aux problématiques d'accompagnement des malades chroniques, comme le préconise le Professeur André Grimaldi, diabétologue co-auteur du livre «*Les maladies chroniques — Vers la 3e médecine*» :

Les défis de la maladie chronique ne sont pas sanitaires, ils sont fondamentalement politiques. Une autre médecine améliorant le vécu des soignés et réduisant le burn-out des soignants est en train d'émerger grâce à l'engagement et à la créativité de professionnels et de patients, malgré les contraintes financières et les embûches bureaucratiques. Il faut faciliter son épanouissement. Les inégalités d'accès aux soins ne se résument pas à des inégalités financières, ce sont aussi des inégalités territoriales et culturelles (Grimaldi, Caillé, Pierru, & Tabuteau, 2017, p. 19).

⇒ **Adaptée** - ce critère concerne l'adaptation aux situations biopsychosocial, économique et culturelle de chaque patient. En somme, il revient à co-construire des interventions éducatives centrées sur le patient comme l'entend la HAS c'est-à-dire : « une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre, et à son ajustement dans le temps ».

⁴³ Catherine Benoît dans le domaine de l'anthropologie médicale a mené plusieurs recherches aux Antilles autour du corps, des jardins, des représentations de la maladie.

⇒ **Personnalisée**⁴⁴ s'il est vrai que ce terme semble identique aux deux précédents, ici, comme le recommande la HAS, il est question de personnaliser les soins techniques ou relationnels pour créer un partenariat collaboratif par :

o une écoute active pour prendre le temps de comprendre ce qui est important pour le malade (ses besoins individuels et de circonstances).

o un dialogue structuré à la portée du patient, pour tenir compte de ses connaissances., ses représentations, ses croyances, sa langue, sa culture ...

Ce critère renvoie à la notion de posture éducative du professionnel qui dispense l'ETP. Parce que le développement de la posture éducative chez le soignant, l'oblige à penser autrement la relation soignant/soigné pour une nouvelle approche qui prend en compte le mode de vie, le projet de vie des patients (Bourdillon, 2013, p. 157). Nous partageons également l'idée de cet auteur selon qui dans l'ETP, on retrouve des niveaux. C'est à dire, que les besoins des patients ne sont pas standards. En conséquence, les réponses diffèrent.

⇒ **Efficiente** : Par définition est efficient ce qui aboutit à de bons résultats avec le minimum de dépenses, d'efforts. À ce sujet, M-F Collière (2001) distingue coût et incidences économiques.

Casser le prix des soins en évaluant leur coût à la tâche d'exécution au lieu d'examiner les incidences en termes de capacités maintenues ou retrouvées, pour plusieurs semaines ou plusieurs mois est économiquement plus coûteux en personnel qualifié, mais de fait, moins coûteux en durée et en multiplication de moyens (Collière, 2001, p. 366).

Pour F. Bourdillon, médecin de santé publique :

L'enjeu de l'équité se gagnera à travers la transformation de la relation soignant/soigné, la compréhension de ce nouvel outil qu'est l'éducation thérapeutique et l'acquisition par les médecins et paramédicaux d'une posture et de compétences éducatives. Les formations initiales et continues ont un rôle majeur à jouer pour suivre le mouvement impulsé. À côté, une organisation de l'offre éducative de soins est à trouver pour la développer au plus près du lieu de vie des patients ; offre dans laquelle des équilibres seront à tenir entre actions et les programmes structurés d'éducation thérapeutique (Bourdillon, 2013, p. 161).

⁴⁴ C'est-à-dire construire un projet de soin éducatif non de façon linéaire ou statique avec des outils sériels systématisés mais en faisant apparaître les changements qui peuvent survenir en fonction de l'âge, des habitudes de vie, son entourage social, son logement... C'est-à-dire situer le projet en envisageant qu'il puisse se modifier en fonction de la demande du patient (Collière, 2001, p. 385).

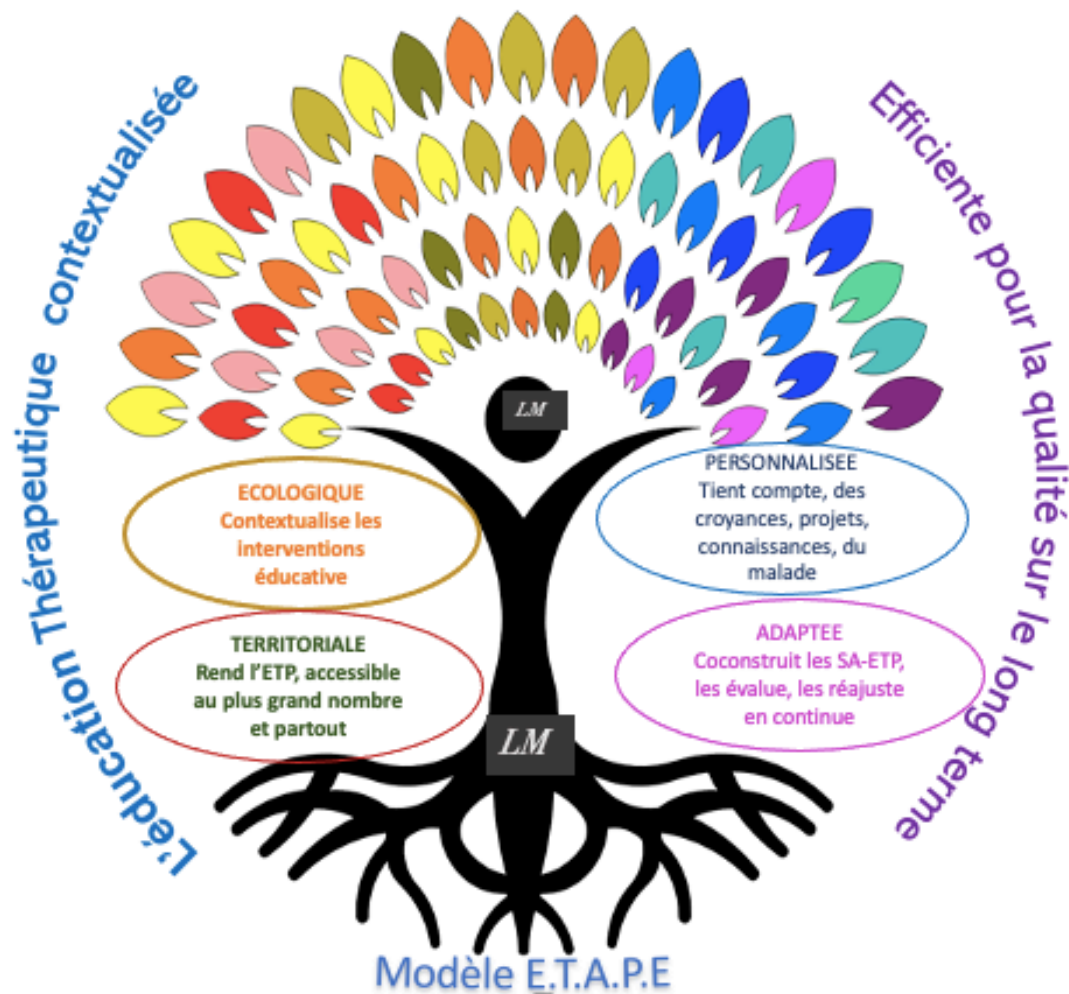


Figure 39 : Modélisation des critères de contextualisation de l'ETP avec l'acronyme ÉTAPE

L'acronyme « ÉTAPE » est proposé comme solution mnémotechnique visant à simplifier la mémorisation et la compréhension de la démarche d'ETP. Les initiales s'utilisent dans un ordre similaire à une « boussole ». La démarche consiste à faire intégrer rapidement tous les aspects de l'apprentissage. Elle sert de gouvernail pour le développement des situations d'apprentissage à l'attention des personnes atteintes de maladie chronique. Nous adossons ce principe au « *pouvoir d'agir* » tant des professionnels que des patients, parce que pour citer le mot de Ricœur repris par (Dutrieux, 2017, p. 23) : « La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi ».

Notre modèle ÉTAPE favorise ainsi l'individualisation de l'ETP par :

a) un apprentissage adapté à chaque étape de la vie et aux croyances du patient ;

- b) une thérapeutique fonction de la pathologie et de l'état de santé du moment ;
- c) une transmission pratique dans le milieu de vie, où s'expriment des configurations sociales, économiques et culturelles.

3.3.3 *Question de recherche et hypothèses*

Nous interrogeons les niveaux macro, meso et micro vu précédemment, et cherchons à comprendre les conditions de développement de l'éducation thérapeutique pour le patient diabétique sur le territoire, selon le modèle ÉTAPE. Par ailleurs, en raison de l'importance que revêt une alimentation équilibrée dans la gestion du diabète, nous questionnons également les critères de réussite de l'éducation alimentaire et nutritionnelle, à partir de la compétence culturelle des acteurs de l'ETP en Martinique.

Au regard de la définition et des recommandations de l'éducation thérapeutique :

- ⇒ peut-on éduquer, accompagner la personne malade chronique et singulièrement la personne diabétique, de façon optimale, sans connaître et prendre en compte son contexte culturel ?

Ce jeune médecin métropolitain qui a réalisé sa thèse d'exercice sur « le médecin généraliste métropolitain face aux aspects culturels et linguistiques à la Martinique », nous renseigne sur les difficultés, les angoisses des médecins étrangers face à un malade dont ils ne connaissent rien ni de son histoire ni de sa culture (Bouchon, 1998). Elle dit ceci :

« Le médecin généraliste métropolitain qui s'installe en Martinique, s'il veut servir ses patients, devra tout tenter pour accéder à l'univers culturel antillais dans une connaissance historique, sociale et linguistique qui lui permettra d'accéder à la demande individuelle de chaque patient ».

La remarque de ce médecin peut être généralisée à l'ensemble des médecins étrangers qu'ils soient de l'hexagone ou de l'Europe ou hors états européens.

- ⇒ Quels moyens, mettre à dispositions de ses professionnels étrangers médicaux ou paramédicaux pour leur permettre d'acquérir une compétence culturelle nécessaire à une qualité relationnelle et relation de soins acceptable ?
- ⇒ Une autre question se pose ! Les médecins et professionnels de santé d'origine martiniquaise ou antillaise, particulièrement la jeune génération, ou encore les professionnels de santé originaires des Antilles, et nés dans en France hexagonale

ailleurs, connaissent-ils la culture, la langue créole afin de dispenser des soins culturellement compétents ?

Partant de ces questions, de nos études exploratoires, de nos cadres conceptuels et d'analyse, nous avons observé et analysé sur le territoire des situations d'apprentissage en ETP et vérifié leur caractère écologique, leur adaptabilité au territoire et à chaque personne malade chronique bénéficiaire. Nous avons alors créé l'acronyme « É.T.A.P.E » à partir de l'initial des mots : écologique, territorialisée, adaptée, personnalisée, efficiente). À partir de cette première analyse documentaire et du contexte martiniquais nous émettons deux hypothèses.

Première hypothèse

En Martinique, la mise en place de l'éducation thérapeutique de type « É.T.A.P.E » c'est-à-dire, territorialisée, adaptée, personnalisée et efficiente, est susceptible de contribuer au développement de l'ETP sur le territoire.

Deuxième hypothèse

En situation d'éducation thérapeutique, le travail des soignants sur les adaptations contextuelles et culturelles permettrait, a priori, aux personnes diabétiques de mieux accéder aux messages d'éducation alimentaire, de les comprendre afin de les mobiliser dans leur contexte ordinaire. Cela suppose un développement de la compétence culturelle des soignants-éducateurs, afin qu'ils prennent en compte à la fois les dimensions biomédicale, biopsychosociale, culturelle des patients.

Chapitre 3 - DÉVELOPPER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CONTEXTE MARTINIQUEAIS

L'orientation didactique retenue permet d'apporter de nouveaux éclairages sur les situations éducatives en ETP ainsi que de nouvelles façons de les concevoir et de les mettre en œuvre. Il ne s'agit pas de les simplifier à l'excès puisque l'on se retrouve face à la nécessité d'intégrer la pluralité des éléments en jeu et leur complexité tout en s'interrogeant sur les voies par lesquelles les apprenants pourront accéder à cette complexité. La prise en compte de la complexité conduit à interroger la façon d'élaborer un dispositif susceptible de permettre à l'apprenant de comprendre ce qu'il a à comprendre, en perspective de pouvoir en faire « quelque chose ». Procéder ainsi conduit à questionner le rôle et la place du malade dans des contextes différenciés, les dynamiques sociales dans lesquelles il entre ou desquelles il s'exclut ; les insécurités qui sont les siennes et les rapports sociaux dans lesquels s'inscrivent ses pratiques. Maryvette Balcou-Debussche 2016.

4 MÉTHODOLOGIE

Cette partie détaille la méthodologie de la présente recherche. La démarche est inductive, c'est-à-dire qu'elle procède à des observations particulières de la réalité étudiée. Pour cela, le chercheur entend, regarde, cherche à voir tout ce qui est possible, et rend compte de la réalité (Dépelteau, 2000).

4.1 Une recherche interventionnelle

Notre approche se veut mixte à dominante qualitative, car elle s'intéresse à la lecture qu'ont les personnes de leur réalité. La démarche quantitative analyse des dizaines, centaines voire des milliers de cas, comme notre étude n°1 qui a recueilli 1058 réponses. La recherche qualitative s'attache à l'aboutissement de connaissances de portée générale, par l'étude approfondie d'un petit nombre de cas (Giroux & Tremblay, 2002). Appelée aussi démarche « compréhensive », l'approche qualitative est caractérisée comme une démarche scientifique classique qui consiste à confronter des effets attendus et des phénomènes observés dans le matériau recueilli.

Plusieurs raisons ont justifié ce choix d'étude qualitative. Tout d'abord, comme l'indiquent L. Kohn et W. Christiaens, respectivement Docteur en science de la santé publique et Docteur en sociologie, la recherche qualitative en soins de santé se préoccupe de formuler les bonnes questions plutôt que de chercher les bonnes réponses quand on enquête sur la réalité sociale. Ensuite, elle est appropriée pour enquêter sur des phénomènes sociaux liés à la santé parce qu'elle s'inscrit dans la compréhension ancrée du terrain et en profondeur de l'objet de l'enquête. Enfin, elle étudie les personnes dans leur milieu naturel et non dans des situations artificielles ou expérimentales, d'autant que les expériences et les croyances liées à la santé apparaissent profondément en lien avec des situations de la vie quotidienne (Kohn & Christiaens, 2014). Ces derniers citent Kirk & Miller (1986) qui, avancent comme autre avantage de l'approche qualitative : « les données sont collectées en interagissant avec les individus dans leur propre langue et en les observant sur leur propre territoire ou à un endroit de leur choix » (*Ibid.* p. 70).

Ainsi, pour notre recherche, nous observons des situations, des personnes, des organisations, et nous nous appuyons également sur des entretiens, des questionnaires et l'analyse de documents divers. Aussi, notre recherche sera de type interventionnel.

La recherche interventionnelle

La recherche-intervention (R.I) est une méthode qualitative appelée aussi empirique, parce que d'après Billon-Descarpentier et Forestier (2000), elle permet de mieux connaître et mieux comprendre les phénomènes observés « par et pour l'action » pour modifier les représentations sociales des sujets ainsi que les pratiques sociales. Pour cela, elle a une triple visée :

- 1) décrire les faits,
- 2) les expliquer par des hypothèses,
- 3) chercher quelles actions peuvent en découler.

La recherche-intervention construit sa pratique sur l'interactivité cognitive entre chercheurs et membres de l'organisation dans laquelle s'effectue la recherche. Les observations et transformations portent sur les représentations, les modes de travail et les interactions sociales associés à l'objet d'étude (*ibid*, p. 114).

Les champs pour la recherche-intervention (R-I)

La recherche-intervention intéresse les champs d'application suivants : la santé publique, les sciences de l'éducation, les sciences humaines...

1) Dans les recherches en éducation

Ici c'est le contexte qui témoigne de l'importance de la recherche-intervention. Pour le devenir des sciences de l'éducation, J-François Marcel positionne la recherche-intervention comme un enjeu majeur en France, parce que, dit-il, d'une part, elle permet de repenser le lien entre la science et l'action, et d'autre part, entre la recherche en sciences de l'éducation et la demande sociale (Marcel, 2016). En effet, la recherche « contextualisée » en éducation rend visible la proximité existante entre la recherche sur les pratiques et les pratiques elles-mêmes. De ce fait l'enjeu est double :

- a) produire de la connaissance autour de ce qui fait crise dans le champ professionnel, ou connaît une mutation dans les pratiques,
- b) transformer ces pratiques.

2) - La Recherche Interventionnelle en Santé Publique (RISP)

L'intérêt de la recherche interventionnelle dans le champ de la santé publique est majeur : dans un monde encore profondément influencé par le modèle biomédical (dans lequel la santé se limite bien souvent au « soin »), les outils et les méthodes traditionnelles dont disposent les chercheurs ne sont pas opérants, ou en tout cas pas suffisants. En d'autres termes, si l'on met

en œuvre un programme de promotion de la santé pour améliorer le bien-être et la qualité de vie d'une population, il ne sera sans doute ni possible, ni intéressant de l'évaluer comme le feraient les chercheurs dans le champ biomédical, en comparant le groupe bénéficiant de ce programme avec un « groupe témoin » n'en bénéficiant pas. Et les expériences sur les animaux de laboratoire ne seront évidemment pas plus éclairantes (Ferron, Breton & Guichard, 2013).

Elle est définie par (Potvin, Di Ruggiero, et Shoveller, (2013, p.13), comme :

l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (provenant du secteur de la santé ou d'un autre secteur) dont les objectifs sont :

- d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population ;*
- de réduire les facteurs de risques des maladies dans cette population.*

Ces auteurs indiquent des aspects pertinents de la RISP que nous déclinons ci-dessous.

- ⇒ Les connaissances antérieures servent à poser la problématique.
- ⇒ La formulation d'une question de recherche s'appuie sur une solide recension de ce qui est déjà connu, et toute question qui contribue à l'avancement des connaissances est *a priori* recevable.
- ⇒ Les connaissances accumulées au fil des études sont mobilisées pour solutionner des problèmes spécifiques.
- ⇒ Chaque situation est unique, fondée sur l'histoire et les relations entre les acteurs et les secteurs impliqués.
- ⇒ Les chercheurs reconnaissent de plus en plus le rôle crucial du contexte pour comprendre l'origine, le fonctionnement, le devenir et les effets des interventions en santé auprès des populations [*Ibid*, p.14].

Au regard de la définition et des caractéristiques de la RISP d'une part, et de la définition de l'éducation thérapeutique du patient d'autre part, nous inscrivons notre recherche doctorale dans cette démarche avec une triple perspective : décrire, expliquer, transformer.

En somme, l'intervention devient l'objet de la recherche. La Recherche-Intervention analyse aussi bien l'intervention, que les voies d'amélioration et les conditions de sa reproduction. En promotion de la santé ou en santé publique, la démonstration de l'efficacité d'une intervention dans un contexte complexe ne peut s'appuyer uniquement sur des données épidémiologiques et statistiques. Les connaissances issues de l'intervention agiront comme levier d'influence [Joanny, 2013, p. 26].

4.1.1 Le protocole de recherche

À l’instar de l’ethnologue Germaine Tillion⁴⁵, nous partageons cette idée qui affirme que pour connaître une population, il faut à la fois la « vivre » et la « regarder » Tillion citée par Todorov, (2009). Ainsi, afin de mieux comprendre, de manière globale les problématiques du diabète et de sa prise en charge sur le territoire, notre intervention se déroule à travers sept études.

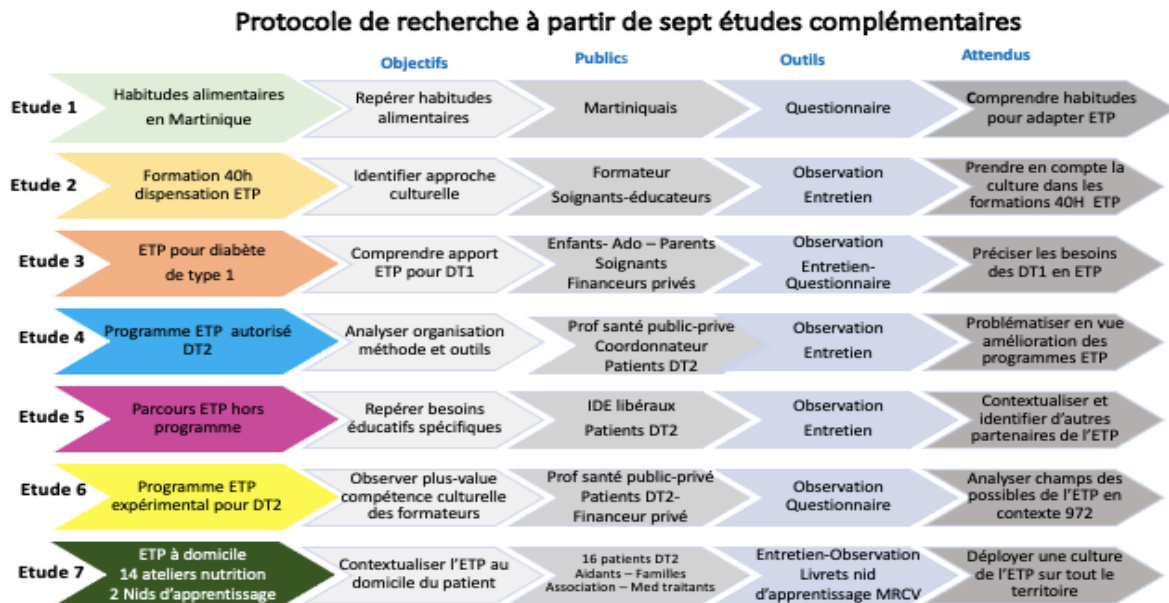


Figure 39 a : Sept études constituant l’intervention de notre recherche doctorale

Ces sept études qui, a priori, semblent distinctes, sont en réalité complémentaires et articulées les unes aux autres à différentes échelles (niveau micro, meso, macro).

Les six premières études ont connu un aboutissement. Elles ont exploré respectivement :

1. les habitudes alimentaires des Martiniquais,
2. la formation 40 h ETP comme elle est délivrée aux professionnels de santé qui soignent les malades chroniques sur le territoire,
3. les besoins en ETP, le vécu, les attentes des enfants, adolescents diabétiques de type 1 et de leurs parents,
4. l’organisation, les outils et méthodes des programmes ETP autorisés pour les diabétiques de type 2 (DT2),

⁴⁵ Germaine Tillion (1907-2008), résistante, ethnologue, anthropologue. C’est là un extrait de ses textes inédits, sous le titre « Vivre pour comprendre », publiés par Tzvetan Todorov qui raconte comment une expérience de vie oriente une pratique scientifique. L’ouverture de ses archives, au lendemain de son décès en avril 2008, a permis de découvrir un autre visage de Tillion : celui d’une philosophe.

5. le parcours de soins des personnes DT2, qui ne bénéficient pas d'accompagnement éducatif pour la gestion quotidienne de leur pathologie,
6. l'expérimentation d'un module d'ETP en sept ateliers et de la fonction de coordination. L'originalité de ce programme se trouve, d'une part, dans le fait que tous les intervenants avaient une bonne connaissance de la culture des patients et, d'autre part, à travers la présence d'une psychologue en binôme dans plusieurs séances, ce qui permet de mettre l'accent sur les compétences psychosociales des participants,
7. une étude interventionnelle adaptée au contexte de pandémie : l'éducation alimentaire au domicile des DT2 et de leurs aidants

Chaque moment d'une recherche qualitative conduit le chercheur vers de nouveaux faits et de nouvelles données. Comme Dumez, nous y voyons une difficulté, mais également un aspect excitant dans la démarche (Dumez, 2013). Effectivement, notre problématique et les hypothèses qui s'y attachent s'inscrivent dans plusieurs champs : les sciences médicales, l'éducation, l'ethnologie, la politique, l'économie, la santé publique, etc. En plus de cette pluralité de domaines, s'est invitée une variable inattendue et inconnue ; la pandémie liée à la covid-19.

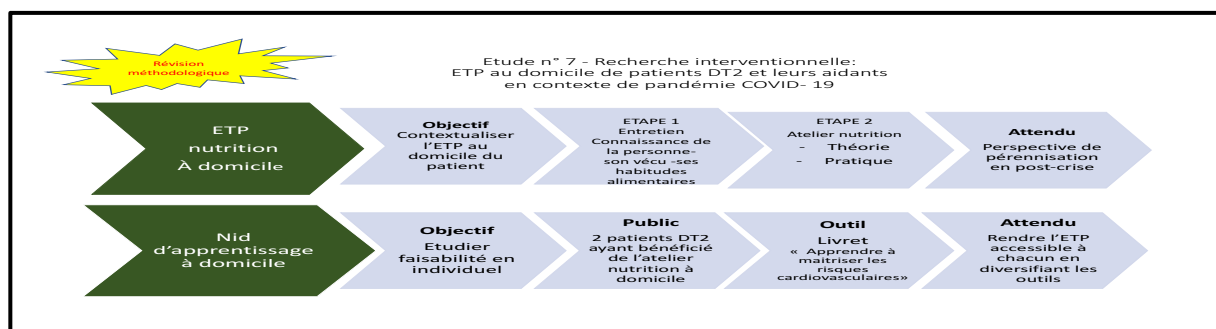


Figure 40 : Protocole de l'étude n°7 de notre recherche interventionnelle

En effet, la crise sanitaire a débuté au moment où nous devrions entamer la septième et dernière étude de notre protocole de recherche doctorale.

Les confinements successifs et les mesures de distanciation en vigueur nous ont amenée à réviser notre méthodologie et à nous adapter au contexte de crise. Dans une telle situation, selon Simonet, le concept d'adaptation devient un outil pour penser le rapport à l'environnement. L'adaptation porte alors sur l'ensemble des moyens auxquels le système et ses membres doivent recourir dans la poursuite des buts (Simonet, 2009). D'autant que le recours à plusieurs méthodes qualitatives, pour répondre à une même question de recherche, caractérise la démarche qualitative en soins de santé (Kokn & Christiaens, 2014). Nous avons ainsi conforté les propos de Potvin, Di Ruggiero, et Shoveller (2013) selon qui « de plus en

plus de chercheur en RISP conçoivent les mécanismes effectifs des interventions comme le produit des interactions entre l'action planifiée, les moyens mobilisés et le contexte.

Ainsi, nous avons alors modifié l'étude n° 7 en l'adaptant au contexte de crise. Aux patients diabétiques de type 2, nous avons ajouté leurs aidants. Aussi, le domicile de ces personnes est devenu le lieu d'expérimentation, renforçant alors le caractère innovant de notre recherche sur le territoire.

4.1.2 Déroulement de la collecte de données des sept études de la recherche

La méthode d'enquête choisie s'est appuyée sur une triangulation des outils de collecte de données : l'entretien, l'observation, le questionnaire et l'analyse du discours et de documents. Pour certains, tels les entretiens et questionnaires, nous avons utilisé de guides (annexe 13 et annexe 23). Ces outils facilitent le recueil de faits pertinents et permettent de mesurer les comportements, les représentations et autres réalités des populations étudiées. L'examen des événements établit les résultats, c'est-à-dire les relations et les interactions entre l'objet de recherche et ses déterminants.

Les entretiens semi-directifs

L'usage de l'entretien est justifié dans les recherches de soins de santé pour le recueil, des points de vue, des croyances, des attitudes, de l'expérience de patients, de praticiens, de divers intervenants. L'entretien est également approprié quand le sujet étudié est sensible ou intime, et aussi quand la personne interrogée est peu mobile ou manque de temps (Kokn & Christiaens, 2014). Comme l'explique Dépelteau (2000), l'entretien peut servir plusieurs finalités : explorer, s'insérer dans une démarche déductive, corroborer ou réfuter une hypothèse. Des désavantages existent : par exemple l'enquêté peut mentir, surtout quand la recherche porte sur des sujets controversés. Quoiqu'il en soit, le chercheur du point de vue éthique doit faire preuve de neutralité axiologique lors des entretiens.

Au cours des sept études qui constituent notre recherche, nous avons conduit les entretiens auprès de :

- a) *Personnes diabétiques* de type 2 et leurs aidants. Les échanges ont porté sur leur vécu avec la maladie, et particulièrement leurs habitudes et pratiques alimentaires. Les entretiens se sont déroulés en créole ou en français selon la langue utilisée par ces personnes. Certaines entrevues ont fait l'objet d'enregistrement et de retranscription, d'autres pas, pour des raisons techniques.
- b) *Professionnels de santé*

- Médecins coordonnateurs des programmes autorisés d'ETP pour DT2, au sujet de l'organisation du programme, des difficultés rencontrées,
- Infirmiers, diététiciennes, psychologues, podologues, pharmaciens qui dispensent l'ETP au sein des programmes à la Martinique et à La Réunion.

c) *Autres partenaires et acteurs de l'ETP à la Martinique et La Réunion*

- Responsable de structures ressources ETP- tisanneur - institut nutrition (La Réunion)
- Association...

Nous relevons une particularité à ces entretiens qui se sont déroulés, en partie durant la crise liée à la Covid-19. En effet, la distanciation physique et le port du masque étaient devenus la norme. Cependant, face à certains patients, le masque a représenté une barrière et un filtre au langage non verbal et émotionnel lors de nos discussions. L'Union nationale pour le développement de la recherche et l'évaluation en orthophonie (UNADREO. 2021) signale à partir d'une récente revue de littérature que la perception du langage des personnes qui présentent une déficience auditive est entravée par le port du masque, du fait d'un manque d'accès à la lecture labiale.

Les stratégies d'observation

L'observation, comme méthode de collecte de données scientifiques, consiste à porter attention à plusieurs dimensions comme les lieux, les personnes, les activités, l'environnement, etc. Elle convient pour saisir les informations auditives, mais également le non verbal et ce qu'il révèle : les conduites instituées, les codes comportementaux, le rapport au corps, les modes de vie et les traits culturels, l'organisation spatiale des groupes et de la société. On y observe également l'interaction entre les personnes, la dimension temporelle, sans négliger la dimension émotionnelle (Quivy, *et al.*, 2002).

Le simple fait d'observer quelqu'un peut suffire à modifier son comportement. Afin d'éviter ce phénomène d'intrusion, nous avons choisi l'observation non dissimulée, où les personnes savent qu'elles sont observées. Dans l'observation participante, le chercheur s'intègre au groupe qu'il étudie (Giroux, *et al.*, 2002). L'avantage est la saisie des comportements et des événements sur le vif, le recueil d'un matériau d'analyse non suscité par le chercheur et donc relativement spontané, ainsi qu'une relative authenticité des comportements par rapport aux paroles et aux écrits (*ibid*).

L'observation systématique peut porter sur cinq dimensions différentes de comportement :

- 1) la fréquence,
- 2) la durée,

- 3) le contexte,
- 4) l'ordre,
- 5) la latence qui représente la période qui s'écoule entre l'apparition d'un stimulus dans l'environnement et le début d'une réaction comportementale.

Une grille peut s'avérer nécessaire au chercheur pour déterminer les comportements à étudier. Cette grille comporte quatre parties qui répondent aux questions *quoi, qui, où et quand* observer ? (*ibid*)

Les questionnaires

L'enquête par questionnaire consiste à poser un certain nombre de questions à des personnes représentatives d'une population. Les questions peuvent concerner leur situation sociale, leur vie professionnelle, familiale, leur opinion à l'égard d'options ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème (Quivy & Campenhoudt, 2002).

De l'avis de Giroux et Tremblay (2002) la passation de questionnaire est réalisée selon différentes modalités :

- questionnaire entrevue où le chercheur communique verbalement avec le répondant,
- questionnaire téléphonique où la communication a lieu par téléphone,
- questionnaire auto-administré où le répondant lit lui-même les questions, y répond et remet au chercheur en main propre ou par la poste, le questionnaire rempli.

Les questions posées peuvent être ouvertes, le répondant formule lui-même sa réponse ; fermée, où le choix de réponse est limité) ou semi-ouvertes (la modalité de réponse est proposée par exemple, « Autre »).

L'évaluation des variables de comportement pose des problèmes particuliers qu'on ne rencontre pas nécessairement quand on évalue des intentions ou des conditions objectives d'existence. Avant de formuler une question, il convient de savoir de quelle catégorie de mesure il s'agit (*ibid* p.124).

Nous avons utilisé pour nos études, le questionnaire auto-administré où les personnes répondaient elles-mêmes aux questions. Nous considérons comme « auto administré » le questionnaire en ligne sous « Google Forms » dont nous avons fait usage pour l'étude sur l'alimentation des Martiniquais. Nous l'avons envoyé par mail à nos contacts en leur demandant de faire suivre à des Martiniquais qui résident sur le territoire. Le nombre de réponses recueillies s'élève à 1 058.

Trois autres questionnaires ont été distribués ; un pour l'étude n° 2 après les formations 40 h ETP ; le second aux parents des enfants DT1 en amont de la journée récréative qui leur était dédiée dans l'étude n° 3, et le troisième aux participants au module ETP expérimental soit l'étude N° 6.

Pour notre recherche, le recueil de données mixe plusieurs méthodes et outils qui se veulent complémentaires.

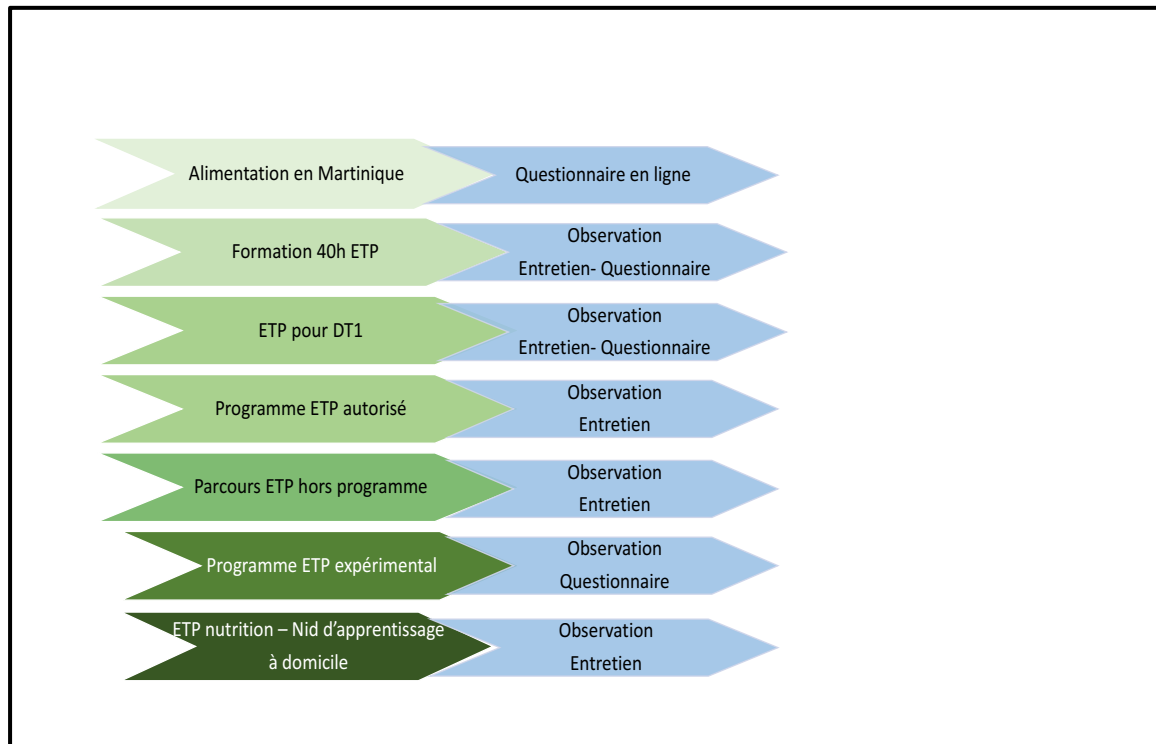


Figure 41 : les outils d'enquêtes utilisés pour chacune des études

Dans cinq des sept études qui composent notre recherche doctorale, nous étions « observatrice participante », et avons à chaque fois informé les participants de notre démarche. Par contre, pour la dernière étude « ETP nutrition au domicile des patients DT2 », nous étions directement impliquée. En effet, nous avons réalisé les entretiens de recueil des habitudes alimentaires ainsi que les nids d'apprentissage et avons participé à tous les ateliers théoriques et pratiques d'éducation alimentaire.

4.1.3 Populations étudiées

Le panel de notre population est pluriel et complémentaire, car il existe une interaction et parfois une interdépendance quasi permanente à des niveaux micro, meso et macro.

Les personnes diabétiques de type 2

Nous avons rencontré ce public à différents temps et divers lieux de notre recherche.

La moyenne d'âge de ce public est élevée. Onze personnes ont plus de 75 ans. Ces données confirment la longévité de la maladie du fait des progrès scientifiques, de la recherche et des traitements.

Dans ce corpus, notons la présence de deux couples où la femme et l'homme sont diabétiques, dont un diabète inaugural d'un mois et un autre d'une année. Pour les autres patients, la durée de vie avec le diabète s'étend de 2 ans à > 40 ans.

En ce qui concerne l'autonomie, trois de ces personnes sont totalement dépendantes (cécité — déficit moteur). Deux autres sont en situation de handicap (malvoyante et malentendante) et bénéficient de la présence d'une auxiliaire de vie trois fois par semaine. Les autres jours, elles cuisinent seules leur repas.

Pour la dernière étude réalisée à domicile, nous y avons inclus les aidants.

Pour rappel, notre recherche s'est effectuée sur deux territoires d'outre-mer, la Martinique et La Réunion. Ainsi, nous avons rencontré à La Réunion quatre patients diabétiques au cours de leur séjour en hôpital de semaine au service de diabétologie du CHU de Saint-Denis.

Tableau 11 : Liste des personnes diabétiques de type 2 qui ont participé à la recherche

Prénom	H F	Age	DT2 depuis	Insuline	IDE libéral	Autre maladie	Sud Nord	Jardin	Mode de vie	Activitéi physique
Paul	H	78 ans	+20ans	Oui	Oui	Oui	Sud	Oui	Famille	Dépendant
Angèle	F	85 ans	+ 20 ans	Oui	Oui	Oui	Sud	Oui	Famille	Dépendant
Bernadette	F	84 ans	+ 20 ans	Oui	Oui	Oui	Sud	Non	Famille	Dépendant
Clotilde	F	80 ans	NA	NA	Oui	Oui	Sud	Appart	AVS jour	Valide
Francine	F	47 ans	5 ans	Non	non	Oui	Sud	Appart	Famille	Non
Gilbert	H	87 ans	+ 15 ans	Oui	Oui	Oui	Nord	Maison	AVS jour	Non
Jeanne	F	78 ans	+ 15 ans	Oui	Oui	Oui	Nord	Maison	Famille	Non
Elizabeth	F	55 ans	+ 10 ans	Oui	Oui	Oui	Nord	Appart	Famille	Non
Irène	F	58 ans	7 ans	Non	Non	Oui	Nord	Maison	Couple	Oui
Hortense	F	76 ans	50 ans	Oui	Oui	Oui	Nord	Maison	Famille	Jardinage
Mathilde	F	87 ans	+ 20 ans	Oui	Oui	Obésité Surdité partiel	Nord	Appart	Couple	Non
Nadège	F	62 ans	5 ans	Non	Non	Oui	Nord	Maison	Couple	Non
Nazaire	H	70 ans	1 mois	Non	Oui	Oui	Nord	Maison	Couple	Non
Mirna	F	70	+ 15 ans	Oui	Oui	Mal voyante	Nord	Maison	Seule+ AVS	Non
Léne	F	82 ans	28 ans	Oui	Oui	Oui	Nord	Maison	Famille	Non
Jean	F	77 ans	13 ans	Non	Non	Non	Centre	Maison	Famille	Non
Ronald	H	46 ans	10 ans	Non	Non	Oui	Nord	Appart	Famille	Jardinage
Séverine	F	47 ans	1 an	Non	Non	Non	Nord	Appart	Famille	Jardinage
Pierre	H	75 ans	5 ans	Non	Non	Oui	Nord	Maison	Famille	Jardinage
Bertha	F	58 ans	+5ans	Non	Non	Oui	Nord	Maison	Famille	Jardinage
Marguerite	F	40 ans	Inaugural	Oui	Non	Oui	Nord	Appart	Famille	Non
Paulin	H	57 ans	+ 10 ans	Oui	Oui	Oui	Nord	Maison	Couple	Oui

Prénom	Aidants	Diabétique/HTA/	Age	Activité professionnelle
Paulette	Aidant de Paul	HTA- Cholestérol	70 ans	Retraitée
Pauline	Aidant de Paul	PAR	37 ans	Pathologie chronique
Arlette	Aidant d'Angèle	HTA/surpoids	60 ans	Retraitée
Agnès	Aidant d'Angèle	HTA/ surpoids	58 ans	Oui
Blaise	Aidant de Bernadette	HTA- Cholestérol	72ans	Retraitée
Clarisse	Aidant de Clotilde	NA	55ans	Oui AVS
Karine	Aidant Gilbert et Jeanne	Diabétique/HTA/ surpoids	47 ans	AVS de sa mère et son oncle DT2
Maud	Aidant de Hortense	Surpoids	45 ans	Oui
Maurice	Aidant de Marthe	Cancer rémission	85 ans	Retraitée
Wendy	Aidant de Line	Surpoids	45 ans	AVS de sa mère

Tableau 11a : Aidants de patients DT2 de la présente recherche

Les aidants : qui sont-ils ?

Dans notre recherche, les aidants sont des proches familiaux (épouse, époux, fille, fils, nièce) ou des auxiliaires de vie sociale. Parmi les aidants⁴⁶, huit sur dix, sont des malades chroniques, le plus souvent des personnes diabétiques ou hypertendues.

En France, les réflexions sur les aidants se sont principalement développées au début des années 1980, dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La HAS définit les aidants dits naturels ou informels comme :

« Les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne ».

Cette aide régulière ou non peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches

⁴⁶ Selon H.Lefort et T. Psiuk, l'accompagnement des proches aidants devient également une priorité pour les personnes âgées, handicapées, atteints de maladies chroniques, mais aussi plus largement vulnérables. Ce soutien permanent mérite d'être identifié, reconnu, valorisé et surtout accompagné dans la durée. Certains aidants s'impliquent avec quelquefois des conséquences négatives sur leur vie professionnelle, sociale et financière, mais également sur leur santé.

administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques (HAS, 2010).

La formation des aidants : plus qu'une nécessité !

Le manque de formation des aidants accroît leurs difficultés à déterminer la meilleure aide pour leurs proches. Consolider les savoirs, évaluer les limites, améliorer les compétences ne s'improvise pas. Cela impose la mise en place de programmes de formations adaptés pour les aidants.

Isabelle Garodon pour son mémoire de Master en ETP, a fait une analyse de la littérature sur le thème de l'aidant familial. Elle souligne que pour l'aidant, l'éducation thérapeutique permet d'augmenter ses connaissances et ses compétences afin de mieux utiliser les ressources du système sanitaire et social, d'agir le mieux possible dans les situations de soins complexes et de préserver son équilibre. Il détient alors des outils afin d'assurer son rôle de la façon la plus optimale possible (Garodon, 2011). Elle émet l'hypothèse que l'efficacité de l'ETP se manifeste par un allègement du fardeau de l'aidant, une diminution des symptômes dépressifs, une amélioration de ses connaissances et surtout un ralentissement dans l'institutionnalisation du proche malade.

Pour finir, I. Garodon conclut que l'aide aux aidants doit non seulement s'orienter vers la prise en charge thérapeutique des malades, mais aussi vers l'éducation des aidants. À ce titre, l'éducation thérapeutique semble être une des voies pour trouver des solutions à l'épuisement des aidants. Mieux informés, formés, entourés, les aidants déculpabilisent, comprennent mieux leur proche malade et se placent davantage à son écoute (*Ibid*).

Selon une enquête de l'Insee réalisée en 2016⁴⁷, parmi les personnes aidées en situation de handicap, 74 % sont aidées par leur famille contre 55 % en France hexagonale, 3 % bénéficient d'une aide professionnelle et 23 % d'une aide mixte. La famille et l'entourage sont la première source d'aide des personnes en situation de handicap en Martinique. À l'analyse, nous estimons ces chiffres insuffisamment pris en compte dans leur réalité sur le territoire de Martinique.

⁴⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489975?sommaire=2490130>

Outre le diabète de type 2 qui concerne théoriquement les adultes, nous avons tenu à connaître et comprendre l'organisation de l'éducation thérapeutique des enfants atteints de diabète de type 1 et du vécu de leurs « aidants » spécifiques, c'est-à-dire leurs parents, sur le territoire.

Enfants, adolescents diabétiques de type 1 et leurs parents

L'étude n°3 regroupe trois événements autour du diabète de type 1 :

- une formation à la transition adolescent vers jeune adulte, pour les professionnels,
- une formation ETP pour les adolescents et les professionnels qui les accompagnent,
- une journée récréative pour enfants, adolescents DT1,
- un temps d'expression dédié aux parents de ces enfants et adolescents DT1.

C'était pour nous, dans une approche systémique, l'occasion de repérer sur le territoire, les besoins éducatifs de ces enfants, adolescents et de leurs parents. La formation ETP pour adolescents a regroupé 14 adolescents : neuf filles et cinq garçons. La journée récréative du 14 octobre 2018 a rassemblé une quinzaine d'enfants, et vingtaine d'adolescents, tous accompagnés de leurs parents.

Après nous être intéressé aux personnes adultes DT2, aux enfants DT1, ainsi qu'à leurs parents, c'est tout naturellement que nous avons observé les pratiques éducatives des professionnels de santé qui les accompagnent dans la gestion de leur maladie.

Les professionnels de santé et d'éducation en situation d'apprentissage ETP

Le panel étudié dans notre recherche se compose de professionnels et acteurs de l'ETP, en qualité de coordonnateurs, formateurs (ou éducateurs) dans un programme ETP. Ce sont également les professionnels qui ont participé à des formations en lien avec l'ETP.

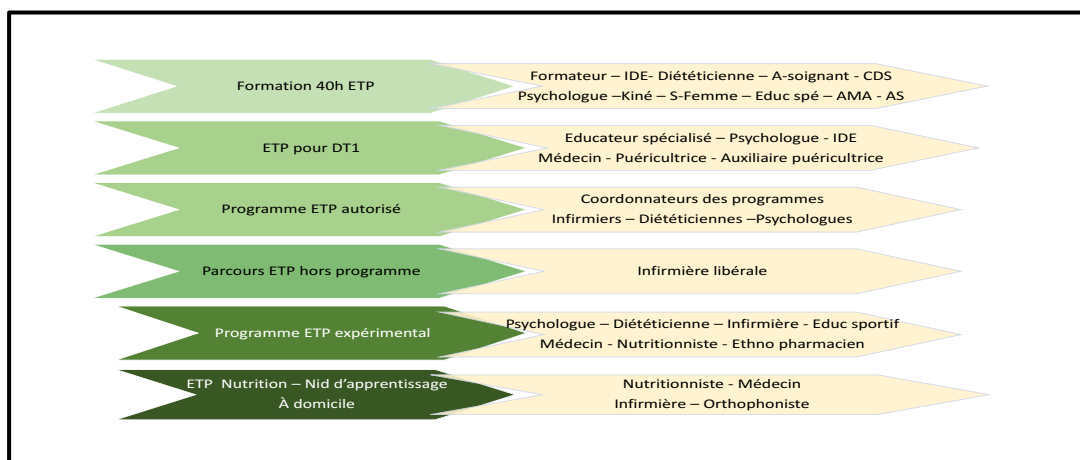


Figure 42 : Catégories professionnelles qui ont participé à notre recherche.

Une catégorie professionnelle a occupé une place importante dans notre recherche, notamment dans l'étude 7 : ce sont des médecins traitants que nous avons contactés par téléphone afin qu'ils nous proposent dans leur patientèle des personnes qui répondaient à nos critères de recrutement.

Stratégies d'analyse

La variété des études qui constituent notre recherche a mobilisé différents outils pour la collecte de données, et a nécessité des adaptations pour l'analyse des informations recueillies (Dépelteau, 2000) (Quivy & Campenhoudt, 2002).

L'étude n°1 sur les comportements alimentaires des Martiniquais représente la seule étude de notre recherche doctorale qui relève d'une approche quantitative, nécessitant une analyse statistique des données. En effet, les informations ont été recueillies par questionnaires administrés par voie informatique précisément « Google Form ». Il s'agit alors de traitement d'enquête (Quivy & Campenhoudt, 2002, p. 226) avec des données plus complètes et parfaitement standardisées au départ.

L'analyse des autres études n° 2, n° 3, n° 4, n° 5, n° 6 et n° 7, relève d'analyse de contenus qui porte majoritairement sur des messages, du discours, des observations, des entretiens semi-directifs afin de mesurer les écarts entre les relations observées et celles théoriquement attendues par nos hypothèses (Ibid, p. 243).

Pour les études n° 4 et n° 5 : programmes DT2 autorisés par l'ARS et patients DT2 hors-programme ETP, les entretiens non enregistrés ont fait l'objet de prise de notes pour l'analyse. Aussi, d'autres entretiens, pas toujours audibles ou entrecoupés de digressions ou de propos non pertinents, ont fait l'objet d'une synthèse qui figure en (*cf.* annexe 12). Certains extraits sont sélectionnés pour étayer les résultats ou l'analyse.

Dans l'étude n° 7, nous considérons avoir atteint la saturation⁴⁸ au bout de 14 entretiens avec les patients DT2 sur leurs habitudes et pratiques alimentaires.

Les entretiens ont fait l'objet de retranscriptions sauf trois d'entre eux pour lesquels nous avons rencontré des difficultés techniques. Nous n'avons pas fait usage de logiciel spécifique

⁴⁸ Le moment où la collecte de nouvelles données qualitatives ne produit que des données déjà découvertes auparavant.

pour les retranscriptions. Pour des raisons éthiques et de confidentialité, les prénoms utilisés correspondent à des prénoms d'emprunt.

D'autres données écrites organisationnelles ou réglementaires recueillies tant sur la formation et les pratiques des professionnels qui dispensent l'ETP, que sur le vécu et les attentes des personnes atteintes par le diabète, ont nourri nos réflexions et orienté nos notre analyse au niveau macro, meso et micro.

Ainsi, notre recherche tente de comprendre, en contexte créole, l'impact de la culture de la personne diabétique sur ses pratiques et comportements aujourd'hui. L'attention est mise sur les habitudes alimentaires de ces personnes malades, en vue d'en tenir compte, dans les situations d'apprentissage, pour l'éducation thérapeutique sur le territoire. Parce que, à l'instar de Maryvette Balcou-Debussche « on ne peut plus continuer à penser les recommandations de santé comme une sorte de "kit" qui serait prêt à l'usage, et qui pourrait être donné à tous les patients, à n'importe quel moment, sous n'importe quelle forme » (Balcou-Debussche, 2006, p. 234). Cette affirmation que nous partageons est en accord avec la pensée de l'ethnologue Germaine Tillion⁴⁹, qui confirme que pour connaître une population, il faut à la fois la « vivre » et la « regarder » (Todorov, 2009). Pour rappel notre recherche est à dominante qualitative dans la mesure où, comme le soulignent Kokn et Christiaens (2014), la recherche qualitative en soins de santé se préoccupe de formuler les bonnes questions plutôt que de chercher les bonnes réponses quand on enquête sur les réalités sociales.

Nous choisissons dans la partie suivante de présenter successivement les sept études qui constituent notre recherche doctoral puis de les analyser. Les deux dernières études c'est-à-dire la 6 et la 7 découlent d'interventions menées en fonction des résultats observés dans les cinq autres.

4.2 Une recherche intervention en ETP à partir des 7 études

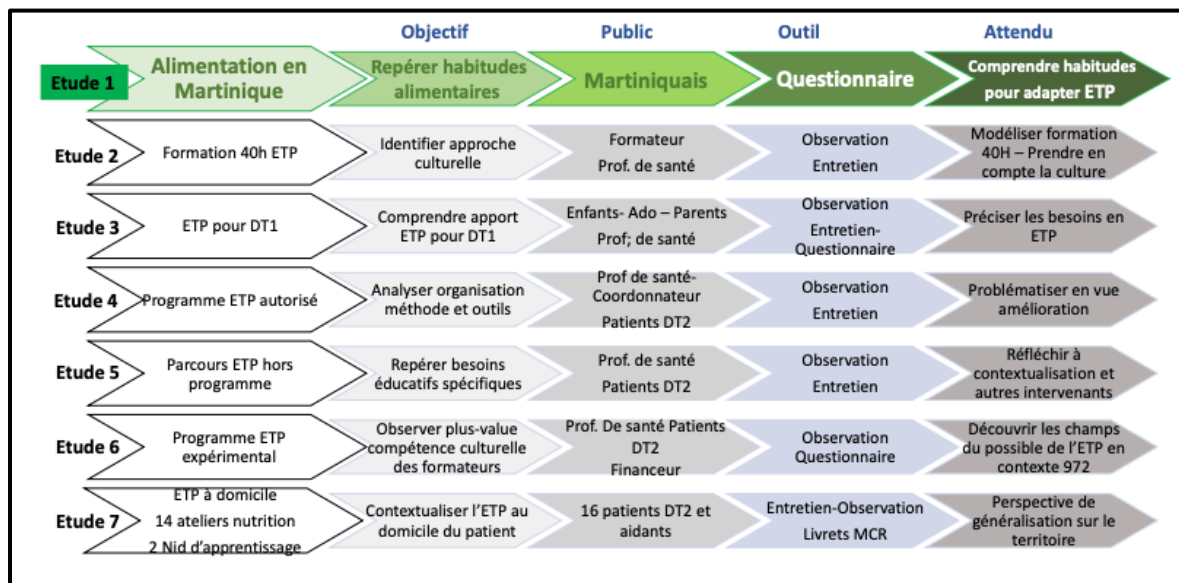
À partir de nos hypothèses de travail nous avons exploré l'éducation thérapeutique, dans différents lieux (hôpital, ville, domicile), différents formats (programmes, hors programme), divers publics (diabétique de type 1 et de type 2), tranches d'âges, catégories sociales, aidants, parents, mais également la formation et la posture des professionnels, et les comportements

⁴⁹ Germaine Tillion (1907-2008), résistante, ethnologue, anthropologue. C'est là un extrait de ces textes inédits, sous le titre « Vivre pour comprendre », écrit par Tzvetan Todorov qui raconte comment une expérience de vie oriente une pratique scientifique. L'ouverture de ses archives, au lendemain de son décès en avril 2008, a permis de découvrir un autre visage encore de Tillion : celui d'une théoricienne des sciences humaines.

alimentaires des Martiniquais. Il s'agit de repérer dans ces situations, les éléments culturels qui font appel à la compétence culturelle du professionnel de santé et de voir comment il y répond. Nous expérimentons également des situations d'apprentissage ÉTAPE.

La première étude vise, à vérifier les habitudes et comportements alimentaires des Martiniquais. en raison de la transition alimentaire amorcée en Martinique depuis une quarantaine d'années.

4.2.1 Étude N°1 : Alimentation des Martiniquais



Présentation

Cette première étude menée d'août à décembre 2017 explore les habitudes alimentaires des Martiniquais. Parce que, l'accompagnement vers le changement des comportements alimentaires que nous envisageons, vise à améliorer la santé à court, moyen et long terme, mais également la qualité de vie en faisant la paix⁵⁰ avec son alimentation. Les personnes remarquent une certaine sérénité dès lors qu'elles ne sont plus en désaccord avec leur façon de se nourrir (Besson & Boutet, 2015).

Depuis une quarantaine d'années, plusieurs enquêtes menées en Martinique (Orstom, 1984), (Escal 2003-2004), (Kannari 2013-2014) montrent un accroissement des maladies de la

⁵⁰ Ici nous entendons « paix » comme la « recherche de sens » et « d'équilibre », parce que comme l'expliquent ces auteurs, manger n'est pas un acte simple, que l'on peut réduire à des normes identiques pour chacun. Les déterminants de l'alimentation sont complexes : physiologiques, psychologiques, émotionnels, sociaux, culturels, etc., auxquels s'ajoutent des notions de régimes, restrictions ou choix alimentaires imposés lorsque la santé est en jeu (Besson & Boutet, 2015).

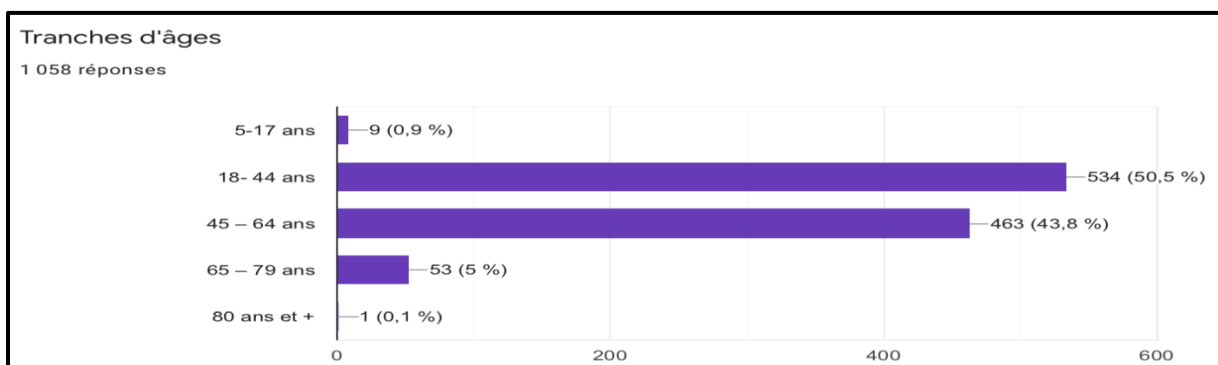
nutrition comme le surpoids, l'obésité, le diabète, l'hypertension, etc. Aussi, nous avons souhaité approfondir la réflexion sur l'alimentation à la Martinique, par cette enquête, pour repérer les habitudes alimentaires de la population martiniquaise, afin de mieux les prendre en considération lors des situations d'apprentissage en Éducation thérapeutique des patients.

Publics concernés et méthodologie

Un questionnaire a été diffusé en ligne, à nos contacts, via l'outil Google Forms, d'août à décembre 2017 (cf. Annexe 13) Nous avons demandé à chaque contact de faire suivre le formulaire au plus grand nombre. Le questionnaire était destiné à tout public, sans limite d'âge. Les questions ouvertes, fermées, à choix multiples, portaient sur la présentation du répondant ainsi que ses comportements alimentaires et son avis sur l'évolution des pratiques alimentaires en Martinique.

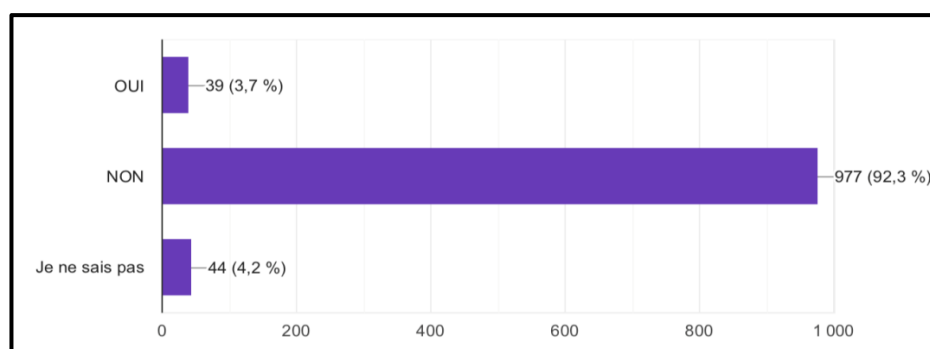
Résultats et analyses

Nous avons recueilli 1 058 réponses de personnes âgées de 5 ans à plus de 80 ans.



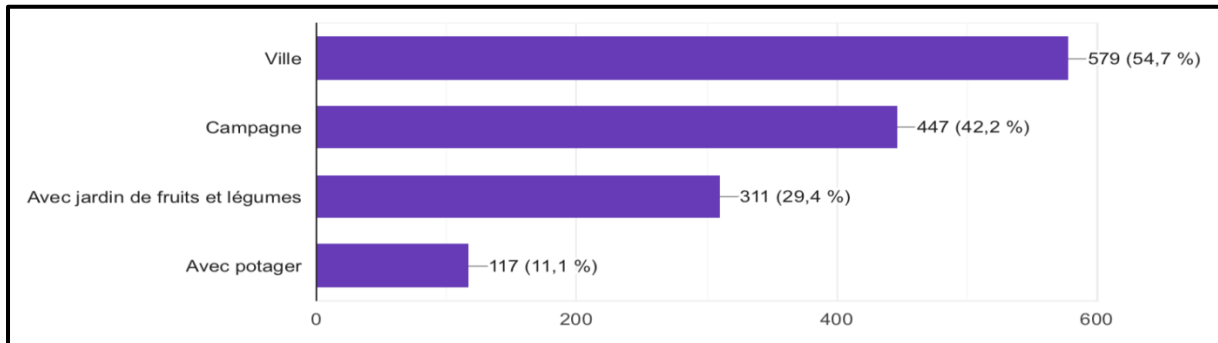
Graphique 14 : Répartition des participants par tranche d'âge

Cinq mineurs y ont pris part, sinon la majorité des répondants sont des adultes âgés de 18 ans à 64 ans. 86% étaient des femmes.



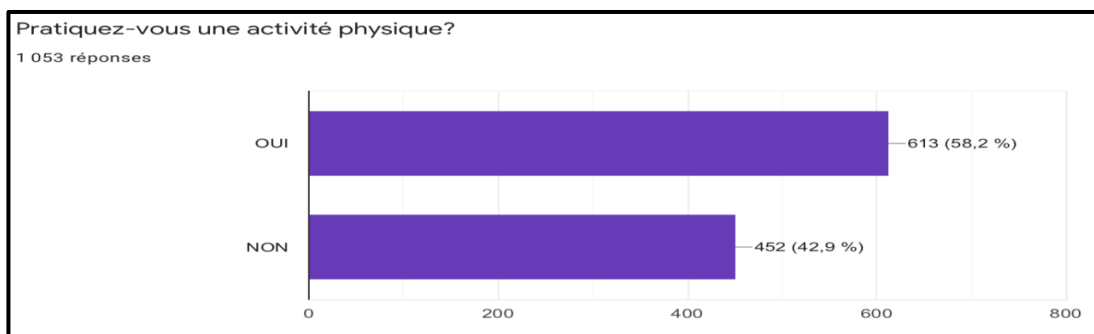
Graphique 14a : Personnes diabétiques et non diabétiques

Outre les 44 personnes qui ont répondu « Je ne sais pas », il est probable que certaines soient porteuses de diabète, parce que le diabète est une maladie sournoise, souvent sans manifestation extérieure. Comme l'indiquait le diabétologue Philippe Passa, il y a une vingtaine d'années : en France environ 2 200 000 diabétiques sont connus et traités. À ce chiffre, on peut ajouter 500 000 à 800 000 sujets diabétiques méconnus. Dans 1/3 des cas, une complication existe déjà lors du diagnostic. De plus, le délai entre l'apparition du diabète et son diagnostic est de 4 à 7 ans (Passa, 2003).



Graphique 14b : Lieu d'habitation des participants

Parmi nos répondants, la population citadine est mieux représentée que les personnes qui vivent en secteur rural.



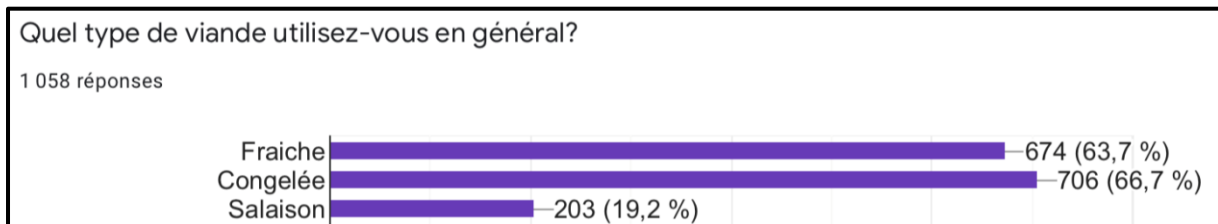
Graphique 14c : Pratique d'activité physique des participants

Les personnes ayant répondu « non », évoquent de multiples raisons : maladie, grossesse, problèmes articulaires, charge familiale et professionnelle, difficulté d'organisation, salle de sport éloignée, flemme, négligence, n'en voit pas l'intérêt.

Souvent, l'activité physique est entendue comme de la pratique sportive ou la marche, d'où le nombre important de participants qui évoquent l'impossibilité d'en pratiquer en raison de problèmes articulaires notamment au niveau des genoux. D'autres personnes mettent en cause les salles de sport trop éloignées.

Pour l’OMS, toute quantité d’activité physique vaut mieux qu’aucune activité physique, et « plus, c’est mieux ». Aussi recommande-t-elle, dans l’intérêt du bien-être et de la santé, que les adultes pratiquent au moins 150 à 300 minutes d’activité aérobique d’intensité modérée par semaine, et que les enfants et adolescents en pratiquent 60 minutes par semaine (OMS, 2020).

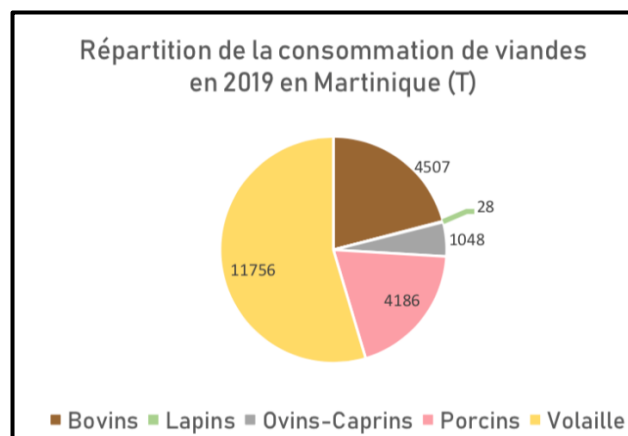
Consommation alimentaire des participants



Graphique 14d: consommation de viande des répondants

Des répondants disent ne jamais consommer de viande (dont des personnes qui, dans le questionnaire, se déclarent végétariennes).

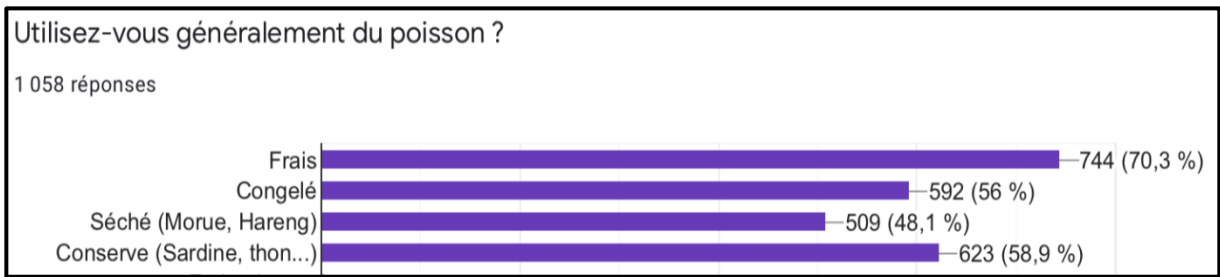
Le tableau ci-dessous de la DAAF⁵¹ nous éclaire sur les viandes consommées.



Graphique 14e : Détail des types de viandes consommées en Martinique (Daaf-Martinique, 2021) (https://daaf.martinique.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/02autosuffisance_alimentaire_cle8fdca9.pdf).

Ces données ci-dessus nous renseignent sur l’apport de graisse dans l’alimentation.

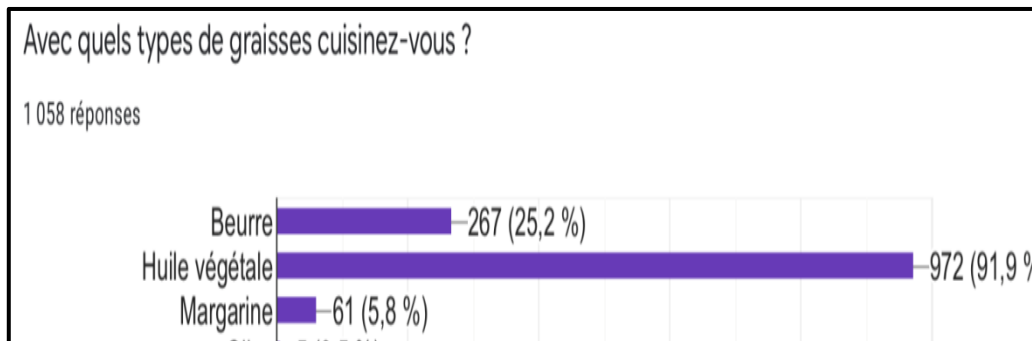
⁵¹ Direction de l’alimentation, de l’agriculture et de la forêt.



Graphique 14f : consommation de poisson des participants

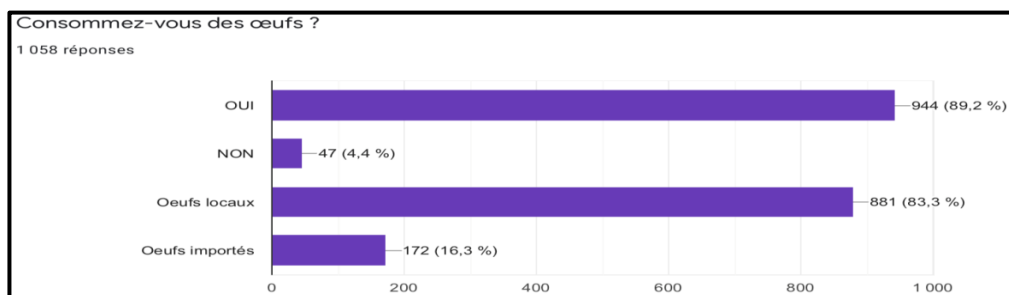
Certaines personnes ne consomment pas de poisson. Une allergie a été signalée pour deux personnes. Au nombre des conserves, la « souskay⁵² » de morue est citée.

Nous croisons les données de ces deux derniers graphiques avec les données de l’Insee qui indiquent que 83 % de la viande consommée en Martinique est importée. Il en est de même pour 87 % les poissons et fruits de mer (Daaf-Martinique, 2021).



Graphique 14g: la consommation de graisse, notamment le type de graisse utilisé

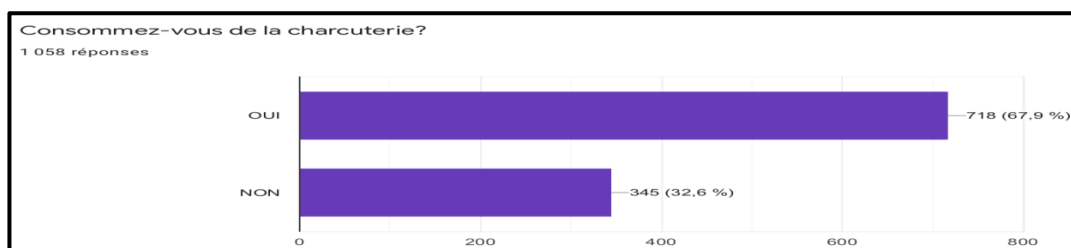
L’huile d’olive est souvent citée, ainsi que l’huile de coco, mais à une fréquence moindre. Une dizaine de personnes disent ne pas utiliser de graisse.



Graphique 14i : consommation d’œufs

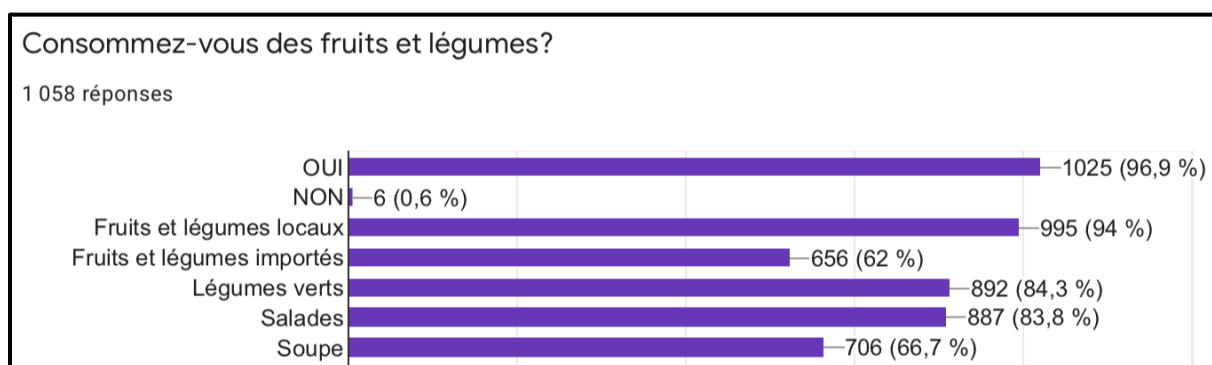
⁵² En créole, on dit « chiktay » ou « souskay ». La souskay de morue est un apéritif salé que l’on consomme aux Antilles sur des toasts, dans le pain avec de la salade

Les œufs sont largement utilisés par la population.



Graphique 14j : consommation de charcuterie des répondants

Consommation de fruits et légumes



Graphique 14h: Consommation de fruits et légumes des participants

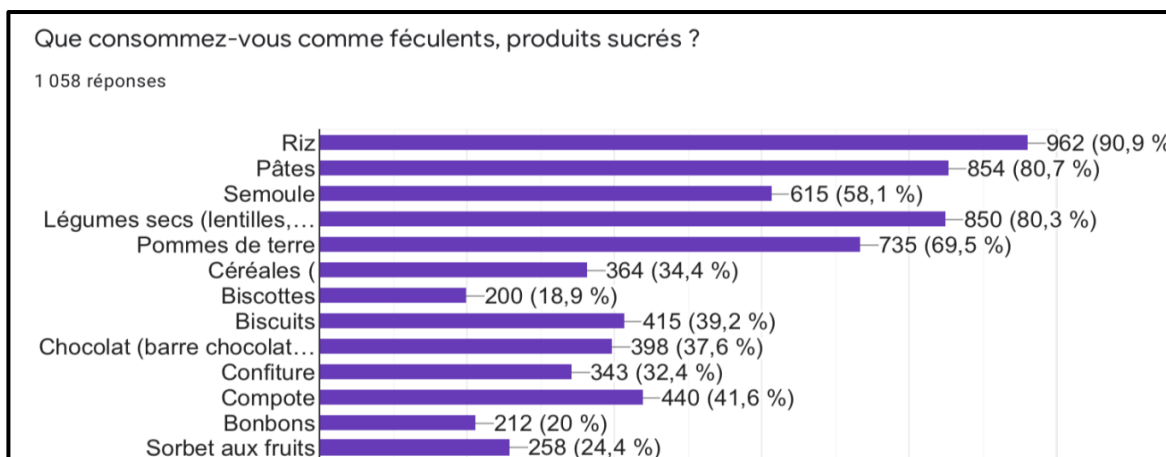
Majoritairement, les Martiniquais consomment des fruits et légumes, locaux ou importés. Ci-dessous les chiffres de la DAAF concernant la couverture locale en fruits et légumes, importés ou non.

Quelques taux de couverture :	
Légumes frais et tubercules :	Fruits frais :
2019 : 35%	2019 : 25,2%
Choux : 93,2 %	Agrumes : 62,6 %
Concombres : 99,9 %	Avocats : 86,4 %
Laitues : 99 %	Ananas : 86,9 %
Tomates : 92,8 %	Goyave : 99,7 %
Carottes, navets, betteraves : 16,2 %	Melon : 99,5 %
Légumes à cosse : 11,9 %	Banane : 100%
	Pomme, raisin : 0%

Graphique 14k : Couverture de la Martinique en fruits et légumes frais

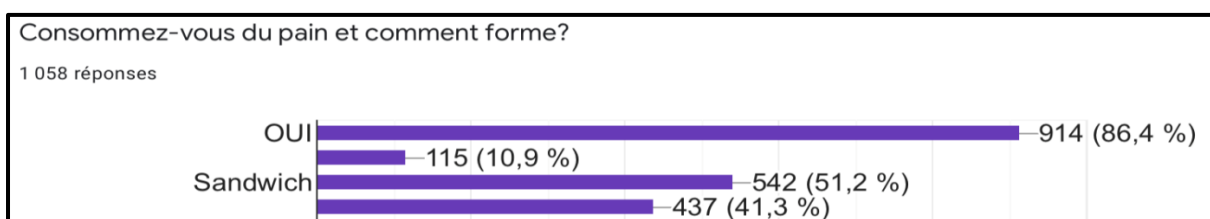
Source : (Daaf-Martinique, 2021) https://daaf.martinique.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/02-autosuffisance_alimentaire_cle8fdca9.pdf.

Consommation de féculents et produits sucrés



Graphique 14l : Les féculents et produits sucrés consommés

Les légumes locaux, notamment les « légumes racines » (igname, patate douce, dachine⁵³), ne figurent pas dans ce tableau. Toutefois, ils sont largement cités dans la rubrique « autre ».

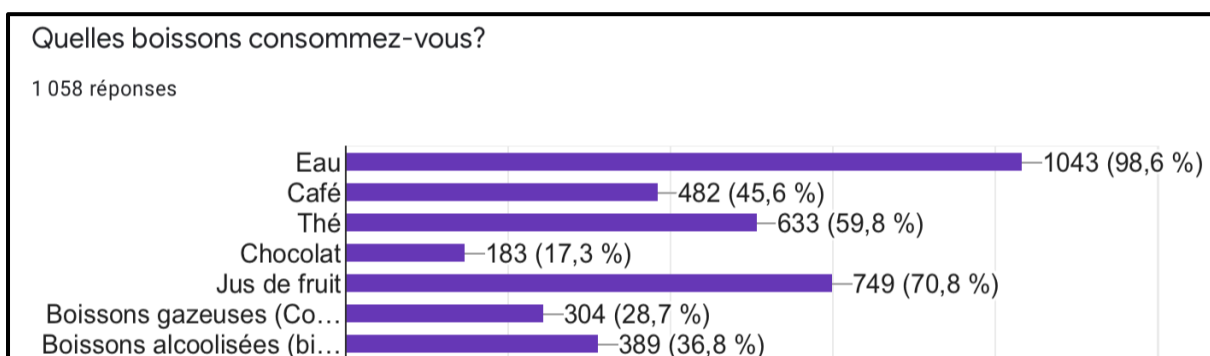


Graphique 14m : Consommation de pain

Le pain est fréquemment mentionné sous forme de sandwich et au petit déjeuner, mais également lors des repas, au goûter ou en grignotage. Il peut être également consommé grillé. Différents types de pains sont cités, tels les pains de mie, complet, sans gluten au levain... 41 % en consomment avec le repas et 10 % n'en consomment pas du tout.

Les pâtisseries sont consommées par 64,5 % des participants, soit plus de la moitié.

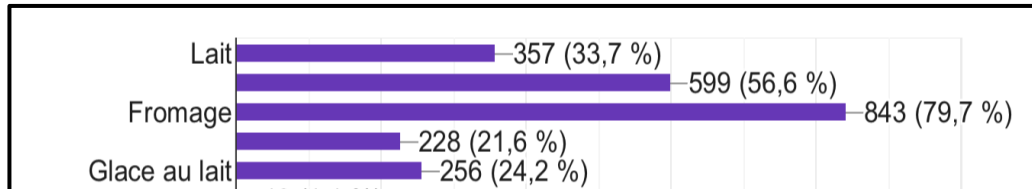
Consommation de boissons



⁵³ *Dachine* appelé aussi *chou de chine* en Martinique, *Madère* en Guadeloupe, *Taro* à La Réunion. C'est un tubercule, un légume racine de plusieurs variétés.

Graphique 14 n : les boissons les plus consommées

L'eau tient une bonne place, cependant les jus de fruits ne sont pas en reste. L'eau de coco est souvent citée. Le lait peut être considéré comme une boisson est bien positionné parmi les produits laitiers ci-dessous, à près de 34 %.



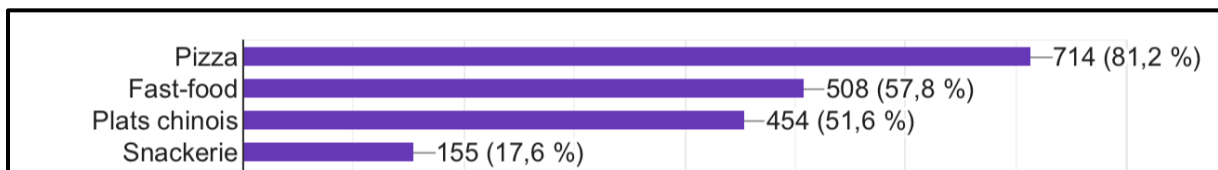
Graphique 14 o : Consommation de produits laitiers

Ce chiffre représente tous types de lait. 599 personnes consomment les yaourts, et 228 les crèmes. À noter que le fromage avoisine 80 %, que ce soit au moment du repas, dans les plats cuisinés ou encore dans les sandwichs.

Une vingtaine de personnes dit ne pas consommer de produits laitiers.

Modification des comportements en lien avec l'alimentation

81 % des personnes affirment avoir recours à la restauration rapide en extérieur.

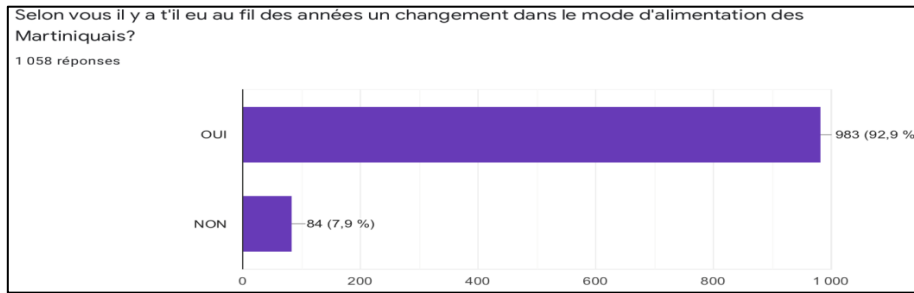


Graphique 14 p Types d'aliments consommés en restauration rapide

864 participants vont parfois au restaurant alors que 94 n'y vont jamais.

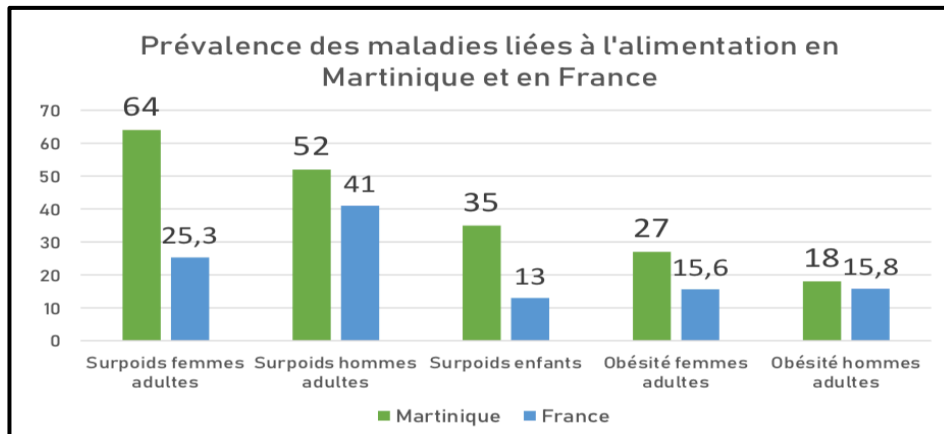
Pour 62,3 % des Martiniquais, les repas du dimanche sont plus copieux et plus élaborés que ceux de la semaine. En général, les participants consomment aussi bien les produits locaux que ceux importés.

Ils sont très nombreux, soit plus de 90 %, à penser que le comportement alimentaire des Martiniquais a changé au fil du temps. Unaniment les participants attribuent ce changement alimentaire à l'arrivée des Fast-food.



Graphique 14 q: Perception de changement du comportement alimentaire des martiniquais

Nous terminons ce panorama du comportement alimentaire des martiniquais par les chiffres de la (Daaf-Martinique, 2021) qui confirment l'impact de l'alimentation sur la croissance des maladies chroniques.



Graphique 15 : Comparaison prévalence surpoids et obésité entre la Martinique et la métropole*.

*Source : L'autosuffisance alimentaire de la Martinique : Où en est-on ? (DAAF Martinique -2021)

Synthèse de l'enquête sur le comportement alimentaire en Martinique

Notre enquête sur l'alimentation des Martiniquais nous éclaire sur une consommation de produits riches en graisse et en sucre sur le territoire.

Plus de 43 % des participants déclarent ne pas pratiquer d'activité physique. Les raisons évoquées sont personnelles, organisationnelles ou structurelles, c'est-à-dire du fait d'un manque d'équipement à proximité. Ce dernier argument dénote une confusion entre « activité physique » et « activité sportive ». La maladie est également citée comme frein. À noter que certains ne voient tout simplement pas l'intérêt de faire de l'activité physique.

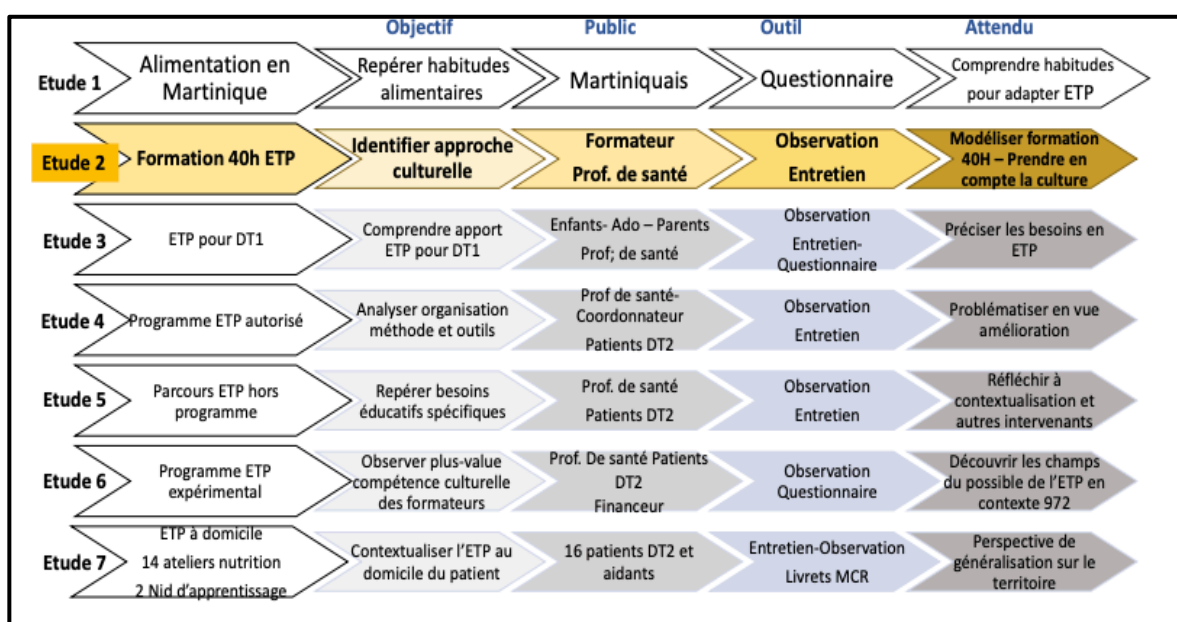
À plus de 92 %, les participants ont conscience du changement dans le comportement alimentaire des Martiniquais au fil du temps, et confirment ainsi la transition alimentaire déjà mise en lumière en Martinique depuis une quarantaine d'années par plusieurs enquêtes (Orstrom, 1984) (Escal 2003-2004) (Kannari 2013-2014), puis par l'IRD (2020).

En croisant ces chiffres avec ceux de la Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, nous observons une grande consommation de viande, notamment de poulet, de porc et de bœuf. Le taux de couverture en fruits et légumes frais reste faible. Un éclairage reste nécessaire quant à la mise en œuvre effective des recommandations des différents PNNS sur le territoire. Les messages diffusés atteignent-ils le plus grand nombre ?

Les résultats de cette première étude orientent notre réflexion vers le développement de l'éducation alimentaire et nutritionnelle pour la population en général et les personnes malades en particulier, ainsi que la formation à l'éducation thérapeutique du patient pour les soignants-éducateurs exige que soient menées de nouvelles investigations. Nous nous intéressons alors dans l'étude suivante à la formation 40 h dispensation ETP à laquelle participent des professionnels de santé dans le but d'intégrer des programmes d'ETP.

4.2.2 Étude N°2 Formations 40h dispensation ETP en Martinique

Depuis la loi HPST, une formation spécifique dispensation, d'un volume de 40 heures, est exigée aux professionnels de santé pour dispenser l'ETP au sein d'un programme. Contrairement aux idées reçues, informer ne signifie pas éduquer, conseiller n'est pas forcément faire apprendre, vérifier ne correspond pas toujours à évaluer. D'où l'importance, pour les soignants de participer à une formation, qui a pour but de les rendre capables de maîtriser les différentes phases de la prise en charge pédagogique d'un patient (Gagnayre & Jean-François, 2014. P. 130). Dans cette deuxième étude, nous observons les différentes interactions durant la formation, ainsi que la place réservée à la culture dans le contenu.



Présentation

En référence à la loi HPST, une association Martiniquaise, dont l'objectif était de développer l'ETP sur le territoire, a organisé trois sessions de formation de 40 h pour la dispensation de l'ETP en février, avril et novembre 2017. Elles étaient animées par un organisme de formation venant de l'hexagone et spécialisé dans la formation en ETP depuis plus d'une vingtaine d'années. Ces formations ont été dispensées sur 5 jours consécutifs ou interrompues par un weekend. Elles ont abordé :

- ⇒ les fondements de l'Éducation Thérapeutique du Patient et l'alliance thérapeutique,
- ⇒ les stratégies pédagogiques ;
- ⇒ l'organisation et l'évaluation de l'ETP.

Notre seconde étude vise donc un double objectif :

- observer les acteurs (formateurs – professionnels – structures de soins – organismes de formation) et leurs interactions ;
- analyser le contenu de la formation afin de repérer les outils, méthodes ou pratiques permettant aux participants d'intégrer la culture des patients dans les activités d'ETP proposées aux Martiniquais.

Public concerné et méthodologie

Au total, 46 professionnels de santé des secteurs médicaux, paramédicaux, médicotechniques, socio-psychiatriques, socio-éducation, ont participé à l'ensemble des trois formations. Toutes les sessions étaient complètes, avec une présence à 100 % de tous les participants.

Infirmier	26	Aide-soignant	3
Médecin	2	Cadre de santé	1
Diététicienne	2	Secrétaire médicale	2
Éducateur spécialisé	4	Sage-femme	1
Psychologue	2	Masseur - kiné	1
Ergothérapeute	1	Assistante-sociale	1

Tableau 12 : Catégories de professionnels ayant participé aux 40h « dispenser ETP » en 2017.

Ces professionnels exerçaient dans des institutions publiques, privées, hospitalières, médico-sociales. Notre observation participative a porté sur :

- ⇒ le contenu de la formation ;
- ⇒ les interactions entre le formateur et les stagiaires et entre stagiaires :

- ⇒ questions posées ;
- ⇒ techniques d'animation ;
- ⇒ modèles de référence ;
- ⇒ prise en compte des expériences stagiaires ;
- ⇒ positionnement des stagiaires ;
- ⇒ dynamique de groupe ;
- ⇒ création de lien et de projets d'ETP.

À la fin de chaque session, les participants ont reçu une attestation qui leur permet de dispenser l'ETP au sein d'un programme autorisé par l'ARS ou dans des actions d'ETP hors programme.

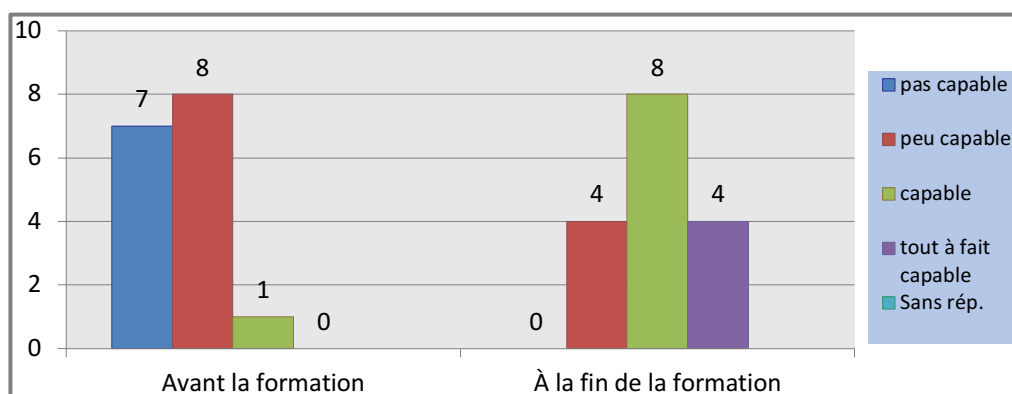
Résultats et analyses

Nous présentons les résultats de la première session de formation de 40 h. Ils peuvent être étendus théoriquement aux deux autres sessions, et réalisées suivant le même schéma et dispensées

- a) *Évaluation du sentiment de compétence*

L'évaluation du sentiment de compétence des participants en pré et en post formation montre que la formation a permis de :

- a. mieux définir l'Éducation Thérapeutique du Patient,
- b. améliorer la compréhension du diagnostic éducatif, du contrat éducatif, des techniques et méthodes d'éducation individuelle et collective,
- c. mieux appréhender l'évaluation des compétences du patient et l'évaluation du programme d'ETP.



Graphique 16 : Évolution des compétences permettant de proposer aux patients des techniques et outils pour s'approprier la maladie sur le plan psycho-affectif (avant et après la formation).

Ces résultats montrent une évolution du discours des participants sur leurs propres connaissances : en début de formation, ils disaient qu'ils n'étaient pas en mesure d'aider le patient sur le plan psycho-affectif.

Au vu de ces résultats, une réflexion peut être approfondie sur les compétences psychosociales et sur la nécessité de l'intervention du psychologue dans l'ETP. Les spécificités de ce professionnel, c'est-à-dire l'autonomie de sa pratique, son analyse critique, sa posture réflexive, lui confèrent un positionnement double, à la fois dans et en dehors de l'équipe éducative. Ces caractéristiques font du psychologue un acteur déterminant pour l'efficacité de l'ETP. Il pourra apporter de nouveaux éclairages dans ce champ d'intervention récent et en devenir dans le contexte français (Fonte, Apostolidis, et Lagouanelle-Simeoni, 2017). Pour la société martiniquaise dite vulnérable (Massé 1995), krazé (Armet), Ozier-Lafontaine, autant de caractéristique qui en situation de maladie sont amplifiées.

a) *Mesure de la satisfaction des participants à la formation*

L'évaluation du formateur montre une satisfaction des participants s à plus de 90%⁵⁴.

Items	Satisfaction
1- Déroulement de la formation	
J'ai le sentiment d'avoir pu progresser d'un forum à l'autre	94 %
Il existe une articulation cohérente entre les différents forums	94 %
Les méthodes pédagogiques proposées pour l'éducation thérapeutique sont applicables à mon contexte	88 %
2 - Conditions de travail	
2.1 La documentation fournie a été suffisante	85 %
3- La formation	
Globalement, la formation est pour vous satisfaisante	94 %
La formation a répondu à mes attentes	94 %
La formation m'a permis de développer des compétences pour participer à un programme d'éducation thérapeutique	91 %
La formation a permis un échange d'expériences des participants sur l'éducation thérapeutique	94 %
La formation m'a permis de repenser ma relation au patient et mes pratiques éducatives	94 %
La formation m'a permis d'interroger ma pratique de soignant	85 %
La formation m'a apporté de nouveaux savoirs et a renforcé ceux que je possédais déjà	88 %
La formation m'a permis de repartir avec des acquis professionnels utilisables	94 %
Je recommanderai la formation à mes collègues	98 %
4- Les ressources pédagogiques mises à disposition	
J'ai consulté le forum D mis sur le site de l'organisme Jamais : 13 Rarement : 2 Quelques fois : 1 Fréquemment : 0	
J'ai consulté des articles et différents textes mis sur le site de l'organisme quelques fois : 3 jamais : 9. fréquemment : 0 rarement : 4	
Commentaires :	
Tout ce qui m'intéressait a été abordé : 1 citation	
En route sur le chemin de l'ETP, je suis équipée : 1 citation	

Tableau 13 : Évaluation de la formation 40 h des 15, 16, 17 et 20 et 21 février 2017 par les 16 participants

a) *Le questionnement des pratiques professionnelles*

Concernant l'impact de la formation sur le questionnement de leur pratique professionnelle, 15 % estiment que la formation ne leur a pas permis d'interroger leur pratique de soignant.

⁵⁴ L'organisme nous a communiqué les résultats en pourcentage (%) et non nombre de réponse..

- Pour 12 % des stagiaires, la formation n'a pas fait l'objet de nouveaux savoirs et n'a pas non plus renforcé les savoirs existants. 9 % estiment que l'enseignement ne leur a pas permis le développement de compétences pour participer à un programme d'éducation thérapeutique.
- 12 % des participants, considèrent que les méthodes pédagogiques proposées ne s'appliquent pas à leur contexte pour l'éducation thérapeutique

Ces résultats nous questionnent

- La durée de cette formation (40 h) laisse-t-elle le temps aux soignants d'interroger leurs pratiques éducationnelle et pédagogique?
- Le contenu et l'approche didactique de la formation 40 h dispensation favorisent-ils cette approche réflexive ?
- Les outils et méthodes utilisés sont-ils adaptés à une analyse de la pratique? où apportent-ils de nouvelles méthodes sans pour autant analyser leur adaptabilité ?
- Les 15% des stagiaires pour lesquels les méthodes pédagogiques proposées pour l'éducation thérapeutique ne pas sont applicables à leur contexte, s'agit-il de leur contexte professionnel ou aussi du contexte culturel du patient ?
- À noter qu'au début de chaque formation, le formateur remet à chaque participant une clé USB avec un identifiant qui leur donne accès à l'ensemble des sujets abordés durant la formation, à l'ensemble des textes de référence, aux sites et bibliographies ainsi que l'accès gratuit à la revue scientifique spécialisée en ETP. 13 participants sur 16 déclarent n'avoir jamais consulté ces ressources mises à leur disposition en ligne. Paradoxalement, 15 % trouvent la documentation remise insuffisante. Là aussi, peut-on penser que les participants auraient préféré une documentation matérialisée sur support papier à une documentation en ligne ?

À la question : quels autres thèmes souhaitez-vous développer en complément de cette formation ? Les participants ont cité :

- ⇒ ETP pour les patients diabétiques
- ⇒ formations des coordonnateurs d'ETP
- ⇒ ETP pour les aidants
- ⇒ pratique des entretiens pour le diagnostic éducatif
- ⇒ mettre en place des échanges entre les professionnels formés.

b) Verbatim à chaud en fin de formation

- *L'ETP est plus claire et je comprends la notion de centré sur le patient*
- *Je me pose la question par rapport à ceux de l'équipe qui n'ont pas fait la formation*

- *Je vois l'importance du programme ville-hôpital ;*
- *L'ETP ce n'est pas ce que je croyais, j'étais plus dans l'éducation à la santé ;*
- *Je voyais l'ETP comme seulement de l'information au patient ;*
- *Je ne voyais pas une démarche aussi codifiée et cadrée, mais ça me convient ;*
- *Je sais maintenant que l'ETP s'adresse aux maladies chroniques ;*
- *Je fais la distinction entre ETP et éducation à la santé ;*
- *Très satisfaite. M'a permis de mettre au point certaines choses ;*
- *Je peux maintenant parler de l'ETP et sensibiliser les autres membres de l'équipe ;*
- *Pour moi, éducateur spécialisé, l'ETP est la philosophie de base de mon métier. Permet de voir les choses avec précision ;*
- *Je me suis projetée dans l'après-formation. Je faisais de l'ETP de manière informelle ;*
- *Permet de voir le patient autrement et laisser la liberté au patient ;*
- *J'ai apprécié le côté pratique de la formation. J'ai un penchant pour l'approche psychosociale de l'ETP. Il n'y a pas que le patient qui soit touché, mais aussi les proches et l'aidant ;*
- *C'est une autre manière de faire son travail de soignant.*

À l'issue de la formation, les participants avaient la possibilité de faire un mémoire individuel ou en groupe, afin d'obtenir en plus de l'attestation 40 H, un certificat de compétence à la dispensation de l'ETP. Ils avaient un an pour soumettre le projet à l'organisme pour validation. Seul un binôme a réalisé ce mémoire complémentaire. Le nombre restreint d'adhésion à cette proposition (qui était considérée par l'organisme comme une opportunité) questionne sur la motivation des participants à la formation des 40h ETP. Est-ce seulement une réponse à une exigence réglementaire ou une réponse à un projet personnel ou institutionnel ?

Synthèse de l'observation des formations 40h dispensation ETP

Ces trois formations de 40 h dispensées respectaient globalement les critères de qualité recommandés, notamment, l'expérience en ETP des formateurs, le lien de l'organisme avec un laboratoire de recherche – l'appui du programme sur les recommandations officielles et les critères d'autorisation des programmes des ARS (Gagnayre & Jean-François, 2014). Ces auteurs préconisent également dans les critères de qualité, un suivi post-formation, sous forme de conseils et de guidance. Ce critère a fait défaut pour les formations dispensées en Martinique. Souvent, les organismes qui dispensent et les établissements qui commandent et financent ces formations, ne disposent et ne construisent pas d'outils pour mesurer le retour sur investissement de la formation à moyen et long terme. En conséquence, sur le terrain, ce défaut de guidance se traduit par des mises en œuvre hétérogènes.

L'observation participative de cette formation et les résultats de son évaluation par les participants nous questionnent. La durée de la formation de 40 h suffit-elle pour dispenser l'ETP ? La réponse semble négative, comme l'indique une étude sur l'implication des médecins hospitaliers en éducation thérapeutique (Rey, Verdier, Fontaine, & Lelorain, 2016). Les médecins, interrogés dans cette enquête, souhaitent approfondir divers thèmes ou techniques lors de formations complémentaires. À cet égard, l'approche par analyse des pratiques professionnelles (APP) nous semble une démarche appropriée pour adapter et développer l'ETP au sein des équipes. Puisque, comme l'indique Jean Chami (2020), cette approche recherche également la transformation des acteurs, notamment par la professionnalisation et le développement des compétences. Il ajoute que l'APP peut aussi viser le changement de la situation organisationnelle ou institutionnelle.

Les autres questions en lien avec le contenu, les méthodes, les outils nous ramènent à la question de l'adaptabilité par rapport aux motivations des professionnels et plus généralement aux besoins attendus en lien avec le public bénéficiaire de l'ETP. La formation indiquée considérée comme standard est dispensée dans toute la France et ailleurs sans adaptation spécifique aux contextes. Nous posons ici l'idée de la contextualisation des formations d'ETP, voire une territorialisation en complément de la partie standard, en réponse aux besoins, aux moyens, et attentes spécifiques des professionnels et des patients concernés.

Afin justement de mieux connaître les besoins et attentes des enfants atteints de diabète de type 1, de leurs parents aussi que des professionnels qui les accompagnent, dans la prochaine étude nous avons observé quatre événements regroupant ces publics.

4.2.3 Étude N° 3 : Quatre évènements autour du diabète de type 1

Action		Publics			Durée
	Objectif	Public	Outil	Attendu	
Etude 1	Alimentation en Martinique	Repérer habitudes alimentaires	Martiniquais	Questionnaire	Comprendre habitudes pour adapter ETP
Etude 2	Formation 40h ETP	Identifier approche culturelle	Formateur Prof. de santé	Observation Entretien	Modéliser formation 40H – Prendre en compte la culture
Etude 3	ETP pour DT1	Comprendre apport ETP pour DT1	Enfants- Ado – Parents Prof; de santé	Observation Entretien- Questionnaire	Préciser les besoins en ETP pour DT1
Etude 4	Programme ETP autorisé	Analyser organisation méthode et outils	Prof de santé- Coordonnateur Patients DT2	Observation Entretien	Problématiser en vue amélioration
Etude 5	Parcours ETP hors programme	Repérer besoins éducatifs spécifiques	Prof. de santé Patients DT2	Observation Entretien	Réfléchir à contextualisation et autres intervenants
Etude 6	Programme ETP expérimental	Observer plus-value compétence culturelle des formateurs	Prof. De santé Patients DT2 Financier	Observation Questionnaire	Découvrir les champs du possible de l'ETP en contexte 972
Etude 7	ETP à domicile 14 ateliers nutrition 2 Nid d'apprentissage	Contextualiser l'ETP au domicile du patient	16 patients DT2 et aidants	Entretien-Observation Livrets MCR	Perspective de généralisation sur le territoire

Présentation

Tableau 14 : Actions de l'étude n° 3 à destination du diabète de type 1

Un partenariat entre une association martiniquaise et les services de pédiatrie du CHU de Martinique a abouti à la mise en place de quatre évènements autour du diabète de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte (AJA). Ces évènements se sont déroulés en octobre 2018 à l'Institut martiniquais du sport.

Ces manifestations ont permis de déterminer un terrain d'observation *in situ* pour rencontrer, interroger, observer les organisateurs, les professionnels et les bénéficiaires. (cf. Annexe 14).

Dans les départements d'Outre-mer, contrairement au diabète de type 2, l'incidence du diabète de type 1 est inférieure aux taux des départements de l'hexagone.

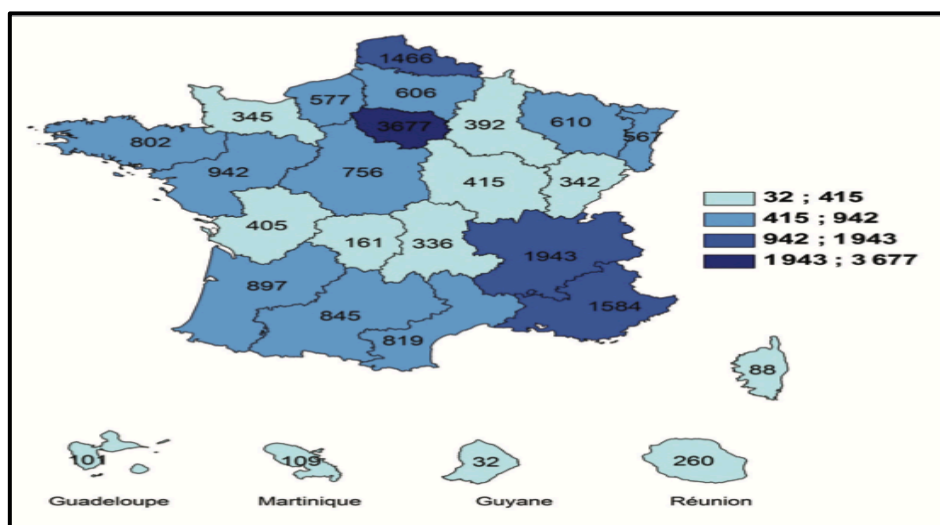


Figure 43 : Nombre de jeunes de moins de 20 ans ayant un diabète traité par insuline, en 2013, Source : La revue du praticien vol 68 - juin 2018 (Briet, et al. 2018)

Cette étude n°3 visait deux objectifs :

- 1) découvrir les problématiques rencontrées par les professionnels, les enfants et leurs parents dans la gestion du diabète de type 1 sur le territoire.
- 2) comprendre l'apport de l'éducation thérapeutique dans le diabète de type 1, notamment chez les jeunes enfants, les adolescents et leur entourage afin d'adapter les offres d'ETP aux besoins de ces jeunes bénéficiaires et de leurs parents.

Publics concernés et méthodologie

Ces évènements regroupaient :

- les professionnels de santé en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes,
- les enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de diabète de type 1 ;
- les parents de ces enfants, adolescents et jeunes adultes.

Notre réflexion s'appuie sur les outils d'enquête suivants :

- entretiens informels auprès des professionnels de santé du service de pédiatrie,
- observation in situ des quatre évènements,
- questionnaires distribués en amont, aux parents afin de recueillir des informations sur leur vécu au quotidien ainsi que leurs attentes pour améliorer et faciliter la prise en charge de leur enfant malade (*cf.* Annexe14).

Résultats et analyse

Au cours d'une rencontre pour la préparation des évènements, nous avons interrogé le coordinateur du programme ETP pour DT1 sur les attendus de l'équipe. Voici sa réponse :

« Il y aura que des choses à prendre. Parce qu'il y a actuellement peu de pratique, peu de personnel dédié à l'ETP. Il faut faire face aux difficultés des professionnels et à la souffrance des parents. De plus, la prise en charge du diabète de type 1 est différente de celle du type 2 et les professionnels libéraux (IDE et médecins scolaires) ont du mal ».

A) Formation ETP du patient adolescent en transition vers les soins adultes (*cf.* Annexe14)

Commençons notre analyse par la période de transition pour comprendre en quoi l'ETP peut aider le jeune patient à passer de la pédiatrie à la médecine adulte. Cette période coïncide avec un moment de vulnérabilité accrue pour le jeune patient. Elle peut se traduire par le développement de complications psychologiques ou l'adoption de comportements de non-

adhésion thérapeutique (ne pas se présenter aux rendez-vous de suivi, ne pas effectuer les contrôles médicaux nécessaires, oublier ou refuser de suivre un traitement prescrit...).

Les critères d'échecs et de succès de la transition sont de diverses natures : assiduité aux consultations, nombre de crises aiguës qui conduisent à un service d'urgences, apparition de complications dégénératives, satisfaction des patients et de leur famille, etc. Le critère le plus important retenu par les experts internationaux, est la perte de vue du patient lors de la transition (Jacquin, et al. 2015).

La transition : une période clé dans la vie des adolescents diabétiques de type 1.

Parce que, devenu adulte, le jeune patient devient responsable de la gestion de sa maladie et de son traitement, il est amené à quitter les services pédiatriques pour rejoindre les soins adultes. Pour opérer ce changement, le jeune a besoin d'être accompagné durant cette période de transition qui peut correspondre à un moment de vulnérabilité. Afin d'optimiser et adapter cet accompagnement à chaque adolescent ou jeune adulte, des compétences, méthodes et outils sont utiles aux soignants.

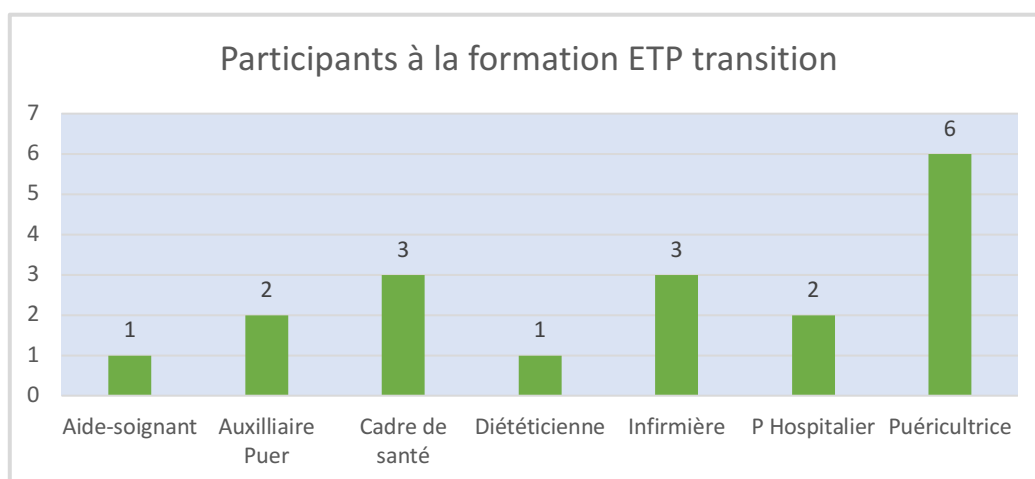
À cette formation étaient présents les professionnels du secteur pédiatrique uniquement. Toutefois, l'équipe d'experts considère comme élément déterminant, la nécessité de liens et d'échange entre les équipes pédiatriques et d'adultes. Plusieurs équipes soulignent la nécessité d'avoir un personnel formé et dédié à la transition. Le *transiteur* coordonne et s'assure du bon accrochage de la bonne prise en charge en adulte (*ibid*).

S'inscrivant à la fois dans une problématique organisationnelle (le passage d'un service à un autre) et développementale (les bouleversements inhérents à l'adolescent), cette Éducation Thérapeutique du Patient est spécifique au cadre de la transition. Elle nécessite, de la part des soignants, de développer des compétences tout aussi spécifiques pour réaliser un apprentissage adapté. Il convient de réfléchir à la nécessité de l'adaptation de l'ETP transition à l'adolescent et au jeune adulte martiniquais.

L'animation de cette formation de trois jours (8-9-10 novembre 2018) était assurée par une pédiatre spécialisée en ETP chez l'enfant et l'adolescent.

17 professionnels de santé des secteurs pédiatriques en ont bénéficié, soient ;

- ⇒ 15 professionnels du CHU Martinique
- ⇒ un de la collectivité territoriale
- ⇒ un professionnel d'une société privée de distribution de dispositifs médicaux



Graphique 17 : Catégories professionnelles ayant participé la formation transition ETP

Comme l'explique Nadia Tubiara-Rufi (2002), pédiatre, la période d'adolescence est propice au déséquilibre glycémique et à l'inobservance thérapeutique : cette tranche d'âge est liée à des enjeux et tâches comportementales qui entrent en conflit avec les exigences de la maladie chronique. Il importe, dit-elle, que la prise en charge médicale et éducative en tienne compte, et ne soit pas reproduite selon l'éducation de l'adulte dans le diabète de type 2.

L'objectif de cette formation était ainsi de permettre aux soignants d'élaborer des actions éducatives pour préparer l'adolescent atteint de maladie chronique, à la transition de la pédiatrie à la médecine adulte⁵⁵, en inscrivant cette éducation dans des choix organisationnels.

La transition dans ce cas est définie comme « un processus long qui comprend la préparation au passage en pédiatrie, le passage et ses changements, jusqu'à ce que l'accrochage en diabétologie pour adultes soit considéré comme satisfaisant par le patient et les soignants » [...]. L'enjeu de la transition est avant tout de permettre aux adolescents et jeunes adultes de continuer à bénéficier des meilleurs soins, sans rupture (Jacquin, et al. 2015).

Pendant la formation, les stagiaires ont travaillé sur des compétences spécifiques à partir de cas et de problématiques organisationnelles et développementales, rencontrées sur leur terrain. Ils ont appris à mieux se connaître, à réfléchir ensemble, et ont tissé des liens. Un modèle commun est alors co-construit, discuté et finalisé en groupe avec l'aide de l'intervenant. Trois pathologies étaient ciblées : le diabète de type 1, la drépanocytose et l'asthme.

⁵⁵Le docteur P. Jacquin et ses confrères indiquent que bien des patients de 18-19 ans ne se sentent « pas assez adultes pour aller chez les adultes ». De plus, le passage signe de façon irrévocable la chronicité, c'est à dire la maladie « à vie », dimension dont on peut se sentir magiquement protégé en pédiatrie. Ce sentiment transparait chez les patients – ou même chez des soignants – qui souhaitent retarder au maximum le passage en adulte. – De leur côté, les parents sont nombreux à partager ces peurs et réticences au passage en service pour adultes. Leurs liens solides et anciens avec la pédiatrie leur semblent une sécurité dont ils ne sauraient se passer.



Partage d'expériences professionnelles des stagiaires lors de la formation transition.

Au terme des trois jours de formation, les participants ont exprimé la satisfaction d'avoir mené une réflexion conjointe sur une problématique commune. Un regret a été notifié tout de même, le manque de professionnels de services adultes concernés par la transition.

B) Journée de formation pour les adolescents et les professionnels qui les prennent en charge

Cette formation avait comme objectif de créer du lien entre les adolescents DT1 et les professionnels de santé autour d'activités d'apprentissage.

Le diabète de type 1 impose des contraintes majeures, comme la gestion pluriquotidienne des injections d'insuline, de l'alimentation et de l'activité physique, qui permettent aux adolescents d'atteindre les objectifs fixés par les professionnels de santé, afin de prévenir les complications aiguës ou chroniques liées à la maladie. Les professionnels n'étant pas présents en permanence, les enfants et leurs familles sont contraints de s'autonomiser, tant dans le traitement que dans la surveillance des signes cliniques pour atteindre les objectifs médicaux. Ainsi, tout en acceptant la poursuite de l'engagement parental, les adolescents diabétiques doivent gagner en indépendance et en responsabilité quant à l'autogestion de leur maladie (Colson, et al. 2016).

Cette journée s'est déroulée le 13 octobre 2018. L'intention pédagogique était de faire découvrir, aux adolescents et aux professionnels qui les prennent en charge, l'organisation d'une journée d'ETP avec des ateliers participatifs.

Une pédiatre diabétologue du CHU de Toulouse, Vice-présidente de l'Association Nationale de l'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD), animait cette formation. 16 adolescents étaient inscrits, 14 étaient présents. Les deux autres se sont excusés par la suite (maladie et problème de transport).

La journée a débuté vers 9 h par les présentations individuelles, ainsi que la présentation du déroulement de la journée. Cette première partie permettait au groupe de se connaître et aux adolescents de s'exprimer sur leurs représentations et vécus du diabète. Ils se sont exprimés sur : *Ce que j'aime, ce que je n'aime pas — ce que représente le diabète pour moi.*

Les autres ateliers ont abordé :

– *l'alimentation* : identifier les représentations des adolescents sur l'alimentation ;



– *l'insuline* : adapter la dose d'insuline au moment du repas, faire une injection ou un bolus⁵⁶ ;

– *la physiologie* : décrire la digestion et l'absorption des glucides ;

– *le vécu avec la maladie* : réfléchir à son vécu « d'aujourd'hui » avec le diabète et aussi à « son demain », toujours avec le diabète.

Le déjeuner pris en plein air a été un moment de convivialité. Des petits groupes d'adolescents se sont créés.

En fin de journée, lors de l'évaluation à chaud chacun a pu s'exprimer sur : ce qui a plu, ce qui a intéressé, ce qui n'a pas plu. Pour finir il y a eu le rappel des messages clés.



Comme l'explique le pédiatre Nadia Tubiara-Rufi (2002), la période d'adolescence est propice au déséquilibre glycémique et à l'inobservance thérapeutique, parce que cette tranche d'âge comporte des enjeux et tâches comportementales qui entrent en conflit avec

⁵⁶ Le bolus correspond à l'insuline nécessaire pour couvrir les besoins liés aux repas. Il s'agit d'une injection d'insuline rapide au moment des repas. Le nombre d'unités injectées dépend du nombre de glucides ingérés.

les exigences de la maladie chronique. Il importe, dit-elle, que la prise en charge médicale et éducative en tienne compte, et ne soit pas reproduite selon l'éducation de l'adulte dans le diabète de type 2.

Le dernier évènement a regroupé deux temps forts :

- un temps récréatif et festif pour les enfants adolescents et jeunes adultes ;
- un espace de parole dédié à leurs parents.

C) Journée récréative



*Diabétique et
alors ?!*

13-14 Octobre 2018



Cette manifestation a rassemblé environ 150 participants. Des artistes et experts de différents domaines ont animé les ateliers d'activités physiques, culinaires, sportives, artistiques et culturelles à l'attention d'enfants diabétiques à partir de 2 ans, d'adolescents, de jeunes adultes et de leurs parents. Des professionnels de santé et des éducateurs ont assuré l'encadrement.

Les objectifs de cette journée visaient à :

- produire de la convivialité,
- créer du lien entre jeunes patients diabétiques,
- offrir aux parents un temps et un espace de discussion avec les professionnels,
- bénéficier des conseils et expériences de la vice-présidente de l'association nationale de l'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD) en vue de la création d'une association similaire en Martinique.

D) Espace de parole dédié aux parents des enfants DT1

Au quotidien, les parents à domicile assurent les soins des enfants diabétiques de type 1. Afin de leur permettre de s'exprimer, un espace de parole leur était dédié. Ils ont échangé avec les professionnels de santé et l'association présente sur leurs vécus, leurs craintes, leurs attentes. En amont un questionnaire leur avait été remis (*cf.* Annexe14).

Synthèse de la démarche réflexive sur le diabète de type 1

Cette semaine d'évènements autour du diabète de type 1 a trouvé sa cohérence dans l'expression d'un besoin de complémentarité, pour le suivi et l'accompagnement des enfants et adolescents diabétiques sur le territoire de Martinique. Ces publics ont clairement notifié leur besoin d'expression et d'épanouissement avec la maladie, dans leur environnement culturel. En effet, dans le diabète de type 1, l'éducation thérapeutique s'adresse à l'enfant, à ses parents, mais également, nous l'avons vu, à l'ensemble des acteurs médicaux, sociaux et éducatifs qui participent à l'épanouissement et l'apprentissage de l'enfant et de son entourage familial.

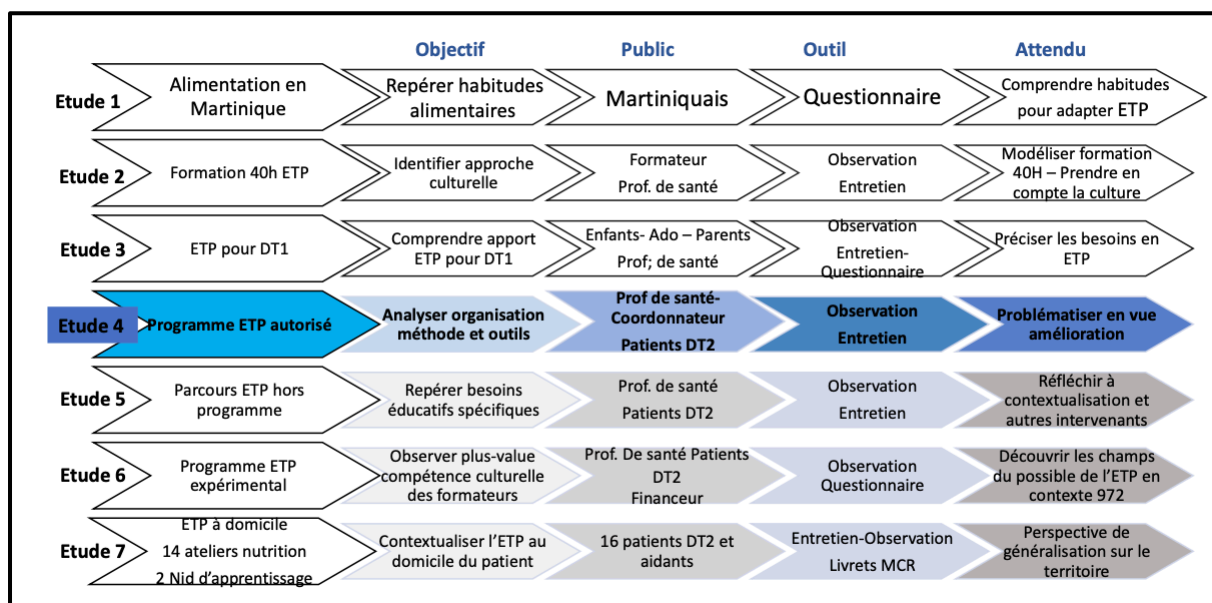
Le pédiatre Tubiana-Rufi insiste sur le fait que l'investissement de l'équipe d'éducation thérapeutique et psychosociale passe par le développement de réseau de soins avec la médecine scolaire et les équipes éducatives scolaires, les infirmiers libéraux, les établissements de soins à domicile, les structures sociales de secteurs, etc. Elle précise que les travaux de son équipe, notamment à l'hôpital ont mis en lumière la nécessité d'une approche globale qui prenne en compte la culture de la famille. Ce pédiatre estime cette collaboration nécessaire et efficace, parce qu'elle concerne la santé physique de l'enfant mais également l'équilibre psycho-affectif et social des enfants et de leurs parents (Tubiana-Rufi, 2004).

Au cours de ces journées consacrées au diabète de type 1, la mise en mots par les enfants et leurs parents de leurs maux, de leurs expériences et de leurs attentes témoignait d'un désir de relation, de communication, de sortie du silence, d'une tentative de ne plus être exclus par eux-mêmes ni par les autres, pour rester en lien avec d'autres, avec les autres.

C'est également l'idée défendue par David Naudin dans sa thèse sur l'importance des fonctions exécutives dans l'observance thérapeutique chez les patients qui présentent un diabète de type 1. Pour lui, l'enjeu consisterait à mettre l'accent, dès le diagnostic éducatif et à chaque séance, sur l'environnement, le vécu, et le projet du patient, mais aujourd'hui, ce n'est pas le cas de manière explicite dans les programmes d'ETP (Naudin, 2019). Et pourtant, ceci permettra une meilleure gestion de la maladie et par conséquent un meilleur pronostic.

L'environnement, le milieu, le vécu ramènent à l'écologie au sens où nous l'entendons dans notre sigle ÉTAPE ainsi qu'à l'adaptation aux contextes de la personne malade. Nous avons alors dans l'étude suivante rencontré et observé des acteurs de programmes d'ETP autorisés pour personnes diabétiques de type 2.

4.2.4 Étude N°4 : Observation des deux programmes d'ETP autorisés pour DT2



Réalisée en avril-mai 2019, cette étude n°5 permet une analyse qualitative des deux programmes d'ETP autorisés en 2015 (après la loi HST de 2009) par l'ARS Martinique pour personnes diabétiques de type 2. Nous les observons quatre ans après leur mise en œuvre.

Nous faisons d'abord un point chiffré, sur le diabète de type 2. En 1995, l'Association Américaine de Diabétologie (ADA) a fixé le seuil glycémique qui révèle l'existence du diabète à 1,26 gr par litre de sang. L'OMS a validé ce nouveau seuil en 1998. En France, l'ANAES l'a adopté en 1999. Selon le rapport de l'OMS sur le diabète en 2016, le diabète de type 2 résulte de l'utilisation inefficace de l'insuline par l'organisme.

Dans son édition de 2019, l'atlas du diabète de la Fédération Internationale Diabète (FID) dénombre 9,3 % des adultes âgés de 20 à 79 ans dans le monde, soit le chiffre alarmant de 463 millions de personnes qui vivent avec le diabète. Selon les estimations de la FID, 578 millions d'adultes seront atteints de diabète d'ici 2030 et 700 millions d'ici 2045. Cette situation positionne le diabète en général et le diabète de type 2 en particulier comme un problème préoccupant de santé publique.

En Martinique, les enquêtes Escal et Kannari (résultats ci-dessous), montrent sans conteste une évolution rapide de la prévalence du diabète sur le territoire en dix ans.

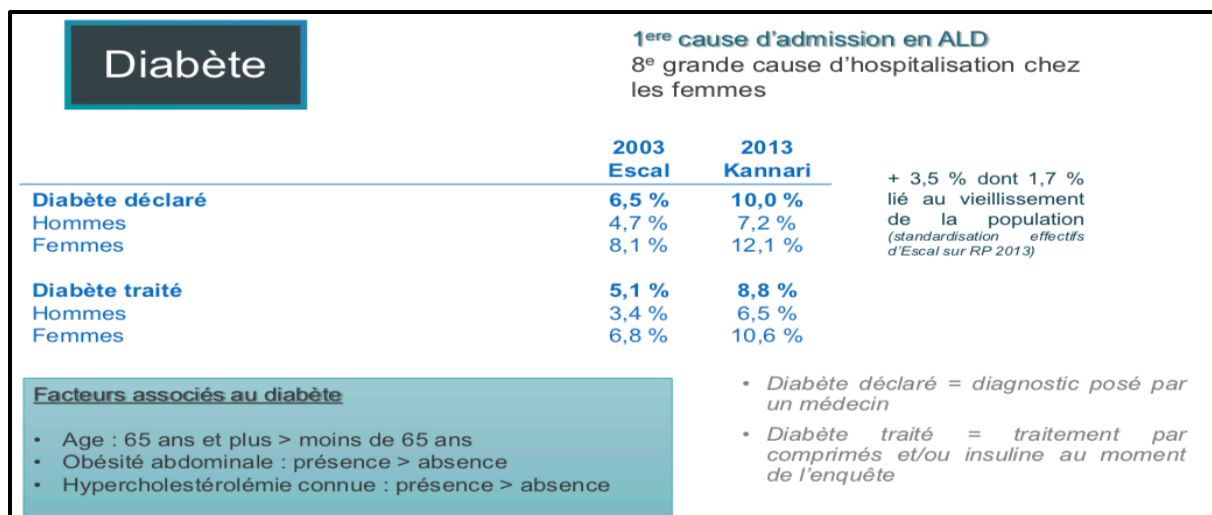


Figure 45 : Évolution rapide de la prévalence du diabète en Martinique entre 2003 et 2014 (Merle, Mélan, & Neller 2017)

Présentation de l'étude N° 4

Cette étude réalisée en avril-mai 2019 fait une analyse qualitative des deux programmes d'ETP autorisés par l'ARS Martinique pour patients diabétiques de type 2 en 2015.

Un programme de ville

Porté par une association de professionnels de santé dans le sud de l'île, le programme de six ateliers se déroule au centre médical, dans une salle de consultation aménagée ponctuellement pour l'ETP. Les intervenants sont des professionnels libéraux : médecin, diététicienne, psychologue et infirmières. Le même jour, nous avons observé un atelier de diététique et un autre avec la psychologue.

Un programme hospitalier

Il se déroule au CHU en hospitalisation de semaine du service de diabétologie — endocrinologie. Une salle et une équipe sont dédiées à l'ETP (infirmière, diététicienne, podologue). Les séances d'ETP se déroulent le matin du lundi au vendredi. Les patients partagent les déjeuners avec l'IDE et la diététicienne. Le reste du temps, ils vivent au rythme de l'hospitalisation classique avec des visites médicales quotidiennes.

Pour cette analyse nous avons souhaité :

- ⇒ découvrir l'organisation de ces deux programmes d'ETP,
- ⇒ identifier les courants pédagogiques utilisés pour la transmission des savoirs, ainsi que les outils utilisés,

- ⇒ repérer les éléments culturels qui se rapprochent du contexte local,
- ⇒ observer les stratégies d’alliance et de résistance thérapeutique,
- ⇒ connaître les axes de collaboration avec les autres acteurs.

Public concerné et méthodologie

Pour l’enquête, nous avons obtenu l’accord des médecins coordonnateurs des deux programmes. L’observation participative et les entretiens semi-directifs complémentaires sont les outils que nous avons privilégiés pour le recueil de données nécessaires à l’analyse. Certains entretiens sont enregistrés et retranscrits (*cf.* Annexe 15).

Programmes	Temps d’observation	Outils de recueil	Période
<i>Programme de ville</i>	2 ateliers de 2 heures	Observation Entretien coordonnateur	
<i>Programme hospitalier</i>	4 demi-journées	Observation Entretiens professionnels Entretiens patients Entretien coordonnateur	Avril 2019

Tableau 15 : Modalités de recueil des données.

Cette 4^{ème} étude nous a permis de :

- découvrir l’organisation de ces deux programmes d’ETP,
- identifier les courants pédagogiques utilisés pour la transmission des savoirs, ainsi que les outils utilisés,
- repérer les éléments culturels qui se rapprochent du contexte local,
- observer les stratégies d’alliance et de résistance thérapeutique ,
- voir les axes de collaboration avec les autres acteurs.

Nos observations se sont plus particulièrement centrées sur :

- les professionnels qui dispensent l’ETP (approche pédagogique et didactique)
- les patients diabétiques qui participent aux programmes (interaction — positionnement...)

Résultats et analyse

1) *Le programme de ville*

Le déroulement de l’atelier diététique

Dans le programme deux ateliers de diététique sont prévus. Celui que nous observons est le second (*cf.* Annexe15). Le premier ayant eu lieu un mois auparavant. Les participants sont au nombre de six, que des femmes, dont une adolescente de 16 ans chez qui on a découvert récemment un DT1 (elle sera vue par la suite en entretien individuel).

La diététicienne rappelle des thèmes abordés lors du premier atelier (le mois précédent) : l'équilibre alimentaire, les familles d'aliments, le rôle des fibres, l'importance des féculents, à quel moment consommer les fruits, les sucres ajoutés, les produits light, les édulcorants. Elle invite les participantes à s'exprimer sur les actions qu'elles ont mises en place depuis le précédent atelier. Les réponses tardent à venir :

Une participante : -*Wouai ! comme d'habitude*

Diététicienne : comme d'habitude ? Ça n'a pas changé depuis l'atelier ?

Toutes en même temps : *Je fais avec - C'est compliqué - Un jour je fais, un jour je ne fais pas - Étant-donné que je travaille c'est compliqué.*

La diététicienne fait une révision des connaissances et prend le temps de répondre aux questions. Elle projette un diaporama pour rappeler les familles d'aliments, et interroge les participants sur l'équilibre alimentaire.

Après ½ h de discussion, elle débute le thème du jour : *l'étiquetage nutritionnel*. La diététicienne illustre ses propos à l'aide des boîtes et emballages vides de produits alimentaires. Elle fait passer des emballages d'aliments pour que les participants analysent tour à tour les étiquettes. En complément, un écran vidéo permet de projeter des documents en lien avec le thème.

L'atelier est interactif, il se déroule exclusivement en français. Toutes les personnes se sont exprimées, certaines plus que d'autres. L'adolescente y a pris part et la diététicienne lui a précisé qu'elle sera vue individuellement.

À la fin de la séance, la diététicienne distribue à chacune des participantes des documents comprenant des exemples de menus cuisinés avec des produits importés. Elle leur indique qu'elles peuvent adapter les recettes avec les produits locaux.

Atelier de la psychologue

Il s'agissait d'un espace de parole sans thème prédéfini. Nous n'avons pas été autorisée à enregistrer les échanges pour des raisons de confidentialité. Les participantes ont discuté pendant une heure de leur quotidien avec la maladie dans un climat détendu où la parole était libre. Les discussions ont porté sur des généralités, les difficultés organisationnelles ; pour certaines, les difficultés liées au traitement et au « régime alimentaire » en raison du prix élevé des produits locaux pour d'autres. La jeune adolescente ne s'est pas beaucoup exprimée. Elle sera vue en individuel dans un second temps.

Coordination du programme

La semaine suivante, nous avons eu un entretien avec le médecin coordonnateur du programme. Au cours des échanges, elle fait ressortir trois difficultés majeures qui impactent le programme :

- ⇒ l'absentéisme chez les patients, surtout en fin de programme. Quelquefois, des ateliers étaient annulés au dernier moment, faute de participants en nombre suffisant. D'où l'idée de fusionner deux ateliers le même jour pour que les patients se déplacent moins souvent.
- ⇒ la gestion des rendez-vous. Les animateurs des ateliers sont des professionnels en exercice et ne disposent pas de temps dédié à la gestion des rendez-vous.
- ⇒ le retard de mise à jour du dossier pour l'évaluation quadriennale et la demande de renouvellement du programme. Le coordonnateur considère que c'est un travail chronophage pour lequel elle ne dispose pas du temps nécessaire.

Cette difficulté devrait être résolue par l'embauche d'une secrétaire dans un futur proche.

2) *Le programme hospitalier*

Dans le service de diabétologie/endocrinologie du CHU (site de Fort-de-France), une unité fonctionnelle (UF) d'hôpital de semaine d'éducation thérapeutique accueille les patients diabétiques pour un programme de cinq jours consécutifs. Exceptionnellement, la semaine durant laquelle nous menons nos observations sera de quatre jours parce que ce vendredi-là est chômé.

Nous sommes lundi matin ; dans ce groupe, deux patients sont admis dans le service depuis le vendredi de la semaine précédente, et les autres, depuis le dimanche.

Vers 10 h, l'infirmière d'éducation passe dans les chambres et invite les patients à rejoindre la salle d'éducation avec leur matériel de surveillance glycémique (carnet, appareil à dextro⁵⁷, insuline).

Le groupe est hétérogène tant au niveau, du sexe, de l'âge, de l'ancienneté dans la maladie, du lieu d'habitation, de la situation sociale, etc.

⁵⁷ Le terme dextro est couramment utilisé pour indiquer la glycémie capillaire. Appelé aussi hémoglucotest c'est une technique de mesure simple et rapide de la glycémie (taux de glucose dans le sang). Il est réalisé avec un petit appareil, le lecteur de glycémie, qui peut être utilisé par le personnel médical, par le patient lui-même ou encore par ses aidants ou proches.

Prénom ⁵⁸	Sexe	Âge	Nombre d'années
Berthé	H	75 ans	20 ans
Philippe	H	50 ans	15 ans
Juliette	F	55 ans	10 ans
M-Claire	F	+ 60	4 ans
Clémire	F	65 ans	3ans
Marthe	F	82 ans	2 mois
Lydia	F	50 ans	3 semaines

Tableau 16 : Répartition des patients selon le sexe, l'âge et l'ancienneté dans la maladie

Une personne est originaire de La Dominique⁵⁹ ; elle a des difficultés à s'exprimer en français mais le comprend.

Déroulement du programme

Le premier jour, la séance co-animée par l'infirmière et la diététicienne débute par un tour de table. Chacun se présente, parle de son diabète (ce que la maladie a changé dans sa vie, du nombre d'années de maladie...) ainsi que de ses attentes. A notre tour, nous présentons la raison de notre présence.

Les préoccupations et attentes des patients gravitent autour de l'alimentation, la glycémie et le traitement, notamment l'insulinothérapie.

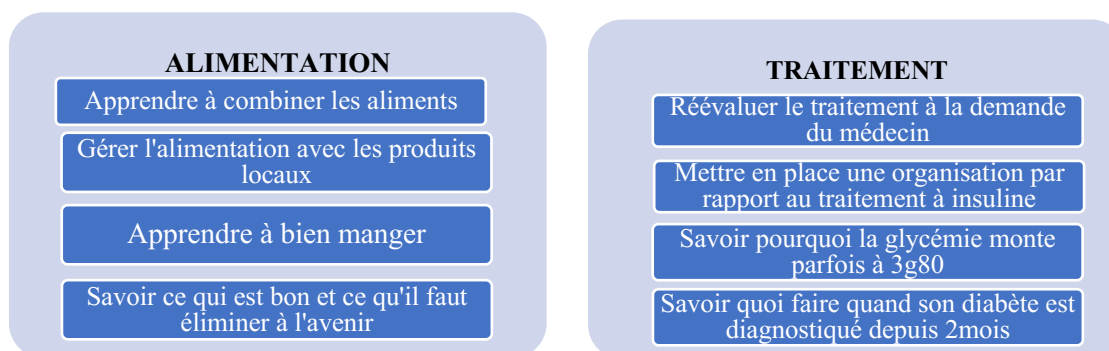


Figure 46 : les attentes des patients pour cette semaine d'éducation thérapeutique

Avec 3, 7, 10 et 20 ans de diabète, ces patients participent pour la première fois à des ateliers d'éducation thérapeutique (sauf un qui a déjà été hospitalisé dans ce service). Ils sont adressés par leur médecin traitant ou suite à une consultation en ambulatoire. Ils donnent

⁵⁸ Il s'agit de prénoms d'emprunt afin de respecter la confidentialité des personnes et des données. De même, les dates du stage ne sont pas mentionnées.

⁵⁹ La Dominique est un pays et une île de l'archipel des Caraïbes. Elle est située à 41 km au Nord-ouest de la Martinique.

l'impression de découvrir pour la première fois les notions de base du diabète (les normes glycémiques, les complications, l'alimentation...). Une patiente, diagnostiquée diabétique depuis deux mois, manifeste une grande inquiétude.

Les outils pédagogiques

Les supports et outils utilisés sont les suivants : téléviseur pour vidéo projection, photocopies qui informent sur des dispositifs comme la pompe à insuline.

Contenu de l'atelier co-animé par l'infirmière et la diététicienne (Cf. Annexe 16)

La langue utilisée : le français est très majoritairement utilisé durant les différents ateliers. Clémire, créolophone originaire de la Dominique, comprend le français, mais ne le parle pas. En regardant ses résultats du dextro avant le déjeuner, (2,70), l'infirmière l'interroge : *Ki sa ou ka pensé* (qu'est-ce que tu en penses ?). Elle s'explique en créole : *mien pa sav pou ki sa i rô kon sa !* (je ne sais pas pourquoi le résultat est si élevé).

Les autres commentent leur résultat, pour certains par rapport aux chiffres habituels, d'autres par rapport au petit-déjeuner. L'infirmière répond à leurs questions pendant que la diététicienne procède à la mise en place du déjeuner qui se rend dans la même salle.

Le repas est pris ensemble

Une fois le matériel de surveillance de la glycémie rangé, les mains désinfectées, chacun garde sa même place, les repas sont pris ensemble, en présence de la diététicienne et de l'infirmière. La discussion se poursuit, les patients peuvent faire le lien avec les informations reçues, comme en témoignent les propos ci-dessous :



Photo : Discussion autour de l'alimentation entre professionnels et patients lors du déjeuner

Juliette, diabétique depuis une dizaine d'années : « Mon médecin traitant quand je le voyais il me disait de mettre des légumes verts dans mon repas mais ce n'était pas comme ici . Pour moi légumes verts, c'était légumes de couleur verte : je ne savais pas que carotte, betterave et christophine, c'était des légumes verts ».

Philippe diabétique depuis 15 années « Pour le patient appréhender la maladie c'est quelque chose mais la pratiquer et comprendre, c'est autre chose ».

Marie-Claire diabétique depuis 3 ans « Pour moi, il est important qu'on me montre ».

Après le déjeuner les patients regagnent leur chambre. L'infirmière enregistre les résultats des glycémies dans les dossiers informatisés.

L'atelier de podologie en prévention des complications

Le « cours » est théorique ; toutefois, la podologue pose souvent des questions, ce qui crée une interactivité avec les patients. L'atelier est animé uniquement en langue française. (cf.



Annexe 17).

Durant l'atelier, elle utilise également des supports audiovisuels.

Chaque patient est vu par la podologue après l'atelier, individuellement, dans sa

chambre ou dans une salle dédiée, pour un examen des pieds avec des soins personnalisés si nécessaire.

Le suivi médical durant l'hospitalisation de semaine

Les patients sont consultés quotidiennement par les internes. Trois fois par semaine ont lieu les « grandes visites médicales » au lit des patients avec le chef de service, les autres praticiens du service et les paramédicaux.

Le dossier de soins est informatisé et les données sont enregistrées en temps réel par les différentes catégories de professionnels. Cela permet à chacun de bénéficier des informations qui l'intéressent pour la continuité des soins.

Le point de vue des patients au terme du programme

Au terme des quatre jours, à l'évaluation, les patients, à tour de rôle, expriment leur satisfaction d'avoir reçu des informations sur la maladie leur permettant de mieux comprendre certains points, notamment au niveau de l'alimentation, pour mieux vivre avec

la maladie. Certains ont tissé des liens et sont allés marcher ensemble matin et soir autour de l'hôpital. D'autres se sont promis de se revoir. Cette situation nous renvoie à la notion « d'enchantement » et de « suspension de la réalité » que décrit Maryvette Balcou-Debussche à l'occasion d'une étude à La Réunion. Elle rapporte que pour certains patients, l'hospitalisation représente un moment où le malade se restaure sur le plan psychologique. De plus, l'expertise des professionnels, la sensation de sécurité et la continuité des soins constituent un temps particulier dans la gestion de la maladie. (Balcou-Debussche, 2006, p. 55). L'exemple qui suit fait écho à cette notion de suspension des réalités :

Analyse qualitative des deux programmes d'ETP autorisés pour diabétiques de type 2

L'organisation des programmes

Nous avons procédé à une analyse thématique. Le contenu des deux programmes est quasiment similaire (diététique - physiologie- pathologie, - podologie...) mais l'organisation diffère. Nous précisons que pour le programme de ville nous avons participé qu'à deux ateliers et non pas à l'ensemble.

Organisation - méthodes - outils	Programme de ville	Programme hospitalier
Durée	Six ateliers de 2h chacun (sur 6 mois)	Ensemble du programme en HDS 4 ou 5 jours consécutifs
Provenance des patients inclus	Sud de la Martinique	Tout le territoire
Origine des patients	Martinique	Martinique et un patient de Dominique
Méthode pédagogique Outils	Style scolaire (enseignant- enseigné) – Contenu prédéfini, répétitif Classique : vidéo projecteur – écran TV- photocopies Boîtes vides (alimentation)	Réajustement des notions sur l'alimentation lors des repas pris ensemble.
Langue parlée par les intervenants et les patients	Français	Français en grande majorité. Très peu de créole
Composition des groupes	Hétérogène	Hétérogène
Stratégie de groupe	Interactif	Interactif
Collaboration entre ces deux programmes	Néant	Néant
Éléments du contexte culturel	Peu marqué	- Discussion autour de l'usage des plantes médicinales, - Partage de recettes, - Questionnement sur la teneur en sucre des fruits et légumes locaux.

Tableau17 : Comparaison des deux programmes d'ETP autorisés par l'ARS pour DT2

La diététicienne aborde le sujet de l'activité physique, Marie-Claire dit « *J'ai un pied cassé et chez moi, je ne peux pas faire l'activité physique* ». Cependant, dès le deuxième jour, et les jours suivants, matin et soir, elle va se promener autour de l'hôpital avec Clémire. De plus, elle avoue ne pas suivre le traitement prescrit pour le diabète mais elle est surprise de voir sa glycémie s'améliorer au bout de deux jours d'hospitalisation.

Analyse qualitative des deux programmes d'ETP autorisés pour diabétiques de type 2

L'organisation des programmes

Nous avons procédé à une analyse thématique. Le contenu des deux programmes est quasiment similaire (diététique - physiologie- pathologie, - podologie...) mais l'organisation diffère. Nous précisons que pour le programme de ville nous avons participé qu'à deux ateliers et non pas à l'ensemble.

Tableau17 : Comparaison des deux programmes d'ETP autorisés par l'ARS pour DT2

L'hétérogénéité des patients

Clémire, d'origine étrangère, créolophone, s'est montrée peu bavarde au cours des ateliers. En revanche, elle avait un carnet sur lequel elle prenait des notes.

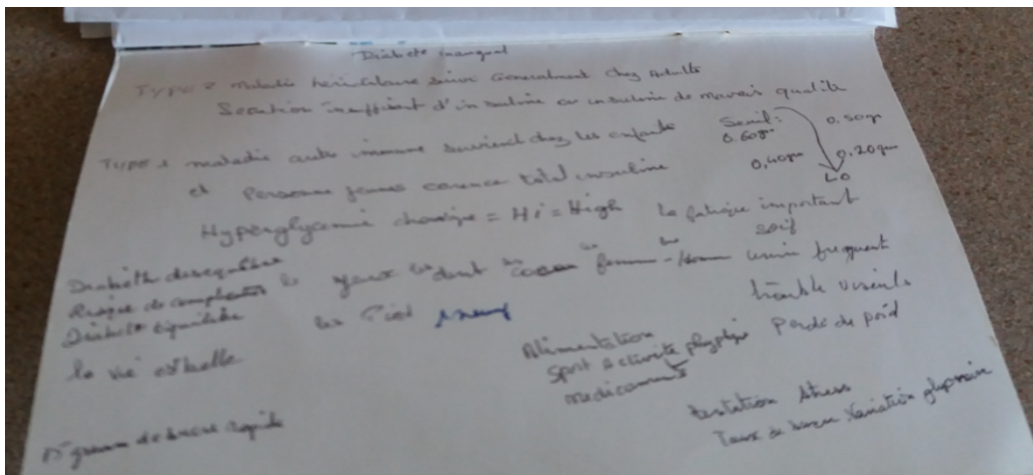


Figure 47: Prise de notes de Clémire pendant l'atelier : anglo-créolophone qui ne parle pas français. En entretien, elle nous dit comprendre le français, mais le parle peu. Elle a mis en place une stratégie qui consiste à écrire tout ce qu'elle entend ou qu'elle voit à l'écran, ensuite, en relisant, elle essaie de mieux donner un sens aux mots.

Nous consultons ses notes et lui demandons la signification du mot « héréditaire » qu'elle a retranscrit. Sa réponse : *Mwen pa sav.* (Je ne sais pas.). Elle nous explique qu'une fois arrivée

à son domicile, à l'aide d'un dictionnaire (français), elle cherche la signification des mots qu'elle n'a pas compris.

Que penser de cette situation et de cette auto-formation *a posteriori*, alors qu'elle aurait pu trouver des réponses immédiates sur place ? Pourquoi n'a-t-elle pas osé s'exprimer ? Les éducateurs s'en sont-ils rendu compte ? Quels outils mettre en place dans une telle situation ? Comment évaluer l'apprentissage de chaque patient après un programme, en ville ou à l'hôpital ?

Ce cas nous conduit à interroger le concept de l'*altérité* dans les situations d'apprentissage en ETP, à l'instar de Jessica Caroupin et Delphine Ballet qui, dans une enquête sur l'altérité lors des interventions éducatives en santé, analysent la littératie en santé d'une vingtaine de personnes diabétiques issues de l'immigration. Ces chercheuses mettent en évidence la nécessité de préparer le patient à construire ses questions et oser les poser : elles préconisent que des moments et espaces moins formels soient aussi laissés aux patients pour s'exprimer sur leurs possibles incompréhensions (Caroupin & Ballet, 2018).

Au vu des préconisations de ces auteures, l'attitude de Clémire nous renvoie à la thèse de Lorène Labridy (2009) qui a étudié deux tenants d'une même réalité, à savoir l'étroite relation entre langues, espace urbain et migrations en situation de diglossie à Fort de France en Martinique. Elle révèle que :

Le rôle du créole par un migrant n'est pas perçu au premier abord. Il ne conditionne pas le choix de la Martinique comme terre d'accueil et ne semble pas nécessaire dans les rapports avec les autochtones. Cependant, tous les migrants n'ont pas la même attitude vis-à-vis du créole. Même si la plupart s'accordent à dire que cela ne suffit pas, la maîtrise du créole, active ou passive, revêt une certaine importance en termes de preuve de l'intérêt que le migrant portera à la société d'accueil. En effet, cette marque d'intérêt, participe implicitement de l'intégration. Ce constat n'est pas décelé dans le discours des migrants, mais dans celui des non-migrants qui associe le créole comme étant « un outil communautaire », et son utilisation comme étant « une manière de se faire comprendre ». Il agirait aussi comme « un lien social et [serait] une langue de reconnaissance » (Labridy, 2015)

Notre observation de la stratégie d'apprentissage mise en place par Clémire soulève néanmoins d'autres questions liées aux situations d'apprentissage en ETP notamment :

- ⇒ la question de la langue parlée dans un contexte de diglossie (français-créole) que nous avons évoqué dans le cadre conceptuel ;
- ⇒ la question de l'ETP pour des personnes en situation illettrisme ;
- ⇒ la personnalisation de l'apprentissage au sein d'un groupe hétérogène.

Autant de circonstances qui convoquent le concept d'adaptation ou d'ajustement dans les programmes et activité d'ETP.

Nous poursuivons avec les avis de professionnels de santé sur la place de la culture dans le suivi du diabète

Dans nos entretiens nous avons demandé à ces professionnels leur avis à propos d'éléments culturels dans la prise en charge de la personne diabétique en Martinique. Voici quelques extraits de réponses qui sont plus complètes en (Cf. Annexe 19).

L'usage des plantes médicinales

Selon un médecin :

« Ce qu'il y a c'est qu'on est dans l'urgence thérapeutique, les patients ne nous parlent pas de leur usage de plantes ou autres pratiques parce que nous n'en sommes pas. Mais on gagnerait à les interroger sur leur pharmacopée propre. Cela les mettrait plus à l'aise, ça permettrait un climat de confiance. Le patient pouvant s'exprimer, c'est qu'on reconnaît qu'il a droit à ses croyances et ce climat de confiance ne peut être que bénéfique pour sa prise en charge. Le discours médical peut être plus fluide si on a cet échange avec lui ».

Elle poursuit :

« L'infirmière en éducation a l'occasion de demander et d'entendre des choses que nous médecins ne demandons pas, parce que nous ne sommes pas du tout dessus. Elle a ce retour parce qu'elle passe du temps avec eux. Mais ce n'est pas intégré dans notre interrogatoire ni dans notre approche ».

Points de vue sur l'alimentation

D'après un interne :

« C'est surtout au niveau alimentaire, que ce soit ici ou en métropole. À Noël par exemple, il y aura toujours des écarts. Les gens vont se dire qu'ils attendent la nouvelle année pour reprendre les bonnes habitudes alimentaires. Noël est souvent facteur de décompensation. Après, le carnaval a plus de conséquences ici qu'en métropole ».

Un autre médecin :

« Moi je pense, et c'est ce que nous ne faisons pas, c'est de mettre le patient dans une sorte d'exploration de sa propre histoire concernant la façon dont nos ancêtres mangeaient. Les habitudes culturelles alimentaires, peut-être qu'il faudrait que nous puissions les explorer dans notre message éducatif, pour que le patient puisse redécouvrir et interroger les pratiques alimentaires de ses ancêtres ».

Une diététicienne nous confie : *« On constate que les infirmières au sein du service ne sont pas au fait de l'alimentation et de la nutrition ».*

Au regard du profil des patients dans les deux programmes, nous avons cherché à avoir l'avis des professionnels sur le parcours de soins de la personne diabétique en Martinique.

« Les plus difficiles sont ceux qui ont plus de 10 ans de diabète. Alors que quand le diabète est inaugural, il est éduqué au début, il est plus réceptif. Parfois, nous avons connu des patients à 2 ans de diabète et c'est au bout de 8 à 10 ans que le message commence à entrer. Peut-être que le temps d'acceptation est long. La solution serait de faire passer l'information dès le début et de ne pas banaliser le diabète. Cette information devrait être faite par le médecin traitant. Il faudrait que le parcours de soins prévoie un relais ».

D'après un interne en médecine

« Beaucoup de patients se sentent bien cliniquement alors qu'ils sont déséquilibrés ; mais ils n'ont pas nécessairement besoin d'être hospitalisés. Une prise en charge en ambulatoire permettrait moins d'hospitalisation pour laisser la place aux vraies décompensations. Mais c'est tout un travail en amont. Il ajoute : « Il y a beaucoup plus de structures hospitalières, beaucoup de médecins qui adressent des patients, mais il n'y a pas de structure intermédiaire. Ça dégagerait un peu de place pour l'hôpital et du temps au patient, ça éviterait de perdre du temps en termes de prise en charge ».

Ces propos tenus par des professionnels de santé témoignent que tous ont conscience de la nécessité du changement à apporter tant pour le parcours de soins que pour les pratiques éducatives, et la mise en application de l'ETP des patients diabétiques sur le territoire ; pourtant, le constat est qu'ils perpétuent leur fonctionnement à l'identique, tant dans les méthodes que dans les organisations stratégiques et politiques.

Synthèse de l'analyse qualitative des programmes d'ETP pour diabétique de type 2

Dans les programmes observés, les modèles biopsychosocial et biomédical de la santé coexistent. Ces modèles travaillent les connaissances à construire sur les organes, la santé et la maladie de manière globale, avec une faible prise en compte du contexte ordinaire de chaque patient. Dans sa thèse, David Authier (2017) montre que les ateliers sont réalisés, tant pour la scénographie que pour l'approche pédagogique, suivant un schéma scolaire et universitaire que les soignants-éducateurs ont connu, et avec lequel ils ont été formés. Les outils et méthodes utilisés demeurent classiques avec tableaux, projection de diapositives, photocopies... Ces ateliers se déroulent en groupe et s'apparentent au modèle que l'auteur qualifie de « type traditionnel », en opposition au modèle d'apprentissage et d'émancipation (Annexe n° 27). En individuel, nous avons observé des méthodes qui se rapprochent davantage de l'éducation à la santé.

Pour les séances collectives, les groupes restent hétérogènes par la multiplicité des profils des patients : le sexe, l'âge, l'ancienneté de la maladie, le traitement, le nombre d'hospitalisations, la polyopathie, la catégorie socio-professionnelle, l'activité professionnelle, le lieu d'habitation, les habitudes de vie sociale et culturelle (lien social, religion, loisirs), le niveau scolaire, le niveau de littératie en santé, la participation ETP, les connaissances des associations et ressources administratives existantes...

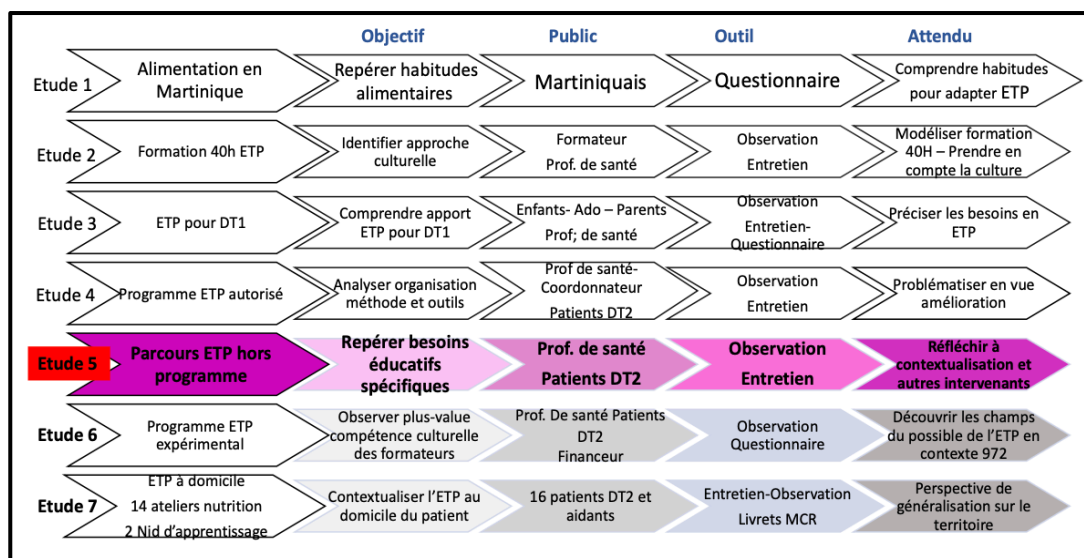
Dans ces deux programmes d'ETP pour personnes diabétiques de type 2, l'activité physique ne figure pas dans la pratique, alors qu'en règle générale, elle présente un grand intérêt pour les personnes diabétiques en complément du traitement et de l'alimentation équilibrée.

L'analyse de ces deux programmes autorisés par l'ARS questionne plusieurs sujets :

- ⇒ la nécessité de construction des situations d'apprentissage ETP contextualisées, voire territorialisées,
- ⇒ le niveau de compétence culturelle des soignants-éducateurs,
- ⇒ la prise en compte de l'altérité dans les ateliers d'ETP,
- ⇒ la gestion de l'hétérogénéité des patients,
- ⇒ la langue parlée et le niveau de littératie des apprenants,
- ⇒ le renforcement et le suivi de l'apprentissage des patients après le programme d'ETP,
- ⇒ la formation continue des soignants-éducateurs en ETP,
- ⇒ l'organisation du parcours de soins de la personne DT2 et la collaboration ville /hôpital dans l'ETP,
- ⇒ les apports des actions d'ETP hors programme.

Ce questionnement nous a encouragée à poursuivre notre enquête de terrain. C'est ainsi que pour l'étude suivante nous avons rencontré des personnes diabétiques dans leur environnement ordinaire, c'est-à-dire pour certains à leur domicile et pour d'autres pendant leur temps de loisirs au sein d'une association.

4.2.5 Étude n°5 - Réflexion sur le suivi des diabétiques de type 2 hors programme



Présentation

Après l'observation de patients DT2 en milieu hospitalier, nous avons souhaité découvrir le vécu de personnes diabétiques dans leur contexte ordinaire. Pour ce faire, nous avons collaboré avec deux infirmières libérales, en milieu citadin pour l'une et en milieu rural pour

l'autre. Nous avons également pris l'attache d'une association de patientes dont certaines adhérentes sont aussi atteintes de DT2. L'association ne bénéficie pas de programme d'ETP, néanmoins, les activités proposées participent au bien-être des adhérentes.

Chez les personnes DT2 qui ne bénéficient d'aucune prise en charge éducative structurée, nous cherchions à repérer :

- ⇒ leurs besoins éducatifs,
- ⇒ les potentiels acteurs à intégrer dans leur parcours de soin et leur parcours de santé

Publics concernés et méthodologie

Pour cela nous avons rencontré quatre patients à leur domicile, à Fort-de-France et dans le Nord Atlantique. Nous nous sommes aussi entretenues avec une femme DT2, polypathologique membre de l'association précitée.

Prénom	H-F	Age	DT2 depuis	Insuline	Autre pathologie	Habitat	Lieu	Mode de vie	Activité. Physique
Virginie	F	78	+15ans	Oui	Oui	Appart	Nord	Seul	Non
Yvonne	F	79	+ 15 ans	Oui	Cécité	Appart	Nord	Seul +	Non
Valentin	F	80	30 ans	Non	Oui	Maison	Centre	Seul	Non
Claude	H	57	+20 ans	Oui	Amputati	Appart	Centre	+ fils	Non
Jade	F	50	+5ans	Non	Oui	Maison	Centre	Famille	Oui

Tableau 16 : Profils des personnes DT2 rencontrées hors programme ETP

Recueil de données

- a) *Entretien avec deux personnes diabétiques résidant à Fort-de-France*

Par téléphone, nous avons fixé un rendez-vous pour un entretien au domicile de ces patients. Les entretiens semi-directifs menés selon une grille ont duré environ une heure (Cf. Annexe 20). Nous les appellerons Valentine et Claude.

- b) *Entretien et observation de DT2 dans le Nord Atlantique*

Au total, nous avons rencontré au total six patients qui vivent en milieu rural. Certains sont isolés socialement, parfois en situation d'illettrisme. Pour trois d'entre eux, une femme et deux hommes de plus 75 ans, l'infirmière libérale nous a accompagnée. Les entretiens ont duré environ une heure chacun.

Après avoir écouté ces trois premiers patients, nous avons souhaité mieux appréhender le quotidien de ces personnes diabétiques dans ce secteur de la Martinique. Ainsi, conseillée par l'infirmière libérale (IDEL) sur le choix des patients, nous avons passé une matinée en

observation chez deux nouvelles patientes DT2, sans la présence de l'IDEL. Nous les avons prénommées Virginie et Yvonne.

- c) *Entretien avec une femme DT2 adhérente d'une association de patientes*

Après avoir informé la présidente de notre démarche, nous nous sommes entretenus avec Jade pendant environ une demi-heure lors d'une manifestation d'activité physique adaptée, hors programme ETP.

Résultats et analyses

Deux personnes diabétiques à Fort de France

Situation de Valentine	Femme de 83 ans diabétique depuis 43 ans. Vit à Fort de France depuis environ 30 ans. Auparavant elle vivait dans un quartier du Nord-Atlantique. Ses métiers : couturière puis « servante »
Vécu avec la maladie	Vit sa maladie au jour le jour. Ne trouve pas que c'est difficile de se nourrir avec le diabète. Elle est suivie par son médecin traitant, n'a pas apprécié la consultation avec un spécialiste. Consulte l'ophtalmologue, le cardiologue, le pédicure, le néphrologue (2 fois par an) N'est adhérente à aucune association de patients. <i>« Le diabète ne m'empêche pas de vivre ».</i>
Traitement	N'a jamais laissé l'insuline.
Usage de plantes médicinales	Prend du thé de cannelle en poudre le soir pour faire descendre le sucre. Elle fait des « thés ⁶⁰ » régulièrement avec des plantes locales.
Croyances et spiritualité	<i>Je prie normalement mais pas pour le diabète spécialement.</i>
Activité physique et loisirs	Marche pour aller en ville et parfois prend un taxi. <i>« Je ne sors pas beaucoup mais ce n'est pas à cause du diabète. J'ai du monde pour me faire sortir »</i>
Alimentation	Ne trouve pas difficile de se nourrir avec le diabète. Avant les médecins ne conseillaient pas, aujourd'hui ils expliquent plus les choses dit-elle.
Synthèse : il s'agit d'une femme diabétique « observante » qui gère bien son diabète au quotidien. Sur le plan culturel, elle a une petite parcelle de terre de moins de 100 m ² devant chez elle avec un jardin créole contenant : bananiers, ananas, citron, piment, thym, plantes médicinales, ...	

⁶⁰ Le terme thé est utilisé aussi bien pour les infusions, les décoction ou les tisanes.

Chez Claude, c'est l'isolement social qui prédomine avec un diabète ancien à l'origine de nombreuses complications. Aujourd'hui, en raison de ses amputations au niveau des orteils, il est restreint dans ses déplacements. Ses pansements sont effectués à domicile par une infirmière libérale. Toutefois, il connaît très bien sa maladie. Comme il le dit lui-même, il est capable de transmettre des informations sur le diabète.

Ces deux personnes qui résidaient dans des communes rurales ont déménagé dans les quartiers de Fort de France, il y a plus de trente années, au moment de l'exode rural. Certains aspects culturels sont très visibles, notamment le jardin créole de Virginie, situé sur une très petite parcelle entre les maisons dans un quartier de Fort de France.

Situation de Claude	Homme de 61 ans, diabète découvert depuis plus de 20 ans Vit dans un appartement à Fort-de-France avec son fils de 16 ans lui aussi diabétique <u>Histoire de la maladie</u> A découvert son diabète parce qu'il urinait souvent et lors d'un dextro ⁶¹ . Son taux de sucre était élevé dépassant 6g. Hospitalisation sous insuline. Puis mis sous traitement par voie orale. Dit n'avoir pas été observant. Ne mangeait pas correctement, consommait de l'alcool En 2000, il a eu une amputation de l'orteil puis une 2 ^{ème} . A été mis sous insuline. Il n'était pas observant, avait des problèmes familiaux. Aujourd'hui amputation de 5 orteils d'un côté et 1 de l'autre.
Connaissance de la maladie	Connaît sa maladie. Est en mesure de conseiller les autres personnes diabétiques.
Activités physiques et loisirs	Ne fait plus d'activité physique. Pas de loisirs aujourd'hui. N'a pas envie de sortir. Regarde les matchs à la TV.
Lien social	N'a plus beaucoup d'amis. Dit que sa famille c'est son fils et lui. Parle de sa fille décédée et d'un fils en métropole.
Croyances et Pratique religieuse	En priant demande la guérison. Parfois, s'isole pour être en communion avec la nature ou autre. Demande à Dieu quelqu'un pour lui tenir compagnie et discuter, communiquer avec lui.
Usage de plantes médicinales	Les utilise quand on lui en donne mais n'en achète pas. Utilise le <i>moringa</i> et aussi la <i>paroka</i> sous forme de « thé » qu'il consomme dans la journée. Une fois le <i>moringa</i> pris pendant 2 semaines a fait baisser le taux de sucre. Il a confiance dans les plantes mais n'en a pas de disponible. A eu l'occasion d'utiliser la « <i>liane serpent</i> ».
Expérience d'ETP	Évoque son expérience d'ETP à l'hôpital. N'en a pas un bon souvenir en raison de la posture de l'IDE d'éducation. Il dit ceci : « Elle explique quelque chose mais elle veut que ce soit ce qu'elle dit qui soit vrai. Il y a une autre dame qui lui a fait la remarque ».
Alimentation	Parfois on a marre de suivre les conseils. <i>Parfois j'ai envie de manger un morceau de gâteau coco, je mange mon gâteau coco.</i> « Je reconnais que j'ai poussé un peu trop dans la vie ».
En résumé : Un patient un peu résigné, isolé, gère sa maladie tant bien que mal. Fait des écarts de temps en temps mais en connaissance de cause. Du côté culturel, nous retrouvons l'usage des plantes médicinales des Antilles, et des menus traditionnels.	

⁶¹ Le dextro (ou hémoglucotest ou encore glycémie capillaire) est une technique de mesure simple et rapide de la glycémie (taux de glucose dans le sang).

Trois personnes diabétiques de type 2 en situation d'illettrisme dans le Nord Atlantique

Nous avons regroupé l'analyse pour ces trois personnes, une femme et deux hommes, qui présentent un point commun, c'est-à-dire qu'elles ne savent ni lire ni écrire.

Ces propos concernent les trois personnes, le constat est identique. Tous ne parlent que créole.	
Connaissance de la maladie	Définit le diabète ainsi : <i>sé malad ou malad</i> (je suis malade c'est tout) (résignation) Cause du diabète : (<i>Mwen pa sav</i>) (je ne sais pas) non connu, inexpliqué Complications du diabète : (<i>Zié – katarac – janm-koupé</i>) partiellement connues (yeux - cataracte – amputation des jambes)
Gestion de la maladie et du traitement	Ils se reposent entièrement sur les professionnels de santé ou la famille quand elle est présente. <ul style="list-style-type: none"> • Avouent ne pas savoir lire et écrire et ne pas pouvoir se piquer le doigt, ni faire l'insuline, mais n'ont pas envie d'apprendre • N'ont pas peur de se piquer, mais ne comprennent pas les chiffres • Savent tout de même reconnaître sur l'appareil quand le taux de sucre est élevé ou en dessous de la norme (« <i>délè sik la ka ro, délè i ka ba</i> »). (parfois le taux de sucre est haut, d'autrefois il est bas).
Gestion de crise	La conduite à tenir en cas d'hypoglycémie semble connue, boire ou manger quelque chose de sucré. (« <i>Mwen ka brè ou mangé en bagay dou ou dlo sikré</i> »).
Gestion de l'alimentation	L'alimentation reste basique et les menus répétitifs. « <i>lèt pen épi lédjim, diri, viann, pwason</i> » (lait avec du pain, légumes ⁶² , riz – viandes, poissons) Les légumes verts ne sont pas souvent présents. Ils se résument souvent à laitue, concombre, haricots verts (<i>léti, conconm, pwoi tann</i>)
Activités physiques et loisirs	Très peu d'activité. Pour la femme : nettoyage de la maison et s'occupe de ses plantes ; Les deux hommes sont plutôt sédentaires.
Lien social	Globalement, on note une forme d'isolement chez ces personnes. Pour la femme, son fils et sa belle-fille passent matin et soir. Durant la journée elle est seule. Son époux est décédé il y a 6 mois. Un des hommes habite près de son frère. Ce dernier fait des démarches pour un placement de son frère en EHPAD. L'autre bénéficie d'une aide-ménagère quelques heures par jour.
<p>Synthèse – Nous observons ici une catégorie de population pour laquelle le concept d'autonomie s'applique peu voire pas du tout.</p> <p>Ces malades ne voient pas pourquoi apprendre à pratiquer les soins alors qu'ils bénéficient de prescriptions d'infirmiers (ères) libéraux, dont ils considèrent que c'est le travail. (<i>Yo la pou sa, sé travay yo</i>).</p> <p>Dans ces cas, l'ETP s'adresserait davantage à la famille parce que, outre le fait de ne pas savoir lire et écrire, ces personnes semblent plutôt résignées par rapport à la maladie. Une forme d'accompagnement spécifique serait à envisager pour ses personnes diabétiques.</p>	

Trois personnes âgées diabétiques dans le Nord Atlantique

⁶² Légumes = légumes pays (fruit à pain, igname, dachine, bananes,...), des féculents.

Nous poursuivons par l'observation de deux autres personnes âgées diabétiques du Nord Atlantique, Virginie et Yvonne avec qui nous avons passé une demi-journée à leur domicile.

CAS de Virginie	Femme de 85 ans a quitté la Martinique très jeune a vécu longtemps en métropole. Revenue en Martinique il y a 27 ans pour sa retraite, vit seule en appartement.
Vécu avec la maladie	DT2 depuis 2007 suite au décès de son père – Poly pathologique. Dit accepter sa maladie. Craint de dépendre des autres.
Traitement	Insulinothérapie fait par IDEL ; sait faire son dextro mais laisse les IDEL faire puisque le médecin l'a prescrit, dit-elle. Les glycémies sont correctes. Le médecin lui avait enlevé les médicaments antidiabétiques oraux et elle a constaté une augmentation de sa glycémie. D'elle-même elle a repris ces médicaments le soir et après en a parlé à son médecin qui a validé. (<i>forme d'autonomie, de prise de décision</i>). N'a jamais eu d'ETP, hormis les conseils de son médecin et des IDEL.
Lien social	Ses enfants vivent en métropole et viennent régulièrement. Elle fait des séjours en métropole de temps en temps. Le voisinage lui rend service et lui rend visite. Elle a des amis qui viennent la voir. A une aide-ménagère 8 h par semaine. Pendant la période de confinement, sa sœur et son frère lui font les courses.
Sorties — loisirs	Était très active, venait en aide aux autres. Sa voiture est sur le parking mais elle ne conduit plus depuis quelques mois (douleur de hanche). Fait de la couture. Sur son balcon, elle cultive des plantes ornementales et médicinales.
Alimentation	<u>En notre présence</u> Petit-déjeuner : lait et pain — une banane Déjeuner : courgettes, choux fleurs, gombo, ignames + blaff ⁶³ de poisson + une poire. Fait le reproche aux médecins de lui donner des médicaments et de ne pas lui dire comment s'alimenter le matin, le midi, le soir. Le médecin lui dit simplement de manger des légumes verts. Parfois elle en a assez de manger des légumes verts d'autant qu'elle n'a pas de jardin et doit tout acheter. Consomme surtout des produits congelés et des légumes pays. Prend des fruits en collation, du coca de temps en temps.
Usage de plantes médicinales	Parfois de la cannelle et du Pawoka (thé conseillé à la radio). Récemment elle a entendu une émission radio où l'intervenant parlait d'une plante pour le diabète qu'elle aurait bien aimé aller acheter, mais elle n'a personne pour l'y conduire. Elle suit le traitement que lui donne le médecin dit-elle.
En résumé, cette dame se sent seule. Ennuyée de devoir dépendre des autres en raison de la dégradation de son état de santé. Connaît le diabète et ses complications. Montre une légère déprime.	

⁶³ Recette de cuisine traditionnelle des Antilles. Le blaff de poisson est une recette maigre à laquelle on n'ajoute pas de matière grasse.

CAS d'Yvonne	Femme de 85 ans non voyante depuis 2 mois. Vit seule en appartement A vécu 35 ans dans l'hexagone. Elle est revenue en Martinique, il y a 22 ans pour sa retraite. De ses cinq enfants, quatre sont dans l'hexagone et un vit en Martinique. L'échange se fait en français et créole, deux langues qu'elle maîtrise.
Le vécu avec la maladie	Diabétique depuis une vingtaine d'années, polyopathologique (HTA, goutte, arthrose...) Baisse de la vue depuis 2 ans et cécité totale depuis 2 mois. « <i>Mwen malad épi sé tout</i> » (forme de résignation). Fait ce constat : « <i>C'est en arrivant en Martinique que j'ai attrapé le diabète et maintenant je suis aveugle</i> ».
Traitement	Insulinothérapie 2 fois par jour par des IDEL
Lien social	Aide-ménagère 3 h/jour du lundi au vendredi. Sa fille s'occupe d'elle le week-end. Visite des amis, famille, voisins. Se sent entourée. Mais depuis la pandémie elle a moins de visite à cause du confinement et du port du masque dit-elle.
Croyances et spiritualité	<i>Le bon Dieu c'est tout pour moi. Ah oui, s'il n'y avait pas le Bon Dieu là, dans l'état où je suis...</i> <i>La seule chose quand je réfléchis je dis que ma vie est gâchée. Je ne sais pas si c'est moi, si c'est quelqu'un qui m'a fait ça mais il y a quelque chose qui ne va pas. Mais je me dis tant pis, c'est la volonté de Dieu et puis c'est tout.</i> <i>Si sé an moun ki fè sa, i ké wè sa ek Bondié. Mwen pa fè pèsonn ayen. Mwen ni dé lanmen-mwen pwop. (Si c'est quelqu'un qui m'a fait ça, il verra ça avec Dieu. Je n'ai rien fait à personne. J'ai mes deux mains propres⁶⁴).</i>
Activité physique	Kinésithérapie à domicile
Alimentation	<i>Quel que soit ce que je mange même si c'est très peu il faut manger. Et je ne vais pas dormir sans manger parce que je peux faire une hypo dans la nuit.</i> <i>On m'a dit de ne pas manger de la viande rouge, de la viande de porc. Je n'en mange pas.</i>
<p>Résumé : Femme résignée par sa situation. Très limitée par sa cécité, causée par le diabète. Aujourd'hui, se trouve un peu plus isolée en raison de la crise sanitaire, des gestes barrières et du confinement. Néanmoins, elle a un discours positif : « <i>Mais je dis tant pis je ne suis pas seule</i> » — « <i>Non je ne prends pas la maladie à cœur, mwen mandé mondié viv a 100 an, mwen paka pran lapenn- moun</i> ». (j'ai demandé à dieu de vivre jusqu'à 100 ans, je ne prends pas la peine des gens).</p> <p>Quel accompagnement mettre en place pour cette dame, en vue d'une qualité de vie optimale pour les 15 années à venir ? Sachant que son projet de vie est d'être centenaire.</p>	

⁶⁴Dans les croyances martiniquaises, quelqu'un qui a « les mains sales/*lanmen sal* » est une personne coupable de pratiques occultes. A l'opposé, quand on a « les mains propres », on n'a pas « les mains sorcières ». La dame en question soupçonne cependant qu'on lui aurait jeté un sort.

Observation activité physique adaptée hors programme ETP

Dans le but d'analyser différentes situations, et de compléter notre connaissance du terrain, nous avons observé les activités proposées par une association de patientes à ses adhérentes, dont certaines sont atteintes de diabète de type 2. Cette association ne dispose pas de programme d'ETP autorisé. Néanmoins, certaines activités proposées aux adhérentes, participent au bien-être et au développement des compétences psycho-sociales de ces femmes atteintes de cancer du sein.

Les activités proposées : la danse traditionnelle « *bèlè* », des défilés de mode, des ateliers de bien-être... Les femmes pratiquent de l'« *aviron* »⁶⁵ dans le cadre d'un partenariat avec un club d'aviron. Cette activité physique s'effectue après avis et sous contrôle médical.

Au cours de l'entretien, Jade une des femmes diabétiques nous confie :

« Avant ma maladie, je ne m'accordais pas de temps pour moi. Mes priorités étaient le travail, les enfants, la maison. Aujourd'hui, je prends du temps pour moi. Je dis merci à la maladie et à l'association qui me permet de vivre et de revivre. Ce ne sont pas les médecins qui m'apportent cette joie de vivre, mais je puise mon dynamisme, ma force et ma confiance dans l'association. Parce qu'on ne parle pas de la maladie. Alors que les médecins oublient que je suis avant tout une personne et non un sein malade ».

L'analyse des situations de personnes DT2 hors parcours de soins structuré

L'exploration de la situation de ces huit personnes diabétiques pose la question de l'organisation du parcours de soins du patient diabétique de type 2 sur le territoire, et celle de l'offre locale d'éducation thérapeutique.

Cette 5^{ème} étude s'est intéressée à plusieurs profils de patient DT2 :

- les personnes diabétiques âgées ;
- les personnes diabétiques âgées isolées socialement ;
- les personnes diabétiques âgées handicapées (cécité – amputation...) ;
- les personnes diabétiques DT2 jeunes, polyopathologiques (cancer, HTA, obésité...) ;
- les personnes diabétiques DT2 en situation d'illettrisme ou à faible littératie en santé...

Ces problématiques sont connues, comment y répondre ?

Cette réalité nous conduit à questionner autrement le soin à la manière de Davous, Le Grand-Sébille, et Seigneur (2014) :

⁶⁵ L'aviron traditionnel, plus communément appelé « Zaviwon », est un élément fort de l'héritage culturel de la Martinique. Très répandu du nord au sud de la côte Caraïbe, il se pratique sur des embarcations originellement en bois, à bord desquelles prennent place trois rameurs sur banc fixe et un « patwon » (barreur).

Entendre la plainte, la reconnaître, l'accueillir sans jugement sur ceux qui l'expriment, l'écouter autant que nous le pouvons avec bienveillance, en nous laissant imprégner de ce qui nous est dit, fait de nous des témoins et crée une responsabilité : qu'allons-nous faire de ce que nous avons lu, de ce que nous avons entendu ?

Ces auteurs nous invitent à prendre au sérieux l'expression du mal-être, à l'explorer, à l'investiguer le plus honnêtement possible jusqu'au bout de nos potentialités humaines (*Ibid*).

Notre étude a également mis en évidence un acteur clé dans le parcours de soins du DT2 : **le médecin traitant**. Les propos de Valentine et de Virginie à leur égard témoignent que les patients leur accordent une certaine confiance. Toutefois, Virginie reproche à son médecin de ne pas lui donner des conseils diététiques. Cependant, peuvent-ils à eux seuls répondre à toutes les demandes des patients dans un contexte de désert médical ? Quelles solutions envisager ?

Par ailleurs, Claude pointe une mauvaise expérience en ETP. Il relate de la part d'une soignante, une posture éducative qu'il juge non adaptée. « *Elle explique quelque chose, mais elle veut que ce soit ce qu'elle dit qui soit vrai. Il y a une autre dame qui lui a fait la remarque* ». La remarque de Claude n'est pas isolée. Elle convoque la question de la *posture éducative du soignant*, de sa formation, mais également l'évolution de la place du patient comme acteur voire « partenaire » dans la chaîne du soin.

La situation de chacune de ces huit personnes diabétiques est différente, aussi bien la représentation de la maladie, l'environnement géographique, social, économique et culturel... Situation d'illettrisme, situation de handicap (mal ou non voyant, malentendant), polypathologie, isolement social etc., sont autant de circonstances où les situations éducatives en ETP requièrent des adaptations individuelles.

Ces contextes mis en lumière par notre étude nécessitent une ETP personnalisée comme le recommande l'OMS et la HAS, voire des ETP personnalisées. L'occasion, nous semble-t-il, d'intégrer de nouveaux acteurs dans le parcours de santé des personnes DT2, afin de s'orienter vers une offre d'ETP efficiente, aux approches multiples et centrée sur la personne.

À ce stade de notre étude du terrain, ce panorama ne laisse pas de doute sur le caractère insidieux et grave du diabète. Dans la 1^{ère} partie, notre cadre conceptuel a souligné l'efficacité de l'ETP dans la lutte contre le diabète tout en distinguant deux grands courants qui sont mis en parallèle. L'un vise à l'amélioration des pratiques éducatives en traduisant les savoirs théoriques existants en l'état sur le terrain sans réelle adaptation ; l'autre, à partir du terrain, observe et analyse les pratiques dans le but de résoudre des problèmes d'éducation (Balcou-Debussche, 2016).

Nous nous situons dans le second courant en observant et analysant les situations sur le terrain martiniquais, dans le but d'étudier des solutions au problème de prévention du diabète et d'éducation des personnes diabétiques. Notre recherche intervention s'inscrit dans le projet d'une éducation thérapeutique contextualisée. Pour élargir notre intervention, nous menons une

nouvelle étude sous forme d'expérimentation, au cours de laquelle nous expérimentons la fonction de coordination et un programme d'ETP de six ateliers.

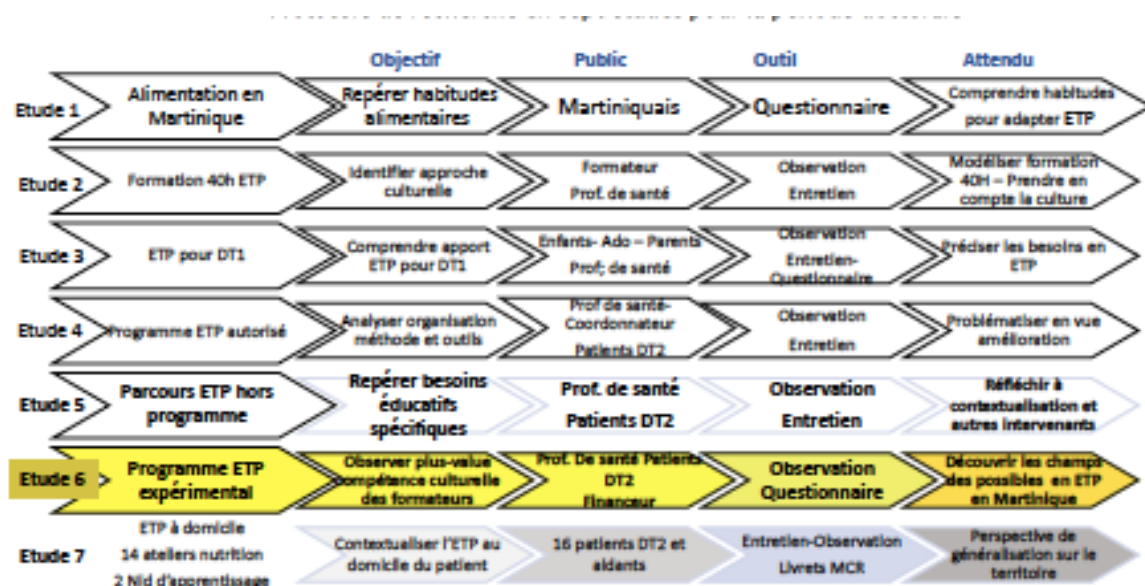
Suite à la loi HPST, l'Inpes a élaboré un référentiel pour la fonction de coordination en ETP. Ce référentiel de compétences s'articule autour de six situations emblématiques, vingt activités et leur but ainsi que vingt-six compétences, ventilées en trois domaines, nécessaires (Foucaud, J. & al, 2015). Ces auteurs ont mis en évidence le rôle pivot du coordonnateur par rapport aux différents acteurs de l'ETP.

Nous précisons ci-dessous les six situations du référentiel sur lesquelles nous nous sommes appuyée pour construire le programme que nous proposons en expérimentation dans l'étude n° 6.

- 1) Constituer une équipe transversale autour de la démarche d'ETP
- 2) Analyser le contexte et concevoir une démarche d'ETP
- 3) Organiser et conduire une démarche d'ETP
- 4) Animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche ETP
- 5) Évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP
- 6) Communiquer sur l'expérience de l'équipe, par oral et par écrit.

Nous poursuivons par l'application de la démarche.

4.2.6 Étude N° 6 – Programme d'ETP à visée expérimentale en contexte



Cette nouvelle étude prend appui sur le cadre conceptuel et sur les premiers éléments mis en lumière au fil de nos enquêtes de terrain. Toujours dans le but de mieux comprendre le vécu

du diabétique martiniquais, afin d'envisager une ETP qui lui soit adaptée, nous avons mis en place une expérimentation auprès d'un groupe de dix adultes atteints de diabète de type 2.

Présentation

Cette expérience a bénéficié du financement d'une institution privée. Sur trois mois, nous avons construit et mis en œuvre un module d'ETP de sept ateliers avec une évaluation finale. Ce programme expérimental s'est déroulé d'octobre à décembre 2019, à Fort-de-France dans les locaux de l'organisme financeur. Ce dernier a procédé au recrutement des patients.

Nous avons alors construit ce programme en suivant une démarche de promotion de la santé⁶⁶. Les ateliers ont porté sur les compétences psychosociales, le bien-être physique et mental, la physiopathologie du diabète, l'activité physique, les plantes médicinales caribéennes, et l'alimentation. Une large place était consacrée à la culture martiniquaise, (cf. Annexe 21) c'est-à-dire celle des participants

Un module d'ETP de sept ateliers

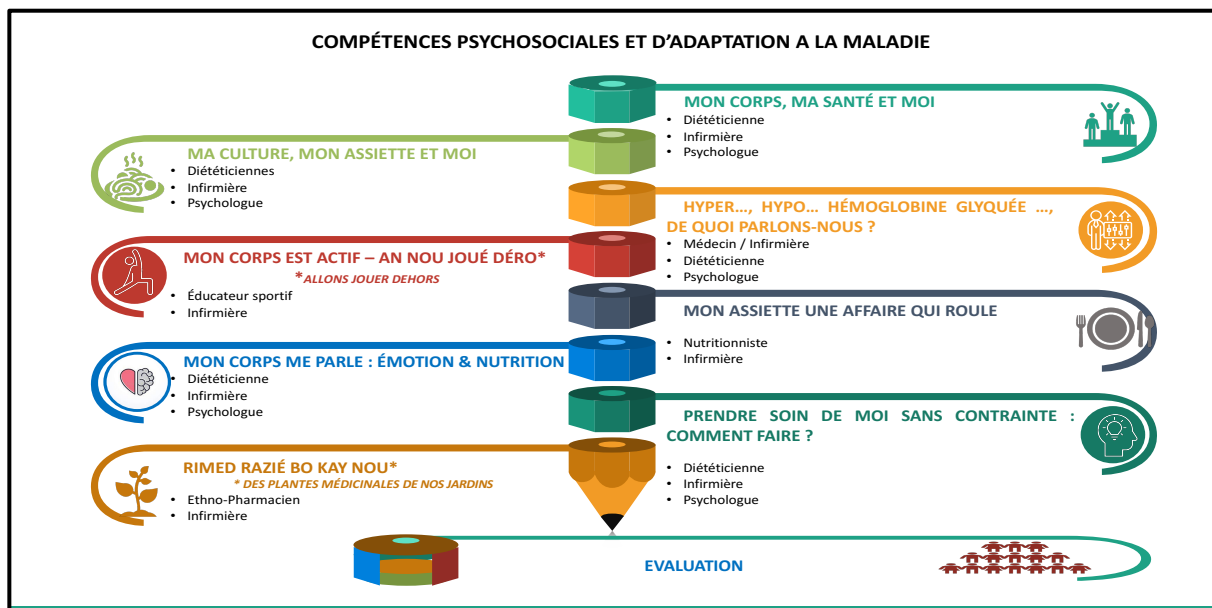


Figure 48 : Représentation des ateliers du programme expérimental

Chacun des ateliers peut être réalisé indépendamment. Cependant, ils sont en interrelation comme des maillons d'une même chaîne.

⁶⁶ La promotion de la santé peut être envisagée comme une stratégie qui établit un lien entre les gens et leur environnement, et qui prend en compte à la fois les choix individuels et les responsabilités de la société dans le but d'améliorer la santé. Elle a pour finalité principale de donner aux populations les moyens d'assumer un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer. En résumé, la promotion de la santé s'inscrit fondamentalement dans une logique de prévention en se situant en amont d'une chaîne qui va du bien-être à la maladie, en passant par le soin et la prise en charge (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 198).

Les intervenants

- ⇒ Une équipe hospitalière : une psychologue — deux diététiciennes — un diabétologue
- ⇒ Des professionnels libéraux : Un nutritionniste — Une infirmière libérale — Un pharmacien (ethnopharmacien) — Un éducateur en activité physique adaptée.

Cette étude vise à :

- Initier un programme d’ETP contextualisé, c’est-à-dire qui tient compte de l’environnement, des usages et des pratiques culturelles des personnes DT2 de Martinique.
- Identifier la plus-value de la compétence culturelle des intervenants dans les activités éducatives des DT2
- Privilégier le développement des compétences psychosociales et travailler sur les émotions parce que :

Chaque culture possède ses codes concernant les circonstances et les situations appropriées à l'expression d'une émotion. Cela fait partie de la politique familiale et sociale [...] Les variations individuelles dans le registre de la vie émotionnelle sont probablement plus grandes que celles que l'on observe entre les cultures. A cet égard, le regard attentif du clinicien ne doit pas cesser de considérer les immenses différences entre les membres ou entre les sous-groupes d'une culture. Les variations ne sont pas moins fortes chez les gens d'un autre groupe que dans le sien propre même si l'on est moins en mesure de saisir les nuances dans le premier cas (Tousignant, 1987).

Public concerné et méthodologie

Les participants au module sont des hommes et des femmes diabétiques de type 2

Prénom ⁶⁷	Sexe	Âge	Diabétique depuis	Situation sociale	Lieux d'habitation
Viviane	F	72ans	2 ans	Retraitée Fonc. pub	Centre
Henriette	F	69 ans	4 ans	Retraitée Educ. Nat	Centre
Éliard	F	58 ans	4 ans	Soignante	Sud
Gisèle	F	58 ans	5 ans	Demandeur d'emploi	Centre
Evelyne	F	71 ans	+ 20 ans	Retraitée	Nord
Chantale	F	68 ans	7 ans	Retraitée	Centre
Valérie	F	55 ans		Artisan	Centre
Roger	H	66 ans	9 ans	Soignant retraité	Centre
Lambert	H	60 ans	3 ans	Enseignant retraité	Centre
Turenne	H	61 ans	Pré-diabète	Retraité fonction publique	Sud

Tableau 18 - Liste des participants au module expérimental d’ETP

L’atelier d’activité physique s’est déroulé à la forêt dans le Sud de la Martinique. Le transfert aller-retour s’est fait en bus.

L’observation participative a été le principal outil de recueil de données.

⁶⁷ Prénom d’emprunt afin de respecter la confidentialité des personnes et des données.

Un questionnaire d'évaluation a été remis aux participants lors du dernier atelier. (Cf. Annexe 22).

Résultats et analyses

L'atelier physiopathologie était co-animé par un diabétologue, une diététicienne, une infirmière et la psychologue.



Nous avons constaté que les programmes d'ETP en général et ceux observés dans l'étude n°4, sont davantage orientés vers les compétences d'auto-soins. Cela s'explique, comme le soulignent les auteurs David Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni, par le fait que la formation initiale des professionnels de santé ne les prépare pas assez à repérer les compétences psychosociales, les travailler et les évaluer. Ces auteurs proposent que les professionnels qui dispensent l'ETP soient formés aux pratiques éducatives et/ou associés à des professionnels issus des Sciences Humaines et Sociales qui disposent des connaissances et des savoir-faire pour concevoir des dispositifs d'évaluation pluridisciplinaire Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni, (2017). C'est à cette fin que pour ce programme expérimental nous avons opté pour la présence d'une psychologue en binôme dans plusieurs ateliers.

*L'atelier plantes médicinales – Rimed razié*⁶⁸

Il était animé par un ethno-pharmacien du réseau de recherche TRAMIL⁶⁹. La visée de cet atelier était avant tout pédagogique.

⁶⁸ Traduction en créole martiniquais de « plante médicinale ».

⁶⁹ TRAMIL « *Traditional Medicine for the Island* » réseau de chercheurs en activité depuis 1982, implanté dans une vingtaine de pays de la Caraïbe. Ce réseau met à disposition des populations caribéennes des usages traditionnels de plantes médicinales validés scientifiquement dans les différents centres universitaires et de recherche de la Caraïbe.

Il s'agissait de faire découvrir aux personnes DT2 la pharmacopée caribéenne, d'un point de vue scientifique, parce qu'un usage non maîtrisé des plantes peut être nocif.



Durant tout l'atelier, l'intervenant n'a cessé de rappeler qu'il ne s'agit pas ici de chercher à remplacer la médecine dite moderne.

A la fin de l'atelier chaque participant a reçu un fascicule sur la pharmacopée caribéenne : un document gratuit édité conjointement par la Collectivité Territoriale de Martinique, les ministères de la santé de Cuba et de Saint-Domingue, l'Université des Antilles.

Atelier d'activité physique adaptée en forêt avec initiation au « Fitness-bèlè⁷⁰ ».

Animé par un éducateur en activité physique adaptée, cet atelier s'est déroulé en forêt. La marche et la danse traditionnelle, notamment l'initiation au *bèlè*, ont été utilisées pour l'éveil du corps. Chaque participant a également reçu, en réponse à ses problématiques personnelles de santé, des conseils pratiques pour une activité physique quotidienne.



⁷⁰ Fitness-bèlè est une technique de préparation physique conçue en lien avec la tradition afro martiniquaise. un concept unique au monde mariant le plaisir à l'utile pour la santé. Au cœur des racines ancestrales africaines, au rythme du tambour-bèlè, culture martiniquaise, et des chants traditionnels Afro-caribéens. Bien plus qu'un concept, c'est l'amour de la culture, la passion pour l'histoire, et l'expertise sur les sujets de la santé qui font de Fitness-bèlè, une manière de vivre, un partage, une alliance forte...

Plusieurs ateliers en lien avec l'alimentation



L'alimentation a occupé une grande partie de ce module d'éducation thérapeutique pour des personnes diabétiques de type 2. Un nutritionniste, deux diététiciennes et une psychologue ont été mobilisés sur quatre ateliers de nutrition et d'alimentation.

Les ateliers très interactifs ont été appréciés par les participants comme en témoignent ces propos recueillis au cours de l'atelier intitulé : « *Ma culture, mon assiette et moi* ».

Viviane : *ce que j'ai retenu c'est l'émotion qui tient la nutrition*

La psychologue et la diététicienne se tiennent par la main

La psychologue : il y a un message qui vient de tomber ! Reprend Viviane s'il te plait.

Viviane : *c'est l'émotion qui soutient la nutrition*

Les participants : on note ça. Ils reprennent ensemble : ***c'est l'émotion qui soutient la nutrition***

Evelyne : *en tout cas merci de rappeler ça !*

La psychologue : *c'est super et on va le vivre ce matin. Ce sera le titre de notre atelier*

L'atelier intitulé « *Mon assiette une affaire qui roule* » a également suscité des questions, voire des débats.

Exemple de discussion autour d'un menu projeté à l'écran :

Assiette n°1 : Fruit à pain + patate douce + giraumon+ concombre + tomates cerise + avocat + morue.

Les participants sont invités à donner un avis sur l'équilibre de ce menu et d'argumenter leur réponse.

Viviane : *elle n'est pas équilibrée*

Nutritionniste : *pourquoi ?*

Gisèle : *elle est équilibrée puisqu'il y a les concombres*

Viviane : *mais il y a très peu de fibres dans les concombres*

Gisèle : *mais l'avocat est bon aussi*

Viviane : *oui il y a l'avocat mais on parle de fibres*

Nutritionniste : *je suis d'accord on pourrait en mettre plus.*

Viviane : *on pourrait mettre des épinards*

Nutritionniste : *c'est bien le côté critique. Qui dit mieux ?*

Lambert : *il y a trop de féculent*

Viviane : *Mais non c'est bon*

Gisèle : *il y a la patate douce et le fruit à pain*

Viviane : *ah oui il y a la patate douce, il ne faut pas mélanger deux féculents, exact*

Nutritionniste : *tout dépend du rapport ; imaginons que je puisse consommer 150g de féculent, si je prends 70g de ceci et 80g de cela où est le problème ?*

Henriette : *Ah c'est une question de poids ! Ce n'est pas une question de quantité ?*

Nutritionniste : *c'est une question de quantité aussi. Si je suis sage, je fais une portion avec les deux, parce que souvent on met bidim⁷¹ dachine et on arrose avec des lentilles. Sé pa menm bagay-la ! (ce n'est pas la même chose). Si je prends moitié/moitié j'ai une portion avec les deux.*

À l'analyse du discours des intervenants et des participants, nous considérons que ces derniers ont pris conscience de l'importance d'associer l'alimentation équilibrée, l'activité physique et le traitement médicamenteux dans la prise en charge du diabète.

Synthèse du module expérimental

Nous avons voulu cette expérimentation différente des programmes ETP que nous avons observés. Centré sur la personne diabétique de type 2 en Martinique, ce programme a été co-construit avec les intervenants. Nous étions tous conscients qu'une simple information ne suffit pas pour obtenir un changement de comportement chez une personne malade chronique, et singulièrement des martiniquais diabétiques, chez qui nous savions tous par expérience que les croyances en santé sont nombreuses. Quatre cibles ont été privilégiées : l'alimentation, l'activité physique, les plantes médicinales et les compétences psychosociales, sachant que le patient comme tout individu apprend selon sa personnalité et ce qu'il sait déjà. De plus comme l'indique A. Golay et al : apprendre pour changer de comportement est un processus qui se joue sur les plans : biologique, cognitif, socioculturel, affectif et émotionnel. Sur ce dernier plan « *la personne n'apprend que ce qui la touche ou l'accroche. L'émotion, le désir, l'engagement, l'imaginaire prennent une place capitale dans l'acte d'apprendre. Trop souvent, seul le niveau cognitif est envisagé et travaillé en ETP* » (Golay, Lager, & Giordan, 2013, p. 50). C'est pour cette raison que nous avons jugé pertinent la présence de la psychologue en binôme sur plusieurs ateliers. Cette stratégie a pris du sens dès le premier atelier, puisqu'il a fallu accompagner aussitôt la forte charge émotionnelle d'Évelyne, puis celle de Gisèle et d'autres à différents moments.

⁷¹ *Bidim* = onomatopée créole qui veut dire grosse quantité

– La présence du pharmacien a satisfait les participants en raison de l'importante consommation de plantes médicinales chez les diabétiques en Martinique. Ce professionnel les a éclairés sur l'usage des plantes en leur rappelant sans cesse la nécessité d'observer les prescriptions médicales.

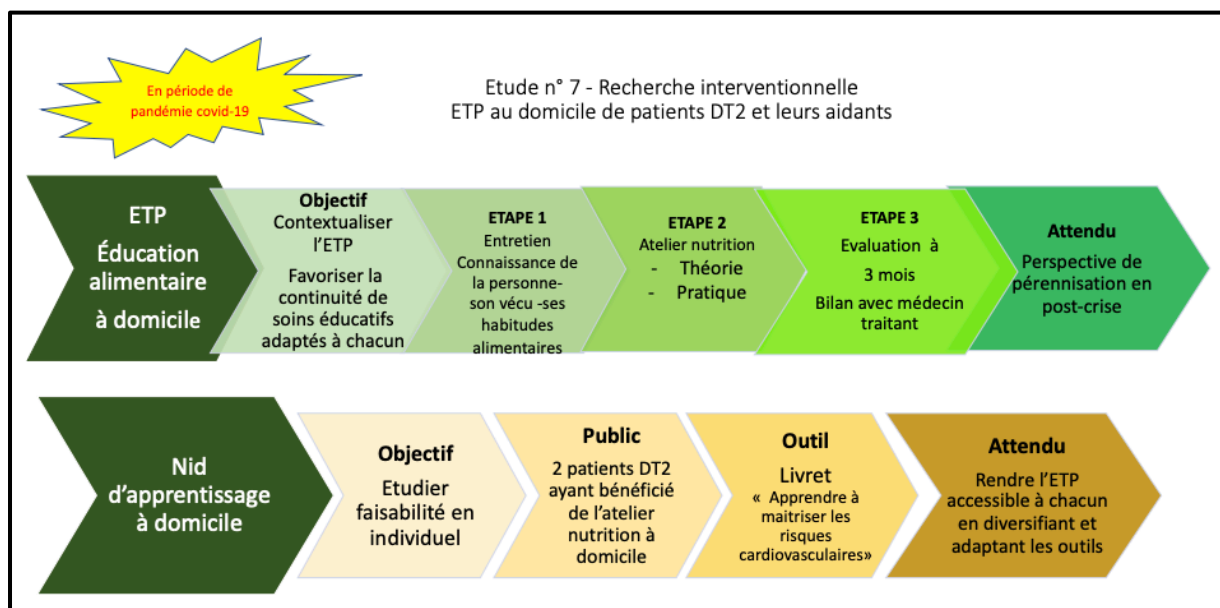
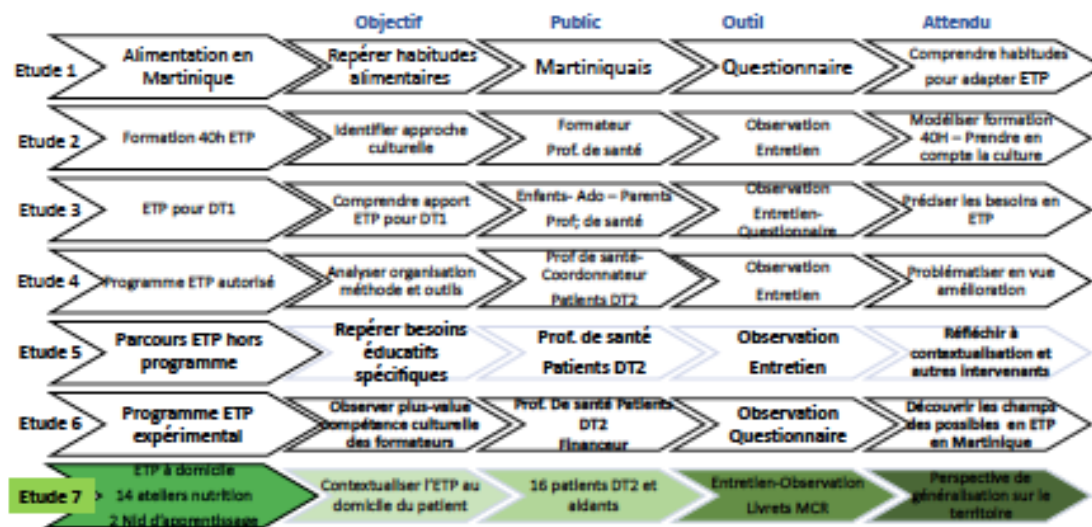
– L'activité physique pratiquée en plein air visait plusieurs objectifs et les a atteints : combattre la sédentarité reconnue comme facteur de risques de complications – partager un moment de plaisir et apprécier (découvrir pour certains) la biodiversité de l'île en plus de la marche, intégrer la culture pour l'éveil du corps, grâce à la danse traditionnelle notamment l'initiation au *bèlè*. L'état de santé physique de chacun a été pris en compte par l'intervenant. Cet atelier réalisé dans le contexte environnemental des participants a conjugué, apprentissage, découverte et convivialité.

– L'alimentation a occupé trois ateliers autour des notions en lien avec le corps, les émotions et la culture. La notion de santé a été mise en avant, permettant à chacun à prendre conscience des écarts entre son comportement alimentaire et ses objectifs de santé. Les notions de plaisir et d'équilibre ont été renforcées non par un enseignement frontal, mais à partir des stratégies recherchées et trouvées par les personnes diabétiques elles-mêmes et validées par les professionnels. Les méthodes utilisées étant variées, ils ont positionné les participants comme acteurs et parfois en « miroir » lors de jeu de rôle où le patient « a pris la place » du soignant. Ces simulations ludiques avaient pour but d'éveiller la conscience des joueurs mais également des autres apprenants dans leur rôle observateurs. La notion de culture qu'il nous paraît essentielle d'introduire dans l'ETP s'est retrouvée souvent à travers l'usage fréquent de la langue créole locale tant du côté des intervenants que des apprenants.

Cette 6^e étude expérimentale nous a éclairée dans notre rôle de coordonnateur d'ETP sur l'efficacité de la co-construction, la co-animation, la collaboration entre professionnels hospitaliers et libéraux, et surtout sur la possibilité du partenariat avec des financeurs privés du territoire. En effet, cette expérimentation a bénéficié d'un financement privé. De cette expérience et des cinq études précédentes découle la 7^e recherche que nous avons menée aux domiciles de personnes diabétiques de type 2 en Martinique. C'est une recherche interventionnelle en santé publique, comme l'expliquent (Ferron, Breton et Guichard, 2013), s'intéresse à des systèmes et s'appuie sur une véritable co-construction de la démarche et les acteurs de terrains.

4.2.7 Étude n° 7 Éducation alimentaire et nid d'apprentissage à domicile pour DT2

Protocole de recherche en sept études pour la période doctorale



Présentation

Cette étude n°7 clôturera la recherche interventionnelle, c'est-à-dire qu'elle s'applique à l'offre d'éducation thérapeutique au domicile de patients diabétiques de type 2 et à leurs aidants. Considérant l'alimentation comme un fait culturel, dans cette étude, nous nous intéressons particulièrement à l'éducation alimentaire des diabétiques. Pour rappel, le Conseil National de l'alimentation indique que l'éducation alimentaire intègre l'information et l'éducation nutritionnelle au même titre que l'éducation sensorielle, la connaissance et la prise en compte des préférences alimentaires individuelles et collectives.

Notre étude se décompose en trois interventions, lesquelles se déroulent toutes au domicile des patients suivant des temps (T) différents :

T.1 Entretien de type diagnostic éducatif⁷² pour connaître la personne, son contexte ordinaire, ses habitudes et pratiques alimentaires,

T.2 Atelier d'éducation alimentaire et nutritionnelle de 2 heures (théorie et pratique) animé par un nutritionniste.

T.3 Nid d'apprentissage « *Apprendre à maîtriser le risque cardio-vasculaire* » (AMRC) pour patients nécessiteux, sur la base du volontariat.

Notons un temps d'évaluation par téléphone trois mois après les ateliers à domicile. Le nutritionniste contacte les personnes diabétiques et leurs aidants ayant participé à la recherche afin de recueillir les changements opérés ou pas, les difficultés de mise en œuvre et les besoins qui en découlent. Suite à cette évaluation, nous contactons les médecins traitants pour un bilan de l'action d'ETP.

L'objectif de cette étude vise à :

- expérimenter la fonction de coordonnateur d'ETP
- repérer les habitudes et pratiques alimentaires des diabétiques martiniquais et définir la place et l'impact de la culture dans leur alimentation quotidienne,
- renforcer les connaissances théoriques et pratiques des DT2 en vue de l'acquisition et le maintien de compétences nécessaires à une alimentation saine et équilibrée,
- identifier les risques pour prévenir et retarder les complications du diabète.

Public et méthodologie

16 personnes diabétiques de type 2 réparties sur trois communautés d'agglomération de Martinique composent le panel de cette étude. Les patients du Sud ont été recrutés par un Service de soins infirmiers à domicile (SIAD) et ceux du Nord et du Centre par leurs médecins traitants. Les aidants de ces patients, pour ceux qui en ont, s'ajoutent au panel.

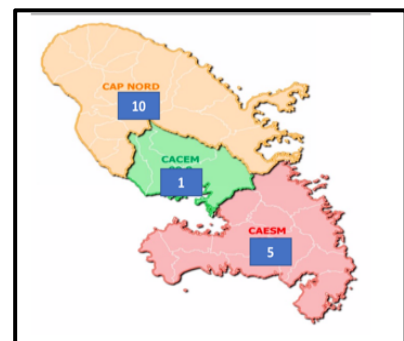


Figure 49- Répartition des patients DT2 inclus dans l'étude sur les trois bassins de population

⁷² Le diagnostic éducatif est défini par J-F. d'Ivernois et R.Gagnayre, comme la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentiels, de prendre en compte ses demandes et son projet dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé.

Personnes diabétiques pour lesquelles l'éducation nutrition avait été prescrite		Aidants dont 6 avec maladie chronique traitée (DT2, HTA, surpoids, obésité, polyarthrite... ^o	Autres personnes présentes lors des ateliers à domicile	Total des personnes ayant bénéficié des ateliers d'éducation alimentaire
Femme	Homme		Enfants - proches – Auxiliaire de vie	
10	6	9	9	33

Tableaux19 - Catégories des participants aux ateliers d'éducation nutritionnelle à domicile.

Les entretiens

Ces entretiens, conduits selon une grille (Cf. Annexe 23), ont duré de 30 min à 1 heure. Ils sont enregistrés et certains retranscrits. (Cf. Annexe 24)

Nous avons réalisé des entretiens auprès de 17 personnes (dont 10 au domicile et sept par téléphone), et observé 16 ateliers d'éducation nutritionnelle (une personne parmi les 17 n'était pas disponible pour l'atelier). Un médecin a participé à l'atelier chez son patient.

Après chaque entretien que nous avons intitulé connaissance de la personne, à partir des données recueillies, nous préparons l'atelier avec le nutritionniste, par téléphone ou en présentiel. Il élabore un pré-plan alimentaire qu'il complète après l'atelier.

Les ateliers

Les ateliers sont animés par le nutritionniste et se déroulent en matinée pour la préparation du déjeuner ou en début d'après-midi pour la préparation du dîner. Nous avons à chaque fois veillé à ne pas modifier les horaires des repas des personnes. Au total, 33 personnes (patients, aidants, famille ou auxiliaires de vie), ont bénéficié de ces ateliers d'éducation nutritionnelle, orientés vers l'équilibre alimentaire, indispensable à l'équilibre du diabète et à la prévention des complications.

Au cours de la première heure, nous échangeons avec les bénéficiaires sur ce qu'ils connaissent de la relation entre l'alimentation et le diabète. C'est l'occasion de vérifier ce que ces personnes savent, sur le rythme des repas dans la journée, sur la composition des menus pour la bonne gestion de la maladie parallèlement à la médication prescrite.

La seconde heure est consacrée à la pratique avec l'atelier culinaire. L'apprentissage se poursuit en cuisine. Le but de l'atelier est d'amener à prendre conscience du champ des possibles pour diversifier les menus. La pratique consiste à réaliser avec le patient une recette avec les légumes verts + féculents + protéines. Plusieurs variantes sont proposées.

Les Nids d'apprentissage

Au cours des ateliers d'éducation alimentaire et nutritionnelle, parmi les personnes diabétiques nous avons repéré celles qui pourraient bénéficier d'un accompagnement sous forme de nid d'apprentissage que nous avons décrits précédemment à la page 47. Bien que les nids d'apprentissage étaient prévus pour un usage en groupe (Balcou 2006), en raison du contexte de crise sanitaire, nous en avons fait une adaptation en individuel, à domicile. Ainsi nous avons proposé à deux personnes bénéficiaires des ateliers d'éducation nutritionnelle de renforcer leur apprentissage à l'aide de ce dispositif. Elles y ont répondu favorablement.

- a) Karine - femme du Nord, diabétique, hypertendue et en surpoids et « aidante » de deux personnes diabétiques.
- b) Laura - femme du Sud, multi-pathologique diabétique, drépanocytaire, hypertendue.

Pour ces deux femmes, nous avons commencé avec le livret *Apprendre à maîtriser les risques cardio-vasculaires*.

Nous avons réalisé une seule séance. En raison du confinement, en accord avec les patientes, le choix a été fait d'attendre la fin de la crise sanitaire. L'accompagnement s'est poursuivi à distance par téléphone.

Analyse et résultat

La présentation de cette dernière étude se décline donc en trois parties, en référence aux objectifs : les entretiens, les ateliers et les nids d'apprentissage.

T.1 Recueil des habitudes et pratiques alimentaires des Martiniquais DT2

Dans cette étude, la première étape visait à repérer les habitudes et pratiques alimentaires des diabétiques martiniquais et de définir la place de la culture locale dans les usages. Concernant ce dernier point, nous avons été attentif aux éléments qui permettent de définir l'aspect culturel : le rapport avec le type de nourriture, la notion de chaud et froid des aliments, la consommation d'aliments locaux ou importés, les mets les plus consommés...

Les entretiens de connaissance de la personne portant sur le vécu avec la maladie et les habitudes alimentaires ont mis en lumière trois catégories de patients :

- a) Ceux qui connaissent le diabète et souhaitent une mise à jour pour l'alimentation, à la demande du médecin eu égard au résultat élevé de leur glycémie et/ou de l'hémoglobine glyquée.
- b) Ceux qui connaissent moyennement le diabète et les règles d'une alimentation équilibrée.

c) Ceux qui méconnaissent le diabète et les principes d'une alimentation favorable à leur santé.

Dans les trois groupes, certains ont reçu antérieurement, des conseils et informations sur l'alimentation, parfois de la part du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation. Cependant, selon leurs propos ils ne les appliquent pas toujours et évoquent plusieurs raisons : trop contraignants, manque de temps, pas d'idée de recettes, manque de moyen financier pour l'achat des produits conseillés,

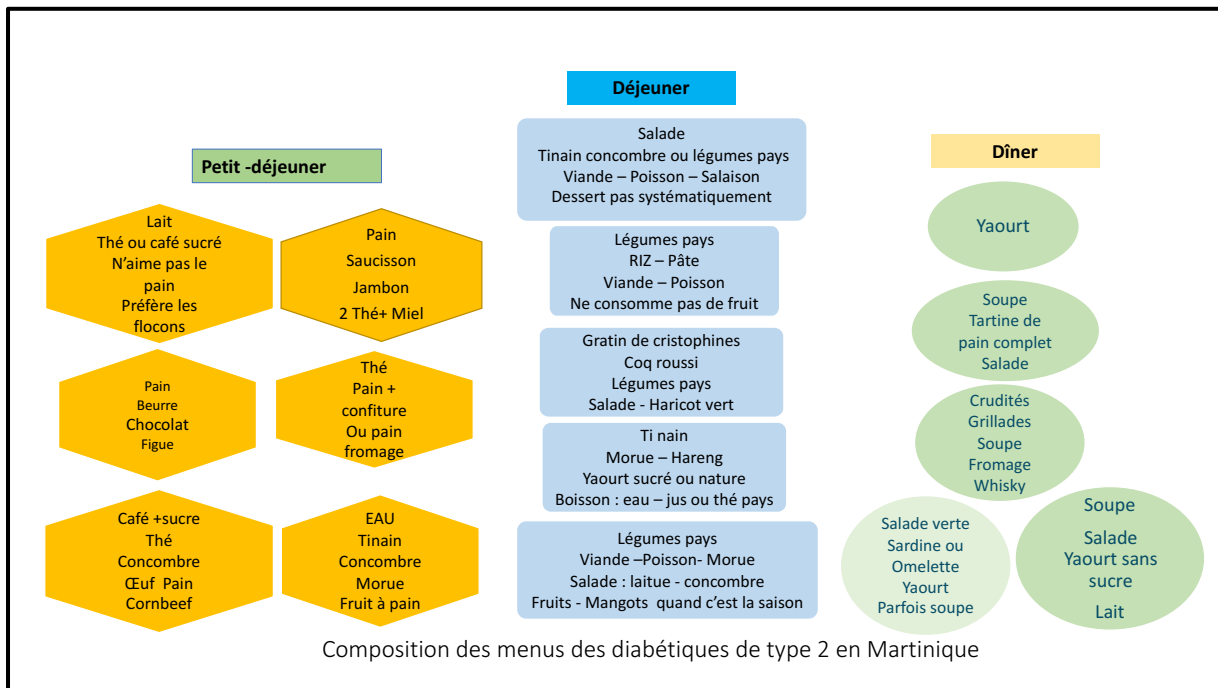


Figure 50 : Menus des DT2 relevés lors des entretiens de connaissance de l'étude n°7

Les menus ci-dessus représentent des petits -déjeuners, déjeuners et dîners recueillis lors des entretiens avec les personnes diabétiques interrogées. Nous remarquons la présence d'une forte empreinte locale dans la composition des menus, y compris pour des personnes ayant vécu longtemps (plus de vingt ans) en métropole. Si certains de ces menus sont équilibrés, d'autres le sont moins ou pas du tout. Notamment le matin où les fibres manquent, et par exemple au dîner des personnes diabétiques se contentent d'un yaourt ou d'un bol de lait avec du pain.

Notre premier constat est de trouver une prévalence pour un menu composé de « *tinain –*



morue- concombre ». Nous interrogeons sur la signification de cette prévalence : ce choix est-il guidé par l'habitude, le goût ou par l'ancrage ?

Ce n'est pas la première fois que nous constatons la préférence de ce trio alimentaire (« *tinain – morue- concombre* »)

chez les participants, aussi bien le matin que

le midi. Nous remarquons également que les « légumes pays » sont beaucoup plus consommés que le riz.. En revanche, le soir, c'est la soupe qui est régulièrement mentionnée (soupe de légumes, de viande, de pied de veau, de tripes, calalou, soupe zabitant, soupe de poisson...).

Par ailleurs, le matin, les personnes âgées consomment souvent du pain et du lait ou du lait et des céréales. L'apport de protéines est irrégulier. Toujours chez les aînés, à partir d'un certain âge, les légumes verts (fibres) n'apparaissent plus dans l'alimentation le matin. Les fruits sont consommés parfois en collation. Les desserts restent occasionnels, au déjeuner et au dîner.

En résumé, dans l'alimentation des personnes interrogées, les grands absents sont les légumes verts. Ou bien, ils ne sont mentionnés que pour désigner la salade : laitue, concombre, tomate, carotte, haricot vert. Ce dernier provoque une aversion chez plusieurs de ces personnes comme le fait remarquer Ghislaine :

« *Yen ki poi-tenn, pwa-tann, mwen las manjé sa !* » (Que des haricots-verts, haricots-verts. Je suis fatiguée d'en manger !).

Le soir, le repas est souvent très léger. Il peut se résumer à un yaourt ou un verre de lait.

T.2 Des ateliers in situ pour la compétence alimentaire durable des DT2

L'expertise du nutritionniste dans la connaissance nutritive des produits locaux et des



habitudes culinaires traditionnelles permet d'installer le dialogue à partir du vécu quotidien des participants. En règle générale, les documents sur la nutrition, distribués sur le diabète sont souvent illustrés d'images représentant des produits d'origine européenne (pommes, poires, pommes-de-terre...).

Cette partie de l'atelier renforce l'intérêt des participants pour les produits locaux, et plus particulièrement les féculents locaux, souvent décriés par des professionnels de la nutrition pour leur apport trop riche. C'est également l'occasion de parler des légumes verts et de leur importance dans l'équilibre des repas en cas e diabète..(Annexe). La différence entre goût sucré et teneur en sucre n'est pas toujours connue. Pour certaines personnes qui connaissent déjà la notion d'index glycémique, nous profitons pour présenter les produits locaux en fonction de leur impact sur la glycémie (Annexe).

En effet, de nombreux participants ignorent la quantité de sucre contenue dans les aliments. Lors de nos différents entretiens de connaissance de la personne, nous avons découvert pourquoi une telle lassitude de la part des diabétiques à suivre un régime strict. Les échanges avec eux ont mis en lumière la nature répétitive des menus et le dégoût qui en découle. Le mot « régime » renvoie fréquemment à l'idée de privation, de manque de goût, d'absence de plaisir. A cela s'ajoute la représentation négative des légumes verts et leur assimilation avec des « aliments de régime » par excellence, qui plus est lorsqu'ils sont proposés en cuisson à la vapeur.

La partie atelier cuisine a privilégié la réalisation des plats colorés, savoureux, économiques



avec des denrées disponibles localement. La notion de plaisir est à prendre en compte si on peut l'associer à la dimension physiologique du régime alimentaire. Par exemple, le poisson cuit au four sur un lit de courgettes, d'aubergines, de tomate, de persil et d'ail, a éveillé

l'attention des participants. Cette recette a été l'occasion d'introduire l'aspect gastronomique

recherché par les diabétiques gourmets, et d'apprendre à réaliser un menu du quotidien tout en respectant l'équilibre alimentaire recherché.

Le court-bouillon de poisson enrichi de « légumes verts » aux couleurs variées, tels que la christophine, la courgette ou de haricots verts apporte quelque chose de différent, mais d'agréable pour toute la famille. Le but est d'impulser du changement et d'encourager les participants à oser d'autres idées de préparations que celles proposées par la tradition martiniquaise tout en en tenant compte.



T.3 Prévenir les risques et retarder les complications cardiovasculaires

Les thèmes des nids d'apprentissage abordent un ensemble de situations de la vie quotidienne à l'instar de l'alimentation, l'activité physique, la gestion du traitement, l'environnement, etc. Une fois inscrites dans une perspective de formation, ces situations permettent à l'apprenant de développer les dispositions individuelles et sociales sur lesquelles il pourra s'appuyer dans le quotidien (Debussche & Balcou-Debussche, 2011).

Le nid d'apprentissage que nous avons travaillé met en situation Laura, une jeune femme DT2 et drépanocytaire.

Nid d'apprentissage individualisé au domicile de Laura dans le Sud			
Étapes	Actions	Outils	Intervenants
Atelier 1 AMRC⁷³	Recueil des données biologiques – Calcul du total santé – Choix des actions à mener	Livret AMRC Analogie Métaphore-	IDE - Chercheur
Actions choisies par Laura Je mange moins salé, moins sucré, moins gras - Je marche 30 minutes par jour			
Point d'étape n° 1	Évaluation des acquis – des changements – Réajustement des objectifs de santé	Livret	Par téléphone

Tableau 20a - Nid d'apprentissage individualisé à domicile dans le Sud

Pour Laura, la mise en œuvre a été retardée en raison du décès d'un proche emporté par la Covid-19. L'intervention a été mise en place quand elle s'est sentie prête. Nous avons réalisé

⁷³ Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire.

une seule séance à domicile et poursuivi l'accompagnement par des appels téléphoniques réguliers.

Laura a mis en place trois actions qu'elle s'applique à continuer même si pendant les périodes de confinement, elle a relâché ses efforts. Le fait de l'appeler tous les 15 jours l'encourageait à reprendre son rôle d'acteur pour sa santé.

Nous avons aussi réalisé un autre nid d'apprentissage avec Karine, une femme DT2 dans le Nord Atlantique (cf. Annexe 26).

Nid d'apprentissage individualisé au domicile de Karine dans le Nord			
Étapes	Actions	Outils	Intervenants
Atelier 1 AMRC	Recueil des données biologiques – Calcul du total santé – Choix des actions à mener	Livret AMRC Langue créole Analogie	IDEL Chercheur/IDE
Actions choisies par Karine : Je mange moins salé, moins sucré, moins gras			IDEL Chercheur/IDE

Tableau 20b - Nid d'apprentissage individualisé à domicile dans le Nord

Pour Karine, en raison de son rythme d'apprentissage plus long, nous avons proposé qu'elle suive l'atelier « *Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire* » sur plusieurs sessions. Son objectif est la perte de poids et la consommation régulière de légumes verts. Nous lui avons laissé le livret après la première session. Lors de la deuxième session, elle n'a pas retrouvé le livret. Nous avons tout de même continué la séance en lui attribuant un nouveau livret. Elle ne l'a pas verbalisé, mais nous avons compris ses difficultés avec la lecture et l'écriture.

Depuis l'atelier sur l'éducation alimentaire, elle avait bien compris l'intérêt de consommer



des légumes verts à chaque repas. Profitant de ses compétences en agriculture, et de l'espace disponible à proximité de son domicile, nous lui avons suggéré l'idée de concevoir un jardin potager à côté de la maison. L'objectif était d'avoir des légumes verts à disposition à moindre coût, soit une façon de faire des économies et de limiter ses

dépenses de consommation. Ainsi, une fois que nous avons obtenu son adhésion, nous avons organisé un atelier jardinage avec un professionnel du domaine qui a réalisé, avec elle, le jardin en une matinée.

Deux mois plus tard, Karine commençait à récolter et consommer les légumes de son jardin (laitue, gombo, oignon pays).

Pour rappel, l'objectif de Karine est la perte de poids. Son jardin peut en partie y contribuer. En effet, ce lieu est désormais son espace d'activité



physique, une ressource parce qu'elle pourra consommer des légumes verts gratuitement et, parallèlement, renforcer sa confiance en elle, surtout lorsqu'elle reçoit les compliments des autres concernant son jardin.



Ranémée aux compétences psychosociales⁷⁴ vues précédemment (Page 27), cette situation d'apprentissage en ETP (SA-ETP) mobilise chez Karine des compétences cognitives, émotionnelles... Par ailleurs, nous avons contacté, avec l'accord de Karine, l'institution en charge de mesurer le taux de chlordécone dans les sols. Le diagnostic a été réalisé, elle est en attente du résultat.

Synthèse de l'éducation alimentaire à domicile et des nids d'apprentissage

Comme le précise l'INSERM, l'incidence du DT2 augmente avec l'âge. La maladie se manifeste généralement après 40 ans et est diagnostiquée à un âge moyen de 65 ans. C'est à dire la période qui requiert une vigilance quant aux habitudes alimentaires et celles relatives à la pratique d'une activité physique, deux leviers primordiaux dans la prévention de la maladie (INSERM, 2019).

Cette septième étude de notre recherche doctorale poursuivait trois objectifs :

- 1) repérer les habitudes alimentaires des DT2 martiniquais et mesurer l'impact de la culture dans l'alimentation,
- 2) renforcer la compétence nutritionnelle des personnes diabétiques par l'éducation alimentaire,

⁷⁴ L'OMS a défini en 1993 les compétences psychosociales (CPS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement».

3) expérimenter les nids d'apprentissage à domicile des DT2 pour une approche plus contextuelle dans la prévention des risques et des complications liés au diabète.

À travers les résultats obtenus à l'issue des entretiens, des ateliers et des nids d'apprentissage, nous constatons une forte présence culturelle dans les pratiques alimentaires des diabétiques martiniquais. Cependant, les mutations des habitudes vers une alimentation riche en sucre, graisse, protéines et pauvre en légumes verts, font de l'éducation alimentaire, un enjeu majeur dans la prévention des complications et dans la lutte contre le diabète, comme le témoignent ces verbatim :

- « *Les glaces là, les glaces euh, maracudja, fraise... (500 ml) bah ! je mange le tout d'un coup* ».
- « *Le matin si je suis chez moi personnellement, je ne mange pas. C'est toujours quand je suis dehors que je mange. Par exemple dans un snack ou bien il faut que je passe... Sandwich bavette que j'aime énormément bien garni, avec un grand verre de jus... Par contre le seul défaut, quand il est midi je rentre chez moi, je ne mange pas. Je mange uniquement à 16 h* ».
- « *Il y a encore quelque temps à table quels que soient les légumes : Tinin, fruit à pain, du riz il me fallait du pain... pourquoi je vous dis ça c'est parce que je suis un gros mangeur de pain* ».

La pédagogie utilisée, la compétence culturelle des intervenants, associées à un apprentissage à domicile c'est-à-dire dans leur contexte ordinaire, ont suscité la réflexion des personnes DT2, leurs aidants et membres de la famille (pour ceux qui ont participé). Ils disent tous, à la fin de l'atelier théorique et pratique, comprendre l'intérêt d'une alimentation équilibrée.

Nous avons construit ces situations d'apprentissage (SA-ETP) en suivant un mode évolutif, c'est-à-dire non programmé au départ, mais décidé en concertation avec les personnes concernées, au fur et à mesure, en fonction des besoins exprimés de manière explicite ou implicitement. C'est à partir de ces éléments que peut se construire une situation d'apprentissage sous forme de nid d'apprentissage, à travers laquelle le patient pourra « travailler » tant sur les connaissances que dans l'action.

Cette intervention à domicile, financée par un organisme privé local, l'inclusion des patients par une association de soins infirmiers à domicile et des médecins traitants libéraux, la mixité des professionnels de santé et des acteurs de la vie civile, se révèlent comme les prémices de développement de l'ETP territoriale. En effet, à l'instar de P.Y Traynard et R. Gagnayre (2013), l'accessibilité en ETP présente un double intérêt, premièrement géographique pour faciliter l'adhésion des patients du fait de sa proximité du lieu de vie, deuxièmement, la diversité de l'offre doit permettre le respect de l'hétérogénéité culturelle et médicale des patients.

Synthèse générale de la recherche doctorale

Notre recherche doctorale s'est construite et conduite à partir de sept études distinctes et complémentaires pour interroger et comprendre les conditions de prise en compte du contexte culturel lors de situations d'apprentissage pour les personnes diabétiques en Martinique. Aussi, en raison de l'importance que revêt une alimentation équilibrée dans le traitement du diabète, nous avons questionné également les critères de réussite de l'éducation alimentaire et nutritionnelle, à partir de la compétence culturelle des acteurs de l'ETP en Martinique. Il faut se demander quel accompagnement, quels soins, quelle éducation apporte-t-on à une personne malade si on ne prend pas en compte sa culture ?

L'alimentation des Martiniquais connaît effectivement une mutation avec des aliments riches en sucre, graisse, protéines animales et pauvres en fibres, légumes verts et fruits. Ces comportements alimentaires corroborent avec la prévalence des pathologies comme le diabète décrite par l'IRD. Ainsi l'ETP peut aider les personnes atteintes de ces maladies à gérer au mieux leur vie au quotidien. Cependant, les formations d'ETP dispensées aux professionnels de santé sont souvent standardisées et ne répondent pas toujours aux attentes de ces soignants qui accompagnent les patients martiniquais. En effet, lors de ces formations l'accent est très partiellement ou pas du tout mis sur l'approche culturelle locale.

La réflexion menée sur le diabète de type 1 met en évidence une forme d'isolement pour les enfants ainsi que leurs parents. Ils demandent à rompre cet isolement par le biais d'un réseau et d'une instance associative pour les accompagner dans leur épanouissement. Les professionnels qui contribuent à leur éducation thérapeutique réclament également des aides structurelles et organisationnelles.

Ce sentiment d'isolement apparaît également chez des personnes DT2 plus âgées et polyopathologiques ou qui présentent un handicap moteur ou sensoriel, ou bien encore en situation d'illettrisme. L'isolement social, mais également la rareté de l'offre de soin, renforcent les inégalités et font de ces personnes, une catégorie singulière de patients pour les médecins traitants et les professionnels infirmiers libéraux.

L'ensemble de notre recherche et particulièrement notre étude expérimentale d'un programme d'ETP contextualisé, puis notre recherche-intervention en éducation alimentaire à domicile pour des personnes DT2, ont montré l'intérêt de la compétence culturelle des acteurs, les avantages de la co-construction des situations d'apprentissage ETP pour les bénéficiaires.

Outre la nécessaire prise en considération de la culture des Martiniquais lors du processus éducatif, notre recherche indique le caractère fondamental de la territorialisation de l'ETP pour son essor. Cette contextualisation territoriale de l'ETP passe par l'amélioration des

critères des formations des professionnels, par un développement de la compétence culturelle à tous les maillons de la chaîne des acteurs de l'ETP. En somme, recourir à la boussole È.T.A.P.E c'est-à-dire des situations d'éducation thérapeutique à la fois écologique, territoriale, adaptée, personnalisée et efficiente permettrait d'intégrer les dimensions biomédicale, biopsychosociale, culturelle et éthique pour développer une ETP de qualité en Martinique.

4.3 Analyse et discussion des résultats à la lumière des hypothèses de recherche

Cette partie fait état des résultats généraux de notre recherche au regard de nos deux hypothèses.-Au cours de sept études de notre recherche interventionnelle, nous avons pris connaissance des comportements alimentaires des Martiniquais, analyser les formations 40 h, dispensation ETP, explorer les deux programmes d'ETP autorisés par l'ARS pour DT2 et les besoins éducatifs de patients DT2 hors programme ETP, mais aussi effectué un état des lieux du diabète de type 1, puis expérimenté un programme d'ETP de sept ateliers pour 10 adultes DT2, avant de terminer par l'éducation alimentaire au domicile de 13 personnes DT2 et leurs aidants et famille, pour ceux qui en avaient.

Nous présentons ci-dessous sous forme de schéma, notre recherche-intervention composée des sept études présentées précédemment.

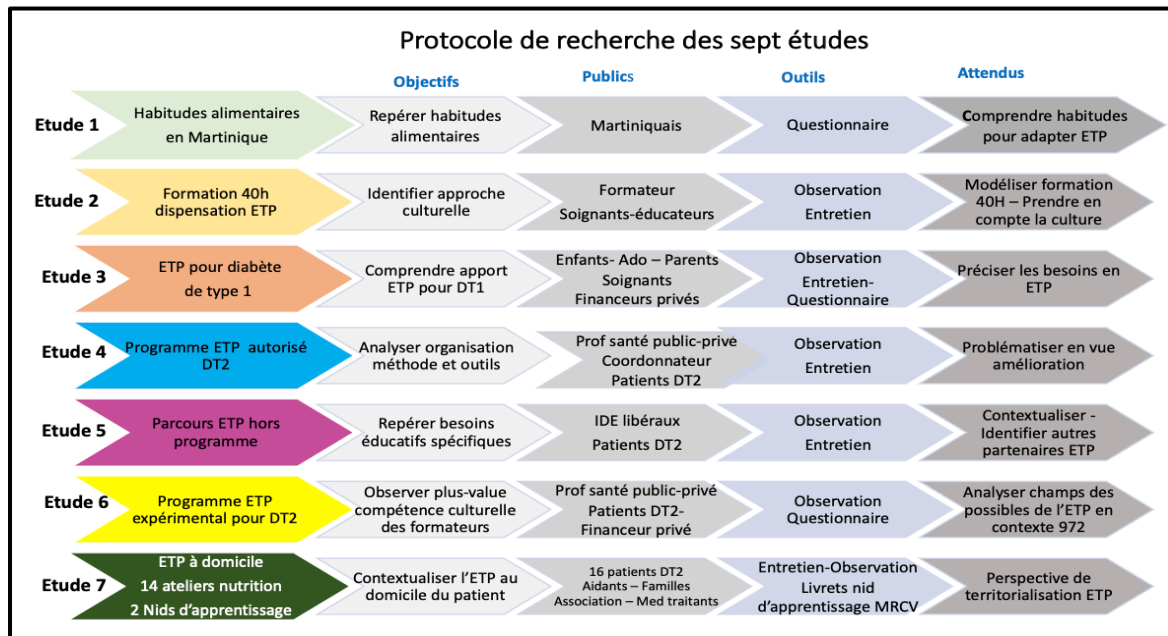


Figure 51 – Protocole de recherche des sept études

Notre recherche est inscrite dans un objectif de contextualisation de l'éducation thérapeutique du patient en Martinique autour de la question : peut-on éduquer, accompagner la personne

malade chronique et singulièrement la personne diabétique, de façon optimale, sans connaître et prendre en compte son contexte culturel ?

Après avoir replacé le contexte, nous poursuivons l'analyse à partir des résultats de notre recherche, de nos cadres conceptuels et également sur une approche ethnosociologique de l'éducation des malades chroniques, réalisée à partir d'une recherche à La Réunion (Balcou-Debussche, 2006), c'est-à-dire en contexte créole. Pour la présentation des résultats, nous nous inspirons du modèle ci-dessous qui propose trois niveaux conceptuels qui interagissent dans la dynamique de situation d'apprentissage en ETP (SA-ETP) ; le niveau macro, le niveau meso, et le niveau micro. (Balcou-Debussche, 2016, p.159), que nous étayons avec nos repères théoriques et nos hypothèses de départ.

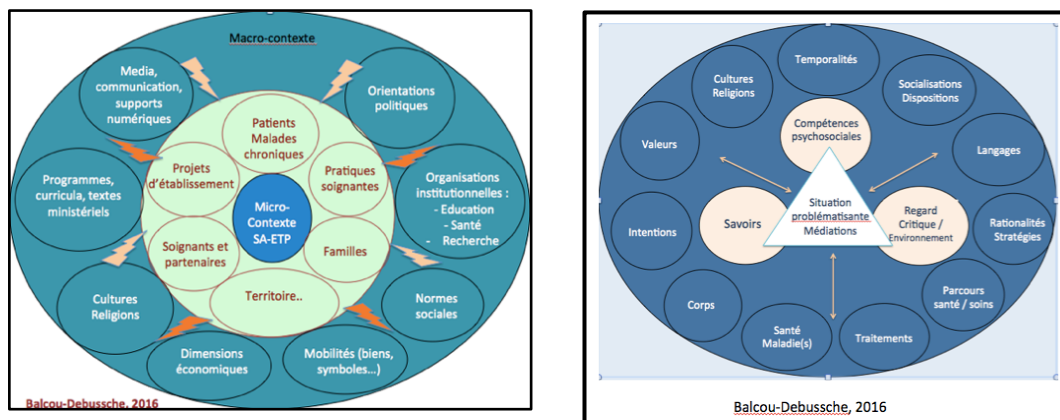


Figure 51 : Dynamique de la situation d'apprentissage ETP en contexte (Balcou-Debussche p.160)

4.3.1 L'analyse des résultats au niveau macro contextuel

Comme vu précédemment, *le niveau macro* se caractérise par les orientations politiques, les textes ministériels qui structurent les pratiques professionnelles, les modes de communication... qui façonnent la façon de travailler des acteurs : professionnels de santé, familles, patients.

Écart entre la prévalence du diabète de type 2 et nombre de programme ETP autorisé

Les profils des diabétiques de notre recherche reflètent le constat de l'Institut de recherche pour le développement. Il indique que l'augmentation de la prévalence reste plus marquée dans certaines populations, notamment dans les départements d'Outre-mer et les départements ou les zones les moins favorisées d'un point de vue socio-économique. L'augmentation en incombe en partie au vieillissement de la population et à l'espérance de vie prolongée des diabétiques. En revanche, les déséquilibres nutritionnels et la sédentarité participent de plus en plus à la « propagation » du DT2 (Méjean et al., 2020).

En effet, les instances nationales et régionales de santé rappellent constamment la forte prévalence du diabète de type 2 en Martinique : environ 40 000 diabétiques traités et 1 200 nouveaux cas par année selon l'observatoire de santé de Martinique. Sur le site internet de l'ARS figurent pour tout le territoire que deux programmes d'ETP autorisés pour les personnes diabétiques de type 2 : un hospitalier et un en ville dans le Sud de l'île. Ce nombre reste en dessous des besoins du territoire au regard du nombre de personnes porteuses d'un diabète déclaré, sans compter les personnes diabétiques non diagnostiquées qui s'ignorent comme malades.

Néanmoins, dans le Plan régional de santé 2, 2018 — 2022, de l'ARS Martinique s'est fixé des objectifs qui concernent l'ETP sur cinq années :

- ⇒ développer/diffuser et former les professionnels aux outils existants en Martinique et Guadeloupe pour favoriser l'adhésion des patients à un suivi,
- ⇒ mobilisation de l'Association martiniquaise de l'ETP pour définir les stratégies de suivi des maladies chroniques et assurer les missions suivantes : formation à l'entretien motivationnel, notamment auprès des IDE qui interviennent à domicile,
- ⇒ recensement des compétences présentes sur le territoire : personnes formées à la pédagogie, l'entretien motivationnel,
- ⇒ développement des programmes d'ETP : communication sur ces programmes, échanges de pratiques/capitalisation.

En février 2022, ces actions n'avaient pas encore totalement connu leur phase d'opérationnalisation.

Parmi la quarantaine de personnes diabétiques de type 2 de notre recherche (hormis les hospitalisés), seulement deux ont bénéficié de programme d'ETP en France hexagonale et deux en Martinique. Les autres n'ont pas connaissance des programmes existants et très souvent ne savent pas ce qu'est l'éducation thérapeutique du patient.

Concernant les programmes d'ETP, notre recherche montre que la pratique de l'ETP est peu répandue en Martinique, et que le nombre de programmes autorisés est en dessous des besoins des malades chroniques en constante augmentation. Néanmoins, des formations en ETP existent pour les professionnels de santé, nous en avons observé.

Contextualiser les formations et développer la culture de l'ETP

La formation des professionnels est un des leviers principaux du développement de l'ETP (Foucaud & Balcou-Debussche, 2008). En Martinique, des compétences en ETP existent. Elles ont été obtenues en grande partie hors du territoire. Quand les formations sont

dispensées sur place, elles sont animées par des organismes et formateurs de l'hexagone ou autres pays étrangers. En effet, au début des années 2000, des organismes de formation extérieurs (France hexagonale, Suisse) ont dispensé des formations d'initiation à l'éducation thérapeutique du patient, sur le territoire. Puis à partir de la loi HPST de 2009, la formation 40 h dispensation ETP est devenue obligatoire pour les professionnels de santé qui souhaitent dispenser l'ETP au sein d'un programme autorisé par l'ARS. En réponse à cette législation les professionnels ont continué à se former et sont titulaires de diplômes ou certificats, tels diplômes universitaires en ETP, master ETP, attestation de 40 h de dispensation ETP, attestation de 40 h de coordination ETP, d'autres sont seulement initiés à l'ETP. Ces formations ont été dispensées hors de la Martinique (France, Suisse, Canada, Guadeloupe), mais également sur place par des organismes de formation extérieurs (France hexagonale, Suisse).

Pour notre recherche, nous avons observé des sessions de formation 40 h dispensation ETP, mises en place par une association de Martinique et animée par un organisme de l'hexagone qui dispense des formations ETP sur tout le territoire français depuis 1989. Nous cherchions à repérer, dans le contenu de ces formations, des éléments qui permettraient aux participants de prendre en compte la culture spécifique des patients dans les situations d'apprentissage ETP.

L'évaluation complète fait ressortir la satisfaction globale des participants à 98%. Néanmoins, les insatisfactions sont à prendre en considération. Elles concernent d'une part, l'applicabilité au contexte du soignant et par conséquent à celui du patient, et d'autre part la pratique réflexive.

Items	Satisfaction
La formation et son déroulement	
La formation m'a apporté de nouveaux savoirs et a renforcé ceux que je possédais déjà	88 %
La formation m'a permis d'interroger ma pratique de soignant	85 %
Les méthodes pédagogiques proposées pour l'éducation thérapeutique sont applicables à mon contexte	88 %

Deux paramètres que Grimaldi, Caillé, Pierru, & Tabuteau, 2017, p. 539) qualifient d'importants dans les soins relationnels pour la prise en compte de la personnalité du patient, son vécu, ses représentations de la maladie, ses croyances, de sa norme culturelle.

Dans notre recherche, suite à la formation 40h ETP, les propos de soignants hospitaliers ou libéraux témoignent d'une forte demande de formations complémentaires en ETP. Notamment :

- formations des coordonnateurs d'ETP ;
- ETP pour les patients diabétiques ;
- ETP pour les aidants ;
- pratique des entretiens pour le diagnostic éducatif ;
- mettre en place des échanges entre les professionnels formés.

Outre ces demandes de formations complémentaires, les professionnels de santé souhaitent des lieux et des temps consacrés aux échanges et discussions sur l'ETP. Cette organisation nécessite une structure ressource de coordination dédiée uniquement à l'ETP, comme celles qui existent dans plusieurs ARS de l'Hexagone et à La Réunion (Lahély & Crozet, 2021).

Ainsi, dans l'optique d'adapter les formations au territoire, dans un appel à candidatures de 2019, pour la formation 40 h ETP en Martinique, l'ANFH recommandait aux candidats d'avoir une connaissance du territoire de santé de la région Martinique (Cf. Annexe 27). Ce critère invite les formateurs d'ETP en Martinique à connaître la culture du territoire pour une formation adaptée. C'est l'ambition de notre recherche, afin de produire des situations d'apprentissage ETAPE. C'est-à-dire créer sur le territoire une culture d'éducation thérapeutique qui réponde aussi bien aux attentes des professionnels, et surtout aux besoins des patients martiniquais. En effet, pour (Delcroix, Forissier et Anciaux, 2013) qui étudient le développement de didactiques contextualisées, particulièrement en contexte créole, cette démarche nécessite le recours à des approches d'ordre anthropologique, ethnologique, historique, psychologique, sociologique et demande de connaître plus finement les processus intervenant dans la contextualisation didactique.

Ces auteurs classifient la contextualisation comme suit

⇒ *Contextualisation faible ou Kyòlòlò*⁷⁵

Il s'agit de l'adaptation des ressources pédagogiques en les remplaçant pièce par pièce par des exemples locaux proches de ceux d'origine, alors que le message reste identique et donc potentiellement, sans rapport avec le contexte dans lequel il est diffusé. Les procédés donnent une couleur locale aux outils pédagogiques, sans vraiment tenir compte du contexte didactique, puisque rien n'est dit sur les caractéristiques particulières de ces contextes ni sur les conceptions des apprenants liés à ces contextes.

⁷⁵ Expression créole qui désigne un café très clair, très dilué.

⇒ *Contextualisation forte*

A l'inverse du précédent, ce processus de contextualisation prend le parti de repenser les programmes, les manuels, les formations à travers l'ordre et la nature des notions enseignées en fonction des contextes concernés et de leurs caractéristiques générales (*Ibid.*).

Cet aspect qualitatif de la formation des soignants que pointe notre recherche appelle une nouvelle question : le formateur, le soignant ou l'intervenant en ETP ou en relation d'aide peut-il prendre en compte la culture du patient martiniquais s'il n'est pas culturellement compétent⁷⁶ ?

Former les professionnels médicaux et de santé à l'approche culturelle du patient

La compétence interculturelle s'inscrit dans un ensemble de compétences sociales et relationnelles de base. Brigitte Tison cite A. Flye Sainte- Marie qui définit cette compétence en termes de « savoir agir et « savoir penser » (Tison, 2007, p.74). En raison du désert médical reconnu en Martinique, l'ARS fait appel à des médecins étrangers pour renforcer l'offre de soins sur le territoire. Outre les médecins, des paramédicaux et autres acteurs de santé étrangers, exercent également sur l'île. Magali Bouchon pour sa thèse de médecine a mené une enquête sur le médecin généraliste métropolitain face aux aspects culturels et linguistiques de l'expression des symptômes en Martinique. D'origine métropolitaine, elle indique que :

L'enseignement que reçoivent les médecins généralistes est biomédicale. La formation, dans un souci de rigueur scientifique, ne tient pas compte de la culture, comme si celle-ci n'avait aucune influence sur la maladie. (Bouchon, 1998).

Elle relate son expérience de médecin libéral remplaçant en Martinique :

J'ai été d'emblée frappée par un fossé plus grand dans le dialogue avec les patients que ma très brève expérience dans la région Centre. À l'histoire individuelle de chaque patient se rattachent une histoire, une culture et un langage collectifs propres à la Martinique, éléments qui n'entrent pas dans l'univers culturel du jeune médecin généraliste métropolitain fraîchement débarqué (Ibid).

M. Bouchon poursuit en exprimant ses peurs :

Ce fossé patient/médecin, je l'ai d'abord constaté. Puis très vite j'ai pris peur devant ce fossé. Peur de l'erreur diagnostique et de son cortège de conséquences. Puis ma vigilance accrue a conforté ma peur : je savais dès la porte du cabinet refermée quel patient partait avec un refus net de mes paroles. Et petit à petit, j'ai tenté de m'enfoncer dans l'extrême finesse d'une culture qui m'est étrangère, par curiosité et par souci d'une meilleure qualité d'échange. Car de la

⁷⁶ À l'instar de Brigitte Tison, il ne faut pas confondre compétence culturelle spécifique avec la maîtrise d'une autre culture. Parce qu'il serait difficile de devoir être expert d'une culture pour interagir avec une personne originaire de cette culture et d'autant plus difficile si on est amené à rencontrer des personnes appartenant à différents groupes culturels.

qualité de l'échange relationnel entre le médecin et le patient découle une efficacité technique en corrélation avec la satisfaction effective de ce que chacun des deux protagonistes recherche et attend pendant ce temps de consultation (Ibid).

Ce médecin termine en précisant la motivation de sa recherche :

Cette recherche s'inscrit aussi dans le contexte de l'installation en Martinique d'une proportion croissante de médecins généralistes métropolitains, qui soulève une polémique sur leurs capacités à comprendre le créole et les références magico-religieuses des patients et plus globalement à poser un diagnostic juste (Ibid).

L'histoire de ce médecin peut s'appliquer à l'ensemble des médecins et professionnels de santé libéraux et hospitaliers étrangers en début de leur exercice professionnel en Martinique.

Nous nous posons également la question du niveau de compétence culturelle de jeunes médecins ou autres soignants martiniquais ou Antillais qui exercent sur le territoire et qui méconnaissent la culture pour plusieurs raisons (partis très tôt pour les études, ou ceux nés et qui ont grandi à l'étranger de parents originaires des Antilles, etc.). Outre une démarche personnelle ou en famille, comment peuvent-ils, comme les soignants étrangers, acquérir cette compétence culturelle qui leur permettrait d'optimiser la qualité des soins relationnels et thérapeutiques nécessaires à toutes les catégories de la population ?

Décloisonner et coordonner l'ETP pour une collaboration ville/hôpital

Les propos ci-dessous sont ceux de soignants que nous avons interrogés au sujet de l'ETP et de la prise en charge des malades chroniques en Martinique (Annexe). Ils témoignent de la nécessité d'une organisation du parcours de soins des patients diabétiques dès le diagnostic de la maladie.

« La solution serait de faire passer l'information dès le début et de ne pas banaliser le diabète. Cette information devrait être faite par le médecin traitant. Il faudrait que le parcours de soins prévoie un relais ».

« Beaucoup de patients se sentent bien cliniquement alors qu'ils sont déséquilibrés, ils n'ont pas nécessairement besoin d'être hospitalisés. Une prise en charge en ambulatoire permettrait moins d'hospitalisation pour laisser la place aux vraies décompensations. Mais c'est tout un travail en amont ».

« Il y a beaucoup plus de structures hospitalières, beaucoup de médecins qui adressent les patients, mais il n'y a pas de structure intermédiaire. Ça dégagerait un peu de places pour l'hôpital et du temps au patient, ça éviterait de perdre du temps en termes de prise en charge ».

Qui mieux que le terrain peut faire remonter les réalités à prendre en compte dans les décisions stratégiques et politiques pour des projets de santé publique et d'éducation en santé adaptés au territoire ?

D'après Gottlieb et Feeley qui ont étudié la collaboration et le partenariat :

Quand on réfléchit aux bénéfices de la collaboration, on a tendance à se focaliser sur ceux qu'elle apporte aux clients et négliger ceux qu'elle peut avoir pour les professionnels. [...] Les études portant sur les perceptions qu'ont les professionnels de santé (infirmières, médecins, psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes) du partenariat personne-professionnel ont révélé que la plupart d'entre eux jugent que la collaboration est souhaitable (Gottlieb & Feeley, 2007, p. 24).

Dans l'étude n°6 de notre recherche nous avons expérimenté un programme d'ETP et aussi la fonction de coordination. Nous avons fait collaborer des intervenants pluriels tant par leurs disciplines professionnelles que par les lieux d'exercice. En effet, certains exercent en milieu hospitalier et d'autres en secteur libéral, comme le nutritionniste, l'infirmière, le pharmacien et l'éducateur en activité physique adaptée.



Dans ce module de formation d'éducation thérapeutique, que nous pourrions nommer

« formation pour la santé », tous les intervenants possédaient cette compétence culturelle. Ils n'étaient pas tous Martiniquais, cependant, avaient tous cette connaissance approfondie et élargie des dimensions sociales, culturelles, intellectuelles, affectives, etc., des participants. Des éléments désormais déterminants pour la contextualisation des situations d'apprentissage en ETP.

L'occasion également de montrer que les acteurs de l'hôpital et ceux de la ville peuvent travailler ensemble « pour » et « avec » les patients ; ceci encouragé et financé par un partenaire du secteur privé.

Le partenariat public/privé, un levier pour le développement de l'ETP

Pour terminer l'analyse du macro contexte nous évoquons le partenariat. Quels partenariats financier, organisationnel, structurel peuvent contribuer au développement de l'ETP en Martinique ?

Les auteurs du livre « *Les maladies chroniques vers la 3^e médecine* » donnent leur vision de ce que pourrait être la prise en charge des maladies chroniques dans un futur proche :

Alors que les besoins de santé de la population évoluent (augmentation des maladies chroniques et de la multi morbidité, besoins de soins complexes), il devient impératif de trouver un mode de rémunération qui encourage le suivi des patients chroniques, les investissements dans les systèmes d'information performants et surtout la coopération entre professionnels. La prise en charge des malades chroniques nécessite en effet la mise en place d'un mode proactif de suivi qui ne semble pas être la norme. [...] De nombreux pays ont adopté des modes mixtes de rémunération pour les prestataires de soins de premier recours, après avoir fait le constat qu'aucun des modes de rémunération existants (capitation, salaire, budget global ou

rémunération à l'acte) n'était totalement satisfaisant (Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau, 2017, p. 673).

En France, globalement, les financements relèvent de l'application des deux modèles dominants, le paiement à l'acte et la centration sur les structures de soins hospitalières. Ces modèles ne sont pas adaptés au développement de l'ETP en ville et ne tiennent pas compte des besoins particuliers des personnes en situation de vulnérabilité (*Ibid*, p. 319).

C'est également l'avis de François Bourdillon⁷⁷ dans sa réflexion sur la politique publique et le développement de l'ETP sur le territoire, il indique que :

La politique en matière d'éducation thérapeutique en ville passe probablement par la recomposition du paysage des soins de premiers secours et de nouvelles formes de rémunération. Quand les nouveaux modèles de soins de la médecine de premiers secours seront définis, on pourra y accrocher des modalités d'organisation de l'éducation thérapeutique. Dans l'attente, il est important que les programmes d'éducation thérapeutique réalisés dans le cadre de réseaux ou en centres de santé ou en maisons de santé pluridisciplinaires puissent montrer leur caractère opérant, novateur et bien sûr une certaine efficacité (Bourdillon, 2013, p. 160).

Sur ce dernier point, notre présente recherche a effectivement bénéficié de financement de structures privées et publiques, sensibilisées aux problématiques des malades chroniques et de leur accompagnement sur le territoire. L'adhésion de ces partenaires à cette cause de santé publique augure une suite favorable au développement d'une ETP territorialisée, offrant l'accès à un plus grand nombre, voire à tous les malades chroniques qui le souhaitent en Martinique. D'autant qu'à l'instar de F. Bourdillon :

Les agences régionales de santé (ARS) doivent prendre en compte les articulations des programmes d'éducation thérapeutique entre eux notamment entre la ville et l'hôpital, quel qu'en soit le promoteur, ainsi qu'avec les programmes d'accompagnement construits par l'Assurance maladie, les « complémentaires santé » et les associations de malades (maisons du diabète et autres) (*ibid*, p. 157).

L'exemple d'un programme territorial d'ETP gratuit pour tous les diabétiques de type 2 à l'île de La Réunion suscite notre réflexion comme modèle pour le développement de l'ETP en Martinique.

Nous poursuivons l'analyse des résultats de notre recherche sous l'angle plus restreint du meso contexte, qui intéresse davantage les professionnels, les patients et leurs familles.

4.3.2 L'analyse des résultats sous l'angle du meso contexte de l'ETP

Dans cette partie, notre analyse s'orientera vers les professionnels de l'ETP et les situations d'apprentissage.

- Professionnels de santé participant aux formations ETP (études 2 – 3)

⁷⁷ Médecin au département Santé publique, d'information médicale et bio statistiques.

- Formateurs intervenant dans les programmes ETP autorisés, le programme expérimental et le programme à domicile (études 3 — 4 – 5 – 6 – 7)

Conjuguer les compétences pour cultiver l'ETP et la massifier

Les compétences en ETP ne sont pas actuellement recensées en Martinique, néanmoins, elles existent. Des professionnels de santé, éducatifs et médicosociaux... (aides-soignants, diététiciennes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, podologues, psychologues, éducateurs spécialisés, professionnels de l'activité physique adaptée, secrétaires médicales...) possèdent des diplômes, certificats, attestations de formation en ETP. Des infirmières du réseau Azalée exercent sur le territoire. D'autres dispositifs de l'Assurance Maladie accompagnent les malades chroniques : SOPHIA et PRADO informent, conseillent, accompagnent. Cependant, leur mission ne consiste pas à pratiquer de l'éducation thérapeutique du patient.

L'ARS a organisé et financé en décembre 2016, une formation de 40 h « Coordonner un programme ETP », animée par un organisme spécialisé à l'attention des coordonnateurs des programmes autorisés. Une quinzaine de professionnels y a participé. Des membres de l'Association française des diabétiques 972 ont suivi à Paris un cursus de formation intitulé « Devenir Bénévole Patient Expert », organisé par la Fédération française de diabétiques. La mission de ces bénévoles formés consiste à animer des actions d'accompagnement auprès de patients diabétiques et/ou de leurs proches en Martinique. Début 2022, le pôle de cancérologie a mis en place une formation de patient expert. Des femmes atteintes de cancer y ont participé.

L'absentéisme des patients et des professionnels dans les programmes d'ETP

Néanmoins, sur le terrain, notre recherche a relevé des situations d'absentéisme tant du côté des patients que du côté des professionnels. Dans le programme pour DT2 hospitalier, le problème d'absentéisme des patients ne se pose pas, en raison de l'hospitalisation pendant une semaine pour les ateliers d'ETP. En revanche, cette situation se produit pour les programmes hospitaliers en ambulatoire et les programmes de ville. Comme en témoigne ce coordonnateur de programme : *l'absentéisme chez les patients, surtout en fin de programme. Quelquefois, des ateliers sont annulés au dernier moment, faute de participants en nombre suffisant. D'où l'idée de fusionner deux ateliers le même jour pour que les patients se déplacent moins souvent.*

Ce problème ne concerne pas qu'un programme. Aussi, l'annulation n'incombe pas toujours aux patients. Concernant les professionnels, l'absentéisme est parfois dû à un manque de ressource formé en ETP. En effet, à l'hôpital par exemple, l'ETP ne dispose pas toujours d'un

personnel dédié. En conséquence, certaines séances peuvent être annulées ou ajournées soit par manque d'effectif, le professionnel prévu en l'ETP est affecté sur un autre poste, soit le soignant dédié à l'ETP est absent et n'est pas remplacé. Souvent, seul un professionnel de l'équipe, particulièrement dans le corps infirmier, est formé à la pratique de l'ETP. En l'absence de ce professionnel les ateliers peuvent être annulés faute de remplaçant.

Ici, outre la rareté des compétences en ETP dans les services, notre recherche met l'accent sur l'organisation de l'ETP au sein de structures hospitalières du territoire. Parce que, comme le soulignent (G. Vaillant et M. Liron, 2013, p. 23), respectivement médecin généraliste, et infirmière d'une équipe mobile d'ETP en France hexagonale, *ces fréquents remaniements d'équipe peuvent avoir des conséquences sur la qualité des séances éducatives, puisque les nouveaux éducateurs doivent se former à la pathologie, à la pédagogie, ce qui nécessite un coût humain et financier.*

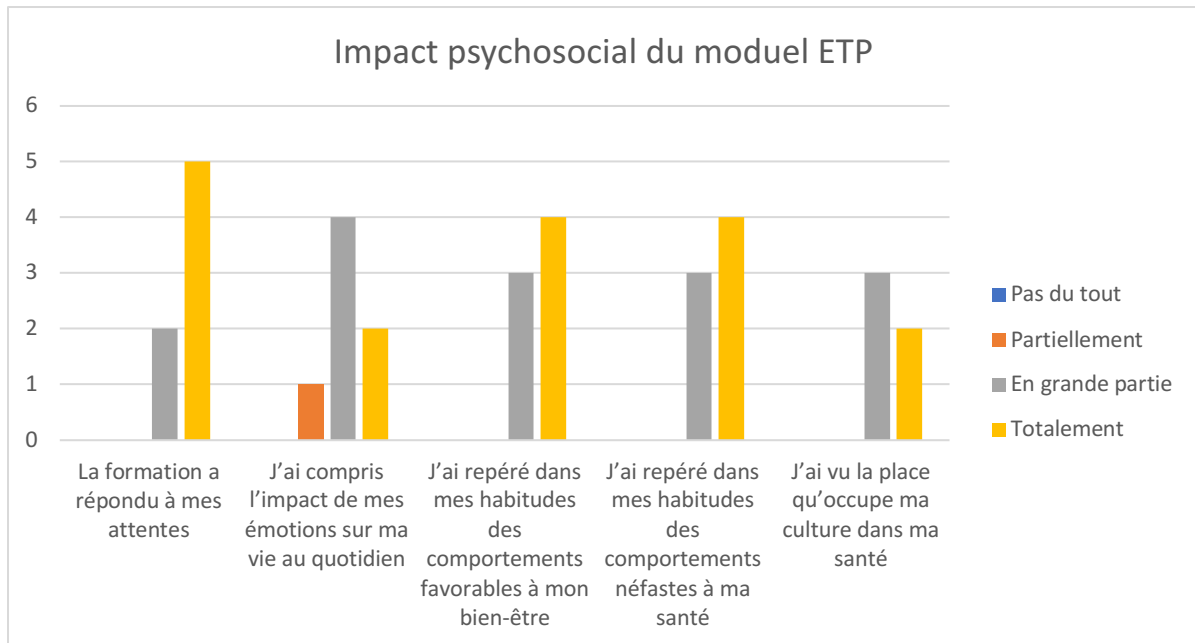
Analyser les pratiques, partager les expériences et mutualiser les outils

Le traitement médicamenteux, l'alimentation et l'activité physique restent les trois piliers dans la gestion du diabète. Les programmes d'ETP observés dans notre recherche sont orientés vers l'autosoin, et les ateliers apparaissent de type dit « traditionnels » (Authier, 2017) (cf. Annexe 28). L'activité physique comme les compétences psychosociales y sont peu présentes. Alors que, les compétences psychosociales représentent un enjeu important pour l'ETP, puisqu'elles visent à aider les patients à mieux s'adapter à la maladie, aux traitements et aux nouveaux comportements associés (Fonte, Apostolidis, et Lagouanelle-Simeoni, 2017).

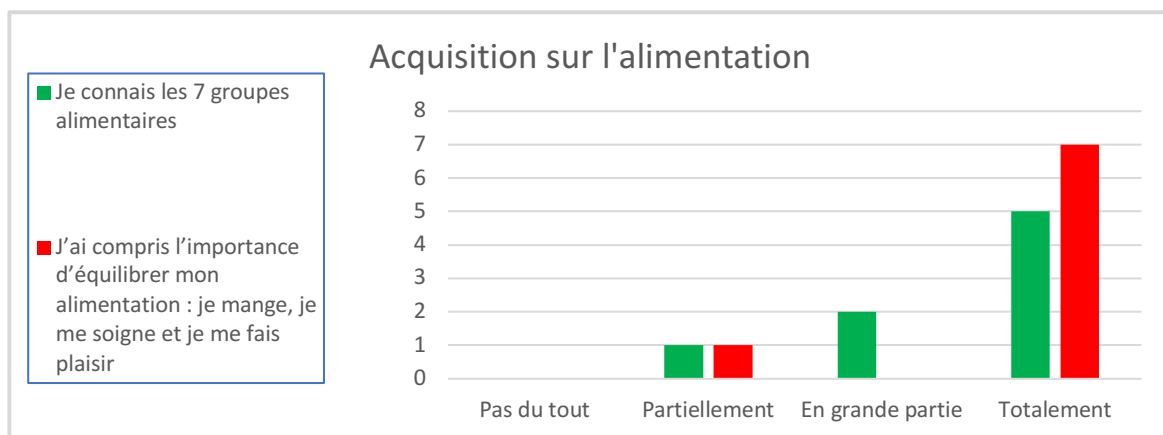
Dans notre étude N° 2 relative à la formation des 40 h ETP, à l'évaluation de fin de formation, la question suivante a été posée aux participants : quels autres thèmes souhaitez-vous développer en complément de cette formation ? (cf. Annexe 29). Au nombre des réponses nous avons relevé : « *mettre en place des échanges entre professionnels formés* ». Cette demande des professionnels selon nous, témoigne de leur volonté de partage d'expériences, de co-construction, de décroisement... Elle renvoie aussi à la question de l'évaluation des programmes. Parce que l'évaluation se situe au service des pratiques d'innovations comme nécessite l'ETP et non comme un moyen de mise en conformité pour des raisons uniquement de gestion administrative ou microéconomique (Traynard & Gagnayre, 2013, p. 165).

Dans notre étude n°6, nous avons souhaité expérimenter des champs du possible en ETP. Pour cela, nous avons co-construit et coordonné un programme pour personnes diabétiques de type 2, et mis l'accent sur l'alimentation, l'activité physique, la physiopathologie et les

compétences psychosociales en tenant compte du contexte culturel des participants. À la fin du programme, un temps a été consacré à l'évaluation (cf. Annexe 22) dont nous vous présentons des résultats.



Graphique 19 - Les compétences psychosociales acquises au terme étude n°7



Graphique 20 - Les acquis en lien avec l'alimentation équilibrée

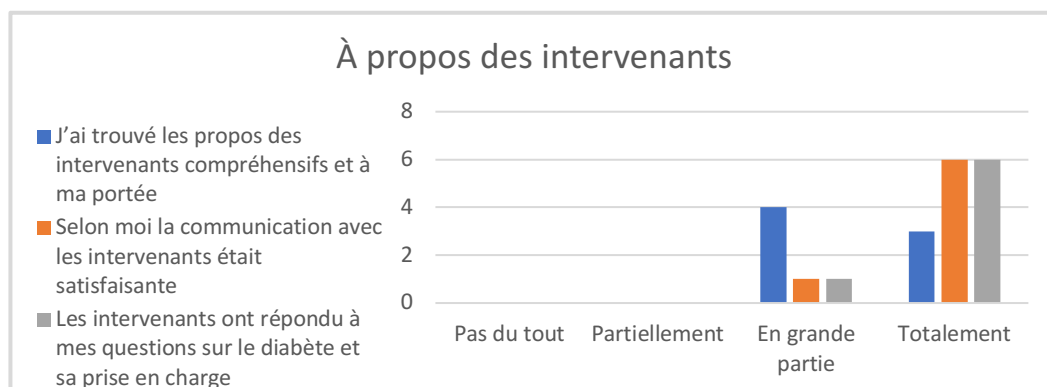


Figure 21 :Évaluation de l'interaction intervenants-participants

Au regard de ces graphiques, nous attribuons la réussite de ce programme expérimental à la posture éducative des acteurs parce que selon P-Y Traynard (2013, p. 167).

Les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique dépassent évidemment le cadre d'une formation théorique et exigent des capacités d'applications individuelles, organisationnelles, collectives dont l'acquisition et la mise en œuvre demandent d'une part de l'entraînement au cours même de la formation et d'autre part des conditions favorables sur le terrain professionnel.

Adopter une posture éducative éthique qui favorise l'apprentissage en ETP

L'éducation thérapeutique oblige le professionnel de santé à passer d'une posture de soignant à une posture d'éducateur. Pour F. Bourdillon (2013) « la posture éducative est l'attitude d'un soignant qui accompagne son patient dans son cheminement personnel face à sa maladie, qui l'aide à apprendre afin qu'il acquière plus d'autonomie dans la prise en charge de sa maladie ». (*ibid*, p. 157).

Dans notre recherche, la notion de posture éducative nous renvoie à l'exemple de Claude qui relate un mauvais souvenir de son expérience d'ETP à l'hôpital, en raison de l'attitude « directive » du soignant au cours d'un atelier : « *Elle explique quelque chose mais elle veut que ce soit ce qu'elle dit qui soit vrai. Il y a une autre dame qui lui a fait la remarque* » dit-il.

La posture ici évoquée correspond à la situation décrite par R. Gagnayre où le soignant considère que sa pratique est pleinement éducative et intègre l'ETP, parce qu'il la pratique depuis longtemps.

Expliquer, montrer, conseiller, en toute bienveillance, sont des pratiques communes à nombre de soignants et a fortiori à ceux qui ont la « fibre pédagogique ». Elles ont souvent une « illustration » de la prescription, centrées sur une certaine volonté de convaincre le patient de bien suivre ce qui est jugé bon pour lui. C'est là que le bât blesse, par défaut de prise en compte de ce que le patient en comprend, de ce qu'il peut juger utile pour lui, d'un accord négocié sur ce qu'il va réellement pouvoir appliquer dans sa vie personnelle (Gagnayre, 2013, p. 148).

Ces postures conduisent parfois les soignants à faire des catégorisations systématiques à partir de leurs propres représentations et non de la situation réelle du patient. C'est en ce sens que M. Balcou-Debussche appelle à la vigilance éducative du soignant en faisant une place à la différenciation, à la prudence, et à la recherche de variations (Balcou-Debussche, 2006. p. 235). Cette vigilance en situation d'apprentissage invite le soignant à distinguer l'information de la transmission de savoirs, parfois complexes et éloignés des références et contextes des patients. Parce que, particulièrement en ETP, tous les savoirs ne peuvent être traités ni de la même manière, ni dans le même environnement.

Nous classons la *vigilance éducative* comme une posture que nous qualifierons de positive et préventive. À l’opposé, d’autres postures éducatives présentent un caractère plus négatif. Nous les considérons alors comme des postures non éthiques c’est-à-dire à l’inverse de la bienveillance, de l’autonomie, de la justice. De telles postures relèvent selon nous de la *négligence éducative*. Cette attitude peut être adoptée inconsciemment par l’ensemble des acteurs au niveau macro et meso, c’est-à-dire par des professionnels, des institutions, des décideurs... Au nombre des exemples de négligences éducatives, nous incluons par exemple :

- remettre des copies avec des images non identifiables en noir et blanc de mauvaise qualité,
- donner une liasse de prospectus sans explication, considérant que le patient les regardera chez lui,
- distribuer en fin de séance d’ETP un questionnaire de satisfaction à remplir sans se soucier de savoir si tous les patients savent lire et écrire ou pas...
- maintenir un écart entre l’offre éducative et la demande ou le besoin en ETP.

Autant de gestes, d’attitudes, d’inégalités..., qui altèrent la qualité des soins éducatifs, et peuvent nuire à leur développement. Pour y remédier selon (Bourdillon, 2013), il est indispensable de former les soignants à une approche éducative de la relation soignant/soigné, base de leur posture éducative (*Ibid*, p. 158). Ainsi, nous proposons la mise en place de formations regroupant l’approche éducative et l’approche culturelle.

Nous terminons par l’analyse micro qui s’intéresse dans notre recherche principalement aux patients et leurs proches

4.3.3 L’analyse du micro contexte de notre recherche

Après les institutions, puis les professionnels, nous nous intéressons ici aux patients de notre recherche.

Considérer la personne diabétique et son contexte pour adapter les formats d’ETP

Les personnes diabétiques rencontrées au cours de notre recherche ont des profils variés. Nous débutons par le diabète de type 1.

- Enfants – adolescents - jeunes adultes : diabétique de type 1
- Parents des enfants DT1.

Un bref rappel pour indiquer que le diabète de type 1 représente un peu moins de 10 % des cas de diabète. C’est une maladie auto-immune. Ce processus dure des années et est favorisé par des facteurs d’environnement. L’épidémiologie est surtout décrite chez les sujets jeunes,

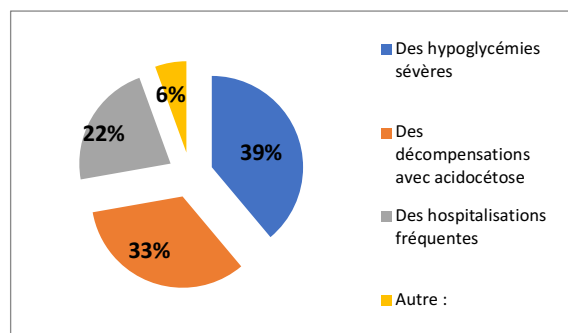
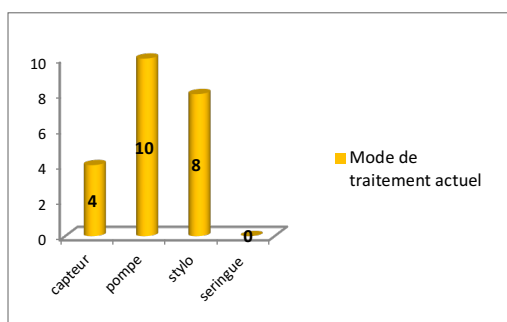
essentiellement parce qu'un sujet de moins de 20 ans qui a un diabète nécessitant de l'insuline a obligatoirement un type 1, les autres types de diabète étant très rares chez le sujet jeune (Briet, et al. 2018).

TABEAU 1	CARACTÉRISTIQUES HABITUELLES DES DIABÈTES DE TYPE 1 ET 2	
	DT1	DT2
Antécédents familiaux	Rares	Fréquents
Âge de survenue	Jeune	Plus de 40 ans
Début	Brutal	Insidieux
Symptomatologie	Bruyante	Pauvre
Poids	Normal	Surpoids
Glycémie au diagnostic	Plus de 3 g/L	Modérée
Cétose	Majeure	Absente ou modérée
Mécanisme	Carence insulinaire d'origine auto-immune	Insulinorésistance et insulinopénie relative
Traitement	Insulinothérapie	Règles hygiéno-diététiques Antidiabétiques oraux Traitements injectables

Tableau 22 - Représentation des différences entre DT1 et DT2
(Source : *La revue du praticien médecine générale* tome 29 | n° 949 (2015)).

Dans les départements d'outre-mer, contrairement au diabète de type 2, l'incidence du diabète de type 1 a un taux plus bas que dans l'hexagone. Il s'agit bien de deux pathologies différentes. En conséquence, la prise en charge et l'éducation thérapeutique diffèrent. En Martinique, d'après l'assurance maladie, le nombre de diabétiques de type 1 déclarés est de 152.

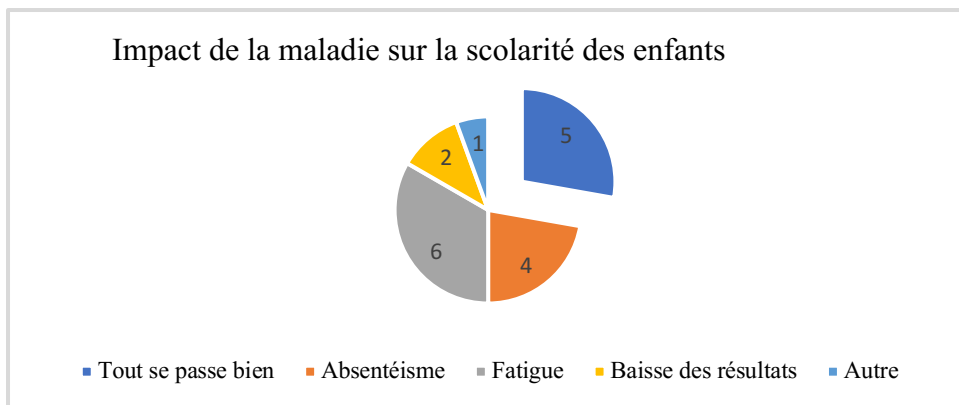
Dans l'étude n° 3, un temps d'échange était organisé avec les parents des enfants DT2, deux pédiatres et des professionnels de santé. Un questionnaire distribué en amont aux parents avait pour but de recueillir leurs vécus et attentes (Cf.annexe 14).



Graphique 22 : Mode de traitement des enfants

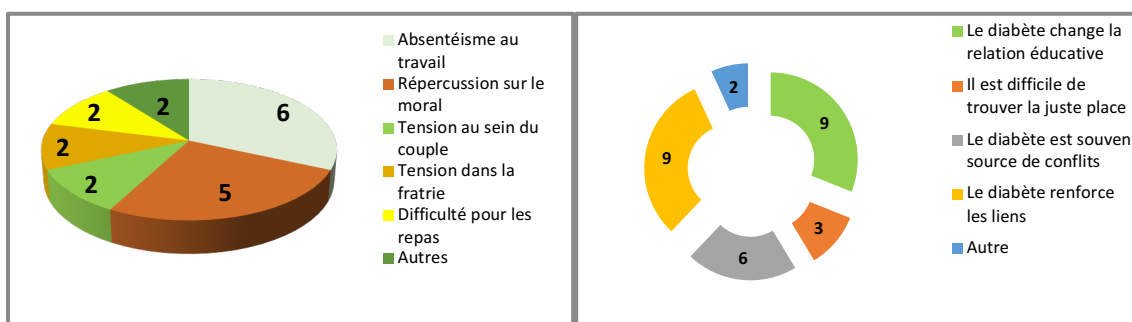
Graphique 23 : Les types de complications

Ces graphiques donnent une idée du quotidien des parents des enfants DT1. La gestion des pompes, capteurs, stylos, la surveillance du traitement et de l'alimentation sont des connaissances qu'ils doivent maîtriser. De même, les complications dont la gestion relève de l'urgence, sont source de stress et d'inquiétude. Autant de facteurs qui justifient la demande d'aide des parents des enfants et adolescents diabétiques.



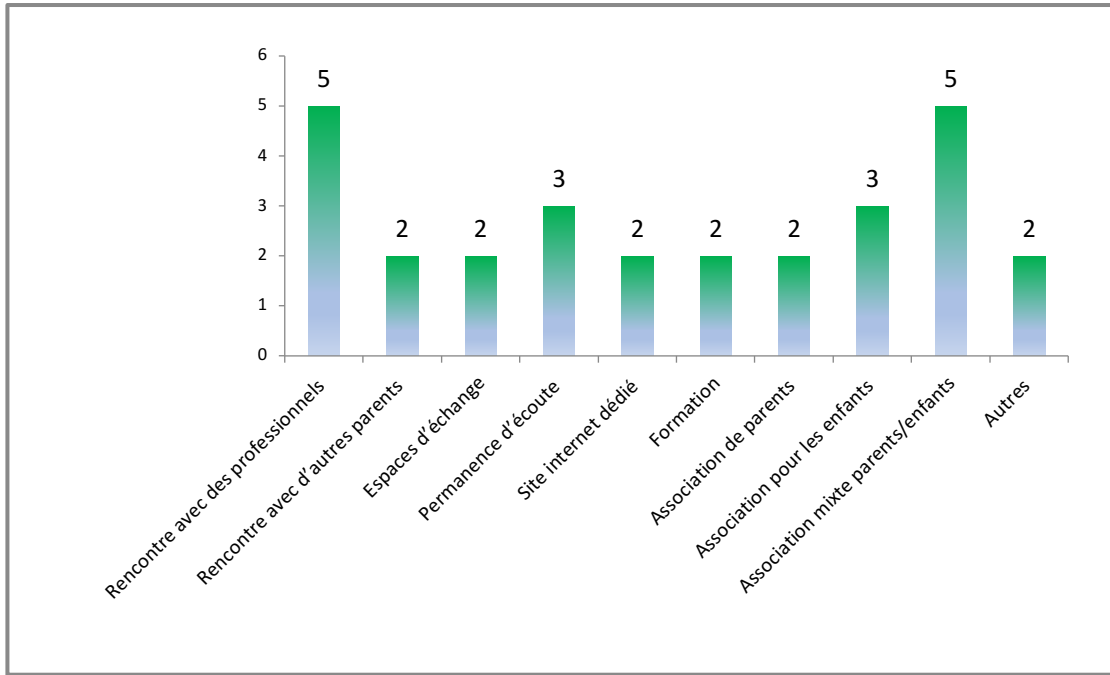
Graphique 24 : Effet de la maladie sur la scolarité des enfants

Sans passer sous silence ceux pour qui tout se passe bien, la maladie bouleverse de manière significative la scolarité des enfants qui en sont atteints. La scolarité est souvent source d'inquiétude tant pour l'enfant que pour les parents. Cette inquiétude porte sur la continuité du traitement, la surveillance, les repas, les activités sportives, les hypoglycémies,... D'où l'intérêt d'une collaboration étroite entre le parent et l'équipe éducative. Le travail en réseau autour de l'enfant permet de rendre effective la notion de « prise en charge globale ».



Graphique 25 : Impact de la maladie des enfants sur la vie personnelle, professionnelle et familiale des parents

Ces résultats témoignent des connaissances et compétences que doivent acquérir et mobiliser les professionnels, les parents et les enfants eux-mêmes dans la gestion du diabète de type 1. L'impact de la maladie ne favorise pas la sérénité de ces parents.



Graphique 26 : Souhaits des parents pour améliorer la gestion quotidienne de la maladie

Ces demandes témoignent de véritables besoins d'aide qui renseignent sur :

- ⇒ un désir de rompre l'isolement,
- ⇒ un nécessité d'espaces de libération de la parole, de lieux de partage avec les pairs et surtout avec les professionnels la santé.

Les parents ont également exposé les thèmes qui les préoccupent et sur lesquels ils souhaitent échanger entre eux et avec des professionnels ou spécialistes.

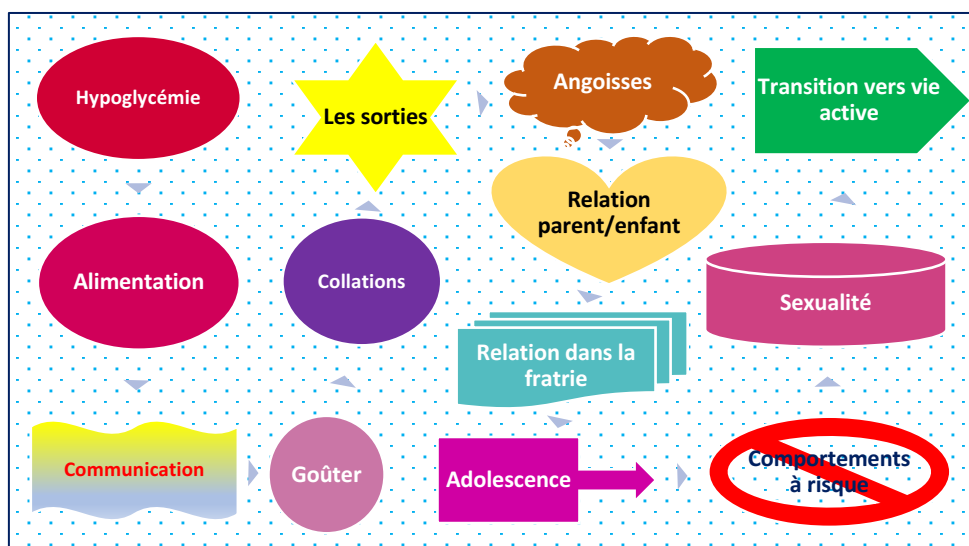


Figure 52 : Quelques thèmes de discussion souhaités par les parents pour de futurs échanges

Rendre l'ETP accessible aux multiples profils de diabétiques de type 2.

Diabétique de type 2	
Adultes - Aidants	Autonomes
Adultes	Autonome en situation de pauvreté
Adultes	Poly pathologiques
Adultes créolophones	Parlent que créole
Personnes âgées	Isolée (géographiquement) Isolée (socialement) Illettrée Handicapée moteur et sensoriel

Notre recherche a mis en lumière plusieurs profils de personnes diabétiques de type 2. Par conséquent, de multiples modalités de prise en charge sont à envisager.

Comme l'explique le professeur Grimaldi :

Le diabète de type 2 cumule des spécialités qui en font une maladie chronique à part. Son silence clinique rend sa représentation difficile pour les patients, son origine en partie « comportementale » durcit le regard médical, et son caractère évolutif augmente la pénibilité du vécu. Confrontés à ces éléments particuliers de la maladie, les patients vont faire face de manières très diverses, et variables dans le temps. Cela dépend de leur histoire personnelle, du déroulement de leur vie pendant la maladie, et de la qualité des rencontres avec les soignants Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau, (2017, p. 106).

Selon l'Insee (2020), en Martinique, les seniors de 60 ans et plus représentent 25 % de la population. En 2030, ils seraient 40 %. Sous effet du vieillissement, la population dépendante continuerait de croître. Les femmes, ayant une espérance de vie plus longue, seraient plus touchées par la dépendance. Face à ce vieillissement, la prise en charge financière et médicale de la dépendance représentera un enjeu majeur pour la région.

L'Inserm (2019) indique que le diabète de type 2 se manifeste généralement après 40 ans et est diagnostiqué à un âge moyen proche de 65 ans. L'incidence est maximale entre 75 et 79 ans avec 20 % des hommes et 14 % des femmes traitées pour cette maladie. De plus, compte tenu du caractère silencieux de la maladie, l'Inserm estime que de 20 à 30 % des adultes diabétiques ne sont pas diagnostiqués.

Au regard des résultats des enquêtes de l'Insee et de l'Inserm et de la prévalence du diabète de type 2 en Martinique, il est nécessaire d'agir rapidement et longtemps. Parce que, s'agissant de l'ETP, le diabétologue A. Grimaldi affirme que : « Dans le cas du diabète, le temps perdu ne se rattrape pas ». Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau (2017, p. 285).

En effet, l'efficacité de l'éducation thérapeutique est reconnue dans le DT2. Il convient alors de la débiter très tôt comme le préconisent dans notre recherche, des médecins et paramédicaux que nous avons interrogés au sujet du parcours de soins du patient diabétique en Martinique (cf. Annexe 18).

Le patient que vous avez vu avec 10 ans de diabète, il y a des choses qui ont été faites, il a été soigné, mais en matière d'éducation thérapeutique, ce n'est pas étonnant qu'il n'ait jamais eu d'éducation thérapeutique ; cela a échappé à la surveillance thérapeutique. Je ne dirais pas que c'est scandaleux, mais c'est dommage pour le patient. Dans son parcours de soins, ce n'est pas normal que le patient en 10 ans de diabète n'ait pas eu d'ETP.

La solution serait de faire passer l'information dès le début et de ne pas banaliser le diabète. Cette information devrait être faite par le médecin traitant. Il faudrait que le parcours de soins prévoie un relais.

L'âge des patients ne peut être un frein à l'ETP. Ce qu'affirme Dominique Kern selon qui plusieurs études révèlent que l'adulte dans la deuxième moitié de sa vie et jusqu'à la fin de sa vie est en mesure d'apprendre.

Les preuves de la capacité cognitive à l'apprentissage jusqu'à la fin de la vie des adultes ont été apportées par la recherche gérontologique ces dernières décennies. Sauf à être touché par une maladie neurodégénérative comme celle décrite par Alois Alzheimer et qui concerne moins de 5 % des personnes âgées de 65 ans et plus, apprendre n'est pas seulement possible au cours du vieillissement, mais devient dans cette phase un facteur important pour la qualité de vie (Kern, 2015).

À ce sujet, nous émettons des réserves concernant un public auquel notre recherche s'est intéressée. Ce sont les personnes DT2 en situation d'illettrisme, que nous avons interrogées sur leur vécu avec le diabète. Voilà leurs réponses :

Leur représentation du diabète : *sé malad ou malad* (Je suis malade c'est tout. [résignation])

La cause du diabète : *Mwen pa sav* [Je ne sais pas]

Complications : *zié – pié coupé* [yeux cataracte et amputation des pieds]

Gestion du traitement : Se reposent entièrement sur les professionnels de santé ou la famille quand elle est présente. *Yo la pou sa – sé travay yo.* (ils sont payés pour, c'est leur travail)

Ils avouent ne pas savoir lire et écrire et ne pas pouvoir se piquer le doigt, ni faire l'insuline mais n'ont pas envie d'apprendre. Ils n'ont pas peur de se piquer mais ne comprennent pas les chiffres.

Savent tout de même reconnaître sur l'appareil quand le taux sucre est « haut ou bas ».

La conduite à tenir en cas d'hypoglycémie semble être connue : **c'est-à-dire boire ou manger quelque chose de sucré.**

Cette population préoccupe les soignants, comme en témoigne cette infirmière libérale qui en a fait l'objet de son mémoire pour l'obtention de son DU-ETP dont voilà un extrait :

Ma pratique d'infirmière libérale, exerçant en milieu rural, m'a amené à prendre en charge un nombre important de patients atteints de diabète de type 2.

La mise en place d'une thérapeutique médicamenteuse ainsi que le suivi journalier par une équipe infirmière dispensant aussi bien les traitements prescrits que des conseils en matière d'alimentation et d'hygiène de vie ne suffisent, pour certains, ni à réguler les résultats de leurs glycémies capillaires, ni à améliorer leurs bilans biologiques, ni même à leur éviter la survenue de complications dangereuses mettant en péril leur pronostic vital.

La prise en compte de ces personnes en grande difficulté d'apprentissage me semble aujourd'hui indispensable, car il ne s'agit pas de cas isolés, mais bien d'une tranche importante de la population martiniquaise.

J'ai décidé, pour ce mémoire, de me concentrer sur la population du Nord-Atlantique (ou Grand Nord) car je travaille à leur contact depuis une dizaine d'années. Je me pose la question : quel est l'impact d'un faible niveau de littératie sur l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 vivant dans le Grand Nord de la Martinique ? (Régina, 2018).

Face à ces situations pour A. Lacroix et J-P Assal :

Il s'agit de réfléchir aux innovations afin de personnaliser l'éducation et l'accompagnement de ces personnes et de leurs proches, d'autant que la monotonie et la répétition des soins et consultations médicales chez les patients chroniques sont deux caractéristiques qui épuisent et démotivent les soignants. Cette situation concerne fréquemment les pathologies telles l'hypertension artérielle, le diabète, les dyslipidémies, les maladies cardio-vasculaires etc (Lacroix & Assal, 2011, p. 177).

Dans le cas de personnes en situation d'illettrisme, l'ETP peut s'adresser à leurs proches.

Hormis ces situations de personnes diabétiques âgées, dépendantes, en situation d'illettrisme, en situation de handicap que nous avons repérées, il y a les autres. Nous les avons également catégorisées en fonction de freins à l'apprentissage et à l'observance.

Découvrir les réalités des patients grâce à l'ETP à domicile

L'étude n°7 de notre recherche s'est déroulée en trois temps. Les deux premiers ont eu lieu au domicile des personnes DT2 : l'entretien de connaissance de la personne, puis un atelier d'éducation alimentaire théorique et pratique animé par un nutritionniste. Le troisième temps l'évaluation par le nutritionniste, à 3 à 4 mois par téléphone, visait à repérer les changements alimentaires mis en place par ces personnes (Cf. Annexes 30).

Les personnes ont toutes apprécié ce temps d'échange. Certains ont changé de manière significative leur alimentation, notamment par l'ajout de légumes verts et la diversification de leurs modes d'utilisation, et aussi la diminution de la consommation de produits sucrés... D'autres disent rencontrer des difficultés dans l'approvisionnement en légumes verts en raison de leur coût.

Ainsi, deux groupes se dessinent :

- **A) Ceux pour qui les difficultés financières sont un frein à leur équilibre alimentaire**

Nous ramenons ci-après quelques-uns de leurs propos qui témoignent de leurs empêchements :

Mathilde : *je ne peux pas suivre le régime, ça coûte cher d'acheter les salades, je ne touche pas gros. Les salades coûtent cher et elles ne se conservent pas longtemps !*

Son médecin traitant lui avait déjà prescrit un régime alimentaire pour le diabète qu'elle n'a pas pu suivre faute d'argent. Elle a parfois des légumes verts quand elle peut faire des provisions, sinon elle fait avec ce qu'elle a chez elle !

Karine : *Pour le moment, ça va. On se débrouille comme on peut. Quand on a les moyens, on achète des haricots verts, brocoli et d'autres salades. Le taux de sucre n'est pas très bon ces jours-ci. En cette période de Covid, on ne se sent pas très bien avec tous ces décès dans la famille!*

Maud (fille de **Hortense**) : *Pour ce qui est de l'atelier, elle a compris l'essentiel, elle introduit dans ses recettes des légumes verts autant que possible, mais ce n'est pas tout le temps qu'ils ont ces denrées à la maison. Le menu du jour est conditionné par l'approvisionnement qui n'est pas régulier en matière de légumes verts, "ça revient cher de suivre ce type de régime."*

Ronald : *On fait de son mieux pour appliquer les consignes et les règles diététiques pour diabétique. Ce n'est pas tous les jours possible ! Les restrictions du fait de la Covid ne facilitent pas les choses, on est stressé mais on fait avec.*

Des changements en faveur de l'équilibre alimentaire

Les personnes de ce premier groupe, bien que conscientes des changements à opérer dans leur alimentation, rencontrent des difficultés financières qui représentent un frein au suivi d'une alimentation équilibrée. Ces propos reviennent à chaque fois comme un refrain : « *Ce n'est*

pas tous les jours possible » – « *ça revient cher de suivre ce type de régime* » – « *Quand on a les moyens, on achète les haricots verts, brocoli et d'autres salades* » – « *je ne peux pas suivre le régime, ça coûte cher d'acheter les salades, je ne touche pas gros* ».

Certaines ont déjà reçu des informations et des conseils sur l'alimentation. Cependant, faute de ressource financière suffisante, elles n'ont pu les mettre en œuvre.

Pour le second groupe, le constat est différent.

B) Ceux qui ont réussi à changer et adopter une alimentation équilibrée

Jean : Selon ses dires, non seulement tout le monde veut goûter ce qu'il cuisine, mais tout le monde en mange et trouve ses plats bons. Les légumes sont préparés avec de petits dés de lardons et du poisson qui les rendent appréciables à la vue et bon au goût. Il dit qu'il poursuit l'expérience de cuisiner avec beaucoup de légumes divers. Il est très content de ce que nous avons fait pendant l'atelier, il a pu ainsi compléter les connaissances qu'il avait sur le régime alimentaire du diabétique, surtout en faisant une place aux produits locaux.

Nadège dit que depuis l'atelier, elle crée des plats avec beaucoup de légumes verts. Dans ses plats de viande, elle ajoute des légumes tels que du pourpier, des épinards et du poireau. La veille de notre entretien, elle a fait une tarte au poisson avec courgettes et brocolis, c'était très bon. Elle essaie de faire des smoothies régulièrement avec les fruits et les légumes verts, mais elle demande ce qui pourrait les remplacer si elle n'a pas le temps de faire la préparation.

Wendy en surpoids (la fille de **Line**), dit que depuis l'atelier, elle fait de son mieux pour intégrer les légumes verts aux menus, malgré cela elle n'a pas perdu les kilos qu'elle a en trop. Selon ses dires, elle est « *tout le temps stressée* ». Elle se demande si ce n'est pas le stress qui la fait enfler. Depuis l'atelier, elle a augmenté la fréquence des légumes verts dans les menus de tout le monde, elle a même « *inventé des recettes intégrant des légumes verts* », et c'est bon !

Paulette (aidante de **Paul**) dit qu'elle est contente de l'atelier, car elle a perdu 4 kg depuis notre passage, sans souffrance particulière et sans grosse privation. Elle mange mieux. Elle ne grignote plus comme elle le faisait auparavant. Elle est « moins attirée par les sucreries. Au niveau de la famille, "*on essaie de suivre au mieux les recommandations et conseils, même si ce n'est pas toujours facile*". "*Il n'y a plus de gros repas le soir*". Les repas sont plus variés. L'atelier lui a donné des idées de recettes ! Les légumes verts sont plus fréquents aux menus.

Irène dit qu'elle applique la consigne d'augmenter les légumes verts dans les menus et tout le monde mange avec plaisir, car les préparations sont colorées et donnent envie de manger. Elle est contente d'être parvenue à ne plus consommer du sucre comme auparavant, mais cela n'a pas été une mince affaire : sa maman faisait beaucoup de confitures à la maison, elle a toujours aimé manger sucré. "*le plus gros combat est celui de laisser le sucre. Ce n'est pas facile*" dit-elle.

Pierre : Il avait déjà des connaissances sur l'hygiène alimentaire du diabétique suite à une hospitalisation en métropole. L'atelier de cuisine que nous avons réalisé lui a fait voir qu'il n'avait pas tout compris et il n'avait pas les données sur les produits locaux ; il a pu compléter ses connaissances en la matière. Il pense qu'il a compris comment bien gérer son assiette et en est content. "*Il y a des gens qui parlent sans connaître, mais il faut utiliser son cerveau pour mieux vivre*" dit-il.

Agnès (fille d'Angèle) : la famille met en pratique les idées que nous avons développées pendant l'atelier et Angèle, sa maman, mange bien les légumes verts qui apparaissent plus fréquemment aux menus. Elle et sa sœur (qui a participé à l'atelier) suivent les recommandations alimentaires, sans difficulté majeure.

Dans ce second groupe les discussions avec le nutritionniste sont différentes parce que les situations sociales ne sont pas similaires.

– Très content de ce que nous avons fait pendant l'atelier, il a pu ainsi compléter les connaissances qu'il avait sur le régime alimentaire du diabétique, surtout en faisant une place aux produits locaux.

– Depuis l'atelier, elle crée des plats avec beaucoup de légumes verts. Dans ses plats de viande, elle ajoute des légumes tels du pourpier, des épinards et du poireau.

– Depuis l'atelier, elle a augmenté la fréquence des légumes verts dans les menus de tout le monde, elle a même « *inventé des recettes intégrant des légumes verts* », et c'est bon !

– Contente de l'atelier, car elle a perdu 4 kg depuis notre passage, sans souffrance particulière et sans grosse privation. Elle mange mieux. Elle ne grignote plus comme elle le faisait auparavant. Elle est moins attirée par les sucreries.

– Applique la consigne d'augmenter les légumes verts dans les menus et tout le monde mange avec plaisir, car les préparations sont colorées et donnent envie de manger. Elle est contente d'être parvenue à ne plus consommer du sucre comme auparavant.

– Et même s'il n'applique pas tout, tous les jours à la lettre, son médecin est bien content du résultat : son taux de sucre a bien baissé et il se sent mieux.

Néanmoins, nous retenons que toutes ces personnes des deux groupes ont, comme point commun, le désir d'équilibrer leur diabète. Cependant, chaque groupe nécessite un accompagnement sous des formes différenciées.

En effet, le premier groupe peut encore être subdivisé. Outre les difficultés financières, nous distinguons ceux d'entre eux qui vivent une situation d'illettrisme, donc un faible niveau de littératie en santé. Ces patients restent tout à fait « éducatibles » avec des outils et méthodes adaptées et dans le respect de leur propre écologie.

Nous préconisons :

a) Pour le premier groupe, dont la difficulté relève d'un manque de ressource financière.

▪ Mettre en place une aide qui pourrait s'inscrire dans le cadre d'une politique globale de la ville ou du territoire dans la lutte contre le diabète.

b) Pour le second groupe

▪ Renforcer et poursuivre l'éducation alimentaire pour le maintien de la compétence alimentaire et nutritionnelle.

c) Pour les deux groupes

- Élargir l’ETP à des activités physiques, compétences psychosociales, physiopathologie, compétences d’auto soins... en fonction des besoins, demandes, projets de chacun selon le principe ÉTAPE.

Pour cela, nous partageons l’idée de Michel Varroud-Vial diabétologue (2013, p. 11) qui considère que pour que le droit d’accès à l’ETP puisse s’exercer valablement, deux conditions minimales doivent être réunies :

- ⇒ la possibilité d’un accès à l’ETP en proximité, à l’endroit où les patients sont soignés, c’est-à-dire pour la majorité d’entre eux en soins primaires,
- ⇒ une intégration de l’ETP aux soins qui permettent au patient de disposer des connaissances et des savoir-faire utiles au bon moment, sans s’encombrer de données superflues.

D’après nous, ce droit à l’accès de l’ETP rejoint l’ensemble des critères de notre principe ÉTAPE, d’autant que parmi ces personnes, certaines sont confrontées à la fois aux problématiques d’accès aux soins en raison du désert médical, à la pauvreté et à l’illettrisme.

Après trois mois pour certains, et quatre mois pour d’autres, nous avons effectué par téléphone un point d’étape avec les médecins traitants des patients de l’étude 7 de notre recherche. Il en résulte qu’en raison de la crise sanitaire, plusieurs personnes, majoritairement du premier groupe se trouvent en rupture de soins.

Pour les autres, les médecins manifestent une satisfaction, parce que les patients leur ont fait part de leur contentement, tant pour la démarche d’ETP, que pour l’approche des intervenants, le contenu des messages délivrés et surtout les ateliers culinaires pratiques à domicile. La satisfaction des médecins se situe également au niveau de l’amélioration des résultats biologiques.

Par exemple :

Suivi des résultats de HbA1C de PIERRE en 2021					
Trimestre	Janvier 2021	Avril 2021	E T P	Aout 2021	Décembre 2021
Résultats	9.8 %	7.8 %		7.4 %	6.8 %
Suivi des résultats de HbA1C de JEAN en 2021 /2022					
Trimestre	Février 2021	Juin 2021	E T P	Sept 2021	Janvier 2022
Résultats	10.3 %	10.3 %		7.5 %	7.5 %

Tableau 23 : Suivi des résultats de HbA1C de patients de la recherche-intervention ; étude n°7

Ces deux personnes sont du deuxième groupe, c’est-à-dire pas de difficulté d’ordre cognitif ou financier. Tous deux souhaitent poursuivre l’éducation thérapeutique et bénéficier de connaissances variées pour une meilleure gestion de leur maladie.

Développer l'ETP c'est composer avec la réalité locale. Pour cela, comme Merie, Rozier, et Waterlot (2013), trois professionnels qui ont expérimenté un maillage territorial, nous pensons que :

De nouveaux modes de soins sont à réfléchir dans la maladie chronique, incluant plus activement les paramédicaux dans le suivi éducatif des patients et dans la coordination du parcours de soins entre ville et l'hôpital. La création d'unités transversales d'éducation thérapeutique ville-hôpital est à notre sens une piste à explorer pour rassembler les soignants autour des patients, sans distinction de profession ou de secteur (ibid, p. 105).

Expérimenter les nids d'apprentissage à domicile

Dans le but de diversifier les modalités d'ETP et personnaliser les situations d'apprentissage, nous avons, avec la boussole ÉTAPE, expérimenté les nids d'apprentissage à domicile pour deux personnes du corpus de l'étude n° 7.

Prenons l'exemple de Karine qui habite en pleine campagne ; nous avons observé qu'elle ne se chausse ni à l'intérieur de la maison ni à l'extérieur. Nous constatons pourtant qu'elle



possède deux paires de bottes dans un coin de la maison, alors même que de la préparation du terrain pour jardin potager, le jardinier a enlevé des objets usagés et rouillés dans le sol. Nous pensons qu'elle avait intégré les conseils



un lors son

de protection contre les risques de piqûres et blessures aux pieds.

Nous avons alors jugé opportun de lui proposer par la suite un atelier sous forme du nid d'apprentissage intitulé « Prévenir les complications du pied dans le diabète de type 2 ».

Nous avons rencontré des situations similaires chez deux autres patients qui possèdent un jardin créole à proximité de leur domicile, et qui ne portent de chaussures ni dans le jardin ni dans la maison. Cette situation représente une condition naturelle du contexte de ces personnes. Ce risque resterait méconnu et non pris en compte tant que la situation d'apprentissage se déroulerait hors contexte. C'est l'occasion d'établir un lien entre le contexte habituel et l'action d'éducation.

Dans le cas de Laura notre second nid d'apprentissage réalisé à domicile sur « Prévenir les risques cardio-vasculaires » elle a choisi trois actions dont – Je marche 30 minutes par jour. Elle habite en appartement et a choisi de faire le tour des bâtiments trois fois par semaine. Nous nous sommes aperçue qu'elle habite à moins d'un kilomètre d'une plage. Et pourtant elle dit

y aller très rarement. Une occasion dans le cadre de séances d'activité physique, d'intégrer de l'aquagym en mer à proximité de son domicile.

Jean qui ne consomme pas de sucre mais du miel, parce que, selon sa croyance, le miel est moins sucré que le sucre parce qu'il est naturel. Effectivement, nous voyons plus de huit bouteilles de miel de 1 litre chacun sur un placard. C'était l'occasion pour le nutritionniste d'éclairer Jean sur l'index glycémique et la charge glycémique du miel.

D'autant que selon M. Balcou-Debussche :

En procédant ainsi, le savoir est dissocié de la personne qui le « transmet » et le détient d'ordinaire (le professionnel de santé), ce qui permet l'établissement de nouvelles relations entre le savoir et le patient. En n'étant plus pris dans un tissu de dominance et de subordination, le patient peut réduire la distance qui sépare ses propres savoirs des savoirs de référence, en appropriant peu à peu ces derniers. Le travail s'exerce indépendamment de tout conflit, car il s'effectue selon des principes qui fonctionnent conjointement : la rupture (le patient découvre des formes de savoirs auxquelles il ne s'attend pas), la continuité (il s'agit toujours de la même maladie) et la variation (une même réalité est présente sous des aspects différents) (Balcou-Debussche, 2006 p. 241).

Dans tous les cas nous adoptons une posture éducative bienveillante et transformons ces réalités contextuelles en situations d'apprentissage. Le patient peut ainsi plus facilement être acteur de sa santé et gestionnaire de sa maladie puisque les dimensions sociales, culturelles et psychologiques dans lesquelles il évolue sont matériellement représentées.

L'intérêt des nids d'apprentissage à domicile s'explique par la présence *in situ*, au cœur du contexte du patient. Le professionnel peut ainsi observer et objectiver certaines situations qui deviennent alors naturellement, des situations d'apprentissage nécessairement écologiques, adaptées, personnalisées et tout à fait efficaces.

4.3.4 Mise à l'épreuve des hypothèses

Les résultats de notre recherche, comme d'autres travaux scientifiques, (Benoist, 1993), (Massé, 1995), (Balcou-Debussche, 2006), (d'Ivernois & Gagnayre, 2016) reconnaissent que la centration sur le patient fait de sa culture un élément incontournable dans les activités d'éducation thérapeutique qui lui sont destinées.

La prise en compte de sa réalité, de sa culture, de ses représentations, de son attitude face à la maladie et de ses projets constitue les fondements sur lesquels va se construire la relation éducative [...] Ne pas chercher à connaître cette « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de la contredire sans succès, tant il est vrai que ces conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont par conséquent très solides. Il faut, au contraire, découvrir comment le patient comprend sa maladie et la conçoit (d'Ivernois & Gagnayre, 2016, p. 51).

Ce travail de recherche a pour cadre théorique des travaux qui relèvent de trois grands champs disciplinaires : l'anthropologie, les sciences de l'Éducation et de la formation et la santé publique. Nous abordons l'éducation en santé avec ses composantes : l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient, ainsi que le concept de culture⁷⁸. Indéniablement, le concept de culture est polysémique. Chacune des écoles de pensée de l'anthropologie l'envisage sous un angle particulier. Néanmoins, un consensus pour comprendre la culture comme un fait historique, toujours situé, daté, et en transformation, existe. Elle fournit à un ensemble humain plus ou moins circonscrit des références communes relativement à la vision du monde, à la structuration du temps et de l'espace et à la construction de l'identité des personnes (Massé, 1995). Ainsi, nous abordons la culture créole, à partir des concepts de créolisation⁷⁹, dans ses déclinaisons culturelle et linguistique, et de créolité⁸⁰, en lien avec la population de notre étude.

La recherche interventionnelle d'ETP au domicile des personnes DT2 en période de pandémie a permis d'expérimenter une modalité d'ETP inexistante sur le territoire. Alors que les deux programmes ETP autorisés pour DT2 (hôpital et ville) étaient complètement arrêtés pendant la crise sanitaire, nous avons pratiqué l'ETP au domicile des patients.

L'autre innovation se rapporte à la création du jardin potager thérapeutique, dans un but économique à proximité du domicile d'une personne DT2, dont l'objectif est la perte de poids.

⁷⁸ Franz Boas, considéré comme le père de l'anthropologie, estime cette science à même d'étudier une société à travers sa culture considérée « comme un tout, dans toutes ses manifestations. Il obéit à un relativisme culturel qui lui permet de voir chaque culture comme unique. Pour Raymond Massé, c'est en s'immergeant dans les particularités d'un monde, d'une histoire, qu'on eut en saisis la logique interne de sa culture (Massé, *Culture et santé publique*, 1995).

⁷⁹ Concept renvoyant au processus de constitution historique des cultures et langues créoles. Le terme a cependant un prolongement contemporain, défini par Édouard Glissant comme un processus mouvant visant à la mise en contact d'éléments de culture distinctes : « le monde se créolise, c'est-à-dire que les cultures du monde mises en contact de manière foudroyante et absolument consciente aujourd'hui les unes avec les autres se changent en s'échangeant [...] ». (Glissant, 1996, p. 15).

⁸⁰ Dans les années 1980, un linguiste et deux écrivains qui militaient pour les langue et culture créoles, conçurent un manifeste valorisant ces dernières et leurs liens à celles-ci : *Éloge de la Créolité*



Figure 53 : Évolution du jardin thérapeutique réalisé avec Karine en marge du nid d'apprentissage AMRCV⁸¹ du jour de la plantation, puis à 1 mois et à 2 mois.

La finalité du jardin, simultanément au « nid d'apprentissage », était de cultiver des légumes verts à proximité du domicile pour les consommer régulièrement et gratuitement. Car les trois principaux éléments pour l'équilibre du diabète sont le traitement médicamenteux, l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière. Au bout de deux mois, Karine a consommé les légumes du jardin. Cette réalisation a eu un impact sur son estime d'elle-même et a suscité chez elle le désir de planter d'autres légumes en dehors de ce jardin potager

Sur ce territoire soumis aux catastrophes naturelles, aux risques sismique et cyclonique, l'ETP à domicile permet d'assurer la continuité des soins éducatifs. De plus, en raison des difficultés de transport sur le territoire, de la rareté de l'offre de soin dans certains secteurs, du taux de pauvreté et d'illétrisme, la solution de l'ETP à domicile participe à la réduction des inégalités à l'accès aux soins pour tous. L'analyse des résultats nous a conduit à répondre à nos hypothèses de recherche

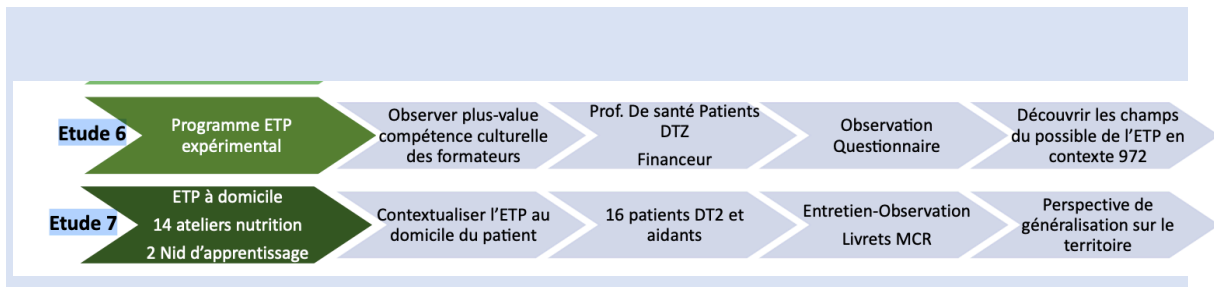
La première hypothèse

En Martinique, l'accompagnement à la mise en place de situation d'apprentissage de type « ETAPE » est susceptible de contribuer au développement de l'éducation thérapeutique des patients, qui vivent avec une maladie chronique.

Deuxième hypothèse

⁸¹ Apprendre à maîtriser les risques cardiovasculaires.

Le travail sur les adaptations contextuelles permettrait, *a priori*, aux patients de mieux accéder aux messages d'éducation alimentaire, de les comprendre et de les mobiliser dans leur contexte ordinaire. Cela suppose un développement de la compétence culturelle des soignants-éducateurs, pour prendre en compte à la fois les dimensions biomédicale, biopsychosociale, culturelle des patients, dans les interventions en ETP.



Pour répondre à ces deux hypothèses, les cinq premières études ont permis de réaliser un état des lieux, en somme de mieux connaître le terrain, et dans les deux dernières études ont consisté à créer et expérimenter des situations d'apprentissage en ETP à partir de notre boussole É.T.A.P.E.

- 1) L'étude n°6 a conduit à une double expérimentation :
 - ⇒ la fonction de coordonnateur d'un programme d'ETP,
 - ⇒ la mise en œuvre d'un programme d'ETP de sept ateliers pour 10 adultes DT2.
- 2) L'étude n° 7 a innové avec l'ETP au domicile soit :
 - ⇒ un atelier théorique et pratique d'éducation alimentaire chez 10 personnes diabétiques
 - ⇒ deux nids d'apprentissage : *Prévenir les risques cardiovasculaires*, mis en place pour deux personnes DT2.

Nous estimons ces situations d'apprentissage :

– **écologiques** dans le sens de contextualisé et non artificiel, parce que réalisées dans les environnements naturels des personnes en utilisant la biodiversité (forêt à -proximité de la mer pour atelier activité physique,) la danse traditionnelle (initiation au bèlè) pour l'éveil du corps – atelier plantes médicinales avec reconnaissance des plantes et leur fonction dans le jardin créole) - respect des habitudes et des ressources de chaque personne lors des ateliers d'éducation alimentaire au domicile des personnes DT2 avec leurs aidants).

L'objectif était de mobiliser le contexte ordinaire pour permettre à chaque personne malade de faire des rapprochements entre son milieu et la situation d'apprentissage.

– **territorialisées** : tous les intervenants culturellement compétents ont illustré leurs propos avec des métaphores, analogies, anecdotes, proverbes, exemples... compréhensifs par tous les participants. Les ateliers sur alimentation ont largement répondu aux questions relatives aux fruits et légumes locaux, autant d'éléments qui donnent du sens à chacun dans son environnement, sans pour autant l'exclure du reste du monde. Ces situations ont également créé des espaces d'expression, favorisant la discussion sur les problématiques spécifiques du territoire (transport, famille, tradition, religion, politique...).

– **adaptées** : aux circonstances, parce qu'une partie de la recherche-intervention se déroule pendant la pandémie. Alors que les programmes collectifs autorisés sont arrêtés, nous avons pu poursuivre notre expérimentation à domicile des participants en respectant la jauge et le port du masque. Nous nous sommes adaptée aux disponibilités des personnes (selon des jours et heures à leur convenance), à l'environnement spatial (ville, campagne), social et culturel (langue, croyances, représentations) à la situation économique (pas de dépenses supplémentaires), aux attentes des personnes (exemple, une famille nous a demandé de ne pas mettre de parfum lors de notre venue parce que risque d'allergique)...

– **personnalisées** : ce critère a pris sa pleine mesure lors des ateliers d'éducation alimentaire à domicile. L'entretien individuel mené en amont auprès de chaque personne ou de l'aidant, pour connaître la personne globalement ainsi que ses habitudes alimentaires, avait pour but d'individualiser l'atelier d'éducation alimentaire. Prenant en compte les goûts, les aliments préférés et ceux non consommés par chaque personne DT2, le nutritionniste adapte ses informations, ses conseils. Nous avons accordé beaucoup d'importance aux conditions socio-économiques de chaque personne DT2. Les menus ont été réalisés avec les ingrédients dont disposaient ces personnes. La seule recommandation consistait à disposer de légumes verts.

Pour l'atelier d'activité physique en forêt, le formateur a adapté les exercices au rythme de chacun (grand marcheur — porteur de handicaps) et pour le « bèlè » les mouvements étaient appropriés pour que chacun y participe.

Dans le module d'expérimentation, la présence de la psychologue en binôme dans plusieurs ateliers avait du sens pour une approche centrée sur la personne, parce que, dans la maladie chronique, les notions de deuil, d'acceptation, de la douleur psychique... souvent sous-jacentes, demandent à s'exprimer et recevoir une écoute empathique.

– **efficaces** : nous avons mesuré ce critère particulièrement dans l'étude n° 7 de notre recherche-intervention. Les ateliers éducation alimentaires au domicile de 10 personnes DT2 ont rassemblé un total de 33 personnes, outre les aidants, des membres de la famille y ont participé (adolescents, jeunes et moins jeunes).

L'évaluation téléphonique réalisée par le nutritionniste 3 à 4 mois après l'atelier (nous avons joint tous les participants sauf une personne à cause de sa ligne téléphonique interrompue). Les participants ont fait part de leur satisfaction. Tous ont modifié et amélioré leurs habitudes alimentaires en y intégrant des légumes verts. Ils ont également verbalisé pour certains les raisons de la non-observance d'une alimentation équilibrée régulière.

Les échanges téléphoniques réalisés avec les médecins traitants de ces personnes DT2, trois mois après les ateliers nutritionnels montrent une amélioration significative des résultats biologiques, notamment l'hémoglobine glyquée pour plusieurs patients.

Notre expérimentation de la fonction de coordonnateur en application du référentiel de la HAS s'avère concluante. Au regard de l'ensemble des résultats, nous pouvons confirmer la validation des deux hypothèses de notre recherche doctorale.

Ainsi, nous proposons un outil de modélisation avec des critères de déploiement (page) ainsi qu'une d'évaluation ci-dessous en vue du développement de l'ETP en Martinique.

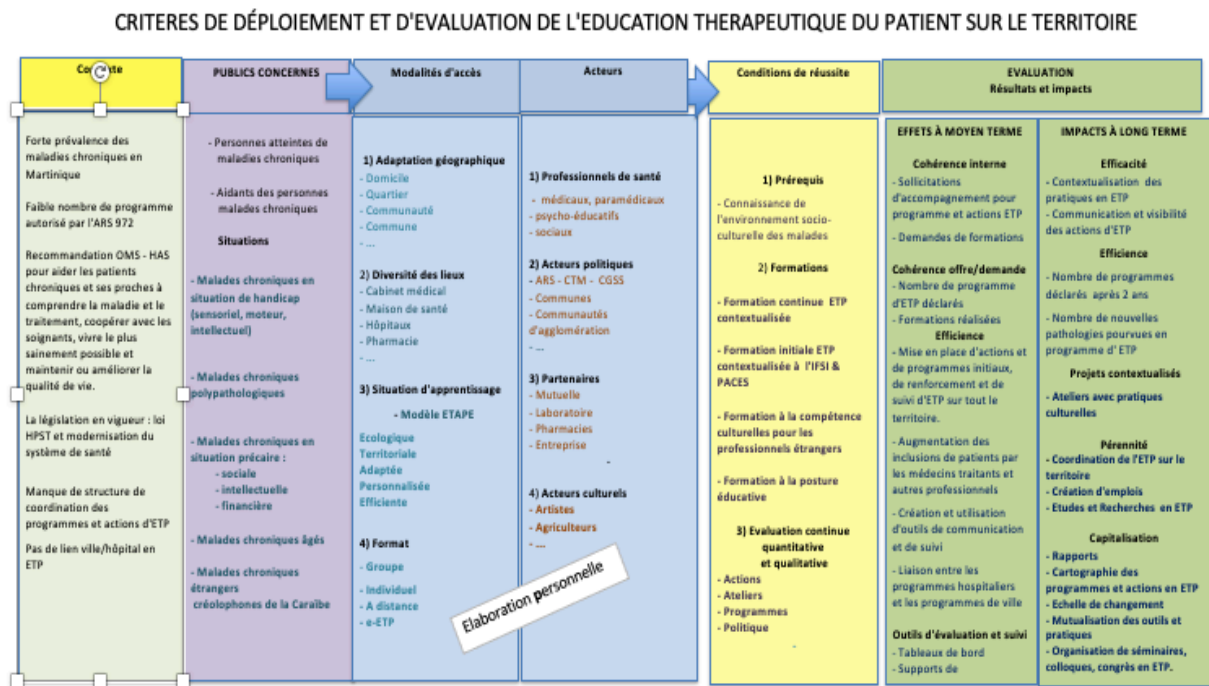


Figure 54 : Modélisation de critères de déploiement et d'évaluation de l'ETP

4.3.5 *Limites de la recherche*

En raison, probablement du nombre d'études de notre recherche interventionnelle, l'appropriation de la démarche anthropologique s'est construite progressivement, par tâtonnement et parfois lentement. De plus la méthodologie a connu maintes fois des modifications en raison du contexte inédit de la pandémie de covid 19.

La rupture épistémologique nous a posé certaines difficultés en raison du passage de 40 années de pratique et culture professionnelle infirmière à une posture d'apprenti chercheur, puis de chercheur débutante. Cela s'est traduit quelquefois par un manque de prise de position théoriquement nécessaire. Dans une telle recherche interventionnelle en santé, l'obligation de rester en retrait m'a été compliquée face à la demande sociale.

Cette recherche que nous considérons comme inachevée gagnerait à être poursuivie, car elle a mis en lumière des pistes, pour le développement, et singulièrement, la territorialisation de l'éducation thérapeutique non seulement des personnes diabétiques mais également celles touchées par les autres maladies chroniques. Aussi, compte tenu du caractère novateur de notre choix de recherche intervention en santé publique sur le territoire, à l'instar de Ferron, Breton, et Guichard (2013, p. 12), nous estimons que cette méthode de recherche :

« a besoin pour exister et se renforcer, que des pionniers s'en emparent avec conviction, se frottent aux difficultés de l'expérimentation et acceptent de communiquer, aussi bien sur leurs succès que sur leurs erreurs, leurs tâtonnements et les conditions susceptibles de mener à la réussite ».

Synthèse des résultats

Notre recherche doctorale s'est construite et a été conduite à partir de sept études distinctes, et complémentaires pour interroger et comprendre les conditions de prise en compte du contexte culturel des personnes diabétiques lors de situations d'apprentissage pour les patients diabétiques sur le territoire. Aussi, en raison de l'importance que revêt une alimentation équilibrée dans la gestion du diabète, nous questionnions également les critères de réussite de l'éducation alimentaire et nutritionnelle, à partir de la compétence culturelle des acteurs de l'ETP en Martinique. Peut-on soigner, accompagné, aider, une personne sans connaître son histoire, sa culture ?

É.T.A.P.E est un sigle que nous avons créé comme boussole contextualisée pour que chaque situation d'apprentissage en éducation thérapeutique ne soit pas seulement, *thérapeutique*,

c'est-à-dire centrée sur la maladie, mais à la fois *écologique, territorialisée, adaptée, personnalisée et efficiente*. De ce principe, nous avons émis deux hypothèses que nous avons validées. Nous pouvons donc affirmer que les situations d'apprentissage qui respectent simultanément les critères d'ÉTAPE (écologie, territorialisée, adaptée, personnalisée, efficiente) participent au développement de l'éducation thérapeutique en Martinique. De plus, la contextualisation des situations d'apprentissage, notamment l'éducation alimentaire des personnes diabétiques de type 2, est tributaire de la compétence culturelle des soignants-éducateurs en particulier et de tous les acteurs de l'ETP en général. Cela suppose un développement de la compétence culturelle de l'ensemble des acteurs, pour prendre en compte à la fois les dimensions politiques du territoire en même temps que les dimensions biomédicale, biopsychosociale, culturelle et économique de chaque personne diabétique, dans les interventions en ETP. C'est selon nous, la condition d'un développement territorialisé d'une ETP efficace en Martinique.

CONCLUSION

- Au terme de notre étude, nous sommes animée d'un sentiment mitigé, partagé entre l'enthousiasme de la finalisation et le sentiment d'incomplétude. Nous avons pu en effet démontrer, avec les ressources dont nous disposions, l'intérêt de développer l'éducation thérapeutique du patient comme une étape indispensable dans le parcours de soins de la personne diabétique sur le territoire. Nous sommes partie du constat que la prise en charge de cette pathologie en Martinique n'est pas suffisamment ancrée dans son espace culturel. Ainsi nous avons interrogé la compétence culturelle des professionnels qui accompagnent ces personnes diabétiques. Un constat qui puise son origine du croisement de deux domaines différents, à savoir les sciences de l'éducation et la santé publique. Pour la professionnelle de la santé que nous sommes, il s'agissait d'une problématique convoquant la transdisciplinarité entre des domaines jusque-là aux antipodes l'une de l'autre.

Notre parcours d'études universitaires en sciences de l'Éducation entreprises au début des années 2000, ont participé au développement d'une réflexion sur les enjeux des intrications entre les sciences de l'Éducation et la santé. Celles-ci, majoritairement axées sur les pratiques pédagogiques, ne tiennent pas une grande place dans l'approche médicale et soignante. Les outils théoriques dont nous nous sommes servis, nous ont aidé à entrevoir la possibilité de leur coexistence voire de leur correspondance. Mais, il fallait pour ce faire d'abord questionner nos représentations, aussi bien dans le domaine de l'éducation que de la santé. Par rapport à notre métier, le lien que nous avons pu établir s'est manifesté à travers notre expérience d'infirmière en situation auprès des patients atteints de maladies chroniques. Certains travaux nous ont permis de mieux cerner l'objet de notre étude, à savoir la personne atteinte de diabète en général et singulièrement, celle originaire de la Martinique. Ainsi, notre recherche s'est précisée lorsque nous nous sommes intéressée à l'étude des stratégies éducatives à l'hôpital. Concernant l'approche anthropoculturelle de l'éducation thérapeutique du patient diabétique martiniquais, nous nous sommes appuyée sur un cadre théorique fondé sur les travaux de Raymond Massé (1995) d'une part en vue de définir ce qu'est l'anthropologie de la santé, ses enjeux et son cadre d'exercice. Quant aux travaux de l'anthropologue Jean Benoist (1993), ils nous ont été utiles pour contextualiser notre approche que nous résumons à la maladie dans la société créole. Nous avons cherché les concepts qui avaient pris en compte l'imbrication des notions de culture (créole) d'éducation avec ses déclinaisons, l'éducation à la santé et sa composante l'éducation thérapeutique, et pour finir, la santé et la maladie à travers la maladie du diabète. Dès lors, au moins trois champs disciplinaires se trouvaient au cœur de notre recherche : l'anthropologie, les sciences de l'éducation et la santé publique.

Le cadre conceptuel ainsi posé, nous avons élaboré un plan et une méthodologie de recherche où l'enquête tient une place importante. Plusieurs enquêtes ont été menées. Nous avons enquêté sur l'accompagnement des porteurs de programmes d'ETP par les ARS sur les territoires français, laquelle a dévoilé que parmi les 11 ARS de la France hexagonale et de l'Outre-mer (Martinique et La Réunion) ayant pris part à l'enquête, l'ARS Martinique a proportionnellement au bassin de population, autorisé le moins de programmes d'ETP, de 2010 à 2016 (Lahély & Crozet, 2021). À partir de ce constat, nous avons souhaité poursuivre notre démarche réflexive et contribuer à la co-construction d'une culture de l'ETP adaptée au territoire de la Martinique.

Une autre enquête a cherché à mettre en lumière les postures des malades en situation d'apprentissage. Nous cherchions en effet à savoir si l'éducation thérapeutique du patient pouvait participer de manière pérenne à l'équilibre alimentaire des diabétiques, avec comme particularité la mise en place des conditions de développement d'une compétence culturelle pour l'ensemble des acteurs de l'ETP en Martinique. Nous avons eu l'opportunité d'être accompagnée pour cette recherche d'un anthropologue spécialiste de la culture locale, et d'une spécialiste des sciences de l'éducation et de la formation, laquelle connaît parfaitement les enjeux de l'ETP, particulièrement en contexte créole. Le diabète est la pathologie que nous avons choisie comme support d'expérimentation. Parce que, comme nous l'avons indiqué dans l'étude, selon l'IRD (Méjean, *et al.*, 2020), en Martinique, la prévalence du diabète et des autres pathologies de la nutrition a beaucoup augmenté ces dernières années. Ce territoire connaît de profondes et rapides mutations démographiques, économiques et sociétales. Les modèles alimentaires y prennent de nouvelles formes, plus dépendantes des importations, de la grande distribution et des aliments transformés, tandis que les modes de vie se modifient profondément, et deviennent de plus en plus sédentaires (*ibid*, p. 10).

Le plan méthodologique que nous avons privilégié s'appuie sur les observations, des entretiens, d'analyses, afin d'avoir la vision la plus large possible des problématiques du diabète et de sa prise en charge en Martinique. Les niveaux intermédiaires explorés nous ont conduit aussi bien vers les acteurs en charge de la mise en œuvre de l'ETP, que des professionnels de terrain et vers les bénéficiaires, c'est-à-dire les personnes diabétiques et/ou leurs proches. Nous avons fait le choix de varier les publics : enfants, adolescents, et leurs parents pour le diabète de type 1 ; adultes diabétiques de type 2 et leurs aidants. Concernant ces derniers, les rencontres ont eu lieu à l'hôpital, mais également dans leur environnement quotidien, leur lieu de vie, précisément, leur domicile. Parce que, la conception que nous avons

de l'ETP ne se cantonne pas à des séances d'éducation dispensées en ville, dans les cabinets des professionnels de santé ou à l'hôpital. Chaque situation est aussi singulière comme l'est chaque personne diabétique rencontrée.

Outre la Martinique, l'île de La Réunion a fait partie de notre terrain d'enquête. Dans ce département d'Outre-mer, depuis le début des années 2000, l'ETP s'est développée, en partie grâce à la recherche. Des partenaires publics, privés, hospitaliers, libéraux, universitaires, tous se mettent ensemble pour lutter contre le diabète. L'Agence Régionale de Santé Océan Indien finance deux structures ressources dédiées à l'ETP. Un programme d'ETP diabète gratuit a été déployé sur toute l'île. Notre rencontre *in situ* avec les acteurs locaux de l'ETP nous a permis d'affirmer que l'essor de l'ETP sur ce territoire se caractérise par un maillage territorial impliquant publics, privés, hospitaliers, libéraux, mutuelles, CGSS, université... ils œuvrent tous ensemble pour un même objectif, à savoir la lutte contre le diabète et le développement de l'ETP. Enfin, nous avons choisi d'appliquer la méthode de recherche interventionnelle construite et conduite à partir de sept études distinctes et complémentaires. Ainsi pour interroger et comprendre les conditions de développement de l'ETP en Martinique nous avons retenu de :

- 1) Étudier des comportements alimentaires des Martiniquais.
- 2) Analyser de formation 40h dispensation ETP.
- 3) Observer des événements autour du diabète de type 1.
- 4) Analyser deux programmes ETP autorisés par l'ARS pour DT2.
- 5) De réfléchir sur le parcours de soins DT2 hors ETP.
- 6) Expérimenter la fonction de coordonnateur et module ETP pour DT2.
- 7) Intervenir à domicile pour ETP en éducation alimentaire et nid d'apprentissage.

Nous avons également analysé les résultats. En raison de l'importance que revêt l'équilibre alimentaire dans le protocole thérapeutique, nous lui avons accordé une attention particulière dans la gestion du diabète. Pour nous, cela constituait un critère de vérification de mise en œuvre de l'éducation alimentaire et nutritionnelle et de l'applicabilité de la compétence culturelle dans les pratiques des acteurs de l'ETP en Martinique.

Ces outils méthodologiques (études exploratoires, enquêtes, cadre d'analyse), renforcés de notre connaissance du terrain, nous ont permis d'élaborer un modèle que nous avons nommé É.T.A.P.E. (*Écologique, Territorialisée, Adaptée, Personnalisée, Efficace*). Nous avons pensé que le sigle grâce à sa fonction mnésique, s'utilise comme une boussole efficace pour contextualiser chaque situation d'apprentissage afin que l'éducation thérapeutique ne soit pas

seulement, *thérapeutique*, c'est-à-dire centrée sur la maladie, mais surtout à la fois *écologique*, *territorialisée*, *adaptée*, *personnalisée* et *efficace*. Pour reprendre les propos de Grimaldi, Caillé, Pierru, et Tabuteau (2017, p. 286), c'est pour éviter une « ETP *Canada Dry* », qui en aurait la couleur, le goût, le nom, mais qui ne représenterait qu'une pâle copie.

L'expérimentation du modèle ÉTAPE a montré des résultats concluants d'une part, grâce à la réalisation des ateliers d'éducation alimentaire à domicile auprès de 17 personnes DT2 et leurs aidants et d'autre part, par la mise en valeur de deux nids d'apprentissage (Balcou-Debussche, 2016) pour « *Apprendre à maîtriser les risques cardio-vasculaires* ». Nous sommes en mesure d'affirmer que les résultats de nos observations ont été probants, et nous permettent de valider nos hypothèses de recherche. En effet, les évaluations effectuées sur une période de trois mois, après les ateliers d'éducation alimentaire montrent que chez plusieurs des participants une modification significative des habitudes alimentaires a eu cours avec l'exemple de l'apport en légumes verts et des fibres dans la composition du menu. De plus, outre la satisfaction des participants à la recherche et de leurs médecins traitants, les résultats biologiques, notamment l'hémoglobine glyquée a diminué chez plusieurs patients.

Notre recherche initialement orientée sur « culture et diabète » a débouché sur une nouvelle problématique, montrant l'impact de la pauvreté sur la qualité nutritionnelle des repas de la personne diabétique en situation de précarité financière. Nous l'avons mentionné, d'après l'Insee 29% des Martiniquais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Du coup, dans notre recherche, les personnes atteintes de diabète de type 2, qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté peinent à équilibrer leur alimentation, en raison de leurs difficultés financières, car elles ne peuvent acheter les légumes verts et les fibres indispensables à leur équilibre alimentaire.

Sachant que les trois facteurs importants dans le suivi du diabète pour éviter les complications sont le traitement, l'alimentation équilibrée et l'activité physique, notre recherche nous conduit à faire ce constat : les personnes diabétiques en situation de pauvreté sont plus sujettes aux complications, parce qu'elles n'ont pas toujours les moyens financiers d'avoir quotidiennement une alimentation équilibrée ; condition indispensable pour l'équilibre du diabète et pour la prévention des complications, telles l'insuffisance rénale conduisant à la dialyse, la cécité, les accidents vasculaires cérébraux, les amputations des membres inférieurs, ... Autant de complications aux conséquences individuelles et sociétales très lourdes et coûteuses.

La réponse et les solutions pour ces personnes sont fondamentalement politiques, puisque le diabète est désormais reconnu comme problème de santé publique.

Cette recherche doctorale a connu les retentissements de la crise sanitaire. Nous la considérons alors comme inachevée et de notre point de vue, elle gagnerait à être poursuivie, car elle a mis en lumière des pistes, pour le développement, la territorialisation de l'éducation thérapeutique du patient en Martinique. Les résultats de notre recherche pointent des besoins exprimés, mais aussi des propositions faites tant par les patients, que des professionnels de santé. Certaines de ces demandes requièrent des réponses, parfois, politiques, stratégiques, ou organisationnelles suivant des perspectives à trois niveaux tels que nous les avons définis précédemment : *macro, meso et micro*.

Au niveau macro

- Faire de la formation, un levier pour le développement et la massification de l'ETP.
- Créer module de formation à l'attention des soignants pour l'acquisition de la compétence culturelle.
- Coordonner et décloisonner l'éducation thérapeutique du patient sur le territoire.
- Intégrer l'ETP dans les politiques de santé des villes et du territoire.

Au niveau meso

- Renforcer les compétences en ETP des soignants par des offres de formation continue et diversifiées en ETP.
- Créer des espaces d'échange sur les pratiques et projets en ETP pour les professionnels
- Évaluer les pratiques et les programmes d'ETP.
- Intégrer les animateurs culturels et sociaux dans les activités d'ETP.
- Développer la recherche en ETP, publier, communiquer...

Au niveau micro

- Créer des situations d'apprentissage ÉTAPE.
- Rendre l'ETP accessible pour tous et partout y compris à domicile.
- Diversifier les modalités d'ETP, y compris dans des espaces communautaires.
- Développer les compétences psychosociales des personnes malades.

Enfin, l'éclairage des données de cette présente recherche, nous l'espérons, ouvrira de nouvelles perspectives de recherches interventionnelles, sur des problématiques de prise en charge des maladies chroniques, à la Martinique. Nous partageons l'idée M.-F. Collière qui indique que la recherche c'est aussi se rapprocher des gens, en apprendre d'eux, avant de proposer le moindre conseil. C'est apprendre à partir de leurs savoirs. C'est apprendre à utiliser ces savoirs et les enrichir. Ainsi, nous envisageons le modèle ÉTAPE comme un nouvel outil inspirant, évolutif et adaptable à des projets, travaux et actions qui nécessiteraient des réponses contextuelles dans des domaines variés comme l'éducation, le logement, la jeunesse, le grand âge, la culture, la santé... et autres thématiques dont la réussite requière une approche scientifique adossée à une intelligence collective.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abidli, Yamina ; Piette, Danielle ; Casini, Annalisa, (2015) Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins. *Santé publique* (HS) (31-39)
- Adèle, M. (2016). *Le jaden, une approche historique et anthropologique d'un objet culturel au enjeux de développement économique, patrimonial et écologique dans la Martinique d'aujourd'hui*. [Thèse de Doctorat], Université des Antilles. <http://www.theses.fr/2016ANTI014>. Consulté le 13 janvier 2020.
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Anses]. (2017). *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3*. Récupéré le 2 mai 2020 de <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>.
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2017). *Exposition des consommateurs des Antilles au chlordécone, résultats de l'étude Kannari*. Récupéré le 2 Mai 2021 de <https://www.anses.fr/fr/system/files/ERCA2014SA0029Ra.pdf>.
- Agence régionale de santé de Martinique. (2015). *Surcharge pondérale et obésité abdominale. Résultats de l'enquête Kannari, Martinique*. Récupéré le 30 septembre 2019 de https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-03/4%20pages%20Kannari%20OSM_surcharge%20pondérale%20%282%29.pdf
- Agence régionale de Martinique. (2020). *Programme autorisé ETP*. Récupéré le 30 décembre 2020 de <https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2020-12/programmes%20autoris%C3%A9s%20ETP%20ARS%202020.pdf>.
- Agrinier, N., & Rat, A.-C. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique ? *Actualité et dossier en santé publique*, 72 (12-24). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=112>
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2017). *Exposition des consommateurs des Antilles au chlordécone, résultats de l'étude Kannari*. Récupéré le 2 Mai 2021 de <https://www.anses.fr/fr/system/files/ERCA2014SA0029Ra.pdf>
- Ancelin, J. (2000). *Histoire de l'action sociale familiale dans les départements d'outre-mer*. Paris: Comité d'histoire de la sécurité sociale.
- Ardouin, T. (2008). *De la compétence individuelle aux capacités organisationnelles : Regard croisé France Québec*. Consulté le 2 mai 2020, sur www.gco.uqam.ca: https://www.researchgate.net/publication/276058172_Management_des_capacites_organisationnelles_Journees_de_reflexion_2008_-_4_eme_rencontre_annuelle/link/554f6c0208ae12808b379941/download
- Armet, A. (1990). *Société et santé à la Martinique. Le Système et la Masque*. Paris. Présence africaine.
- Assal, J.-P. & Lacroix, A. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris. Maloine.
- Assal, J.-P. & Lacroix, A. (2011). *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. 3^e édition. Paris. Maloine.

- Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique ; des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*. [Thèse de doctorat], Faculté de médecine, Université de Louvain. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:5226>
- Aumont, B., & Mesnier, P.-M. (2005). *L'acte d'apprendre*. (5. édition, Éd.). Paris. L'Harmattan.
- Authier, D. (2018). L'intérêt et la gestion des hétérorogénéités au sein des ateliers d'éducation thérapeutique de patients diabétiques. E. Dugas, & G. Ferréol (dir), *Éducation, santé et altérité*, 4(31-44). Paris. Édition des archives contemporaines.
- Bacqué, M.-H. & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation? *Idées économiques et sociales*, (3) 25-32.
- Balcou-Debussche, M. (2006). *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris. Éditions des archives contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2009). L'apport des sciences de l'éducation. Un exemple de situations d'apprentissage pour les personnes à risque cardiovasculaire. *Santé Décision Management*, (9-24). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01227764/>
- Balcou-Debussche, M. (2010). Manger et se soigner : entre manques et excès. *Anthropos-Economica. Collection Univers créole* (7). <https://hal.univ-reunion.fr/hal-01226686/document>.
- Balcou-Debussche, M. (2012). L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. *Recherche en soins infirmiers* (110), (45-59).
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littératie en santé – Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Paris. Éditions des archives contemporaines.
- Balcou-Debussche, M. (2018). Les « patients » sont-ils devenus « impatientes » d'agir dans nos systèmes de santé ? *Médecine et santé tropicales* (28), 355-358.
- Ballet, D. (2019). *Approche sociologique de l'intervention éducative dans le domaine de la santé Analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient*. [Thèse de doctorat]. Université de La Réunion. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02441851/>
- Barrier, P. (2008). L'auto normativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et d'éducation thérapeutique. *Alter*, (2), 271-291.
- Barrier, P. (2013). L'autonomie du patient : le point de vue du patient. *Médecine des maladies métaboliques*, (7) 311-315.
- Barrier, P. (2014). *Le patient autonome*. Paris. Presses universitaires de France.
- Baudier, F. & Leboube, G. (2007). Éducation thérapeutique du patient et disease management : pour une 3e voie « à la française » ? *Santé Publique*, 19 (335 - 340).
- Beauté, J. (2008). *Courants de la pédagogie*. Paris. Chroniques sociales.
- Bélaïse, M. (2006). *Le discours éthique de la langue proverbiale créole. Analyse prolégoménique d'une manière d'être au monde*. Paris. Publibook.
- Benoît, C. (2000). *Corps, jardins, mémoires. Anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe*. Paris. CNRS éditions.

- Benoist, J. (1975). *Pour une connaissance de La Réunion*. Centre Universitaire de La Réunion.
- Benoist, J. (1993). *Anthropologie médicale en société créole*. Paris. PUF.
- Benoist, J. (2001). *Ouverture*. Communication présentée au colloque d' Santé, société et cultures à La Réunion. Anthropologie médicale, psychiatrie.
- Benoist, J. (2012). La créolisation : locale ou mondiale ? Dans Archipélies, *De la créolisation culturelle* (3-4) 19-30. Editions Publibook Université.
- Bernabé, J., Chamoiseau, P., Confiant, R. (1989). *Éloge de la créolité*. Paris. Gallimard
- Besson, V. & Boutet, C. (2015). Diabète de type 2 et troubles du comportement alimentaire. *Soins* (795), 21-24.
- Billon-Descarpentier, J. & Forestier, D. (2000). La recherche intervention en éducation appliquée à la santé : entre intensification scientifique et transformation du terrain. *Revue de recherches en éducation* (25), 111-118.
- Blanchet Garneau, A. (2013). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière*. [Thèse de doctorat]. Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10354/Blanchet_Garneau_Amelie_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Boissière, M. (2018). Consommation des plantes médicinales par les patients suivis en cabinet de médecine générale à La Réunion - Expériences, représentations et ressentis des patients dans le cadre de la communication médecin-patient. *Thèse de doctorat en médecine*. Université de Bordeaux - UFR des sciences médicales, Bordeaux.
- Bonniol, J.-L. (2006). Situations créoles, entre culture et identité. Dans C. A. Célius, *Situations créoles Pratiques et représentations* (49 -59). Palaiseau. Éditions Nota bene.
- Bouchon, M. (1998). Sémantique et sémiologie : Le médecin généraliste métropolitain face aux aspects culturels et linguistiques de l'expression des symptômes à la Martinique. [Thèse de doctorat inédit]. Faculté de médecine de Tours. Académie d'Orléans-Tours.
- Bouleuc-Parrot, C. (2018). Éducation thérapeutique du patient : vers un patient autonome. *Laennec*, (2) 4-5.
- Boumbia, A. (2020). *Besoins éducatifs et compétences en santé des habitants de Mafate, un désert médical à l'île de la Réunion*. [Mémoire de Master 2]. Santé publique Option ETP– Université Sorbonne Paris-Nord.
- Bourdillon, F. (2013). Politique publique et développement de l'éducation thérapeutique sur les territoires. Dans Traynard, P-Y., Gagnayre, Rémi, (Dir) *Éducation thérapeutique en ville et sur le territoire*. Paris. Masson.
- Bourret, P. (2013). L'éducation thérapeutique du patient : un travail. L'exemple des infirmières à l'hôpital. *Éducation Permanente*, 97-107.
- Briet, C., Piffaretti, C., Fosse, S., Denis, P., Allix, I., Fagot, A., Coutant, R. (2018). Épidémiologie du diabète de type 1 et de ses complications. *La revue du praticien*, 68, 607-610.
- Brignon, M. (2019). *Caractérisation et influence du proche et de l'environnement social dans le quotidien des patients souffrant de maladie chronique*. [Thèse de doctorat]. Biologie-Santé-Environnement, Université de Lorraine : <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02556482>.

- Buboc, R. (2015). Les statuts et particularités juridiques des collectivités ultramarines. *Actualité et dossier en santé publique*, (91) 12-13. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=148>.
- Cabort-Masson, G. (1998). *Martinique Comportement et Mentalités*. Saint-Joseph/Martinique. Éditions la voix du Peuple.
- Canguilhem, G. (2006). *Le normal et le pathologique*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Caroupin, J., & Ballet, D. (2018). Prendre en compte l'altérité dans les interventions éducatives en santé. Analyse de la littératie en santé de personnes diabétique issues de l'immigration. *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, 4, 45-61.
- Castetbon, K., Vaidie, A., Ramalli, L., Neller, N., Yacou, C., Bateau, A., & Deschamps, V. (2016). Consommations alimentaires et biomarqueurs nutritionnels chez les adultes de 16 ans et plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/4/2016_4_2.html.
- Célius, C.-A. (2006). *Situations créoles Pratiques et représentations*. Palaiseau. Nota bene.
- Centre d'études et de documentation du sucre Cedus. (2016). *Les dossiers sucres et santé*. Recupéré le 10 Mars 2020 de <https://espace.egora.fr/cedus/sucre-plaisir-et-addiction/sucre-fantasme-et-realite-dechiffrez-le-vrai-du-faux>
- Chambouleyron, M., Joly, C., Lasserre-Moutet, Lataillade, L., Lagger, G., Golay, A. (2012). Construire un programme d'ETP en lien avec la réalité des patients. Un exemple dans le diabète de type 2. *Diabète & obésité*. (7), (168-173).
- Chami, J. (2020). L'analyse des pratiques professionnelles : quelques repères. *Savoirs*, (2) 11-47.
- Charpentier, A (2018). *Z'herbages et tisaneurs : Utilisation traditionnelle des plantes médicinales sur l'île de La Réunion, entre croyances, connaissances et réels remèdes*. Université de Nantes. UFR sciences pharmaceutiques et biologiques. Consulté le 3 décembre 2019 de <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=b66ec717-8de0-4ac3-9b20-f7fb3e485e27>
- Chaudenson, R. (1995). *Les créoles*. Paris. PUF.
- Chaudenson, R. (2003). *La colonisation: théorie, application, implications*. Paris. L'Harmattan.
- Chaudoin, E. (1891). *Trois mois de captivité au Dahomey*. Paris. Hachette et Cie.
- Chauvin, F. (2013). Unités transversales d'éducation thérapeutique à l'hôpital Résultats de l'enquête menée par l'Afdet. *Santé Education* (1) 16-20.
- Chevallard, Y. (2010). La didactique, dites-vous? *Éducation et didactique*, (1) 139-148.
- Chrétien, S. (2011). *L'éducation thérapeutique du patient. Cadre juridique et réglementaire*. Bordeaux. Les études hospitalières Éditions.
- Cifali-Bega, M. (2013). L'éducation thérapeutique "Il fallait bien commencer... ". Dans C. Tourette-Turgis (dir), Apprendre du patient. *Éducation permanente*. (195) 11-24.

- Colson, S. Fonte, D. Côte, J. De Oliveira, M. Samper, M. Khammar, A. Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2016). Éducation volution du profil siciocognitif et clinique d'adolescents diabétiques de type 1 ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique : une étude pilote. *ETP/TPE*, (8), 1 - 16.
- Collière, M-F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris. Masson
- Conseil national de l'alimentation (2020). *Rapport annuel 2019*. Consulté le 13 mars 2021 de <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/273564.pdf>
- Conseil national de l'alimentation (2020). *Avis N°84*. Repéré le 13 mars 2021 de <https://cna-alimentation.fr/download/avis-n84/>
- Conseil national médecin (2021). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2021*. Consulté le 13 mai 2021 de https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
- Coutu-Wakulczyk. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 34-47. <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=273551>
- Couty, E. (2009). *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*. Rennes. Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- Cuche, D. (2016). *L'intervention du concept scientifique de culture*. <https://www.cairn.info/la-notion-de-culture-dans-les-sciences-sociales--9782707158833-page-5.htm>
- Damus, O. (2020). *Les futurs de l'éducation au carrefour des épistémologies du Nord et du Sud*. UNESDOC.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02937251/document>.
- Davous, D. Le Grand-Sébille, C. & Seigneur, E. (2014). Introduction. Questionner autrement le soin. Dans, Davous, D. Le Grand-Sébille, C. & Seigneur, E. (dir), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* 7-13. Paris. Erès.
<https://www.cairn.info/l-ethique-a-l-epreuve-des-violences-du-soin--9782749243146.htm>
- de la Tribonnière, X., Ait El Mahjoub, B., Puech Samson, I., Benslimane, F., & Petit, R. (2019). Education thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. *ETP/TPE*, (11) 1-12.
- Debien, G. (1982). Les esclaves. Dans P. Pluchon (dir), *Histoire des Antilles et de la Guyane*. Généalogie et Histoire de la Caraïbe (p.141 à 161). <https://www.ghcaraiibe.org/debien/NHC210bis-htm.htm>
- Debussche, X., & Balcou-Debussche, M. (2011). Combiner les approches biomédicale et psychosociale pour concevoir des situations d'apprentissage en éducation thérapeutique. *Médecine des maladies métaboliques* (2), 180-185.
- Delcroix, A. Forissier, T. & Anciaux, F. (2013). Vers un cadre d'analyse opérationnel des phénomènes de contextualisation didactique. Dans F. Anciaux, T. Forissier, & L.-F. Prudent, *Contextualisations didactiques : approches théoriques*, 141-185. <https://hal.univ-antilles.fr/hal-01530871/document>

- Dépelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Louvain-la-Neuve. De Boeck Université.
- Direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt-Martinique. (2021). *L'autosuffisance alimentaire de la Martinique : Où en est-on ?* Consulté le 10 juillet 2021 de https://daaf.martinique.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/02-autosuffisance_alimentaire_cle8fdca9.pdf
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). *Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte*. Repéré le 4 mai 2021 de <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf>
- D'Ivernois, J.-F. & Gagnayre, R. (2008). *Apprendre à éduquer le patient*. Paris. Maloine.
- D'Ivernois, J.-F. & Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *ETP/TPE*, (2) 201-205.
- D'Ivernois, J.-F. & Gagnayre, R. (2016). *Apprendre à éduquer le patient*. École de Bobigny. Paris. Maloine.
- Donatien-Yssa, 2007. *L'exorcisme de la blès Vaincre la souffrance dans Autobiographie de ma mère de Jamaica Kincaid*. <https://www.potomitan.info/bibliographie/donatien-yssa.php>
- Dorival, (. (1996). *Yo Garéï, Interprétation des désordres dans la pensée créole de l'Arc Caraïbe et analyse des techniques thérapeutiques traditionnelles*. Paris. L'Harmattan.
- Drahi, E. (2020). L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? *Médecine des maladies Métaboliques*, (14) 202-206.
- Drapéri, C. (2007). De quelle autonomie parle-t-on ? *Ethique et santé*, (2), 59.
- Dumez, H. (2013). Quest-ce que la recherche qualitative? Problème épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Revue Gérer et comprendre*, (2), 29-42.
- Dutrieux, B. (2017). Empowerment, Développement du Pouvoir d'Agir, Essence de l'Homme et travail social. Dans B. Portal, V. Desomer, & B. Dutrieux, (dir), *Changer le monde au quotidien; L'approche DPA-PC : récits d'expérience, analyses et regards critiques*. Gembloux – Les Isnes/Belgique. Éditions UVCW - Fédération des CPAS.
- Éducation nationale le bulletin officiel de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (2021). *Langues et cultures régionales - Cadre applicable et promotion de leur enseignement*. Repéré le 27 décembre 2021 de <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo47/MENE2136384C.htm>
- Eissautier, C. (2020). *Adaptation de la méthode de travail des médecins généralistes libéraux en désert médical et conséquences sur la santé des patients : l'exemple de la Martinique*. [Thèse de médecine]. Faculté des sciences médicales et paramédicales, Marseille. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968920>.
- ETP La Réunion (2022). *Catalogue des programmes ETP à La Réunion*. Consulté le 2 janvier 2022 de <https://www.etp-lareunion.re/programmes-etp/>
- ETP La Réunion (2021) *Kisa nou lé? Qui sommes nous?* Consulté le 10 décembre 2021 de <https://www.etp-lareunion.re/kisa-nou-le/>

- Eymard, C. (2010). Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. Dans J. Foucaud, A. Bury, & M. Balcou-Debussche, *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation* (39-53). Saint-Denis. Inpes.
- Fainzang, S. (2008). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris. Puf.
- Fédération-Française-des-Diabétiques. (s.d.). *L'équilibre alimentaire*. Repéré le 4 mai 2021 de <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/alimentation-diabete/equilibre-alimentaire>
- Fédération nationale des infirmiers. (2012). *Horizon 2030. Vision pour les soins infirmiers ambulatoires*. Paris. FNI.
- Ferron, C., Breton, E., & Guichard, A. (2013). Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. *La santé en action*(425), 10-12.
- Fischer, C. (1990). *L'omnivore*. Paris. Odile Jacob.
- Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris. Dunod.
- Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. Dans C. Tourette-Turgis (dir), *Apprendre du patient* (195), 59-72.
- Fni. (2012). *Horizon 2030. Vision pour les soins infirmiers ambulatoires*. Paris. FNII Éditions.
- Fonte, D., Apostolidis, T., & Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2017). Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : des enjeux pour la pratique du psychologue. *Pratiques psychologiques*, (4), 417-435
<https://www.em-consulte.com/article/1181381/les-competences-psychosociales-en-education-therap>.
- Foucaud, J., & Balcou-Debussche, M. (2008). *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ?* Paris. Inpes.
- Foucaud, J., Oiry, E., Flück, C., Adriaan, H., Visser, A. (2015). Fonction et compétences de coordination en éducation thérapeutique. *Santé publique*. (HS) (1), 50-60.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-51.htm>
- Fournier, R. (2006). Le mythe créole. Dans Carlo A. Célius. *Situations créoles. Pratiques et représentations* (23-48). Nota bene.
- France-Santé-publique. (2015). *Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Martinique*. Repéré le 14 mai 2017 de <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-martinique>.
- Gallois, P., Valée, J.-P., & Le Noc, Y. (2009). Éducation thérapeutique du patient . Le médecin est-il aussi un "éducateur"? *Médecine*, (5) 218-224.
- Garodon, I. (2011). *Rôle des aidants familiaux auprès de leur entourage dans le système de santé : Desoins et modalité de changement » Analyse de la littérature 2005-2010*. [Mémoire de Master]. Santé Publique Spécialité : Education – Santé. Université Paris 13].
- Gaulard, S., & Ginesy, E. (2018). La santé dans les outre-mer : similitudes et spécificités. *Après-demain*, (3), 22-24.

- Giordan, A. (1999). *Apprendre*. Paris. Belin.
- Giroux, S., & Tremblay, G. (2002). *Méthodologie des sciences humaines - La recherche en action*. Montréal. Éditions du renouveau pédagogique.
- Glissant, E. (1996). *Introduction à une poétique du Divers*, Paris. Gallimard.
- Golay, A., Lagger, G., Giordan, A. (2013). *Comment motiver le patient à changer ?* Paris. Maloine.
- Golay, A., Giordan, A. (2015) *Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève*. Paris. Maloine.
- Grenier, B., Bourdillon, F., & Gagnayre, R. (2007, Avril). Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé publique, (19)*, 283-292.
- Grimaldi, A. (2010). Les différents habits de l'« expert profane ». *Les tribunes de la santé, (27)*, 91.
- Grimaldi, A. (2013). Éducation thérapeutique et autonomie du patient. *Médecine des maladies Métaboliques, (4)*, 3-4.
- Grimaldi, A. (2016). La maladie chronique sonne toujours deux fois. *ERES*, 156-174.
- Grimaldi, A. (2017). Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée ... *Médecine des maladies Métaboliques, 1(3)*, 307-318.
- Grimaldi, A. (2020). Patient expert ou patient ressource ? *Médecine des maladies métaboliques, (14)*, 545-548.
- Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques vers la 3e médecine*. Paris. Odile Jacob.
- Gross, O., & Gagnayre, R. (2018). Une éducation salutogénique basée sur les capacités des patients : une nouvelle composante de l'éducation thérapeutique. *ETP/TPE, (10)* 10501.
- Hawe, P., Potvin, 2009). L. What Is Population Health Intervention Research? *Revue canadienne de santé publique, (100)*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/BF03405503>.
- Haute autorité de santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- Haute autorité de santé. (2010). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_alzheimer_suivi_medical.pdf.
- Haut conseil de santé publique. (2009). *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=94>
- Insee. (2016). *Accès aux soins à La Réunion - 84 000 Réunionnais à plus de 30 minutes des urgences*. Consulté le 13 mai 2019 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2422206>.
- Insee. (2018). *Dossier Martinique : Amélioration sur le front de l'illettrisme*. e <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3363280?sommaire=3363348>. Consulté le 14 avril 2021.

- Insee. (2019). *Espérance de vie en 2019 Comparaisons régionales et départementales*. Consulté le 14 avril 2021 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#titre-bloc-3>.
- Insee. (2019). *Un Réunionnais sur dix déclare être en mauvaise santé*. Consulté le 10 juillet 2021 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5363533>.
- Insee. (2020). *La Martinique face au vieillissement de la population : hausse importante du nombre de seniors dépendants à l'horizon 2030*. Consulté le 14 avril 2021 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4796029>.
- Insee (2020). *Pauvreté et niveau de vie : 29 % des Martiniquais vivent sous le seuil de pauvreté*. Consulté le 13 décembre 2020 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622691>
- Insee. (2021). *Le court séjour hospitalier - Lits et places publics et privés installés au 31 décembre 2019 par discipline. Comparaisons régionales et départementales*. Consulté le 13 janvier 2022 de https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012675#tableau-TCRD_066_tab1_departements.
- Insee. (2021) *Stabilité des naissances et hausse contenue des décès Bilan démographique 2020 et premiers mois 2021 à La Réunion*. Consulté le 13 septembre 2021 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5417118>.
- Insee, (2021). *Un tiers des Martiniquais sont limités dans leurs activités pour raison de santé en 2019*. Consulté le 14 octobre 2021 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5390896>.
- Insee. (2022) *Dossier complet département de La Réunion*. Consulté le 3 février 2022 de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-974#chiffre-cle-1>.
- Inserm. (2019). *Diabète de type 2 Un trouble du métabolisme principalement lié au mode de vie*. Consulté le 10 juin 2020 de <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>.
- Inserm. (2020). *Drépanocytose La maladie génétique la plus fréquente en France*. Consulté le 10 avril 2021 de <https://www.inserm.fr/dossier/drepanocytose/>.
- Institut national de recherche démographique (2010) *Les tendances démographiques et migratoires dans les régions ultrapériphériques : quel impact sur leur cohésion économique, sociale et territoriale ?*
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/325/tendances.demographiques.migratoires.regions.ultraperipheriques.impact.cohesion.economique.sociale.territoriale.rapport.synthese.fr.pdf. Consulté le 30 décembre 2020
- Jardel, J-P. (1979). De quelques usages des concepts de « bilinguisme » et de « diglossie ». Dans P. Wald et G. Manessy (dir) *Plurilinguisme : normes, situations, stratégies*. (p. 25-38). Paris. L'Harmattan.
- Jacquin, P., Loison, S., Le Roux, E., Rocaboy, C., Guilmin-Crépon, S., & Tubiana-Rufi, N. (2015). Adolescents et jeunes adultes atteints de diabète : réussir la transition de la pédiatrie à la médecine adulte. *Médecine des maladies Métaboliques*, (7), 661-667.
- Joanny, R. (2013). En Bretagne, des ateliers d'échange entre chercheurs et intervenants en promotion de la santé. Dans *La recherche interventionnelle en santé publique. Quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. La Santé en action* (425), 26-28. Inpes.
- Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(n°1), p. 2019-239.

- Jouet, E. (2013). Faire de sa maladie un apprentissage. L'exemple du projet Emilia. Dans S. I. Tourette-Turgis, (dir) *Apprendre du malade*. Education permanente. (195). 73-84.
- Juhé-Beaulaton, D. (2014). *De l'igname au manioc dans le golfe de Guinée : traite des esclaves et alimentation au royaume du Danhomè (XVIIe-XIXe siècle)*. <https://journals.openedition.org/afriques/1669>. Consulté le 20 janvier 2018.
- Kant, E. (2007). *Fondement de la métaphysique des moeurs*, Collection livre de Poche.
- K/Bidy, M. (2020). *La transmission des savoirs traditionnelles sur les plantes médicinales à la Réunion. Etude qualitative réalisée auprès de personnes âgées en Ehpad*. [Thèse de médecine]. UFR santé, Université de la Réunion.
- Kern, D. (2015). L'éducation thérapeutique du patient et la formation des adultes dans la 2ème moitié de la vie. *ETP/TPE*, (1), 1-9.
- Kokn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique* (4), 67-82. https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm?try_download=1. . Consulté le 13 janvier 2017.
- Lafitte, P., Malet, D., & Gagnayre, R. (2022). Adaptations des pratiques d'ETP destinées aux personnes diabétiques en France durant la crise de la COVID-19 : enquête descriptive sur 153 programmes d'ETP durant le confinement de mars 2020. *Médecine des maladies métaboliques*, p. <https://doi.org/doi:10.1016/j.mmm.2022.01.001>.
- Légifrance (2020). Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>.
- Légifrance (2020). Décret n° 2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845656>. Consulté le 30 janvier 2021.
- L'Étang, G. (2005) *La créolisation culturelle*, travail d'HDR, Université des Antilles, Schœlcher.
- L'Étang, G. (2011). « Créolisation et créolité à la Martinique. Essai de périodisation », *L'habitation/Plantation : héritages et mutations. Caraïbe-Amériques*, M. Burac, D. Bégot (dir.), Karthala, Paris, 185-195.
- L'Étang, G. (2012). « À la genèse des sociétés créoles : la variation écologique ». *Archipélies* (3-4), *De la créolisation culturelle*, 45-62.
- Labridy, L. (2015). *Flux et langues en milieu urbain créoles. Etude de sociolinguistique urbaine à Fort de France*. L'Harmattan.
- Lagger, G., Chambouleyon, A., Lasserre-Moutet, Giordan, A., & Golay, A. (2008). Éducation thérapeutique, 1^{ère} partie : origines et modèle. *Médecin*, (5), 223-226.
- Lahély, M. ; Crozet, C. (2021). L'accompagnement des porteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient par les Agences Régionales de Santé – Dans B. Garnier et M. Balcou-Debussche (dir.). *Parcours différenciés en éducation thérapeutique et littératie en santé* (vol. 8, p. 65- 88). Revue Éducation, Santé, Sociétés. <https://www.educationsantesocietes.net>.

Lang, S. (2011). La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 98-116.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-98.htm>

Laplantine, F. (1997). *Antropologie de la maladie*. Payot.

Laramée, M.-C. & Blanchet Garneau, A. (2018). Développement de la compétence culturelle infirmière : perspective d'étudiantes de leur environnement d'apprentissage lors d'un stage clinique à l'international. *ARSI*, (4), 30-37. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-4-page-30.htm>. Consulté le 20 janvier 2019.

Lavergne, R. (1989). *Plantes médicinales indigènes : tisanerie et tisanier de la Réunion*. [Thèse de doctorat en botanique tropicale appliquée. Académie de Montpellier] Repéré le 30 janvier 2020 de https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00978928/file/IOI_Reun_58165_Lav.pdf.

Le Bossé, Y. (2017). Pouvoir d'agir ou devoir d'agir ? Quelques précisions en écho à l'analyse de Marc-Henry Soulet. Dans B. Portal, V. Desomer, Dutrieux, V. (dir), *Changer le monde au quotidien. L'approche DPA-PC : récit d'expériences, analyses et regards critiques*. Gembloux – Les Isnes/Belgique. Éditions UVCW.

Le Pen, C. (2009). « Patient » ou « Personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins. *Revue économique*, (60), 257-271. <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-257.htm>. Consulté le 14 octobre 2011.

Lecointre, B. (2016). Infirmière au domicile, une évolution des compétences. *Soins* (807), 10-13. <https://www.em-consulte.com/article/1067254/article/infirmiere-au-domicile-une-evolution-des-competence>. Consulté le 7 mars 2017.

Lefort, H. & Psiuk, T. (2019). *Patient Partenaire, Patient expert*. Paris. Vuibert.

Lelong, A.-S. Bourdon, O. Brion, F. & Gagnayre, R. (2009). Éducation thérapeutique de l'enfant drépanocytaire et de sa famille : proposition d'un référentiel de compétences pour les enfants de 5–6 ans et leurs parents. *ETP/TPE* (1), 21-31.

<https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2009/01/tpe0903/tpe0903.html>. Consulté le 7 juin 2012.

Léti, G. (2000). *L'univers magico-religieux antillais, ABC des croyances et superstitions d'hier et d'aujourd'hui*. Paris. L'Harmattan.

Lonné, M. (2019). *Histoire de l'éducation thérapeutique du patient*. [Thèse de médecine]. Université de Limoges.

<http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1/SET=2/TTL=1/SHW?FRST=1>. Consulté le

Luis, E. & Lamboy, B. (2015). Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *La santé en action* (431), 12-16. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2015-n-431-developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes>). Consulté le 22 mai 2017.

Mairiaux, P. Govers, P. & Absil, G. (2014). *Dimensions psychosociales de la santé. Introduction aux rôles sociaux et à la culture des professionnels de la santé, des malades et des patients*. Université de Liège Faculté de Médecine. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/183023/1/Syllabus%20DPS%20140123%20v%20Finale.pdf>. Consulté le 3 mai 2016.

- Manessy, G. (1995). *Créoles, pidgins, variétés véhiculaires. Procès et genèse*. CNRS Éditions.
- Manzoni, F. (2020). Le pouvoir d’agir des patients chroniques : une guidance au service de la société fragilisée. *Santé éducation*, (30) 23 -25.
- Marie, C-V, (2014). Introduction. Dans Populations d’outre-mer. *Informations sociales*, (186), 4-9. Caisse nationale d’allocations familiales.
<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-6-page-4.htm>
- Marie, C.-V. (2014). Point de repère - Mutation sociodémographique dans les Dom : nouvelles sociétés, nouveaux enjeux, nouveaux défis. *Informations sociales*, (186), 10-15. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-6-page-10.htm>. Consulté le 3 mai 2016.
- Marie-Luce/Concy, M.-A. (2015). *La transmission du patrimoine médicinal créole : Problématique, pertinence et évaluation d'un savoir traditionnel*. [Thèse de doctorat]. Sous la direction de Mme le professeur D. Groux et le co-encadrement de M. Belaise. Université des Antilles et de la Guyane.
- masante.oiiis.re. (2021). *Rundiabete : un programme d'éducation thérapeutique pour tous les patients réunionnais*. Consulté le 10 juin 2020 de <https://masante.oiiis.re/portal/thematiques/diabete/rundiabete-un-programme-d-education-therapeutique-pour-tous-les-patients-reunionnais,185,893.html>.
- Massé, R. (1980). *La fin des plantations? Évolution des formes de soumission du travail dans deux sociétés néo- coloniales: Martinique et Guadeloupe*. <http://classiques.uqac.ca/http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>. Consulté le 12 juin 2017.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin. http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/culture_et_sante_publique/culture_et_sante_publique.pdf.
- Médard, D. (2022). La participation des usagers/habitants à un projet de santé en équipe coordonnée, une utopie réalisable. *Sciences sociales et santé*, (40), 69-74.
- Méjean, C., Debussche, X., Martin-Prével, Y., Réquillart, V., Louis-Georges, S., & Tibère, L. (2020). *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d’Outre-mer*. Ird Éditions. <https://www.editions.ird.fr/store/cart>.
- Ménil, A. (2011). *Les voies de la créolisation. Essai sur Edouard Glissant*. Cherbourg. De l'incidence éditeur.
- Merie, M., Rozier, F., & Waterlot, C. (2013). Un maillage territorial : le réseau SAVEDIAB. Dans P.-Y. Traynard, & R. Gagnayre, *Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire* (pp. 102-106). Paris. Maloine.
- Mérini, C. Fonté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d’interrogation des pratiques. *Savoirs*. (16) 77-95. <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-1-page-77.htm>. Consulté le 5 juillet, 2006
- Merle, S., & Neller, N. (2020). Les grands enjeux de santé publique sur le territoire de la Martinique. *La santé en action* (451), 6-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/article/2020/les-grands-enjeux-de-sante-publique-sur-le-territoire-de-la-martinique>. Consulté le 20 avril 2019.
- Merle, S. Mélan, K. & Neller, N. (2017). *Séminaire Diagnostic pour élaboration du PRS2 Martinique*.

https://ors-martinique.org/images/PDF/vue_d_ensemble972/PRS_-_20_avril_2017_Pathologies_VF.pdf

Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *Programme national nutrition santé 2019-2023*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

Moretti, C. (1991). Les médecines amérindienne d'Amazonie. Médecine créole, ses origines. Encycl. Méd. Nat. Phytothérapie, Aromathérapie, A-9-1. Éditions Techniques.

https://www.academia.edu/7889463/Les_médecines_amériennes_dAmazonie_la_médecine_créole_ses_origines. Consulté le 7 avril 2018.

Morin, C. Malivoir, S. Claire, L. T. & Gagnayre, R. (2013). Comment faciliter les séjours des enfants ayant un diabète de type 1 chez leurs grands-parents, Analyse des besoins éducatifs des grands parents. *ETP/TPE*, (1) 137 -146.

Mougeot, F. Robelet, M. Rambaud, C., Occelli, P., Buchet- Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé publique*, (30), 73-81. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-1-page-73.htm>.

Moutet, A. Barthassat, V. & Golay, A. (2010). Propositions pour une approche compréhensive de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2. *La revue du praticien*, (4).

Naudin, D. (2019). *Importance des fonctions exécutives dans l'observance thérapeutique chez les patients présentant un diabète de type 1*. [Thèse de doctorat]. Université Paris 13.

Naudin, D., Margat, A, Rolland, G. (2016). *Guide de l'éducation thérapeutique du patient*. Issy-les-Moulineaux. Elsevier.

Naudin, D., Gagnayre, R., & Reach, G. (2017). Education thérapeutique du patient et concept de vicariance. L'exemple du diabète de type 1. *Médecine des maladies Métaboliques* (3), 283- 292.

Naudin, D., Gagnayre, R., Marchand, C., & Reach, G. (2018). Education thérapeutique du patient : une analyse du concept de motivation. *Médecine des maladies Métaboliques* (3), 295-302.

Nossin, E. (2010). *Plantes magiques de la Martinique et des Petites Antilles - les espèces apotropaiques*. Fort-de-France. Éditions Exbrayat.

Observatoire de santé de La Réunion (2020). *Parcours de soins des patients. Étude longitudinale des parcours des patients mis sous traitement antidiabétique en 2010*. Récupéré le 4 février 2021 de <https://www.ors-reunion.fr/parcours-de-soins-des-patients-diabetiques-a-la-reunion-etude-longitudinale-des.html>.

Observatoire de santé Martinique (2015). *Surcharge pondérale et obésité abdominale*. https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-03/4%20pages%20Kannari%20OSM_surcharge%20pondérale%20%282%29.pdf

Observatoire de santé de Martinique (2016). *Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Martinique*. <https://www.martinique.gouv.fr/content/download/10498/80731/file/5-Focus%20sante1-2016.pdf>. Consulté le 10 octobre 2018.

- OMS. (1993). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Consulté le 13 janvier 2021 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS (1998). *Éducation Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Repéré le 29 octobre 2005 de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf.
- S'attaquer au diabète en tant que défi de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale <https://applications.emro.who.int/docs/EMRC687-fre.pdf>. Consulté le
- OMS. (2013). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. Consulté le 13 janvier 2021 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le diabète*. Consulté le 13 janvier 2021 de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf;jsessionid=22972A4ACE16BE7D83A3F76EDD2F415B?sequence=1>
- OMS. (2020). *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil*. Consulté le juin 13 2021 de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf>
- Organisation régionale de santé de l'Océan Indien (2018). *Résumé, synthèse et discussion des études qualitatives sur le diabète de type 2 depuis 1998*. Consulté le 14 septembre 2019 de https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_rap_quali_diabete_reunion_2018.pdf.
- Orstrom. (1984). *Consommation alimentaire et état nutritionnel à la Martinique*. Office de la recherche scientifique et technique outre-mer.
- Ozier-Lafontaine, L.-F. (1999). *La société vulnérable*. Trinité/Martinique. Gondwana.
- Passa, P. (2003). Examens utiles et inutiles dans le diabète de type 2. *La revue du praticien*, (10) 1069-1073.
- Pavaday, A.-S. (2019). *Etude des pratiques des médecins généralistes de l'Est de l'île de La Réunion sur le dépistage et le suivi du diabète gestationnel* [Thèse de médecine]. Faculté de santé – Université d'Angers.
- Peeters, A. (1979). "La pocation cé manamn félicité". Dans C. Fischler, *La nourriture. Pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation*, (31) 130-144. https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1979_num_31_1_1474.
- Pelpel, P. (2005). *Se former pour enseigner*. Paris. Dunod.
- Potvin, L. Di Ruggiero, E. & Shoveller, J. A. (2013). Pour un science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action*, (425) 13-15. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pour-une-science-des-solutions-la-recherche-interventionnelle-en-sante-des-populations>
- Prudent. L.F. (1981). Diglossie et interlecte. Dans, L-F Lambert (dir), *Bilinguisme et diglossie* Langages, (61) 13-38. https://www.persee.fr/doc/lgge_0458-726x_1981_num_61_1_1866

- Prudent, L-F. (2014). Genèse et actualité des langues. *Africultures*, (2), 24-35. <https://www.cairn.info/revue-africultures-2014-2-page-24.htm>
- Quénel, P. Baudon, D. Dellagi, K. Goarant, C. Kéklard-Christophe, L. & Nacher, M. (2015). La recherche en santé dans l'outre-mer français. *Actualité des dossiers de santé publique*, (91) 50-55.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2002). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris. Dunod.
- Reach, G. (2007). *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance*. Le bord de l'eau.
- Reach, G. (2013). Autonomie du patient et relation médecin-patient. *Médecine des maladies métabolique*, (7) 1-7.
- Reboul, O. (2018). *La philosophie de l'éducation*. (Vol. Collection Que sais-je). (25, Éd.) Paris. Éditions PUF.
- Redfield, R., Linton, R., Herskovits, J. (1936) Memerundom for the Study of Acculturation. *American Anthropologist*, (36). 149-152. <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/aa.1936.38.1.02a00330>
- Régina, L. (2018). *Éducation thérapeutique de patients diabétiques de type 2 dans le Nord de la Martinique*. [Mémoire du Diplôme universitaire ETP],Université des Antilles.
- Rey, C. Verdier, E. Fontaine, P. & Lelorain, S. (2016). ETP/TPE. Renforcer l'implication des médecins hospitaliers en éducation thérapeutique : pistes pour la formation continue et l'accompagnement d'équipe, *ETP/TPE* (1), 10105-1 - 10105-16.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris. Seuil.
- Robert, J.-J. (2015). Le diabète de l'enfant et de l'adolescent, traitement et perspectives. *Cahiers de la puéricultrice*, (52) 12-16.
- Rogers, D., & Lesueur, B. (2018). *Sortir de l'esclavage ; Europe du Sud et Amériques (XIVe-XIXe siècles)*. Paris. Karthala.
- Rouillé d'Orfeuil, H. Divay, V. & Dupaz, S. (2018). La transition agricole et alimentaire, troisième révolution agricole et revanche des territoires. *Pour*, (2-3) 245-251. <https://www.cairn.info/revue-pour-2018-2-page-245.htm>. Consulté le 5 janvier 2020.
- Rubin, V. (1966). Les problèmes de la recherche anthropologique dans la Caraïbe. Dans J. Benoist (dir), *Les sociétés antillaises études anthropologiques*, (100-124). Département d'anthropologie de l'Université de Montréal.
- Sabatier, C. (2014). Contribution de la psychologie culturelle à la modélisation du développement. *Enfance*, (3), 237 - 261. <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2014-3-page-237.htm>
- Sandrin, B. (2013). Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative? *Santé Publique*. 125-135. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-125.htm>
- Santé-publique-France. (2008). *Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (Escal 2003-2004). Résultats du volet "consommations alimentaires et apports nutritionnels"*. Consulté le 30 septembre 2019 de <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport->

- synthese/2008/enquete-sur-la-sante-et-les-comportements-alimentaires-en-martinique-escal-2003-2004-.-resultats-du-volet-consommations-alimentaires-et-apports-Santé-Publique-France. (2017). Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. *La santé en action* (440), 1-50.
- Santé-Publique-France. (2020). *Méthodes du socle commun aux quatre volets de l'étude Kannari sur la santé, la nutrition et l'exposition à la chlordécone aux Antilles, 2011-2018*. Consulté le 3 mai 2020 de <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/pesticides/documents/rapport-synthese/methodes-du-socle-commun-aux-quatre-volets-de-l-etude-kannari-sur-la-sante-la-nutrition-et-l-exposition-a-la-chlordecone-aux-antilles-2011-2018>
- Saout, c. Charbonnel, B. & Bertrand, D. (2010). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique. Rapport complémentaire sur les actions d'accompagnement*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_accompagnement.pdf
- Simonet, G. (2009). Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques. *Natures sciences Sociétés*, (4) 392 - 401.
- Solidarite-sante.gouv.fr (2019). *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* Consulté le 13 mai 2021 de https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf
- Stien, E. (2012). *L'impact de la culture sur le comportement de consommation : modélisation d'un comportement de consommation éthique ethnique*. [Thèse de doctorat]. Université d'Artois - Ecole doctorale 73. <http://www.theses.fr/2012ARTO0105/document>.
- Sturge-Moore, O. (1996). Contexte culturel et innovation pédagogique. *La revue du GERAS-ASp*, p. 11-14. Récupéré le 10 mai 2020 de <https://journals.openedition.org/asp/3571>.
- Sturzenegger-Benoist, O. (2013). Hijos de la tierra. Le fait créole en Amérique hispanique. *L'Homme Revue française d'anthropologie*, (207-208), 89 -111.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal. Chenelière Education
- Thievenaz, J., Tourette-Turgis, C., & Khaldi, C. (2013). Analyser le "travail" du malade. Nouveaux enjeux pour la formation et la recherche en éducation thérapeutique. Dans C. Tourette-Turgis, *Apprendre du malade* (p. 47-58). *Éducation permanente*.
- Tison, B., (2007). *Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris. Masson.
- Todorov, T. (2009). *Vivre pour comprendre. Extrait de textes de Germaine Tillion*. Récupéré le 10 mai 2020 de <https://www.monde-diplomatique.fr/2009/04/TILLION/17026>
- Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, p. 9-48.
- Tousignant, M., (1987). La construction culturelle des émotions. Dans Ellen Corin, Suzanne Lamarre, Pierre Migneault et Michel Tousignant (dir), *Regards anthropologiques en psychiatrie. Anthropological Perspectives in Psychiatry*, (pp. 45-53)

- http://classiques.uqac.ca/contemporains/tousignant_michel/construction_culturelle_emotions/construction_culturelle_emotions.pdf.
- Traynard, P.-Y., & Gagnayre, R. (2001). L'éducation du patient atteint de maladie chronique. L'exemple du diabète. *Actualité des dossiers de santé publique*, (36) p. 48-49.
- Traynard, P.-Y., & Gagnayre, R. (2013). *Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*. Paris. Maloine.
- Tubiana-Rufi, N. (2004). L'enfant, la maladie, l'éducation thérapeutique : point de vue clinique. *Le journal des Professionnels de l'Enfance*, p. 32-35.
- Tubiara-Rufi, N. (2002). Le diabète insulino-dépendant à l'adolescence. *Santé-Education*, p. 15-16.
- Unadreo, (2021). Port du masque, langage et communication : une revue de la littérature. Consulté le 13 novembre 2021 de https://www.unadreo.org/wp-content/uploads/2021/03/Unadreo-masque-langage.pdf?fbclid=IwAR2ZPC7zaJI52mTIEYXeNhHOnDzvqhd71kmNDz1u913CJTt_Ntt72UqkqM
- Unesco, (2021). *Les futurs de l'éducation*. Consulté le 13 juin 2021 de <https://fr.unesco.org/futuresofeducation/>
- Ursulet, S. (2017). *Panorama de la médecine libérale en Martinique en 2017*. [Thèse de médecine], Université des Antilles – Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud.
- Verhelst, T. (1996). La dynamique culturelle dans le développement. Un outil pour préciser la notion de culture. *Cultures et développement*, (24), p. 40-46.
- Vinsonneau, G. (2002). Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu. *Carrefours de l'éducation*, 2(14), p. 2-20.
- Verdun, M ; D. (2017). *Représentations et pratiques de l'éducation interculturelle et parentale dans un contexte diglossique*. [Thèse de doctorat]. Université de La Réunion.
- Winkelman M. (2009). *Culture and health. Applying medical anthropology*, San Francisco. Jossey-Bass/A Wiley Imprint.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education permanente*, 135(En ligne <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172696/document>), pp. 57-69. Consulté le En ligne, sur HAL Archives ouvertes: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172696/document>
- Yoyo, M. (2000). Les médecines traditionnelles à la Martinique . Dans J.-L. B. Jean Bernabé, *Au visiteur lumineux : Des Îles créoles aux sociétés plurielles, Mélanges offerts à Jean Benoist*. Petit-Bourg. Petit Ibis Rouge
- Zavisic, N. (2014). Etat des lieux et évaluation des quatre maison médicales de garde en Martinique en 2014. [Thèse de médecine],. Université des Antilles. https://urml-m.org/wp-content/uploads/2016/06/MANUSCRIT-THESE-MMG-2014_Zavisic-Nicolas.pdf. Consulté le 7 janvier 2020.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

- Figure 1 : Compétences individuelles, collectives, organisationnelles (Ardoin 2008)
- Figure 2 : Classification des compétences psychosociales selon l'OMS
- Figure 3 : Trois périodes dans l'évolution de l'ETP
- Figure 4 : Trois interventions de la médecine contemporaine
- Figure 5 : Trois modalités de mise en œuvre de l'ETP
- Figure 6 : Compétences d'autosoins et d'adaptation à la maladie définies par la HAS et l'Inpes
- Figure 7 : Proposition de compétences d'adaptation à la maladie
- Figure 8 : Compétences à acquérir au terme d'un programme d'ETP
- Figure 9 : Répartition des 11 programmes ETP autorisés en ville et à l'hôpital
- Figure 9 bis : Représentation de la fonction de coordination en lien avec les différents acteurs de
- Figure 10 : Le concept de nids d'apprentissage
- Figure 11 : Le concept de créolité
- Figure 12 : Pourcentage moyen des protéines, lipides et glucides à l'apport énergétique total
- Figure 13 : Pourcentage de femmes/hommes mangeant moins de 280 gr de fruits et légumes/jour
- Figure 14 : Évolution de la prévalence de maladies chroniques entre 2003 et 2014 en Martinique
- Figure 15 : Représentation des circuits courts d'approvisionnement alimentaire en Martinique
- Figure 16 : Comparaison des sources d'approvisionnement alimentaire en Martinique
- Figure 17 : Vieillesse de la population martiniquaise. Prévision 2050.
- Figure 18 : Comparaison prévalence surpoids DROM et métropole
- Figure 19 : Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés de l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Martinique.
- Figure 20 : Thèmes des études menées avant la présente recherche doctorale
- Figure 21 : Les grandes dates de l'histoire de La Réunion
- Figure 22 : Repères historiques des politiques d'accompagnement social à La Réunion
- Figure 23 : L'incidence des diabètes à La Réunion en 2017/2018
- Figure 24 : Effectif des professionnels de santé dans la lutte contre le diabète à La Réunion 2017
- Figure 25 à 31 : Discours de soignants pratiquant l'ETP à La Réunion en 2019
- Figure 32 : Modélisation du concept de nid d'apprentissage
- Figure 33 : Modélisation des situations d'apprentissage en ETP (SA-ETP) en contexte
- Figure 34 : Nombre de programmes d'ETP autorisés à la Réunion au 1^{er} janvier 2022
- Figure 35 – 35a – 35b : Expodia – une exposition pour comprendre et prévenir le diabète
- Figure 36 : Représentation des changements des modèles alimentaires en Martinique et à La Réunion
- Figure 37 : Liste des programmes d'ETP à la Réunion au 1^{er} janvier 2022
- Figure 38 : Origine des diplômés des médecins qui exercent dans les départements d'Outre-mer
- Figure 39 : Modélisation principe ÉTAPE
- Figure 39 a: Sept études composant la présente recherche doctorale
- Figure 40 : Représentation de l'étude n°7 – (recherche interventionnelle)
- Figure 41 : Outils d'enquête utilisés pour chacune des études
- Figure 42 : Catégories de professionnels formés au 40 h, dispensation ETP par l'AMDET en 2017
- Figure 43 : Nombre de jeunes de moins de 20 ans avec un diabète traité par insuline, en 2013
- Figure 44 : Quelques thèmes de discussion souhaités par les parents
- Figure 45 : Évolution de la prévalence du diabète en Martinique entre 2003 et 2014
- Figure 46 : Attentes des patients pour cette semaine d'éducation thérapeutique
- Figure 47 : Prise de notes pendant l'atelier ETP d'une patiente anglophone qui ne parle pas français
- Figure 48 : Représentation des ateliers et de leurs animateurs de l'étude n° 6
- Figure 49 : Répartition des patients DT2 inclus dans l'étude sur les trois bassins de population
- Figure 50 : Menus des DT2 relevés lors des entretiens de connaissance de l'étude n° 7
- Figure 51 : Protocole de recherche des sept études
- Figure 51 : Dynamique de la situation d'apprentissage ETP en contexte (M. Balcou-Debussche)
- Figure 52 : Thèmes proposés par les parents pour de futurs échanges
- Figure 53 : Jardin thérapeutique réalisé en marge du nid d'apprentissage AMRCV
- Figure 54 : Modélisation de critères de déploiement et d'évaluation de l'ETP

Liste des graphiques

- Graphique 1 : Évolution de la part des 65 ans et plus, dans la population des départements d'outre-mer
- Graphique 2 : Répartition des étrangers par nationalité détaillée de la Caraïbe en Martinique
- Graphique 3 : Représentation de la prévalence de la surcharge pondérale dans les DROM et en métropole.
- Graphique 4 : Récapitulatif des inscrits à l'ordre national des médecins/catégories au 1/1/2021
- Graphique 5 : Proportion des médecins actifs en Martinique
- Graphique 6 : Pourcentage de médecins femmes et des types d'exercice de l'ensemble des médecins
- Graphique 7 : Origine des diplômés des médecins qui exercent en Martinique
- Graphique 8 : Taux de satisfaction des participants au premier séminaire ETP de Martinique juin 2016
- Graphique 9 : Comparaison par statuts d'activité et chômeurs de 15 à 64 ans France et La Réunion
- Graphique 10 : Estimation de la population en Martinique et à La Réunion pour l'année 2019
- Graphique 11 : Comparaison en pourcentage population de Martinique et La Réunion en 2019
- Graphique 12 : Représentation du nombre de professionnels de santé Martinique et La Réunion 2018
- Graphique 13 -13 a : Nombre de lits et places à La Réunion et en Martinique fin 2018
- Graphique 14 à 14 q : Résultats de l'enquête 2017 sur habitudes alimentaires en Martinique
- Graphique 15 : Comparaison prévalence surpoids et obésité entre Martinique et métropole
- Graphique 16 : Évolution des compétences formation 40 h ET (avant et après la formation)
- Graphique 17 : Catégories professionnelles ayant participé la formation transition ETP
- Graphique 18 : Impact DT1 des enfants sur la vie personnelle, professionnelle et familiale des parents
- Graphique 18 bis : Souhaits des parents pour améliorer la gestion quotidienne de la maladie
- Graphique 19 : Compétences psychosociales acquises au terme étude n° 7
- Graphique 20 : Acquis en lien avec l'alimentation équilibrée étude n° 7
- Graphique 21 : Évaluation interaction intervenants/participants étude n° 6
- Graphique 22 : Mode de traitement des enfants DT1
- Graphique 23 : Types de complications DT1
- Graphique 24 : Effet de la maladie DT1 sur la scolarité des enfants
- Graphique 25 : Impact de la maladie des enfants sur la vie des parents
- Graphique 26 : Souhaits des parents pour améliorer la gestion quotidienne avec le DT1

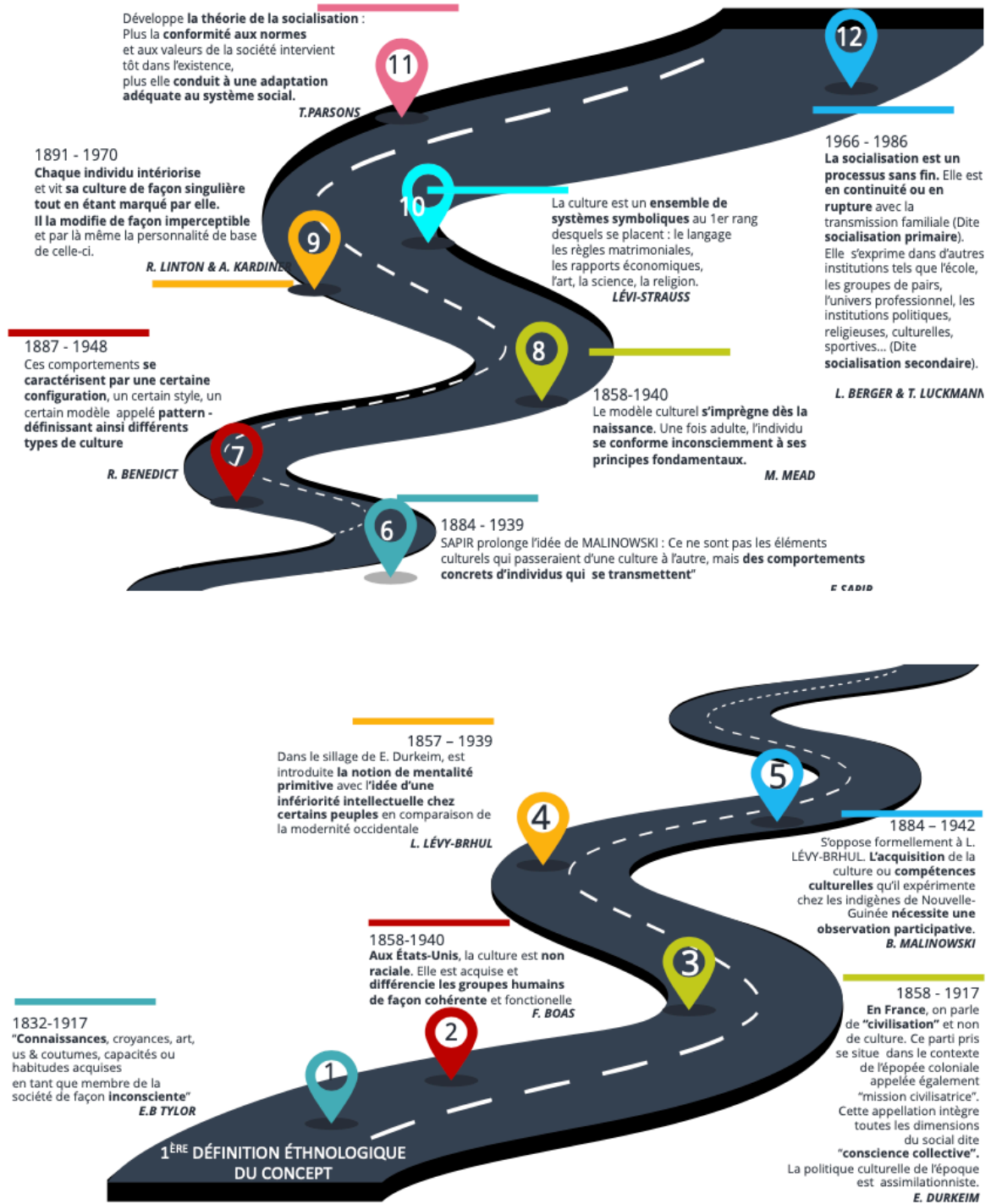
Liste des tableaux

- Tableau 1 : Différents modèles de l'apprendre en éducation du patient
- Tableau 2 : Évolution des denrées contributrices à l'exposition chlอร์ดécone entre les deux évaluations ainsi que les éléments d'explication
- Tableau 3 : Excès de poids et obésité en Martinique chez des collégiens en 2012
- Tableau 4 : Comparaison DOM long séjour hospitalier – lits et places au 31 décembre 2019
- Tableau 5 : Programmes d'ETP autorisés en cours en Martinique au 20 janvier 2022
- Tableau 6 : Nombre de programmes autorisés par les 11 ARS ayant participé à l'enquête en 2016.
- Tableau 7 : Fréquence de consommation fruits ou légumes dans les DROM et en Métropole en 2019
- Tableau 8 : Caractéristiques des patients qui participent aux séances d'ETP de l'HDS à La Réunion
- Tableau 9 : Trajectoire de recherche en ETP à La Réunion avant 2016
- Tableau 10 : Programmes ETP autorisés par l'ARS Martinique en cours au 1er janvier 2022
- Tableau 11 : Liste des personnes diabétiques de type 2 et aidants qui ont participé à la recherche
- Tableau 12 : Catégories professionnelles formées au 40 h dispensation ETP par l'AMDET en 2017
- Tableau 13 : Évaluation de la formation 40 h dispensation ETP par les 16 participants
- Tableau 14 : Actions de l'étude n° 4 à destination du diabète de type 1
- Tableau 15 : Modalités de recueil des données étude n° 4
- Tableau 16 : Répartition des patients de l'étude n° 5
- Tableau 17 : Comparaison des deux programmes d'ETP autorisés pour DT2
- Tableau 18 : Liste des participants au module expérimental d'ETP étude n° 6
- Tableau 19 : Nombre de patients et proches ayant participé à l'éducation alimentaire étude n° 7
- Tableau 20a - 20 b : Nid d'apprentissage individualisé (AMCR) à domicile
- Tableau 21 : Suivi des résultats de HbA1C de patients de la recherche-intervention étude n° 7
- Tableau 22 : Différence entre DT1 et DT2
- Tableau 23 : Suivi des résultats de HBA1c 3 mois après les ateliers d'éducation alimentaire

TABLE DES ANNEXES

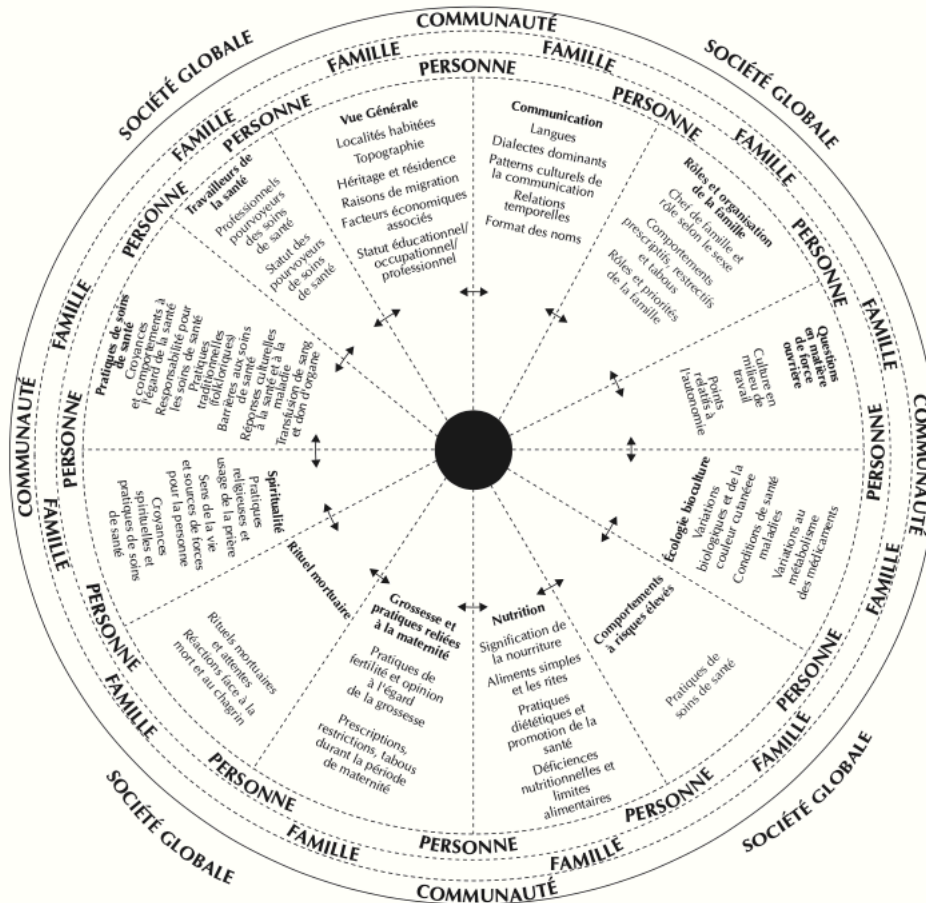
<u>Annexe 1. Genèse du concept de culture</u>	310
<u>Annexe 2. Modèle transculturel de Purnell : compétence culturelle</u>	311
<u>Annexe 3 - Arrêté zonage offre insuffisante ou difficulté accès aux soins</u>	312
<u>Annexe 4 – Questionnaire aux référents ARS hexagone et DOM- enquête 2016 Master ETP</u>	317
<u>Annexe 5 - Entretien avec le directeur de l'Institut régionale d'éducation nutritionnelle à La Réunion</u> .	319
<u>Annexe 6 - Entretien avec D.F pharmacienne CHU de La Réunion – ETP Insuffisance cardiaque</u>	329
<u>Annexe 7 - Atelier ETP psychologue HDS service de diabétologie CHU La Réunion</u>	335
<u>Annexe 8 - Atelier Insulinothérapie - Adaptation des doses</u>	346
<u>Annexe 9 - Atelier ETP diététique HSD service diabétologie CHU réunion</u>	354
<u>ANNEXE 10 - Entretien avec quatre infirmiers service diabétologie CHU La Réunion</u>	362
<u>ANNEXE 11- Recherche- politique et stratégie de lutte contre le diabète à La REUNION</u>	375
<u>Annexe 12 - Entretien avec chargé de projet de l'exposition EXPODIA St-Denis La Réunion</u>	379
<u>Annexe 13 - Questionnaire sur comportements alimentaires des Martiniquais (2017)</u>	383
<u>Annexe 14 - Étude n° 3 - évènements diabète type</u>	384
<u>Annexe 15 - Observation et entretien programme ETP DT2 de ville</u>	389
<u>Annexe 16 – Résumé des ateliers d'ETP - DT2 en HDS diabétologie – CHU Martinique – Intervenantes : infirmière et diététicienne</u>	396
<u>Annexe 17: Atelier ETP podologie HDS service de diabétologie CHU de Martinique</u>	400
<u>Annexe 18 – Étude n°4 : entretiens : coordonnateur, interne, diététiciennes programme ETP DT2 CHU Martinique</u>	406
<u>Annexe 19 – Étude n°5 : Grille d'entretien avec les patients diabétiques (place de la culture)</u>	409
<u>ANNEXE 20 - Étude n°6 - Expérimentation fonction de coordinatrice et Module expérimental d'ETP...</u>	410
<u>Annexe 22- d'évaluation du module d'expérimentation d'ETP pour DT2</u>	444
<u>Annexe 23 – Étude n° 7 : grille d'entretien connaissance de la personne et ses habitudes alimentaires</u>	448
<u>Annexe 24 – Trois entretiens de connaissance des DT2 et leurs habitudes alimentaires</u>	450
<u>Annexe 25 – Étude 7 -Sept ateliers d'éducation alimentaire à domicile de personnes DT2</u>	471
<u>Annexe 26 – Étude n°7 Nid d'apprentissage de Karine « Apprendre à maîtriser les risques cardio-vasculaire »</u>	531
<u>Annexe 27 – Appel à candidature offre de formation 40h dispensation ETP</u>	547
<u>Annexe 28 - Tableau : Caractéristiques des deux types d'ateliers d'ETP d'après (Authier, 2018)</u>	548
<u>Annexe 29 – Évaluation formation 40h dispensation ETP</u>	549
<u>Annexe 30 : Évaluation étude n° 7 - 3 à 4 mois après les ateliers d'éducation alimentaire</u>	550

Annexe 1. Genèse du concept de culture



Élaboration personnelle à partir genèse du concept de culture (Cuche, 2016)

Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle



Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Consciemment
compétent

Inconsciemment
compétent

Adapté avec la permission de L. Purnell, Newark, Del., Traduit par G.Coutu-Wakulczyk, 1999

Source - Recherche en soins infirmiers N° 72 - mars 2003 - p. 36

Annexe 3 - Arrêté zonage offre insuffisante ou difficulté accès aux soins



ARRETE ARS / 2017 /N°282

relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin, conformément à l'article L.1434-4 du code de la santé publique

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA M

Vu le code de l'éducation nationale, notamment son article L. 632-6 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-14-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 1511-8 ;

Vu le code général des impôts, notamment son article 151 ter ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 158 ;

Vu le décret du 12 mai 2016 portant nomination de Monsieur Patrick HOUSSEL, en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Martinique à compter du 1^{er} juin 2016 ;

Vu le décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé ;

Vu l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu la concertation organisée avec les représentants des professionnels de santé concernés et les représentants des collectivités territoriales de Martinique le 06 juin 2017 ;

Vu l'avis rendu par la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) de la Martinique, le 18 décembre 2017.

ARRETE ARS / 2017 /N°282

relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin, conformément à l'article L.1434-4 du code de la santé publique

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA M

Siège
Centre d'Affaires « AGORA »
ZAC de l'Étang Z'abricot – Pointe des Grives
CS 80 656 - 97263 FORT DE FRANCE CEDEX
Standard · 05 96.39.42.43 Fax 05.96.60.60 12 ars-martinique-secretariat-direction@ars.sante.fr

www.ars.martinique.sante.fr/

ARRÊTE

Article 1^{er} – Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin, déterminées conformément à l'annexe 1 de l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, figurent en annexe 1 du présent arrêté et sont illustrées en annexe 2 du présent arrêté.

Article 2 – Les zones classées A ou B sont éligibles aux aides conventionnelles, prises en application des articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, aux aides du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale, aux aides prévues aux articles L. 632-6 du code de l'éducation, L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, 151 ter du code général des impôts, L. 1435-4-2 à L. 1435-4-5, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique.

Article 3 – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, dans un délai de deux mois suivant sa notification ou sa publication, et d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Fort de France, dans le même délai.

Article 4 – La Directrice de l'offre de soins de l'Agence Régionale de la Santé est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratif (RAA) de la Martinique. Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur à compter de sa publication au RAA.

Fait à Fort de France, le **21 DEC. 2017**



Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé
Martinique

Patrick HOUSSEL

ANNEXE 1

Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin en Martinique.

Territoire de vie-santé	Nom de la Commune	Code commune INSEE	Population de la commune	Type de Zone
Bellefontaine	Bellefontaine	97234	1 568	ZONE A
Case-Pilote	Case-Pilote	97205	4 464	ZONE A
Ducos	Ducos	97207	17 051	Zone de vigilance
Fonds-Saint-Denis	Fonds-Saint-Denis	97208	813	ZONE A
Fort-de-France	Fort-de-France	97209	84 174	Zone de vigilance
Gros-Morne	Gros-Morne	97212	10 012	ZONE A
Le Carbet	Le Carbet	97204	3 742	ZONE A
Le Diamant	Le Diamant	97206	6 063	ZONE A
Le François	Le François	97210	18 225	ZONE A
Le Lamentin	Le Lamentin	97213	40 040	Zone de vigilance
Le Marin	Le Marin	97217	8 543	ZONE B
Le Morne-Rouge	Le Morne-Rouge	97218	5 021	ZONE A
Le Morne-Vert	Le Morne-Vert	97233	1 877	ZONE A
Le Prêcheur	Le Prêcheur	97219	1 632	ZONE A
Le Robert	Le Robert	97222	23 296	Zone de vigilance
Le Vauclin	Le Vauclin	97232	9 097	ZONE A
Les Anses-d'Arlet	Les Anses-d'Arlet	97202	3 929	ZONE A
Les Trois-Îlets	Les Trois-Îlets	97231	7 698	ZONE A
Rivière-Pilote	Rivière-Pilote	97220	12 359	ZONE B
Rivière-Salée	Rivière-Salée	97221	12 737	Zone de vigilance
Sainte-Anne	Sainte-Anne	97226	4 436	ZONE A
Sainte-Luce	Sainte-Luce	97227	9 991	ZONE A
Sainte-Marie	L'Ajoupa-Bouillon	97201	1 830	ZONE A
Sainte-Marie	Basse-Pointe	97203	3 565	ZONE A
Sainte-Marie	Grand Rivière	97211	583	ZONE A
Sainte-Marie	Le Lorrain	97214	7 177	ZONE A
Sainte-Marie	Macouba	97215	1 090	ZONE A
Sainte-Marie	Le Marigot	97216	3 481	ZONE A
Sainte-Marie	Sainte-Marie	97228	17 188	ZONE A
Sainte-Marie	La Trinité	97230	13 253	ZONE A
Saint-Esprit	Saint-Esprit	97223	9 524	ZONE B
Saint-Joseph	Saint-Joseph	97224	16 885	ZONE A
Saint-Pierre	Saint-Pierre	97225	4 285	ZONE B
Schoelcher	Schoelcher	97229	19 922	ZONE A



Annexe 4 – Questionnaire aux référents ARS hexagone et DOM- enquête 2016 _ Master ETP

CONCERNANT VOTRE ARS
<p>NOM DE L'ARS : (Facultatif)</p> <p>Bassin total de population =</p> <p>Nombre total de professionnels dédiés à l'ETP dans votre ARS =</p> <p>Les fonctions qu'elles occupent ?</p> <p>Médecin <input type="checkbox"/> = Inspecteur <input type="checkbox"/> = Chargé de mission <input type="checkbox"/> = Agent administratif <input type="checkbox"/> =</p> <p>Secrétaire <input type="checkbox"/> =</p> <p>Si autre précisez :</p> <p>Ces personnes sont-elles formées en ETP ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/></p> <p>Quelles formations ont-elles reçues ?</p> <p>Initiation à l'ETP <input type="checkbox"/> Coordination ETP (40h) <input type="checkbox"/> Dispensation ETP (40h) <input type="checkbox"/></p> <p>DU ETP <input type="checkbox"/> Master ETP <input type="checkbox"/> Formation EHESP destinée aux référents ETP des ARS <input type="checkbox"/></p> <p>Autre formation en lien avec l'ETP <input type="checkbox"/> Précisez :</p> <p>Avez-vous des patients experts au sein de votre équipe ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>A quelle Direction est rattaché le personnel dédié à l'ETP ? =</p> <p>Quelle est la Direction de rattachement du financement de l'ETP ? =</p>
GESTION DES DEMANDES D'AUTORISATION DE PROGRAMME D'ETP
<p>Comment les demandes d'autorisation de programme vous parviennent-elles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse à appel à projets <input type="checkbox"/> - Candidature libre <input type="checkbox"/> - Autre <input type="checkbox"/> Préciser : <p>Les coordonnateurs de programme sont-ils accompagnés au cours de l'élaboration du dossier ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui par qui ?</p> <p>Une structure d'appui externe à l'ARS <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> - pôle ressource <input type="checkbox"/> - Association <input type="checkbox"/> - IREPS <input type="checkbox"/> - Autre : Précisez : <p>Une structure d'appui interne à l'ARS <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec les coordonnateurs avant dépôt du dossier <input type="checkbox"/> - Pré-instruction par cette structure <input type="checkbox"/> <p>Quelle est votre procédure d'instruction des dossiers de demande d'autorisation de programme d'ETP ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruction par le(s) référent(s) ETP <input type="checkbox"/> - Par une commission interne à l'ARS <input type="checkbox"/> Décrivez sa composition : - Si autre dispositif précisez : <p>La demande d'autorisation se fait-elle en même temps que la demande de financement ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Décrivez votre procédure de financement pour les programmes que vous autorisez :</p> <p>Etes-vous force de proposition pour le budget dédié à l'ETP ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Disposez-vous d'une visibilité sur le budget annuel dédié spécifiquement pour l'ETP ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
LES PROGRAMMES AUTORISES

Nombre total de programmes autorisés dans votre ARS de 2010 2015 =

Nombre total de programmes ETP autorisés en ville =

Maison de santé = Professionnels libéraux = Associations de patients =
Autres=

Nombre total de programmes autorisés dans les établissements de santé =

CHU = Centre Hospitalier = Clinique =

**Nombre total de programmes autorisés en établissements non sanitaires : médico sociaux/
handicap/ personnes âgées**

Précisez le type :

SIAD = MSP = Réseaux de santé = Autre :

Nombre de demandes d'autorisation de programme d'ETP refusées =

Quels en sont les motifs de refus ?

**Pour les programmes refusés, mettez-vous en place une procédure d'accompagnement ou de
conseils ?**

Oui Non

Si oui comment ?

BILAN D'ACTIVIT ET EVALUATION DES PROGRAMMES AUTORISES

Bilan d'activité annuel des programmes autorisés

Demandez-vous les bilans annuels d'activité des programmes aux coordonnateurs ?

Oui non

Si non pourquoi ?

Si oui dans quel but ?

Les accompagnez-vous pour la réalisation de ce bilan ? Oui

Non

Si oui comment ?

- Grille spécifique
- Rencontre avec les coordonnateurs
- Autres précisez :

Évaluation quadriennale des programmes autorisés

A l'issue de votre analyse des évaluations quadriennales qui vous parviennent, comment communiquez-vous votre décision aux coordonnateurs ?

Réunion

Rencontre avec les coordonnateurs

Courrier

Courriel

Autre Décrivez :

VOS PARTENAIRES POUR LA GESTION DES PROGRAMMES D'ETP

Qui sont vos partenaires et collaborateurs dans la gestion des programmes d'ETP (instruction, suivi, évaluation) sur votre territoire ?

Pôle ressource promotion en santé Réseaux Sécurité sociale - Associations de patients

IREPS UTEP

Autres Citez les.

Quels avantages et quels inconvénients trouvez-vous de ces collaborations ?

AVIS ET DISCUSSION

Que souhaitez-vous ajouter sur l'état des lieux ainsi que sur les perspectives d'évolution de programmes d'ETP dans votre région ou votre territoire ?

Important : Utilisez l'espace qui vous convient pour vos réponses sans tenir compte du nombre de pages. Vous pouvez joindre des documents explicatifs annexes si vous le souhaitez.

Annexe 5 - Entretien avec le directeur de l'Institut régionale d'éducation nutritionnelle à La Réunion

le 7 décembre 2019 à 8 H à St- Denis de La Réunion Durée : 1H 09

Directeur Iren : Vous êtes plus dans l'éducation pas dans la prévention ? La stratégie aujourd'hui qui est la plus porteuse, c'est la proximité.

Chercheur : Dans la prévention secondaire et tertiaire on éduque le patient mais aussi son entourage. Et avec ses acquis il pourra faire de la prévention primaire à ses descendants.

Directeur Iren : dans cette proximité en fait, on peut espérer que les comportements évoluent. Parce que ce qui est en jeu c'est vraiment d'arriver à faire en sorte que les réflexes alimentaires et l'activité physique d'ailleurs soient les plus favorables à la santé. Et en cela les actions de proximité sont en fait au cœur de l'IREN qui est une institution locale. Je ne sais pas si ça existe à la Martinique.

Chercheur : Il me semble qu'il y a une structure en lien avec l'alimentation mais le nom m'échappe.

Directeur Iren : Nous à l'IREN nous avons un statut d'association loi 1901.

Chercheur : elle est nationale ?

Directeur Iren : non ! c'est une initiative locale qui est privée. Elle est née d'un constat sur l'alimentation des Réunionnais. Il s'agissait pour moi à travers cet outil d'emmener des réponses au constat qui était clair. Notamment l'implication des recommandation du PNNS qui est très parcellaire et souvent les repères sont connus mais les gens ont du mal à les appliquer.

Chercheur : ou à les comprendre ?

Directeur Iren : à les comprendre voilà. Nous l'association se situe à ce niveau-là. C'est l'Institut Régional d'Éducation Nutritionnelle. Actuellement nous sommes six ; dont 3 diététiciens, une conseillère à l'économie sociale et familiale et deux assistantes et moi-même le directeur. Cette équipe va en fait déployer des actions d'éducation nutritionnelle en proximité, en intervenant essentiellement dans les écoles et dans les quartiers.

La stratégie elle se veut assez claire ; l'enfant pour nous est la priorité. L'idée qu'on se fait est que si l'enfant prend de bons repères, aussi bien dans l'alimentation que dans l'activité physique, il y a de forte chance qu'en grandissant il ait un mode de vie qui soit favorable à sa santé et il peut éviter des risques de surpoids et d'obésité.

On va intervenir à l'école, on va intervenir aussi dans les quartiers. A l'école on va essayer d'impacter toute la communauté éducative, c'est-à-dire les enseignants, les enfants, les parents et aussi la restauration scolaire. L'idée pour nous est de faire de l'école un endroit où l'alimentation est sûre. Pour cela il y a deux indicateurs. Je ne sais pas si ça se voit en Martinique, ici ça commence à changer mais il y a quelques années il y a des enfants qui venaient à l'école...

Chercheur : sans manger

Directeur Iren : sans manger, mais surtout avec des chips, du coca....Nous c'est notre bataille principale. Nous voulons totalement éradiquer ça. On ne peut pas comprendre que dans une société aussi concernée par ces pathologies, qu'on ait des comportements alimentaires de ce type. Alors je ne sais pas en Martinique comment ça se passe

Chercheur : c'est pareil !

Directeur Iren : est-ce qu'il y a un travail qui est fait pour éradiquer ça ?

Chercheur : de manière individuelle et ponctuelle. Par exemple dans des écoles il y a des matinées de petits déjeuner, où on apprend aux enfants comment manger. Il y a aussi des matinées fruits pour découvrir et apprendre à manger les fruits. Mais quelque chose de généralisée avec l'implication de l'ensemble des acteurs, pas à ma connaissance.

Directeur Iren : Alors nous...

Chercheur : le fait qu'il y ait tous les partenaires c'est ce qui fait le poids.

Directeur Iren : oui ça fait le poids et c'est ce qui est important. Vous parliez d'anthropologie, si on veut toucher un axe comme celui-là on est obligé de prendre en compte la culture, et la relation à l'alimentation que les Réunionnais ont. Et cette relation fait que l'alimentation a plusieurs fonctions. On ne peut pas venir comme ça enlever les habitudes alimentaires, sans avoir travaillé avec l'ensemble de

la population. Je ne vous cache pas que c'est un projet qui est lourd, et qu'on change de stratégie d'année en année.

Chercheur : bien sûr ! pour faire quelque chose de bien encrée !

Directeur Iren : mais complètement ! C'est pourquoi je parle d'anthropologie , de culture ; parce que les parents réunionnais ont eux-mêmes connu ça , et pour eux c'est naturel. Ils considèrent même dangereux de ne pas donner à l'enfant la possibilité de manger à 9H30 à l'école. Et nous nous pensons que si la société devait bouger, factuellement sur le plan alimentaire , c'est d'abord là.

Si on arrive à ce que la famille comprenne que donner un produit sucré, salé ou gras à l'enfant à 9H30, ça ne peut lui faire que du mal, tout va se déclencher. Parce que ça veut dire qu'on va remettre en cause pas mal de chose. C'est un acte fort.

Chercheur : c'est une prise de conscience

Directeur Iren : c'est le début d'une prise de conscience. Et c'est pourquoi si on y arrive, on peut imaginer tout ce qui va se faire derrière... la conscience elle est humaine....

Chercheur : ça va interroger tout le reste

Directeur Iren : donc cette stratégie que nous avons choisie depuis 2009, participe à la conscientisation de la population autour de l'acte alimentaire. Mais il fallait choisir un moment fort, quasiment sacré. Parce qu'au stade de l'enfance l'alimentation c'est un rituel.

A partir du moment où le parent va s'interroger sur la pertinence et surtout la qualité, du coup ça va créer un choc en lui.

Chercheur : en le faisant il va réfléchir.

Directeur Iren : oui il va réfléchir à d'autres actions. En cela nous sommes en passe de réfléchir, parce qu'en plus de la commune de Saint-Denis, nous travaillons avec plusieurs communes.

Chercheur : vous avez des sites pilotes ?

Directeur Iren : voilà on a des sites pilotes et maintenant nous sommes arrivés à un stade où nous avons des réseaux dans lesquels 90% des écoles ont adopté la dynamique.

Chercheur : très bien ! donc vous avez aussi le lien avec le rectorat ?

Directeur Iren : c'était la première étape, maintenant ce qui va se passer ce sera la seconde étape. Ce sera d'attaquer l'alimentation extra-scolaire. C'est-à-dire que pour nous il fallait partir de résultats concrets.

Chercheur : je reviens sur la première partie ; la partie scolaire ; l'action elle-même consiste en quoi ?

Directeur Iren : Alors il y a eu plusieurs étapes ; au départ concrètement

On contacte le directeur d'école ; on lui expose ce qu'on propose ; maintenant aussi il y a des écoles qui viennent vers nous.

Chercheur : oui parce qu'elles en ont eu écho.

- Après on va voir l'équipe pédagogique parce qu'il faut leur adhésion
- Ensuite on va rencontrer les parents,
- Et on rencontrera aussi les enfants.
- Une fois qu'on a fait tout ça, on ira jusqu'au conseil d'école, parce que c'est l'instance qui va modifier le règlement de l'école et qui va formaliser ce qui a été décidé.

Voilà un peu la démarche sans oublier que comme je vous l'ai dit, il y a aussi la restauration scolaire qui est un acteur majeur.

Donc je pense que dans très peu de temps La Réunion sera alignée sur la métropole, au sens où il n'y aura plus de goûter dans les écoles. Nous on est là-dessus c'est notre priorité.

Chercheur : chez nous aussi en Martinique ça existe encore, même moi, j'ai deux petits-enfants et ils ont leur boîte pour le goûter et c'est presque sacré. Même si l'enfant ne le mange pas et il revient parfois avec mais le lendemain on le lui remet quand même.

Directeur Iren : c'est ce que je vous dis. Et en faisant ça, on n'est pas dans une pratique en mesure de nous aider à prévenir les problèmes de santé liés à l'alimentation. Parce qu'on ne peut pas dire qu'il faut manger moins sucré, moins salé, moins gras et en même temps tolérer certaines choses.

Chercheur : absolument

Directeur Iren : sans oublier que nous nous avons quand même mesurer les conséquences. Parce que d'une part l'enfant qui a mangé à 9H30, à 11H30 il n'a plus faim, il mange peu ou pas.

Chercheur : il n'a pas faim, il dit que ça ne lui plaît pas , ou ceci, ou cela

Directeur Iren : sans compter qu'il y a un gaspillage qui n'est pas acceptable. Deuxième chose l'enfant qui prend l'habitude de manger à 9H30 , il mange moins le matin voire pas du tout, et on sait qu'en

terme d'apprentissage il y a un soucis, parce que qu'on n'est pas dans les conditions optimales d'apprentissage.

Aujourd'hui, c'est pour nous une action qui est fondamentale. Parce qu'on ne pourra pas agir sur le comportement de la masse si l'école n'est pas exemplaire.

C'est un peu notre mission aujourd'hui et à côté de ça, la deuxième priorité pour nous c'est de mettre dans l'assiette des fruits et légumes. Parce qu'on parlait d'anthropologie et culture et aujourd'hui la culture alimentaire du Réunionnais ne donne plus la place aux fruits et légumes. Je ne sais pas si c'est le cas en Martinique mais en tout cas ici, nous avons une consommation de fruits et légumes très faible et nous avons décidé d'en faire notre deuxième action.

Chercheur : très bien ! Comment vous le ferez ?

Directeur Iren : ça veut dire que lorsque nous interviendrons dans les écoles, nous allons systématiquement familiariser les enfants avec les fruits et les légumes et les parents bien sûr aussi.

Ça veut dire aussi que tous les ans, nous allons déployer sur l'île, ce qu'on appelle la fête des fruits et légumes frais, qui est un moment de promotion et de la consommation de fruits et légumes frais de manière festive. Nous avons commencé avec une commune participante en 2007 et en 2019 elles étaient 9 à participer. Donc l'idée pour nous est d'arriver à terme à ce que toutes les communes y participent.

Chercheur : En sommes-touche l'ensemble des communes et toute la Réunion ?

Directeur Iren : je ne sais pas si vous connaissez, nous avons un page Facebook IREN avec le bilan de l'opération 2019 (c'est un film accessible)

Nous avons fait une étude pour justement la fête de consommation de fruits et légumes frais par les Réunionnais. On sait que 5 raisons ont été évoquées par le public enquêté pour justifier sa consommation de fruits et légumes frais : il y avait :

- le prix - le manque de connaissance - le manque d'habitude - le manque d'attraction (parce qu'ils estiment que les fruits et légumes ne sont pas attractifs - j'ai oublié le 5^{ème} . Mais dans tous les cas dans la fête des fruits et légumes frais on va apporter des réponses à ces arguments-là. Mais sous une forme ludique et dans un espace que nous avons appelé le village de la fête des fruits et légumes.

Chercheur : Et vous le faites dans les neuf communes ?

Directeur Iren : oui dans les 9 COMMUNES mais aussi dans les quartiers de ces 9 communes. C'est la proximité qui est mise en avant. On vient vers eux. Cette année par exemple, nous avons eu 9 communes participantes et 22 villages. Pendant la période de la fête, il y a eu un village tous les jours mais dans des quartiers différents.

Chercheur : l'objectif était bien de toucher vraiment tout le monde !

Directeur Iren : oui c'est ça. Et j'ai fait le bilan cette semaine et nous avons touché environ 10 000 personnes.

Chercheur : Comment se passe la fête dans les villages ?

Directeur Iren : Alors dans les villages vous avez environ 6 activités.

- 1^{ère} activité = l'éducation au goût et à la consommation des fruits et légumes frais

- 2^{ème} sur l'environnement, parce que quand vous allez augmenter la consommation des fruits et légumes frais, les déchets vont augmenter. Vous avez des personnes qui ne savent pas quoi faire de ces déchets et peuvent se décourager. Donc on va les sensibiliser au stockage et à l'utilisation de ces déchets.

- 3^{ème} sur dépistage du diabète. Cette année nous avons fait comprendre au public qu'il y avait un lien entre la consommation des fruits et légumes et la prévention du diabète

Chercheur : absolument

Directeur Iren : En se faisant dépister, les personnes reçoivent des messages de prévention du diabète. 4^{ème} activité physique ; dans le village il est recommandé la promotion de l'activité physique, soit sous forme de démonstration, soit la mairie va venir parler des activités qu'elle propose sur son territoire en matière d'activité physique.

5^{ème} les conseils budgétaires ; c'est-à-dire qu'on va expliquer aux familles comment gérer le budget pour dégager de quoi consommer des fruits et légumes frais, pour répondre à la problématique du coût qui peut être en lien avec le budget alimentaire qui est mal géré.

6^{ème} la vente des fruits et légumes à 1€ le kilogramme.

Voilà, c'est ça le village. Et là, on arrive effectivement à faire découvrir ou redécouvrir les produits que les gens ne connaissent pas, ou ne connaissent plus et aussi de les acheter puisque c'est à moindre coût

Chercheur : et les utiliser !

Directeur Iren : Et on espère qu'ils vont les adopter. En sachant que tous les ans, nous avons un thème.

Cette année il y avait deux thèmes ; d'abord les légumes racines. Donc on a sélectionné 10 légumes racines qui ont fait l'objet de 10 fiches produits.

Chercheur : ces fiches sont déclinées comment ?

Directeur IREN : Ce sont des fiches qui vont décrire le produit par exemple, la carotte etc. On dira sa saisonnalité, on va proposer des recettes, et on va donner également ses atouts santé et ses valeurs nutritionnelles. Ces fiches sont à disposition du public.

Le second thème c'était la prévention du diabète par la consommation de fruits et légumes frais. Et l'idée c'était d'expliquer concrètement comment les fruits et légumes frais aident à la prévention du diabète. Voilà un peu aujourd'hui les actions de l'IREN.

Chercheur : L'IREN a d'autres missions localement ?

Directeur Iren : Après nous avons d'autres actions ponctuelles comme ; accompagner les élus dans la restauration scolaire pour que les menus soient conformes à la loi.

Nous avons aussi des actions auprès des agents de la collectivité. Le prochain enjeu pour nous ce sont les entreprises. On ne peut pas faire la prévention nutritionnelle en éliminant le monde des salariés.

Chercheur : Je suis d'accord.

Directeur Iren : Parce que dans les quartiers, les actions que nous faisons, la cible prioritaire c'est souvent le public en difficulté sociale. Et ils sont les plus concernés par les pathologies. On se rend compte qu'en se concentrant sur ces publics, on oublie tout un pan de la société qui a aussi besoin d'être informé et qui a besoin d'être aidé.

Donc notre prochain enjeu c'est de nous attaquer au monde de l'entreprise.

Chercheur : et des publics défavorisés ?

Directeur Iren : oui ! qui a aussi droit à l'information.

Voilà un peu ce que nous faisons. Ce qui fait que par an nous avons une soixantaine d'écoles et puis cette fête de fruits et légumes frais.

Chercheur : donc les producteurs sont mobilisés ?

Directeur Iren : Oui à travers les coopératives. Vous avez raison d'évoquer la question, puisque cette année, nous avons distribué 27 tonnes de produits.

Chercheur : oh oui quand même !

Directeur Iren : oui ! uniquement les produits locaux. Il n'y a pas de produit d'importation.

Chercheur : par exemple la pomme ?

Directeur Iren : non non non . L'intitulé exact de l'action est « la fête des fruits et légumes frais locaux et de saison ».

Chercheur : Donc ça réconcilie aussi le Réunionnais avec sa terre ?

Directeur Iren : oui avec sa terre ! Parce qu'il y a deux ans, on avait mis la « Rhubarbe » en avant, et du coup les Réunionnais ne savaient pas que la rhubarbe était produite à la Réunion. Ils pensaient que c'était un produit importé. Donc vous avez raison de dire qu'en faisant ça on les réconcilie avec leur terre, leur terroir.

Chercheur : avec eux-mêmes !

Directeur Iren : Et vous parlez de culture on est en plein dedans.

Chercheur : Tout à fait !

Directeur Iren : Parce que ça redonne au peuple une certaine fierté par rapport à l'acte alimentaire.

L'année prochaine on va expérimenter un modèle d'intervention. Parce que maintenant que nous avons nos actions qui sont très bien posées ; l'idée est de voir comment ces actions peuvent impacter la corpulence des enfants. Donc l'objectif de cette expérimentation sera de mesurer l'impact des actions que nous proposons sur l'IMC des enfants.

Chercheur : Vous partez sur l'obésité là ?

Directeur Iren : oui sur l'obésité.

Voilà un peu les actions que nous faisons et qui concerne à la fois la prévention primaire et secondaire. Parce que dans les villages pour la première fois il y avait des personnes qui venaient et qui disaient qu'elles étaient diabétiques.

Chercheur : en sommes qui se confiaient ?

Directeur Iren : oui parce qu'elles avaient le sentiment que le fait qu'on avait annoncé que la fête était orientée sur le diabète qu'elles n'avaient plus à se cacher.

Chercheur : qu'on avait levé le voile.

Directeur Iren : oui c'est ça qu'on avait levé le voile.

Chercheur : c'est vrai que dans les entretiens que j'ai pu faire avec des réunionnais j'ai constaté que le diabète était un peu tabou.

Directeur Iren : en Martinique ce n'est pas tabou ?

Chercheur : Non. Je n'ai pas ce sentiment-là. Alors qu'ici à La Réunion aussi bien le personnel que les patients le disent. En atelier ETP hier, un monsieur qui nous racontait que son frère est diabétique et que ces stylos sont cachés, il n'en parlait pas à sa famille...

Directeur Iren : Ah oui ! C'est la maladie de la honte. Moi je ne comprends pas parce que si on n'est pas assez ouvert on se met en danger.

Chercheur : si lors du village il y a des personnes qui osent en parler c'est déjà un pas.

Directeur Iren : Alors, ils pensaient aussi qu'en disant qu'ils sont diabétiques, ils auraient eu une gratuité sur les fruits et légumes.

Chercheur : En fait ils utilisaient la maladie (comme une sorte de marchandage)

Directeur Iren : du coup ça donne des idées, parce que ça veut dire que si on veut dédramatiser le diabète on peut faire des actions comme celle-là.

Chercheur : effectivement ! peut-être pas des gratuité mais des offres attrayantes.

Directeur Iren : leur montrer que finalement ils sont prioritaires

Chercheur : tout à fait ! Quand vous dites que l'IREN est un association ; les fonds vous les avez comment ?

Directeur Iren : Ce sont les subventions.

Chercheur : Vous répondez à des appels à projets ?

Directeur Iren : Oui tous les ans nous répondons à des appels à projets. Nous partons à la pêche. Mais je pense qu'aujourd'hui, cela fait 16 ans que l'association existe, je ne vous cache pas que tôt ou tard, soit la région, soit l'état va la récupérer parce qu'elle a fait ses preuves.

Chercheur : la récupérer et surtout récupérer les compétences, parce que vous qui en faites partie vous y travailler.

Directeur Iren : oui bien sûr, je suis le directeur.

Chercheur : Directeur de l'IREN ? Vous l'avez structurée ?

Directeur Iren : oui avec un conseil d'administration. Il y a un président, une secrétaire, un trésorier.

Chercheur : Directeur de l'association et vous êtes rémunéré ?

Directeur Iren : oui

Chercheur : je voyais association avec du bénévolat

Directeur Iren : vous avez du bénévolat mais nous avons aussi 6 salariés. Et nous avons une masse salariale à l'année qui avoisine les 150.000€

Chercheur : oui je comprends, parce ce que pour tout ce travail il faut des personnes, des idées, du temps...

Directeur Iren : et il faut les payer

Chercheur : oui il y a la communication... c'est une entreprise

Directeur Iren : c'est une entreprise avec une forme juridique qui le permet.

Chercheur : une autre question. Aujourd'hui dans le domaines de la nutrition, les gens sont très férus de plantes de compléments alimentaires. Est-ce que vous êtes dans cette dynamique-là ?

Directeur Iren : Dans mes interventions ? Non jamais. Nous sommes vraiment dans l'éducation alimentaire, au sens le plus stricte du terme. Donc que ce soit les plantes médicinales, que ce soit les compléments alimentaires, ce n'est pas notre champ. Par contre, l'axe qu'on va déterminer aussi maintenant, c'est l'activité physique dans une dynamique de nutrition. Mais à aucun moment dans nos interventions on va évoquer les compléments alimentaires que ce soit sous forme de plantes médicinales ou autres.

Chercheur : d'accord vous êtes vraiment sur la nature, l'environnement, la biodiversité...

Directeur Iren : oui dans la biodiversité, la valorisation des aliments locaux et aussi d'ailleurs, la valorisation du patrimoine alimentaire local à travers les aliments qui ont toujours existé.

Chercheur : Quels sont les freins à l'éducation nutritionnelle des Réunionnais par rapport à leur croyances religieuses ou pas, est-ce qu'il y a des obstacles qui pourraient gêner cette éducation ?

Directeur Iren : aujourd'hui en fait, après 16 ans d'exercice sur le terrain, le principal frein qui est en train d'être levé, c'était en fait celui des croyances. C'était en fait que le diabète c'est une fatalité, que le surpoids c'était une fatalité, que la génétique expliquait tout. Je pense qu'aujourd'hui pour le

Réunionnais, ces croyances ont disparus. Parce que la dernière enquête qui a été faite en 2014, 90% des répondants ont dit qu'il y avait un lien étroit entre l'alimentation et la santé. Ca veut dire qu'aujourd'hui il n'y a plus de croyance de ce côté-là. Ce rapport est parlant.

Chercheur : il est accessible ce rapport ? (envoi possible)

Directeur Iren : Aujourd'hui vous écoutez un Réunionnais parler, il est très conscient que son alimentation c'est un déterminant majeur des problèmes de santé qu'il peut avoir par rapport le diabète et le surpoids. Alors qu'il y a 15-20 ans, c'était pas le cas.

On y arrive à cela par une communication. Les médias jouent le jeu. Moi je tiens une tribune dans le « JIR » (Journal d'Information de la Réunion), tous les mois j'écris un article. Nos actions intéressent fortement les médias et à force de communiquer on a réussi à enlever dans la tête du Réunionnais que son diabète était une fatalité. C'est un manque de connaissance. Donc nous avons apporté la connaissance. Est-ce que la connaissance va venir questionner sur la croyance ? La réponse c'est oui. Elle est oui, parce que je sais qu'aujourd'hui quand je parle de diabète ou d'obésité devant un auditoire, je n'ai plus de reflet qui fustigent du genre « l'autre il est né dans le diabète ...etc.

Et la les gens sont de plus en plus conscients que leur hygiène de vie, leur alimentation peuvent les protéger vis-à-vis de la maladie. Et c'est pour cette raison que nous ne voulons pas troubler ce discours en apportant les tisanes.

Chercheur : vous n'êtes pas partisan de cette association !

Directeur Iren : non non . On veut montrer aux gens que « *c'est de ton assiette et de ton hygiène de vie que part ta santé* ».

Chercheur : d'accord.

31.36 **Directeur Iren** : Parce que si vous commencer avec des plantes et ceci et cela, ça va créer une espèce de conflit et du coup on ne saura plus. Nous on reste dans la nutrition au sens stricte du terme.

Chercheur : D'accord ! Son assiette ?

31.50 **Directeur Iren** : oui son assiette. Nous aujourd'hui nous avons des objectifs très clairs. Aujourd'hui le réunionnais il doit mettre dans son assiette des légumes verts, il doit réduire la viande, il doit varier les féculents. Donc c'est des trucs très clairs.

Chercheur : c'est de l'apprentissage en sommes !

Directeur Iren : OUI c'est ça ! Pour être précis c'est une éducation à la consommation.

Chercheur : Tout à fait d'accord. C'est vrai.

Directeur Iren : C'est une société qui a connu la pauvreté et qui connaît maintenant la richesse et qui est en pleine transition nutritionnelle. Donc il faut lui montrer comment consommer.

Chercheur : Elle connaît la richesse mais ignore l'impact, les conséquences. Elle voit l'effet immédiat mais pas à long terme.

Directeur Iren : Et c'est pour cela que je parle d'éducation à la consommation

Chercheur : en Martinique par exemple dans certaines écoles primaires il y a des matinées du goût. Les enfants apportent des fruits et il y a une information sur les fruits et une dégustation.

Directeur Iren : nous quand on va rencontrer les élèves ; prenons le cas de la maternelle on va leur proposer pas une mais 5 matinées thématiques.

Chercheur ; ah bon !

Directeur Iren : il y a une matinée où il vont découvrir les boissons ; en l'occurrence l'eau. On va leur démontrer qu'on peut donner du goût à l'eau sans pour autant partir des boissons sucrées.

- Une matinée sur les produits laitiers :
- Une matinée sur les fruits et légumes
- Une matinée sur les féculents

Vous remarquerez que ces familles alimentaires sont celles qu'on consomme le plus au petit-déjeuner.

- La 5^{ème} matinée les enfants seront devant un buffet et ce sera à eux de composer son menu. 33.44

Chercheur : En fait vous faites du pas à pas jusqu'à amener l'enfant à prendre sa décision. Il met en pratique ce qu'il a appris. Il peut faire son choix.

Directeur Iren : C'est ça ! Le but de cette action c'est de valoriser chez l'enfant, le petit-déjeuner pour qu'il soit capable lui-même de dire à ses parents « *il faut que je mange le matin* ».

Chercheur : on voit bien que votre cible c'est l'enfance et le quartier. Moins la ville ? Et pourquoi ?

Directeur Iren : Parce que en fait toutes les études démontrent que les personnes concernées par l'alimentation déséquilibrées sont souvent dans les quartiers prioritaires. Parce qu'ils sont peu éduqués et il leur manque les moyens.

Chercheur : manque de connaissances et de moyens.

Directeur Iren : ce qu'on essaie de faire c'est d'aller sur le terrain apporter la connaissance.

Chercheur : et on l'a vu précédemment la conscientisation passe par la connaissance et fait bouger les croyances.

Directeur Iren : c'est exactement ça ! et puis l'enfance parce que là on n'invente rien ; on sait que plus tôt on commence et mieux c'est. Donc nous sommes sur les quartiers prioritaires et l'enfance. C'est une stratégie qui est en cours.

Chercheur : de plus en plus on tend vers ces cibles. Et je pense qu'on l'a compris maintenant. Il faut trouver les stratégies. Vous avez trouvé la bonne et aussi il faut trouver les partenaires. Qui veulent bien l'entendre.

Directeur Iren : Oui mais le souci c'est qu'il faut trouver le financement qui est très précaire : parce que tous les ans il faut aller frapper aux portes parce que on ne sait pas de quoi on va vivre ; il faut élargir aussi sa gamme de partenaires pour ne pas être dépendant d'une seule structure. Pour nous étant donné que c'est un domaine toujours d'actualité, on arrive toujours à trouver le moyen d'agir.

Chercheur : oui ce sont des actions citoyennes

Directeur Iren : Je ne sais pas comment ça se passe en Martinique, comment les collectivités et les mairies se mobilisent sur ces problématiques ?

Chercheur : oui il y a une conscientisation des institutions. Après on est « personne dépendante ». Il faut déjà des compétences pour porter et mener les projets et aussi la volonté des partenaires. Mais puisque que ça rentre dans un cadre réglementaire, les institutions sont obligées de faire mais c'est dans le « faire » que l'on voit les différences. C'est-à-dire la manière de faire, les actions menées, parce que les personnes ne sont pas toujours aidées par les structures et ne trouvent pas toujours les réponses adaptées ; surtout que toute action a un coût.

Il faut aussi trouver des partenaires. On voit quelquefois des associations qui répondent à des appels à projets et après l'action est menée pendant une année et n'est pas reconduite par manque de soutien financier.

Directeur Iren : ça décourage

Chercheur : ça décourage et dessert la population à qui on a fait miroiter quelque chose, qui lui est bénéfique, et qui ne voit pas la suite.

Directeur Iren : C'est pour ça qu'il faut multiplier son partenariat et travailler avec plusieurs communes. Parce que même si vous n'êtes plus actif dans une commune, vous pouvez mener l'action dans une autre commune et la population a les moyens d'avoir les informations.

Chercheur : Quel est le rôle des comités d'agglomération dans la prévention et l'éducation à la santé à La Réunion ?

Directeur Iren : Elles sont au nombre de cinq mais n'ont pas de compétence dans ce domaine. Les compétences reviennent aux communes, ARS et l'état.

Chercheur : D'après-vous est-ce que la modernité impacte certaines traditions ?

Directeur Iren : Oui parce que quand on questionne l'anthropologie de l'alimentation à la Réunion, la viande n'était pas consommée tous les jours alors qu'aujourd'hui, elle est consommée tous les jours. Avec la venue des grandes surfaces et la société de consommation et donc la modernité, l'alimentation a beaucoup évolué ; et malheureusement dans un sens qui n'est pas forcément le bon. C'est pour ça que je pense qu'il faut rééduquer cette consommation alimentaire.

Chercheur : par exemple « le brède » qui est une tradition d'ici que l'on ne voit pas en Martinique.

Directeur Iren : cette année je vais sortir mon deuxième livre sur le brède. Le premier je l'ai fait sur les féculents. Le brède c'est effectivement une spécialité réunionnaise qui malheureusement n'est pas valorisée comme il le faudrait.

Chercheur : c'est un apport de fibres

Directeur Iren : oui et surtout c'est un légume. Et on ne peut pas comprendre qu'on ait cette tradition et qu'en même temps on se passe des légumes. On a une offre et ...

Chercheur : qu'on n'a pas conscientisée

Directeur Iren : oui qu'on n'a pas conscientisé et pour moi l'idée est de ramener ça. L'année dernière le thème de la fête des fruits et légumes c'était les brèdes. Donc nous avons fait des fiches sur les brèdes.

Chercheur : elles sont accessibles ?

Directeur Iren : oui je peux vous les envoyer par mail

Chercheur : est-ce que le fait d'avoir abandonné l'alimentation traditionnelle peut être à l'origine de maladie comme le diabète, ou autre ?

Directeur Iren : J'en suis tout à fait persuadé. C'est reconnu, parce quand vous voyez dans tous les pays du monde il y a des études qui ont été faites qui montrent que la transition nutritionnelle se fait toujours au détriment de l'alimentation traditionnelle. D'abord par les choix, et le mode de transformation et donc de consommation. Ça veut dire que le réunionnais qui consommait la viande une fois par semaine et qui se met à la consommer tous les jours, cette transition nutritionnelle s'accompagne d'une surconsommation de nutriments, de protéines, d'une surconsommation de sucre et de matières grasses ; et c'est ça qui amène les problèmes. Et c'est pour cela que nous à l'IREN on fait un travail pour remettre sur la table autant que faire se peut les aliments traditionnels, comme les racines par exemple ; tout ce qui est ignames, patate douce ...

Chercheur : justement je n'en ai pas vu.

Directeur Iren : cette année c'était le thème à la fête des fruits et légumes frais. Parce qu'on pense qu'on ne pourra pas faire l'impasse de remettre ces aliments sur la table pour faire reculer le diabète ; ça c'est certain ! Sinon c'est que du discours.

Chercheur : Effectivement. J'ai pu voir que le riz est à tous les plats.

Directeur Iren : Il est partout. La réponse à votre question c'est oui. OUI cet abandon de la tradition alimentaire, cette transition nutritionnelle impacte de manière négative la santé des Réunionnais. Ce n'est pas une découverte et c'est vrai dans tous les pays du monde. On l'a vu en Inde. Et d'ailleurs, vous savez d'après les statistiques, en 2050, l'Inde sera le premier pays au monde en termes de diabète. On attend 300 millions de diabétiques. Parce que la classe moyenne se développe, elle adopte un mode alimentaire occidentale au détriment du mode alimentaire traditionnel. Et ça c'est vrai partout. C'est pour cette raison que les opérateurs qui sont dans l'éducation alimentaire doivent constituer quelque part une alerte. Dire à la population, « attendez, n'allez pas si vite » parce que ce que vous allez voir devant n'est pas aussi beau que vous l'imaginez. Donc allez-y mais allez-y sur la pointe des pieds. C'est notre rôle de dire vous ne pouvez pas abandonner comme ça les brèdes, vous ne pouvez pas abandonner comme ça les racines locales, parce que simplement on vous a montré le riz, on vous a montré les pâtes etc. C'est bien, mais en même temps n'oubliez pas d'où vous venez. C'est un peu ça l'enjeu. Et je pense que c'est la raison d'être de l'IREN aujourd'hui. On est là pour dire comme en métropole vous avez aussi des structures dans les régions qui essaient de dire aux gens attendez n'allez pas trop vite. Je ne sais pas si en Martinique si c'est l'enjeu mais l'enjeu il est là. Si on n'alerte pas le consommateur sur les risques qu'il a à s'éloigner de ses racines. On court à la catastrophe. Aujourd'hui notre enjeu, n'est que sur la restauration scolaire. On propose aussi des aliments locaux.

Chercheur : Dans la restauration ici je n'ai pas vu de racines locales.

Directeur Iren : Vous n'en verrez pas.

Chercheur : Par contre en Martinique les légumes pays comme on les appelle sont plus présents.

Directeur Iren : Ici c'est un combat. Alors je ne sais pas quand vous dites, des légumes pays, est-ce que ça veut dire que vous avez des ignames en restauration scolaire chez vous ?

Chercheur : OUI

Directeur Iren : en restauration scolaire ?

Chercheur : oui ; ignames, bananes jaunes... IL y a un travail fait avec les coopératives agricoles pour intégrer ces légumes dans la restauration collective, que ce soit dans les cantines ou dans les menus des hôpitaux. Tout en sachant que nous avons la problématique de la chlordécone qui n'arrange pas la situation.

Directeur Iren : oh oui ! justement nous, dans cette fête-là, on ne travaille qu'avec les agriculteurs qui sont dans les filières et deuxièmement qu'avec des produits bio et raisonnés. C'est notre façon à nous de fonctionner. C'est-à-dire quand on mène des actions, on ne va pas promouvoir des produits dont on ne maîtrise pas le mode de production. C'est du bio ou à minima raisonné.

En quelque part, on oriente le consommateur vers ce choix là et donc les agriculteurs vers cette production-là.

Chercheur : donc vous faites bouger tout le monde, tous les acteurs.

Directeur Iren : Oui c'est une action complète.

Chercheur : Et dans les villages lors de la fête, est-ce que vous incitez la population à produire et cultiver leur propre jardin ?

Directeur Iren : Oui ! c'est pour cela que je vous parlais de l'environnement. Non seulement il faut sensibiliser au compostage mais il faut aussi sensibiliser au jardinage.

Chercheur : Et là la boucle est bouclée.

Directeur Iren : oui la boucle est bouclée. Je pense que la Réunion est le seul DOM qui met en place cette structure. Si vous voulez un échange d'expérience c'est possible de venir ici voir comment je fais ou alors je peux venir en Martinique. Parce que je vous dis c'est une action qui est hyper complexe.

Chercheur : Je verrai ce qu'il est possible de faire.

Directeur Iren . Comme je vous dis, l'enfant est notre cible prioritaire et l'école comme site d'intervention. Nous ciblons les quartiers volontaires et dans ces quartiers c'est l'école. Tout part de l'école. L'école doit-être un endroit où l'alimentation est sûre. Et ça partira de l'école pour atteindre les familles et ce n'est pas l'inverse.

Chercheur : oui parce que l'école a encore sa place au niveau de la société

Directeur Iren : si vous arrivez à assigner l'école, l'école peut être pour les familles un modèle mais pas l'inverse parce que ça ne a pas marcher.

Et puis tous les enfants passent à l'école donc ça veut dire que si vous leur apportez ça au moins, ils auront entendu au moins une fois de leur vie que l'alimentation a un sens.

Et comme la nutrition est dans les programmes, que malheureusement vous avez des enseignants qui manquent d'assurance...

Chercheur : et de connaissance aussi.

Directeur Iren : et de connaissance. Quand vous arrivez ils sont tous contents. Ils sont servis. Nous aussi sommes contents, parce que nous avons un public actif. Tout le monde y trouve son compte et la mayonnaise prend.

Chercheur ; cette expérience me parle. Ce n'est pas une question d'exporter mais de partager.

Directeur Iren : Bien sûr. Moi je vous dis que nous sommes prêts à partager parce que vous avez vos spécificités. On pourra peut-être vous aider à prendre des pistes originales que vous pouvez aussi enrichir.

Chercheur : l'idée c'est de contextualiser ce qui a réussi ici.

Directeur Iren : Moi je vous dis, il y a des écoles qui pendant l'année préparent la fête des fruits et légumes avec les élèves. Je pense que ça peut être intéressant si jamais en Martinique vous arrivez à faire quelque chose en ce sens.

S'il n'y a pas une valorisation de l'alimentation traditionnelle elle peut être mise de côté au profit d'une alimentation industrielle. C'est pour ça qu'il faut des personnes pour dire que depuis que l'humain est humain, l'alimentation a toujours été structurante. Donc, il faut redonner à l'alimentation sa place.

Est-ce qu'il y a une école de diététique à la Martinique ?

Chercheur : À la Réunion il y en a une. Elle fonctionne par session. C'est-à-dire qu'elle prend une promotion, elle l'emmène au bout avant de prendre une seconde promotion. Parce qu'il faut que le milieu économique puisse absorber l'ensemble de la promotion. De sorte, que tous ils trouvent du travail avant de créer une nouvelle session.

Chercheur : il y a dans le programme un module en lien avec la culture alimentaire locale ?

Directeur Iren : non c'est un diplôme national donc on ne peut pas intégrer un module local

Chercheur : L'un n'empêche pas l'autre.

Directeur Iren : oui ! on peut effectivement sensibiliser les étudiants à la culture alimentaire locale même si ce n'est pas pris en compte dans l'examen.

Chercheur : mon projet est de développer la compétence culturelle chez les soignants qui arrivent en Martinique afin de mieux prendre en charge les patients martiniquais de manière holistique.

Directeur Iren : C'est obligé parce que si vous ne connaissez pas l'autre, l'empathie est compliquée.

Chercheur : L'empathie et même les conseils.

Directeur Iren : Oui même les conseils, parce que moi en tant que diététicien, ça fait 16 ans que je suis à la Réunion, il a fallu que je fasse un travail d'anthropologie pour être pertinent dans ce que je dis.

Chercheur : exactement

Directeur Iren ; on ne peut pas venir éduquer une population si on ne la connaît pas.

Chercheur : c'est la problématique de ma recherche.

Directeur Iren : est-ce qu'il y a déjà des recherches sur l'anthropologie alimentaire à la Martinique ?

Chercheur : A mon retour je vais me pencher sur cette question

Directeur Iren : A la Réunion il y a les travaux du Dr COHEN sur internet. Anthropologie alimentaire à la Réunion.

Ça m'a beaucoup forgé par rapport au contenu mais dans ma manière d'intervenir aussi. Je suis parti de la. Il a fallu que je lise ça pour mieux comprendre comment l'alimentation réunionnaise est née et comment elle a évolué.

Chercheur ; et comment on peut intervenir

Directeur Iren : et comment on peut la faire évoluer. C'est ce que j'ai fait. Je suis comme vous, je ne pense pas qu'on puisse aider une société dans ses habitudes si on ne connaît pas le minimum qui soit.

Chercheur : et à force quand il y a une multitude de cultures avec des personnes d'horizons divers, c'est ce qui transforme la société. Parce qu'on a tendance à imposer sa vision des choses.

Directeur Iren : En fait cette imposition, elle n'est même pas consciente.

Chercheur : Ni d'un côté ni de l'autre.

Directeur Iren : ni d'un côté ni de l'autre. Et c'est ce qui est dramatique, parce que celui qui impose ce n'est pas qu'il a envie d'imposer. Parce que quand moi j'arrive de métropole et que je vais dire au Réunionnais, vous savez le blé est bon, les pâtes c'est bon...

Chercheur : il n'y voit pas d'inconvénient.

Directeur Iren : oui c'est comme les racines locales. Eh bien la volonté de l'IREN c'est ça, nous disons attention, il y a aussi « ça ». Mais celui qui arrive et qui ne connaît pas « ça », on ne peut pas lui en vouloir parce qu'il a ses repères à lui.

Chercheur : il a ses repères à lui et il n'y a pas eu d'offre lui permettant d'en savoir plus. Et c'est cette offre la que je veux lui proposer.

Directeur Iren : c'est très intéressant. Parce que pour moi, je ne peux pas arriver à la Réunion et faire l'éducation alimentaire sans connaître l'histoire.

Chercheur : l'avantage pour vous c'est qu'il y a des Réunionnais qui sont diététiciens et nutritionnistes mais ils n'ont pas le regard que vous avez.

Directeur Iren : Par rapport à mes origines ?

Chercheur : Oui parce que le nutritionniste avec lequel je travaille en Martinique il connaît beaucoup de chose sur la Martinique, bien plus que moi.

Directeur Iren : Il est africain ?

Chercheur : Oui il est en Martinique depuis une trentaine d'années, mais nous qui sommes sur place, et née en Martinique, nous avons comme un filtre.

Directeur Iren : C'est vrai ce qui est intéressant c'est que nous on va aider le Réunionnais à enlever le filtre.

Chercheur : C'est ça

Directeur Iren : Et quand il enlève le filtre, il se rend compte qu'il a failli passer à côté de quelque chose qui lui est propre.

Chercheur : L'intérêt serait d'enlever le maximum de filtre, parce qu'il a ceux qui ne le voit pas. L'idéal serait aussi d'empêcher au filtre de s'épaissir.

Directeur Iren : Oui vous avez tout compris. Parce qu'au départ le filtre est là.

Chercheur : on peut faire une métaphore, c'est comme la vitre au début il y a un peu de poussière mais moins on la nettoie, plus la poussière s'épaissit et on ne peut pas voir ailleurs.

Directeur Iren : c'est pourquoi il faut être courageux, parce que ça ne plait pas toujours. Surtout pour ceux qui ont compris.

D'où l'intérêt d'écrire.

Annexe 6 - Entretien avec D.F pharmacienne CHU de La Réunion – ETP Insuffisance cardiaque

Date : 7/12/2019 Lieu : service de cardiologie Durée :

Affectée à la pharmacie, cette pharmacienne intervient dans le service de cardiologie pour des entretiens individuels avec les patients. En fonction de sa disponibilité, elle co-anime des séances d'ETP collectives parfois avec l'infirmière principalement sur le traitement.

Par exemple la semaine dernière, me dit-elle c'était sur l'insuffisance cardiaque. La question était « **c'est quoi l'insuffisance cardiaque** » et les réponses sous forme de questions VRAI/FAUX à l'aide de cartes. Donc c'était en collectif et les patients répondaient vrai ou faux.

Chercheur: et c'est dans le cadre d'un programme au sein de l'établissement ou...

Pharmacienne : oui en fait du coup c'est une unité de suivi et d'éducation. C'est un programme qui n'est pas déposée auprès de la ARS, mais il y a des séances sur ce qu'est l'insuffisance cardiaque, le suivi de l'insuffisance cardiaque, les signes d'alerte, le côté diététique, les médicaments ; et après tout le côté social est plutôt abordé en individuel par le biais d'autos questionnaires et puis des entretiens avec les infirmières.

Chercheur: pas de psychologue ?

Pharmacienne : Il n'y a pas de psychologue référente sur l'unité, mais si besoin on peut faire appel...on peut faire une demande de consultation par une psychologue.

Chercheur: d'accord, et quand vous vous entretenez vous rester en tant que pharmacienne uniquement sur le médicament ?

Pharmacienne : les entretiens individuels oui c'est vraiment sur le côté médicamenteux plutôt. Après ça m'arrive de faire des séances avec les infirmières sur les autres parties de la prise en charge.

Chercheur: d'accord. Par rapport à la multi culturalité de la région et des spécificités, est-ce que dans les entretiens et dans vos interventions éducatives, vous rencontrez des difficultés ? comment vous vous y prenez ? est-ce que c'est un patient, une personne avec une maladie cardiaque ou alors un « malbar » avec une maladie cardiaque, un « KAFF » avec une maladie cardiaque ou un créole avec une maladie cardiaque ?

Pharmacienne : alors dans le côté culturel et l'approche culturelle oui parfois ça peut être un peu plus compliqué ; déjà moi je ne suis pas créole, parfois la langue...

Chercheur: d'accord donc vous êtes de métropole ?

Pharmacienne : oui, bon maintenant il y a quand même 7 ans que je suis à La Réunion, la majorité du temps j'arrive à comprendre, même si le patient parle uniquement le créole. Après c'est vrai que moi je ne parle pas créole. Des fois ça peut mettre une barrière aussi, c'est bien de pouvoir parler créole quand c'est comme ça.

Chercheur : et quand c'est comme ça quand vraiment vous ne comprenez pas comment vous... ?

Pharmacienne : moi c'est rare, mais ça nous est déjà arrivé de demander de l'aide à quelqu'un qui parle créole, les infirmiers, étudiant... Il y a les patients Mahorais aussi parfois qui ne parlent pas du tout ni créole ni français et bien souvent ils viennent avec des traducteurs.

Chercheur: et quand c'est comme ça quand vraiment vous ne comprenez pas comment vous... ?

Pharmacienne : moi c'est rare, mais ça nous est déjà arrivé de demander de l'aide à quelqu'un qui parle créole, les infirmiers, étudiant... Il y a les patients Mahorais aussi parfois qui ne parlent pas du tout ni créole ni français et bien souvent ils viennent avec des traducteurs.

Chercheur: d'accord !

Pharmacienne : on a une patiente il y a deux semaines qui est venue qui parlait pas du tout ni français ni créole, elle était avec la traductrice et quand on a fait l'atelier éducatif la traductrice a voulu la laisser un petit peu appréhender l'atelier seule mais ce n'était pas évident puisque elle ne comprenait pas.

Chercheur: Effectivement c'est une situation compliquée. L'incompréhension était des deux côtés.

Pharmacienne : après sur le côté culturel du coup souvent moi j'interviens par rapport au fait qu'il y'a un usage très important des plantes médicinales ici, et on aborde souvent le sujet avec les patients alors c'est très intéressant. Mais on n'a pas toujours des réponses à apporter sur ce qu'on peut faire ou ne pas faire.

Chercheur: quelles sont leurs questions ? Les questions qui reviennent le plus souvent justement ?

Pharmacienne : ils n'ont pas vraiment de questions sur ça, c'est plus moi qui ait des questions, est-ce que eux utilisent des plantes à usage médicinales ? est-ce que ça va coïncider avec la maladie, avec les médicaments pris à côté ? après c'est plus un échange sur ce qu'ils vont utiliser comme plantes et nous on va à côté regarder si il y a éventuellement des contre-indications.

Chercheur: l'usage est fréquent ?

Pharmacienne : ben là le patient que je viens de voir ? il m'a dit qu'il n'utilisait pas grand-chose, mais par exemple il utilise l'arrow-root pour traiter ses effets indésirables.

En général quand je pose la question, il y a au moins une plante qui est utilisé de temps en temps.

Chercheur: utiliser de temps en temps voir régulièrement ? Donc-vous à votre niveau vous n'interdisez pas mais c'est seulement par rapport aux interactions...

Pharmacienne : j'essaie de vérifier dans la mesure du possible...après je n'interdis jamais d'utiliser les plantes, parce que je pense que c'est pas la bonne solution, et j'essaye de toujours donner un conseil au moins de s'assurer qu'il y a un suivi avec un pharmacien qui va peut-être mieux connaître les plantes, ou informer le médecin, voilà essayer d'expliquer que ça peut avoir des effets des conséquences de prendre des plantes.

Chercheur: et quels outils utilisez-vous lors de l'entretien ?

Pharmacienne : si vous voulez je vais vous montrer quelques outils, venez avec moi ? (nous changeons de salle. Il y a un patient qui attend)

Pharmacienne : c'est dans cette pièce-là, « Monsieur B. bonjour il y a une dame qui est avec moi, on vient vous embêter un petit peu dans la pièce ; parce que je voudrais montrer comment on fonctionne dans l'unité ? Ok ? »

Pharmacienne : alors donc là moi j'utilise des boîtes de médicaments pour parler des médicaments, j'en ai pris tout un panel, je les mets sur la table, je demande déjà aux patients s'ils savent reconnaître leurs médicaments ou pas, en sachant que les noms sont parfois très compliqués. Si je n'ai pas les boîtes, je sais que les patients ne vont pas forcément reconnaître et me dire le nom du médicament, par contre si je montre visuellement c'est vrai que c'est plus facile de reconnaître et du coup de discuter des médicaments. Après on a des fiches.

Chercheur : l'idée c'est de dire quels sont les symptômes aggravants la pathologie...

Pharmacienne : non ça c'était pour expliquer le fonctionnement du cœur. Je commence toujours par « comment votre cœur fonctionne ou dysfonctionne », ensuite on a des fiches plus avec des ateliers, on va dire sur les symptômes, « est-ce que vous vous reconnaissez les symptômes ? est-ce que ça vous parle ? et quels seraient les médicaments qui pourrait éventuellement diminuer ces symptômes ? ». Ici, l'idée c'est déjà de faire parler un petit peu sur la maladie et ensuite comment on peut aider pour faire en sorte que ça aille mieux. Essayer de reconnaître les traitements, savoir un petit peu à quoi ils servent ; l'idée de l'atelier c'est ça, quand je fais l'atelier éducatif.

Chercheur: je vois !

Pharmacienne : après dans les autres ateliers, on a tout un tas de fiches, alors je ne sais pas si elle est en couleur mais on a des fiches sur le sel, des posters sur le sel, des aliments pauvre en sel.

Chercheur: vous ne faites qu'un atelier sur le sel?

Pharmacienne : en fait c'est un atelier diététique, mais c'est vrai que dans l'insuffisance cardiaque comme le sel favorise la rétention on insiste beaucoup sur le sel ; en gros c'est qu'il n'y a pas une restriction stricte du sel, mais on explique aux patients comment adapter l'alimentation avec des apports modérés en sel.

Chercheur: très bien.

Pharmacienne : On demande au patient « s'il y a un excès en sel, qu'est-ce qu'on fait après ? Donc on essaie de faire en sorte que le patient puisse doser le sel qu'il prend de manière journalière.

Chercheur: en fonction de son besoin.

Pharmacienne : exactement

Chercheur: c'est vrai que je n'avais pas fait le lien entre... Disons que je n'ai pas vu même ni au CHU ce lien avec la pharmacie dans les services. En Martinique il y a l'atelier sur le sel, mais il est fait par le médecin du service, mais pas encore de lien entre la pharmacienne et le patient directement.

Pharmacienne : alors c'est vrai que moi l'éducation ça me passionne. Je trouve ça vraiment super et la chance que j'ai eue, c'est que quand j'ai fait le DU-ETP et j'ai travaillé sur une séance. Alors je suis

désolée, je ne l'ai pas en couleur, mais sur le suivi et les signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque et en fait l'idée du DU-ETP c'était de mettre en place cette séance-là, et ça m'a permis de venir dans l'unité, de commencer dans l'unité.

Chercheur: pendant le DU ETP ?

Pharmacienne : oui le DU ETP

Chercheur: que vous avez fait ici ?

Pharmacienne : oui exactement

Chercheur: d'accord ! j'y ai assisté la semaine dernière.

Pharmacienne : donc dans la séance j'avais travaillé avec deux autres infirmières qui étaient spécialisées en cardiologie. La séance a consisté à trouver des photos pour essayer de faire parler les patients sur l'insuffisance cardiaque. Donc sous forme de photos langage ; c'est la première partie. Et la deuxième partie c'est essayer de leur faire comprendre quelles sont les signes à suivre et leur faire calculer un petit score. Alors je suis désolée parce que je ne l'ai pas en couleurs, mais l'idée c'est ça par exemple ils vont évaluer leur état de fatigue - voilà là c'est leur essoufflement est-ce qu'ils sont essoufflés quand ils montent...

Chercheur: par exemple les escaliers.

La pharmacienne me montre les différentes cartes réalisées pendant le DU ETP.

Pharmacienne : ou quand ils marchent tout simplement ; est-ce qu'ils peuvent monter les escaliers sans essoufflement et est-ce qu'ils peuvent dormir à plat...

Ensuite est-ce qu'ils sont essoufflés quand ils montent les escaliers mais ils continuent à dormir à plat - est-ce que par exemple ils sont fatigués au moindre effort quand ils mettent un habits - est-ce qu'ils sont obligés de mettre des oreillers pour dormir... En fait, ce sont des signes qui permettent d'évaluer le stade d'insuffisance cardiaque et ils doivent cocher 1, 2 ou 3 ou 4. Donc là ça veut dire qu'ils n'arrivent pas à dormir donc ils ont de l'essoufflement même au lit

Donc par exemple ils vont cocher 4 ; ils sont extrêmement fatigués. Ils vont cocher 4 et donc par exemple s'ils ont des œdèmes, ils additionnent leur score et ensuite, ils voient à peu près où ils se situent et du coup quelles sont les mesures à mettre en place.

Chercheur: donc cet outil a un double intérêt ; pour vous et pour le patient. Parce qu'effectivement ça l'interpelle ...il monte les escaliers et il n'arrive pas, donc ça vous permet également d'évaluer son état de santé. A mon avis, lui aussi ça lui permet de connaître les signes qui lui sont propres astuces et ainsi mettre en place des actions adaptées.

Pharmacienne : alors cet outil c'est exactement ça l'idée ; c'est que le patient puisse s'évaluer chez lui et par exemple qu'il se dise « bon « voilà le cœur aujourd'hui ça fonctionne moins bien, donc je vais contacter mon cardiologue ou je vais contacter mon médecin traitant, parce que j'ai des œdèmes qu'il va falloir adapter ma dose de Lasilix » voilà !

Chercheur: l'idée est que son propre score doit l'interpeller. C'est intéressant !

Pharmacienne : l'idée c'est ça. C'est de rester en alerte et de se dire que je suis mon cœur et comme ça c'est ce qui fait que je vais bien. Parce que l'insuffisance cardiaque ce sont des phases où il y a parfois le patient décompense un petit peu. Donc l'idée c'est de ne pas être hospitalisé c'est de prévenir les décompensations.

Chercheur: et éviter trop de décompensations.

Pharmacienne : alors on avait fait à un moment donné, une séance mais je n'ai pas l'outil, c'est l'une des infirmières qui l'a. C'était un jeu de l'oie. En fait il y avait les médicaments, la diététique, l'évaluation, le mode de vie, et en fonction des couleurs sur lequel ils tombaient, ils avaient une question soit sur le médicament, soit sur la diététique, c'était assez sympa.

Chercheur: et eux devaient réfléchir et répondre ? Par rapport à ce que vous me disiez, ça permet aux patients de s'évaluer à la maison. Quel rapport vous avez justement avec la ville ? C'est-à-dire une fois le patient sortie, ou avec les infirmiers libéraux ou avec les cardiologue de ville, est-ce qu'il y a un lien ?

Pharmacienne : ça dépend, ici dans l'unité déjà ils reviennent régulièrement. On va dire que pendant la première année c'était assez régulier, donc le lien se fait surtout avec le médecin traitant. Certains patients ont des prises en charge avec des infirmiers à domicile.

Chercheur: d'accord

Pharmacienne : A La Réunion, il y a quelque chose qui avait été mis en place par la sécurité sociale qui permettait d'avoir un infirmier à domicile pour la prise en charge des patients en insuffisance cardiaque. Il venait régulièrement faire le suivi tensionnel le suivi du poids voilà.

Chercheur: pendant un temps déterminé, spécifique à La Réunion ?

Pharmacienne : qui était spécifique et donc les infirmiers étaient formés à l'éducation.

Chercheur: par vous, par une équipe ?

Pharmacienne : par exemple moi j'avais travaillé avec une infirmière à domicile qui se formait justement à l'éducation pour pouvoir rentrer dans ça.

Chercheur: ce réseau ?

Pharmacienne : ça s'appelait Prado

Chercheur: ça existe encore? ah oui Prado il est national et effectivement il y avait des départements qui ont adhéré à PRADO.

Chercheur: donc les évaluations une fois que vous avez fait votre séance vous les répertoriez ?

Pharmacienne : oui moi je fais un compte rendu par séance individuelle. Sur l'ETP collectif ; c'est vrai que j'avoue que le suivi j'ai un peu du mal à le tenir, j'ai un tableur Excel où je note les patients avec qui j'ai fait des séances collectives.

Chercheur : en termes de présence?

Pharmacienne : Sur l'unité par contre, on a une fiche de suivi où on notes sur quelle séance on a vu les patients en termes d'évaluation ; on a fait une évaluation récemment avec une interne en médecine et moi-même pour voir un peu au bout de combien de séances, j'avais une évolution sur les connaissances de mes patients.

Chercheur: de manière globale ou collective ou sur un patient ?

Pharmacienne : en fait, il y avait, c'était pour une dizaine de patients ; parce que c'était un gros travail. Du coup j'avais constaté par exemple que pour les patientes qui suivaient moyennement leur traitement et il fallait au moins trois séances pour avoir un impact réellement avec eux . On avait constaté qu'en règle générale on arrivait quand même à améliorer le côté physique, c'est-à-dire qu'on avait une amélioration des paramètres cliniques du patients.

Chercheur: aussi bien au niveau de la biologie que du physique ?

Pharmacienne : voilà exactement ! Alors le suivi de l'insuffisance cardiaque se fait par l'échographie Trans thoracique on avait des facteurs positifs en termes de suivi.

Chercheur: d'accord ! c'est encourageant comme résultat !

Pharmacienne : en sachant comme je vous disais c'est une unité de suivi ; en fait les cardiologues à chaque fois ils réajustent les posologies et donc ils améliorent un petit peu les traitements, ils font les titrations.

Chercheur: d'accord on voit bien effectivement l'aspect médical.

Pharmacienne : si vous voulez on a fait des présentations à l'ARS, je vous enverrai les diapos d'évaluation de l'unité.

Chercheur: je suis preneuse parce qu'on ne voit pas ça souvent, en tout cas même dans les lectures, la pharmacie-l'ETP

Pharmacienne : c'est vrai que le programme n'a pas été déposé avec un parcours défini, mais les séances y sont et voilà !

Chercheur: l'essentiel y est, il existe depuis combien de temps ?

Pharmacienne : l'unité s'est ouverte en 2017

Chercheur: il y aurait matière à faire une évaluation ; qu'est-ce qui bloque par rapport au programme?

Pharmacienne : qu'est-ce qui empêche ?

Chercheur: oui qu'est-ce qui empêche ?

Pharmacienne : c'est un peu comme partout finalement, c'est le temps, les ressources humaines dédiées, c'est quand même lourd de faire un programme validé par l'ARS. Voilà, c'est plus ce côté ressources humaines. Mais on va essayer justement de discuter de travailler sur des séances un peu plus officialisées.

Chercheur: Plus ciblées !

Pharmacienne : on va essayer d'améliorer l'organisation de séances plus formalisée.

Chercheur: d'accord alors je compare un peu au diabète où il y a effectivement des structures, comme la Maison du diabète, est-ce que vous aussi pour les insuffisants cardiaques il y a des structures extérieures ?

Pharmacienne : alors en externe, je sais que nous pour les patients on travaille pas mal avec le centre de rééducation de Sainte Clotilde, et en fait ils ont un pôle d'éducation qui est assez complet. Donc

souvent les patients qui sont déjà vu à Saint Clotilde et ils ont quand même de bonnes bases sur tous les domaines de la prise en charge de la pathologie.

Chercheur: ils sont déjà inclus dans un dispositif.

Pharmacienne : et en plus ils ont le côté éducatif ; c'est à dire la rééducation physique à l'effort. Après en autre structure à part système Prado pas à ma connaissance. Je demande à mon confrère ! Les structures de prise en charge de l'insuffisance cardiaque en extérieur type association il y en a à la réunion ou pas » ?

Réponse du confrère : « non... on a émis un peu l'idée on a évoqué à moment donné pourquoi ne pas créer une association..... ce n'est pas simple, c'est beaucoup de temps, les patients sont très dissipés en plus ».

Chercheur : justement par rapport à ça vous sentez la motivation des patients ? Il y a une association de patients insuffisants cardiaques ?

Pharmacienne : non, il n'y en a pas.

Chercheur : quelquefois ça impulse un peu.

Pharmacienne : à la Martinique il y a ce type de prise en charge aussi ? Enfin je ne connais pas du tout la prévalence de l'insuffisance cardiaque.

Chercheur : c'est sensiblement la même. Il y a au niveau du CHU un programme pour les insuffisants cardiaques". Dans le programme il y a la partie sel, il y a aussi la partie atelier et physio pathologie ; la partie médicaments avec les infirmières quelques fois le médecin, mais il n'y a pas ce zoom là, fait par le pharmacien.

Pharmacienne : et oui je crois que c'est personne dépendante, je pense.

Chercheur : oui tout à fait ! Mais je trouve que c'est une plus-value en tout cas aussi bien pour le patient, l'infirmière n'a pas le temps...

Pharmacienne : c'est vrai. Les infirmières souvent quand elles n'ont pas beaucoup de temps elles me disent « *bon bah là le patient je crois qu'il y a un problème d'observance si tu peux passer un petit peu plus de temps avec lui...* ». C'est vrai qu'elles abordent d'autres aspects, du coup que je n'aborde pas forcément non plus, assez complémentaire, je pense.

Chercheur : tout à fait complémentaire et nécessaire.

Par rapport à l'association, oui il y en a une et qui reste sur des activités, il n'y a pas le lien avec l'hôpital. Il y a aussi Prado ça ne fait pas longtemps c'est national, donc depuis à peu près 1 an ½, je ne sais pas du tout comment ça fonctionne.

Pharmacienne : du coup vous sur votre thèse quel va être l'objectif

Chercheur: alors l'objectif c'est que je vais cibler les diabétiques de type2 et voir comment tenir compte de la culture des personnes dans l'ETP. Pour le moment ce n'est pas le cas. L'objectif est de créer des outils par rapport au créole. Parce qu'il y a une partie de la population qui ne parle pas français. Étant donné que la prévalence en diabète ça continue de croître, il s'agira de rendre l'ETP accessible à toutes les couches de la population.

Pharmacienne : là vous prenez des informations pour avoir des idées pour créer cette structure en Martinique c'est ça ?

Chercheur: entre autres, il y a ça, la problématique de formation en ETP, si justement on veut rendre l'ETP accessible au plus grand nombre, il faudra intensifier la formation continue des professionnels.

Pharmacienne : alors nous ici on a un DU qui est très bien, qui s'appelle le DU d'ethno pharmacologie. Je n'ai pas encore eu le temps mais je pense que je le ferai prochainement. Il paraît qu'il est super intéressant, et il parle de toutes les cultures, nous c'est réunionnais il y a culture chinoise....les cultures créoles, les médecines qui vont autour et il paraît qu'il est super.

Chercheur: je pense que c'est une bonne chose d'aboutir à ça. Je ne dirais peut-être pas un DU mais par exemple les internes sont de passage ou bien vous qui arrivez pour vous s'installer, qu'il y ait ce petit module là de quelques heures, pour leur permettre de connaître la culture, le contexte ordinaire des personnes qu'ils auront à prendre en charge. C'est un t peu ça le projet.

Pharmacienne : c'est exactement ça ; c'est hyper intéressant. Après ça peut se développer peut-être avec des patients aussi. Comme ça se fait pour l'ETP finalement avec des patients ressources.

Chercheur: et en ville ça se développe j'ai vu que les pharmaciens maintenant...

Pharmacienne : l'éducation en ville ? alors je sais qu'il n'y a pas mal de pharmaciens d'officines qui commencent à se former. J'en ai rencontré par le biais de l'association REUCAT, des pharmaciens d'officine qui font du bénévolat. En pharmacie d'officine même il y a des choses qui se développent,

mais ce n'est pas encore vraiment l'éducation, c'est plus le côté bilan et médication alors on peut y associer un côté éducatif. Mais ils ont du temps dédié pour faire du bilan d'éducation, il faut un point sur le traitement des patients qu'est-ce qu'on peut optimiser avec le patient, avec les médecins, ce sont des consultations qui sans rentrer dans le cadre légal et du coup qui sont prises en charge, mais c'est vrai que pareil c'est le temps.

Chercheur : je vous remercie beaucoup pour cet échange.

Annexe 7 - Atelier ETP psychologue HDS service de diabétologie CHU La Réunion

4 participants tous réunionnais

Numéro 1 = homme de 69 (indien) Numéro 2 = femme de 70 ans (chinoise)

PATIENT 3 = femme de 68 ans PATIENT 4 = femme de 56 ans

Premier atelier de la semaine, les participants se rencontrent pour la première fois.

P1 = Etienne

P2= Minh

P3 = Alice

P4 = Nelly

La psychologue présente le service et son fonctionnement. Elle les informe du déroulement de la semaine ainsi que les objectifs du service.

Etienne : Ça ne fait pas longtemps qu'on a découvert le diabète et je n'ai pas la méthodologie, c'est-à-dire savoir ce qu'il faut faire et comment il faut faire.

Psychologue : donc c'est pourquoi vous êtes ici ?

Etienne : c'est mon cardiologue qui m'a fait venir ici en me disant que je verrai le diabétologue, la diététicienne, tout le monde et on va m'expliquer la traçabilité de vie et bien vivre avec mon diabète

Psychologue : Vous avez bien résumé

Etienne : il y a une semaine de ça, à la maison on mange vers 7h le matin et on met le « diabète » (il parle de l'insuline) vers neuf heures donc ça sert à rien. La rapide (insuline) est déjà évacuée lorsque vous mangez deux heures plus tard. Nous avons une manière de vivre à la créole avec le riz, le cari⁸² vers neuf heures tout le monde vient manger ensemble, mais quand l'infirmière a fait d'insuline depuis sept heures donc jusqu'à neuf heures le rapide c'est fini.

Psychologue : vous êtes rentrés directement dans le vif du sujet.

Etienne : La semaine dernière j'ai fait une grosse crise, cinq médecins se sont déplacés à la maison et à 23h j'étais déjà au bloc opératoire. J'ai été opéré au niveau du cœur. Il y a trois vaisseaux bouchés dans le cœur et on ne peut plus déboucher le troisième.

Psychologue : pour vous ce sont les complications du diabète ?

Etienne : mais je n'ai jamais été malade Madame. Mais à 2004 j'ai fait un AVC et il me restait 1 % de vie

Minh : vous ne prenez pas votre traitement ?

Etienne : moi je bois deux à 3 l d'eau par jour et je ne bois pas d'alcool

Minh : C'est du thé le matin

Etienne : moi je ne bois pas du thé, c'est du café le matin

Minh : mais vous pouvez changer

Psychologue : voilà je vous présenter le service et son fonctionnement, pour vous dire que pendant toute la semaine, vous avez une équipe à votre disposition. Aujourd'hui lundi avec moi vous allez pouvoir expliquer pourquoi vous êtes hospitalisés, pourquoi vous êtes là aujourd'hui. L'idée c'est quand vous sortirez vendredi que vous soyez bien informés sur votre maladie.

Etienne : au moins que ça serve à quelque chose

Psychologue : voilà oui ! il y a toute une équipe à votre disposition, des infirmières, une diététicienne, une podologue et les médecins.

Etienne : on va dire quatre ans et diabétique avec insuline depuis un mois ou bien deux ou trois mois pas plus

Psychologue : avant ça a été quel type de problème?

Etienne : avant on est en activité on ne sent pas la fatigue. J'ai une entreprise depuis 49 ans dans toute l'océan Indien, l'Afrique, Madagascar, Mayotte, la Réunion, on fait tout. Par exemple en 1997 j'ai pris 89 fois l'avion en une année vous vous rendez compte ?

⁸² Le "cari" est le plat traditionnel de la cuisine réunionnaise qui se compose d'une viande ou d'un poisson, accommodé essentiellement avec des tomates, des oignons, du [curcuma](#), le [safran péi](#), et parfois du gingembre et bien d'autres épices (ail, thym, sel, poivre...).

Alice : Ça fait beaucoup de stress

Etienne : oui beaucoup de stress et en plus on a appris tout sur le tas et on a développé. On a voulu grandir volontairement au-delà de la normale. Aujourd'hui on fait partie de grands groupes nationaux. Et avec ces gens-là on a un train de vie très bouleversant. Et moi Madame je n'ai jamais été à l'école.

Psychologue : mais vous êtes allé à l'école de la vie.

Etienne : oui j'ai appris tout sur le tas

Alice : vous travaillez toujours ?

Etienne : non je suis dans le groupe de la société mais je ne travaille plus (il donne des détails sur l'entreprise)

Psychologue : mais du coup vous n'avez jamais du temps pour vous ?

Etienne : non. Je n'avais le temps ni pour mes enfants, ni pour ma famille, que mon travail. Ma femme était puéricultrice quand je l'ai épousé, je lui ai dit que la meilleure puéricultrice qu'elle sera, c'est de s'occuper de mes enfants. Donc elle a arrêté de travailler. Elle a très bien travaillé parce que ma fille à 17 ans était à l'ENA

Psychologue : C'est une fierté pour vous

Etienne : oui mais elle a bossé

Psychologue : maintenant c'est le moment de vous occuper de vous

Etienne : oui je suis aux petits soins, tout le monde s'occupe de moi

Minh : ils ont raison

Psychologue : et vous ? vous prenez du temps pour vous ?

Etienne : j'essaye. Comme mon épouse est handicapée. La vie ne m'a pas fait que des cadeaux. On peut vivre librement quand on a les moyens, on a de l'argent mais ce n'est pas ça la vie. Si Dieu arrive maintenant il vous demande de choisir entre 100 millions et la santé ; ben vous choisissez la santé. L'argent c'est pour les impôts.

Psychologue : Et maintenant qu'est-ce que vous attendez de cette semaine ?

Etienne : que vous et l'équipe me donniez la meilleure manière de vivre sans discrimination. C'est-à-dire vous me dites il faut manger le gratin de citrouille par semaine, Je mange, vous me dites de manger un gratin chou chou, je mange, un cari chou n'importe quoi...

Psychologue : c'est la diététicienne qui va vous parler de l'alimentation

Etienne : j'ai un ami qui est diététicien, c'est lui qui me conseille de manger telle ou telle chose

Psychologue : l'idée c'est de partir de ce que vous aimez

Etienne : vous pouvez me donner du caviar tous les jours, je peux manger mais si c'est pour mal mangé ça ne sert à rien

Psychologue : est-ce que vous marchez un peu ?

Etienne : je suis très fatigué ; là je ne peux plus marcher, j'ai perdu toutes mes forces. Je n'arrive même pas à porter 10 kg parce que le cœur influence sur mon état général

La psychologue passe la parole à une autre patiente

Psychologue : là maintenant on va écouter Madame. (patiente N°2). Le diabète c'était comment pour vous ?

Minh : mon diabète ça fait à peu près quatre ans qu'on l'a découvert

Psychologue : comment vous le vivez ?

Minh : Mon mari m'emmenait souvent à Hong Kong et je n'ai pas toujours suivi mon traitement

Psychologue : rire. C'est la faute de votre mari ?

Minh : oui parce que j'étais en France Je me suis marié à l'âge de 15 ans et après mon mari a voulu m'amener à Hong Kong. Les enfants ne voulaient pas disant que j'avais déjà trop travaillé (la patiente raconte un peu son vécu comment il s'est marié selon la culture chinoise. Elle parle de sa vie, du labeur et pas trop aisé, puis une vie de commerçante, et ses difficultés d'avoir des enfants, puis la naissance de ses six enfants)

Psychologue : et le diabète comment il est arrivé il y a 4 ans ?

Minh : eh bien dans le commerce on ne mangeait pas à l'heure. Le soir je ne mangeais pas trop, comme ça parfois une petite soupe de maïs, ou du poisson, ou deux petites cuisses de poulet, mais je ne mangeais pas trop. Je cuisinais plutôt pour mes enfants et mon mari. Mes deux passions la cuisine et la marche.

Psychologue : vous marchez beaucoup ?

Minh : à oui beaucoup. Mes quatre filles habitent sur le même terrain et mon mari habite plus loin. Parfois je garde les petits enfants. J'habite plutôt chez mes filles et parfois quand mon mari appelle il leur dit rendez-moi ma femme, je suis tout seul (rire)

Mes filles disent on va garder Maman jusqu'à ce que son diabète soit bien rétabli.

Psychologue : et quand vous voyager là-bas vous ne pouvait pas prendre vos médicaments ?

Comment ça se passe ?

Minh 2 : Ici la pharmacie ne me donne pas en grande quantité ils me disent de prendre le reste en Chine mais à Hong Kong mais ce n'est pas pareil.

Etienne : Moi je voyage beaucoup à Pékin à Hong Kong un peu partout dans le monde et les médicaments ce n'est pas pareil et quand je voyage pour moi c'est secondaire. Je mange, je vis, je bois.

(Patient 1 et patient 2 engagent la conversation et échangent sur leurs différents voyages)

Psychologue : ça veut dire que vous n'allait plus voyager ?

Minh : oui je suis allée dernièrement en France à Paris et à Bordeaux

Psychologue : ça s'est bien passé ?

Minh : oui j'avais mes petits-enfants qui sont là-bas en étude. Mais du coup on mange, on mange, on ne mange pas à heure fixe. C'est ça qui est mauvais, en plus il y a le décalage horaire. Quand je suis arrivée c'était bon et après ça a augmenté d'un seul coup. Après j'ai vu ma petite fille qui est docteur, et après elle m'a hospitalisée.

Psychologue : mais il y a des gens qui voyagent et qui arrivent à prendre leurs médicaments

Etienne : mais ils vivent d'une autre manière Madame. Ce ne sont pas des personnes d'affaires. Nous tous les jours c'est restaurant, c'est des déjeuners d'affaire. Ce sont des personnes sociables (rires) Par exemple à Las Vegas il n'y a pas de jour, il n'y a pas de nuit, on vit toute la nuit.

Psychologue : du coup votre mode de vie est incompatible avec la maladie ?

Minh : quand je vais dans les restaurants japonais parfois je demande deux brocolis échaudés avec un petit peu de citron, ils trouvent ça drôle. Ils me disent il faut manger. Je prends du poisson à la vapeur ou un peu de pommes de terre

psychologue : vous avez déjà vu une diététicienne ici ?

Minh : oui Ici et puis chez mes enfants

Psychologue : qui a eu l'idée de vous hospitaliser ici ?

Minh : c'est pour un contrôle, parce qu'après le diabète attaque le foie

Psychologue : oui en fait vous ce n'est pas un diabète de type 2, c'est un autre problème ?

Minh : oui mais mes parents du côté de mon père ils étaient tous diabétiques. Mais mes parents sont chinois, les Chinois ils mangent beaucoup

Psychologue : il y a beaucoup de personnes qui mangent beaucoup et qui ne sont pas diabétiques

Minh : oui c'est vrai

Psychologue : c'est une manière de vous dire que le diabète ce n'est pas le fait de manger beaucoup

Etienne : le diabète c'est une question d'alimentation mais eux ils ne mangent pas d'huile, très peu d'huile la plupart des repas ils les fonds avec 5 % d'huile à 95 % d'eau

Psychologue : en tout cas pour Madame ce n'est pas un problème d'alimentation ? vous alliez dire ?

Une autre patiente prend la parole

Alice : moi je suis diabétique depuis 35 ans

Etienne : combien ?

Alice : 35 ans

Etienne : vous vivez avec ?

Alice : oui et très bien

Etienne : est-ce qu'il y a une durée de vie pour le diabète ?

Psychologue : On va l'écouter

Etienne : comment vous vivez madame ?

Alice : C'est lors d'une prise de sang chez mon médecin traitant, il m'a donné des comprimés et après j'ai été hospitalisée, on m'a mis sous insuline. Et je vis normalement. Il n'y a pas longtemps j'ai passé

deux mois en métropole, je suis mon traitement

Psychologue : vous avez des activités ? Vous marchez beaucoup ?

Alice : oui

Etienne : vous n'avez pas de complications

Alice : non, non

Etienne : moi mes complications c'est le cœur

Alice : moi quand je fais un poulet j'enlève toute la peau, toute la graisse

Minh : moi aussi

Alice : Je ne mange pas de graisse

Etienne : moi je mange tout moi

Rires

Psychologue : vous êtes trop gourmand c'est ça votre souci (rire)

Psychologue : qu'est-ce que vous faites d'autres comme menu ?

Alice : Je cuisine beaucoup à la vapeur, mais je ne mange pas beaucoup

Psychologue : vous êtes là pour la pompe ?

Alice : Oui ; *Elle montre la pompe et explique le fonctionnement*

Etienne : Demande des détails sur le fonctionnement de la pompe

Alice : j'ai également un capteur pour faciliter la surveillance de la glycémie sans me piquer le bout du doigt

Elle leur fait une démonstration en passant le lecteur sur le capteur

Psychologue : on vous l'a posée à domicile ou à l'hôpital ?

Alice : ici ce matin

Psychologue : comme ça cette semaine vous apprendrez à bien manipuler la pompe

Etienne : sans indiscretion vous avez quel âge madame ?

Alice : 68 ans

Minh : j'ai mon employée, sa maman a à peu près 50 ans de diabète et elle mange du tout, elle peut manger même un poulet entier. Mais elle suit bien son traitement.

Etienne : Je mange du porc, du lapin (il raconte un peu sa vie, il parle de son entreprise, de ses enfants ...)

Les patients discutent de nourriture, de recettes de cuisine...

Psychologue : Et vous Madame ?

Nelly : Je suis diabétique de type1 depuis un an. Ça a été découvert par hasard. J'étais chez moi j'ai eu un malaise je me suis sentie fatiguée étant donné que je suis très anémiée, j'ai mis ça sur le compte de l'anémie. Après j'ai eu un malaise mon mari m'a emmenée aux urgences. C'est là qu'on a diagnostiqué un diabète de type1. Moi je ne mange pas des trucs sucrés comme du coca. De temps en temps, je prends un petit jus de fruit pressé, mais c'est exceptionnel, surtout le week-end ; parce que la semaine je travaille et je n'ai pas le temps de prendre un petit déjeuner, je prends quelque chose sur la main. Sinon pas de coca, pas de limonade, pas de tout ça. Je ne suis pas non plus de gâteau. Je suis plus salée. Pas trop de graisse. Je suis de nature sportive, je fais beaucoup de randonnées, beaucoup de marches dans La Réunion ; avant je courais. Et ça ne m'a pas empêché d'avoir ce diabète. Au départ c'était un choc pour moi. Parce que je me suis dit malgré tous les efforts que je fais, je fais attention à l'alimentation, je mange beaucoup de poissons, pas trop de viande, beaucoup de légumes. Par exemple au travail pour le midi, je vais préparer de la salade et le riz, le soir à la maison et pas trop de viande. Et là on m'a dit que je n'avais pas à culpabiliser, parce que c'était pour moi un choc de découvrir que j'avais le diabète. Ma façon de manger n'y était pour rien, mais c'est mon pancréas qui ne fonctionne pas du tout.

Etienne : mais on remplace maintenant ?

Nelly : oui j'ai entendu qu'on a tenté récemment

Psychologue : on va vous expliquer tout ça lors des prochains ateliers

Nelly : donc je suis passée sous insuline avec la rapide trois fois par jour et la lente le soir. J'ai eu du mal à accepter au départ. Je me suis dit pourquoi Moi ?

Etienne : moi ça fait pareil, ça fait un mois que j'ai de l'insuline, alors que je prenais un comprimé tous les jours depuis longtemps. Il y a un ami à moi qui m'a dit qu'il vaut mieux passer à l'insuline sinon dans 1 an ou 2 ans ça va être dialyse direct.

Nelly : moi je ne prends pas de grosses doses d'insuline, le matin c'est 1,5 unités, le midi je mets 2 unités, le soir je mets 3 ou 4 unités.

Etienne : et la lente vous mettez combien ?

Nelly : la lente je suis à 15 unités mais c'est comme Madame j'ai mis une pompe à insuline en octobre. Il y a 15 unités d'insuline donc il y a un peu toutes les heures. Le mien il est posé sur le ventre et ça ne se voit pas. Je me mets en pantalon et ça ne se voit pas. Et c'est plus pratique quand on sort, aussi pour le métier que je fais. Je travaille avec le public, donc quand je me scanne, quand je dois me piquer des fois il y a des gens et ce n'est pas très pratique. Donc je prends mon petit appareil les gens ils ne savent même pas ce que c'est. Comme ça c'est discret.

Psychologue : et c'est mieux avec la pompe ?

Nelly : oui ça a changé ma vie. Et depuis ça mon diabète est plus équilibré ; depuis la pose de la pompe à insuline.

Psychologue : vous en pensez quoi de la pompe ?

Nelly : eh bien j'aurais dû le faire depuis longtemps. Mais on ne me l'avait pas proposé. Je n'ai pas hésité une seconde ; le médecin m'a donné des explications

Etienne : et comment est la pompe ?

Nelly : explique le dispositif et le fonctionnement de la pompe et du capteur pour la surveillance de la glycémie, et le principe des bolus. Avec le recul je me suis dit qu'il y a pire comme maladie. J'ai appris à vivre avec le diabète. Par exemple je suis une grosse dormeuse, le soir je dors et c'est mon mari qui scanne pour contrôler la glycémie. Il a peur. Il me surveille et si le résultat est à 0,80 il me dit il faut mettre de l'insuline. Avec la pompe j'ai continué mon travail normalement ; ça ne me pose pas de soucis particuliers et je voyage.

Psychologue : alors en voyage ?

Nelly : j'ai prévu au mois de février de passer une semaine en Malaisie et une semaine au Vietnam. Je suis déjà allé en Birmanie, mais je n'avais pas la pompe au mois de juin, j'ai emmené mes stylos et ça s'est bien passé. Et avec la pompe je ne m'inquiète pas

Alice : même dans l'avion ça ne pose pas de problème

Etienne : n'importe où.

Psychologue : pas de complications ?

Nelly : un peu de de tension mais je surveille

Etienne : hypertension ?

Nelly : elle est stable mais ça arrive des fois où ça monte un peu ça fait plus de 10 ans

Psychologue : Vous avez un traitement ?

Nelly : oui j'ai mon traitement à vie. Je suis suivi par un cardiologue

Discussion entre les patients : ils parlent de la tension, des traitements et aussi de leur l'alimentation

Psychologue : quand vous verrez la diététicienne elle vous dira tout ce qu'il faut faire, ce qu'il faut manger et vous lui poserez toutes les questions sur l'alimentation. Je lui laisse cette partie.

Les participants poursuivent leurs discussions sur les repas sur leur alimentation

Psychologue : C'est pour cette raison qu'il faut voir avec la diététicienne par rapport à votre situation et où vous en êtes pour votre alimentation

Nelly : Je comprends ce qu'il dit c'est un bon vivant, il aime manger. Manger pour lui c'est du plaisir

La discussion autour de l'alimentation se poursuit entre les participants chacun donne des recettes chacun parle de ce qu'ils mangent, de ce qu'ils aiment, de ce qu'il ne mange pas

Psychologue : vous discuterez de tout ça avec la diététicienne.

Psychologue : et vous quelles sont vos motivations ? J'entends que vous êtes un bon mangeur que vous aimez la vie. Comment vous pouvez concilier tout ceci aujourd'hui. L'idée ce n'est pas de vous empêcher de manger ce que vous aimez.

Etienne : il faut créer des barrières sinon on ne sort jamais et cette saloperie va continuer à grandir à grossir

Psychologue : et vous vous n'avez plus envie de le nourrir aujourd'hui ? Vous voulez dire stop ? Vous avez assez profité de certaines choses ?

Etienne : Je n'ai plus envie de vivre des choses brutales ; mon organisme m'a rappelé à l'ordre maintenant c'est bon. J'aimerais partir en suivant les conseils.

Psychologue : c'est pour ça que vous êtes là cette semaine

Etienne : oui je suis là cette semaine pour voir comment changer. Par exemple vous me dites manger 300 g de ceci, de morceau de pain... donc je sais que c'est bon et que le diabète n'aura pas d'incidence.

Psychologue : tout ceci vous le verrez avec la diète

Alice : il faut éviter trop de gras

Etienne : je ne mange pas trop de gras. Mais quand vous prenez un rougail saucisses c'est gras ?

Minh : il faut prendre des saucisses maigres

Etienne : mais ce n'est pas tout le temps, une fois par semaine

Psychologue : revenons sur vos motivations. Alors comment vous pouvez faire pour vous éviter de grignoter ?

Nelly : vous pouvez prendre des cacahouètes au lieu de grignoter

Etienne : Il faut faire des sacrifices. J'ai un ami qui m'a dit qu'il y a un type de chewing-gum que vous pouvez mâcher et ça vous évite de grignoter

Minh : Oui c'est vrai

Psychologue : **qu'est-ce que vous pouvez faire d'autres?**

Etienne : à la maison il y a une dépendance mais cette dépendance est bourrée de toute choses à manger

Nelly : Mais il ne faut plus acheter Monsieur

Etienne : mais il faut bien se nourrir et finir ce qu'on a la
Rire

Minh : c'est pour les enfants

Etienne : ma fille a 44 ans, mon fils a 43 ans ils habitent chez moi

Nelly : moi je n'achète pas ; quand je fais mes courses j'ai ma petite liste et j'achète ce qu'il y a sur la liste

Etienne : pour ne pas être tenté ?

La discussion reprend entre les participants par rapport à l'alimentation, aux menus aux achats aux pratiques de courses

Psychologue : la diététicienne vous dira tout ça par rapport à votre poids, par rapport à votre taille, par rapport à votre traitement, par rapport à ce que vous mangez aujourd'hui ; elle vous donnera chacun des conseils les informations en fonction de votre besoin

Etienne : moi j'ai besoin de reprendre des forces

Psychologue : Vous avez parlé de stress ; qu'est-ce que vous faites quand vous êtes stressé ?

Nelly : je fais de la marche, ensuite je fais du vélo, je sors ; je ne reste pas à la maison. Je suis quelqu'un de très maniaque. Avant je faisais moi-même mon ménage, quand j'arrivais chez moi il fallait que tout soit nickel. Ça a changé depuis que j'ai été malade ; j'arrive même s'il y a un peu de poussière ce n'est pas grave. Je me change j'enfile mes baskets et je vais marcher, je cours.

Psychologue : Et quand vous rentrez vous êtes comment ?

Nelly : et bien je suis bien dans mon corps, bien dans ma tête

Etienne : et le yoga c'est bon ?

Nelly : oui le yoga c'est bon

Etienne : Je vais partir en Inde bientôt et je ferai du yoga

Minh : je fais du yoga à la maison parce que l'infirmier qui vient à la maison fait aussi du yoga. C'est bien ; j'aime bien

Psychologue : ça vous fait du bien ? Et qu'est-ce qui vous fait du bien encore ?

Qu'est-ce que vous aimez faire au quotidien pour vous changer les idées

Minh : je marche

Nelly : je fais aussi du jardinage chez moi, j'ai des plantes aromatiques. Je m'occupe de mes fleurs

Minh : ma fille a un grand terrain avec des fleurs quand je vais chez elle j'arrose les Anthurium des orchidées ça m'occupe

Etienne : oui il faut créer des activités

Nelly : Et même parfois j'arrive à la maison je suis épuisée mon mari me dit « laisse je vais faire pour toi » ; je lui dis non c'est mon moment à moi pour me détendre et de me déstresser. Il me dit « OK si ça te déstresse vas-y »

Minh : il y a verveine, citronnelle, du Jappanna tout ça peut déstresser

Etienne : citronnelle avec feuille de cerises, feuille citron. Mais seulement aujourd'hui il faut que je trouve la meilleure manière de mieux vivre. Comme ça, quand je voyage même s' il y a toutes sortes de plats, je prends un peu moins. Même si je goûte à tous, je prends un petit peu. C'est ce qu'il faut faire au lieu de prendre toute la formule. Avant tous les midis j'étais au restaurant. 7 fois par semaine au restaurant

Nelly : Au restaurant c'est gras

Etienne : Moi j'ai toujours tout goûté, je mange de tout et là maintenant je paye les conséquences et un jour je vais payer cash

Psychologue : Ce n'est pas trop tard pour avoir une bonne hygiène de vie

Etienne : De plus aujourd'hui je n'ai plus de force. Dis-moi qui tu fréquentes je te dirai qui tu es ça c'est vrai.

Alice : 1 fois j'étais chez le kiné après la kiné je rentrais chez moi je me suis sentie mal. Je suis rentrée dans un supermarché, j'ai acheté un menu, je me suis installée, mais le repas était trop trop trop gras ; donc je n'ai rien mangé et je me sentais toujours mal je suis rentrée, j'ai acheté une tablette de chocolat, j'ai mangé la moitié et après ça a été mieux. Je ne peux plus manger des repas gras.

Etienne : On peut comprendre votre maturité, 35 ans que vous vivez avec le diabète. La méthodologie est dans votre tête Madame.

Rires

Etienne : Vous savez qu'il vous fallait manger du chocolat si quelqu'un ne connaît pas, elle mange du sorbet, du gâteau, autre chose, n'importe quoi. Alors que vous depuis tout ce temps-là maintenant vous connaissez toute la méthode.

Psychologue : et vous faites quoi pour vous déstresser ?

Alice : je marche, J'écoute de la musique

Psychologue : vous danser en même temps ?

Etienne : La musique c'est psychologique c'est dans la tête

Alice : Je fais de la méditation. Je lis la Bible. Ça donne la force

Minh : Moi aussi toute la journée je suis là-dedans

Etienne : Oui, oui et ça vous permet de voir loin. Un peu plus que le bout du nez (rires)

Etienne : et vous vous êtes une dame d'où ? Avec un nom comme ça vous ne venez pas d'Italie

Il s'adresse à la psychologue

Psychologue : Non d'Espagne

Etienne : Parle de son entreprise et de ses différentes connaissances et des lieux visités

Psychologue : Et qu'est-ce que vous faites pour occuper votre temps ?

Etienne : Je suis à la maison, je vais dans le jardin, Je n'ai plus d'enfants, j'ai une grande maison, un grand terrain, je fais le tour de la maison, je passe par ici, je cueille un citron dans la cour. C'est tous les jours comme ça, et demain pareil, après-demain pareil.

Psychologue : vous manquez d'échange peut-être ?

Etienne : En plus je n'ai plus de force, mes amis me connaissent plus

Nelly : Il faudrait vous occuper, faire partie d'une association

Etienne : Je ne conduis plus parce que je peux faire un malaise. Je peux renverser quelqu'un ou tuer quelqu'un inconsciemment, et je serai toute la vie encore avec cette cicatrice indélébile.

Quelquefois je vais sur le terrain de foot, je marche un peu mais je ne tiens pas longtemps.

Aujourd'hui ce qui me perturbe la vie, c'est que pendant trop longtemps j'ai eu un mode de vie ; je me réveille à 5H, je bois mon café, 6h15 mon bureau est déjà ouvert et 7H les ouvriers arrivent et après je fais ma tournée. Ma tournée varie entre 350 km et 400 km par jour. À midi je mange au restaurant avec des amis, le soir arrivé à la maison, j'emmagasine encore et ainsi au fur et à mesure. Mon papa est mort à 95 ans et à 90 ans il n'avait rien. À 95 ans il est mort du diabète

Psychologue : votre papa ? Il a bien vécu

Etienne : Mon arrière-grand-père est mort à 97 ans. Mais ces gens-là mangeaient bio le plus possible ; il y avait la volaille devant la porte, les légumes dans le jardin tout est bio. Et ils marchaient beaucoup à pied

Psychologue : Vous parlez à vos enfants de votre diabète ?

Etienne : oui

Nelly : oui j'en parle à mes collègues. Parce que j'ai du glucagon dans un petit frigo à mon bureau ; le médecin m'en a prescrit j'ai appelé les collègues je leur ai montré comment l'utiliser au cas où j'ai un malaise. J'ai expliqué au cas où il m'arriverait quelque chose. Dans le travail que je fais, je travaille beaucoup avec des étudiants. Je connais des étudiants qui sont diabétiques aussi donc j'en parle, je discute. Au début je n'en parlais pas.

Psychologue : vous aviez du mal à en parler ?

Nelly : oui ! mais là maintenant ça fait partie de ma vie. J'ai deux fils ; un qui vit ici et l'autre qui est en France donc j'en parle avec mes enfants et parfois ils m'appellent ; ils me disent maman tu en es où avec ta glycémie avec ton diabète ? J'en parle facilement.

Etienne : A mon idée, il ne faut pas faire un drame avec cette maladie. Il faut vivre avec.

Psychologue : Et vos enfants qu'est-ce qu'ils en disent ?

Etienne : Ils ont bien compris. Et ma fille qui habite à côté de chez moi tous les jours elle vient me voir pour vérifier mon carnet, combien de grammes j'avais le matin et le soir ; « *nou la pa pris on la pri médicament*. Ils ont bien compris. Quand elle arrive le dimanche matin, elle prend la boîte, elle prépare matin midi soir et pour toute la semaine. Le week-end tout le monde, toute la famille parce que j'ai aussi deux petits-enfants, tout le monde ils viennent à la maison on mange ensemble. Celle-là fais un gâteau, l'autre fait un pâté...

Psychologue : c'est votre moment de retrouvailles ?

Etienne : oui nous avons une grande case. Parce que quand j'ai acheté la maison, je comptais avoir beaucoup d'enfants. Rires

Etienne : Quand j'ai raconté ça à mon médecin, il m'a dit que je viendrai ici pendant une semaine que je vais voir tout le monde et on va me donner une sorte de traçabilité de mon diabète. Après on peut exagérer, on peut suivre où on ne pas suivre mais n'empêche c'est pour votre santé même

Psychologue : c'est aussi un moment de partage et d'échange

Etienne : oui, oui chacun apporte sa pierre. Regardez Madame a raconté sa vie comment il était et vous avec la vôtre, elle avec la sienne

Nelly : Moi j'ai été arrêté pendant trois mois, mais après j'ai voulu reprendre mon travail parce qu' au contraire dans le travail moi j'oublie et je vis normalement. Au début j'ai oublié qu'il fallait prendre l'insuline. Je mangeais et après je disais que j'ai oublié de faire ma piqûre ; ça m'arrivait souvent au début. Après ça devient une habitude.

Etienne : Le diabète ce n'est pas une malédiction

Psychologue : Est-ce qu'il y a quelque chose dont vous aimeriez parler ?

Etienne : Non c'est plutôt vous à vous de nous le dire

Rire

Etienne : Oui des choses à nous faire comprendre

Etienne : Est-ce que psychologiquement on arrive... Parce que ce n'est pas une malédiction le diabète, c'est une maladie comme l'asthme pour autre chose. Parce que dans certains milieux, les gens ne vous voient pas exactement pareil. Moi je le ressens dans un milieu pas trop mondain on arrive parfois... Mais pourquoi ils n'étaient pas comme ça avant que ça ne m'arrive. Parce qu'ils savent que je suis malade

Nelly : ils veulent prendre soin de vous ; c'est simplement il y a une petite attention pour vous

Etienne : Par exemple papa assied toi à côté des enfants. Psychologiquement ça fait quelque chose

Psychologue : ça vous diminue ?

Etienne : Oui. On sent qu'on a travaillé avant et on en arrive là. Vous voyez. Je pense peut-être que ce n'est pas vrai. Peut-être que c'est exagéré mais je pense comme ça. Je suis allé à une cérémonie hier. Quand la cérémonie est finie, au moment où on s'est garé au moment de rentrer à table, il y avait une table exprès pour les anciens comme nous et on me dit là-bas c'est pour Tonton. Vous voyez ! Je n'ai rien dit J'ai pris la place qui était désignée pour moi.

Nelly : Plusieurs remarques de la part des participants : c'est que c'était positif, c'est une marque d'attention...

Etienne : Oui mais je connais un peu les gens ils doivent se dire quand on est malade, il est fragile

Psychologue : le regard des autres ?

Etienne : Oui. Et après pour servir le premier c'était moi. Ils m'ont servi en premier. Alors l'âge je ne

sais pas

Psychologue : Et pour vous c'est à cause de la maladie ?

Etienne : Moi j'ai dit peut-être. Et à chaque fois que j'ai l'occasion, vous avez vu, je parle beaucoup, je profite de l'occasion pour faire passer l'information sur cette maladie, parce qu'il y a des enfants qui sont diabétiques, il y a aussi des vieux il y a des moins vieux. Il y a 15 ans, 20 ans à la Réunion ceux qui avaient le diabète avaient 50 ans, 70 ans, 80 ans ; maintenant « marmaille » naît avec diabète. Vous allez me le dire est-ce que le diabète est héréditaire, est-ce qu'on naît avec ?

Psychologue : Est-ce que c'est génétique ? Bah il faudra demander ou poser la question au médecin

Etienne : Oui mais avec l'expérience que vous avez ?

Psychologue : En tant que psychologue ?

On considère qu'il peut avoir une part de génétique mais Je préfère laisser les médecins et les infirmières vous en parler.

Etienne : Comme, par exemple l'appendicite pendant longtemps quand on avait l'appendicite c'était la fin du monde ; maintenant c'est rentré dans les mœurs ; vous avez l'appendicite on vous l'enlève et plus rien. Le diabète peut-être que dans 10, 20, 30 ans on n'aura pas le temps de voir, mais ça va rentrer dans les mœurs pareilles. Parce qu'à La Réunion la moitié de l'île est diabétique, ce n'est pas deux ou trois. Pour l'instant dans certaines familles parmi les Indiens, il y a une certaine réticence. Mais j'essaie de leur faire comprendre que ce n'est pas parce que quelqu'un a le diabète, s'il boit dans un verre on ne peut pas boire dans le même verre

Chercheur : vous vivez cette réticence par rapport au diabète ?

Etienne : Oui on a peur, il y a tout ça

Psychologue : vous ne savez pas si c'est pareil dans les autres cultures ?

Etienne : Je ne sais pas, je ne les fréquente pas. Je préfère dire ce que je sais. Par exemple ma grand-mère qui vient de l'Inde, elle n'aimait pas les gens qui avaient les cheveux crépus. Si quelqu'un vient chez elle avec les cheveux crépus, si cette personne boit dans un verre, après elle va jeter le verre.

Minh : Ah bon chez nous ce n'est pas comme ça.

Etienne : Et pourtant c'était des gens riches. Ils choisissaient des assiettes pour donner à ces gens-là à manger, et quand ils ont fini elle lave les assiettes et les range dans le placard pour la prochaine fois quand ces personnes reviendront.

Psychologue : et c'était dans toute cette culture là que l'on retrouve ça ?

Etienne : Oui

Psychologue : et vous vous le ressentez-vous ?

Etienne : Oui je dis que ça se manifeste encore. Des fois c'est dans la tête que ça se passe

Psychologue : peut-être parce qu'il y a beaucoup de choses qui viennent de l'extérieur parce que vous vous imaginez

Etienne : Oui mais ça vient de l'Inde ça directement

Psychologue : Ce que je veux dire, c'est aussi votre perception des choses.

Etienne : Oui parce que moi, je fréquente beaucoup de monde de haut niveau mais sans arrière-pensée

Chercheur : Est-ce que c'est parce que vous avez fréquenté tellement de personnes différentes, tellement de cultures différentes, ; qu'aujourd'hui dans votre culture ça vous gêne ?

Etienne : Non ce n'est pas ça ! Ces gens-là pensent que vous avez le sida, et si vous avez le diabète pour eux c'est quasiment pareil.

Psychologue : C'est le regard

Nelly : Au début j'ai ressenti le regard. Par exemple quand j'allais au restaurant et que j'étais avec des gens, je me piquais le doigt et les personnes me regardaient comme si j'étais fichée.

Psychologue : C'est la différence simplement. Il peut aussi avoir le regard des autres mais ça dépend aussi comment on le vit soi-même

Etienne : Mais moi je cherche une solution pour aborder

Psychologue : Mais vous voulez quoi ?

Etienne : Moi je vais faire comprendre à l'autre, que ce n'est pas parce que j'ai un diabète que je suis à part.

Nelly : Après on peut dire je suis diabétique

Etienne : Alors il faut mettre une étiquette sur le front ; Ça ne sert à rien. J'essaie de faire comprendre et après il devient un peu plus souple. Mais au début ça arrive comme ça.

Nelly : Peut-être que c'est vrai, au début on a du mal à accepter soi-même

Psychologue : Une fois que vous l'avez accepté vous-même, après le regard des autres ne vous gêne plus.

Nelly : Moi je dis que c'est une maladie comme une autre, et qu'il y en a pire, parce que j'étais en service d'oncologie j'étais allée voir une belle-sœur qui avait un cancer du côlon, elle est décédée. Après et quand j'ai vu les petites « marmailles » rasés tout ça, moi je me dis, mais le cancer c'est pire. Parce que moi c'est un diabète que je peux contrôler si je fais attention.

Etienne : Il y a encore des vieux anciens à La Réunion qui pensent qu'il y a certaines maladies qu'ils ne peuvent pas avoir ; que vous êtes malades, que vous avez ça, qu'il faut vous tenir à l'écart et vivre une autre manière à cause de ça. Moi je dis non ! Je suis comme vous je mange comme vous.

Alice : Il faut leur expliquer

Etienne : Il vous écoute ça rentre par ici et ça ressort par là.

Nelly : On s'en fiche Monsieur

Etienne : Oui, mais je connais, le but ce n'est pas seulement de s'en foutre ; il faut nous faire grandir, il faut que les choses changent avec le temps.

Nelly : Chacun vit sa vie à sa manière

Alice : Vous allez dépenser votre énergie à convaincre des gens qui ne veulent pas comprendre.

Nelly : On peut dépenser son énergie pour les jeunes, mais pas pour les gens qui ne veulent savoir et pas pour des anciens qui ne veulent pas comprendre. Tant pis pour eux, je ne vais pas m'éterniser alors qu'ils sont bornés.

Etienne : Par exemple moi qui suis un chef d'entreprise, Dieu m'a envoyé sur la terre pour former des entreprises, j'ai monté de grosses sociétés qui sont aujourd'hui mes concurrents mais ça c'est mon karma. Dieu m'a donné cette manière-là et m'a envoyé sur la terre pour ça. Je l'ai fait pendant longtemps, jusqu'à maintenant je le fais encore, mais pour moi si je n'ai pas réussi c'est moi qui ne suis pas bon. Ce n'est pas vous qui n'êtes pas bon mais c'est moi qui ne suis pas bon. Il faut une réussite dans la vie.

Psychologue : Votre karma maintenant c'est de vous réussir à prendre soin de vous, de votre santé. Pour bien vivre le reste du temps qu'il vous reste à vivre.

Etienne : C'est pourquoi je pose toutes sortes de questions même des questions bêtes, mais il n'y a pas de question bête. Pour que demain, mes enfants et petits-enfants ne fassent plus les mêmes choses. J'ai bien compris que c'est dans la tête, c'est le moral si ça va après tout va. *(Il raconte son enfance pas toujours facile)*

Psychologue : Vous avez eu une vie bien remplie

Minh : les enfants maintenant ils ont de tout, ils sont gâtés

Alice : Avant on avait le poulet que le dimanche et nous étions nombreux

Etienne : Et la semaine le riz, un peu de Brède⁸³, du grain, du piment ; on était fier, on avait pas morue, poisson, viande etc. C'était que le dimanche et encore le poulet c'était pour les invités et nous on avait la sauce (rire)

Psychologue : Mais à un moment donné vous avez pu manger tout ce que vous vouliez.

Etienne : Ma mère est morte à 98 ans, ce n'est pas un reproche que je lui fais, mais c'était la manière de vivre à l'époque, elle recevait plus les invités que ses enfants mais c'était la vie à l'époque.

Psychologue : Et bien nous avons fini pour aujourd'hui vous allez pouvoir échanger tous vos souvenirs d'antan.

SYNTHESE

Ce que j'ai observé dans ce premier atelier d'ETP

⁸³ Les brèdes font référence à **des feuilles ou jeunes pousses comestibles**, qu'on consomme beaucoup à La Réunion : en fait, elles font partie de presque chaque repas familial.

1) Au niveau des patients

- Cet atelier fait ressortir une forte attente des participants concernant l'alimentation.
- Etienne parle beaucoup plus que les autres, toutefois l'atelier est interactif, parce que les autres participants réagissent à ses propos.
- Tous ne sont pas au même niveau d'acceptation de la maladie

Les représentations qu'ils se font de la maladie, du regard des autres diffèrent

L'activité physique est pour tous la marche et le jardinage

Deux d'entre-deux mettent l'accent sur les croyances religieuses (médication à partir de la bible et Etienne s'appuie sur son Karma fixé par Dieu.

2) De la part du professionnel

La psychologue est à l'écoute et recentre le débat tout en laissant les participants s'exprimer. Parvient à les faire tous s'exprimer.

- Dans son discours on voit la notion d'équipe où chacun a son rôle en fonction de sa discipline.

Exemple :

- o Elle rappelle plusieurs fois aux participants que tout ce qui concerne l'alimentation relève de la diététicienne
- o Concernant la question d'un participant sur la génétique, elle précise que le médecin et les infirmières sont plus à même d'en parler
- o Au début elle a présenté sa fonction mais pas l'objectif de son atelier. A mon avis, c'est pour cette raison que les participants revenaient à chaque fois sur l'alimentation.

L'atelier a duré 1h 19, au bout de 1h 07 la psychologue pose la question suivante :

Psychologue : Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez parler ?

D'où la réponse d'**Etienne** : *non c'est plutôt vous à vous de nous le dire.*

Il ajoute : *oui des choses à nous faire comprendre*

Il poursuit : *est-ce que psychologiquement on arrive... Parce que ce n'est pas une malédiction le diabète c'est une maladie comme l'asthme pour autre chose. Parce que dans certains milieux les gens ne vous voient pas exactement pareil. Moi je le ressens dans un milieu pas trop mondain on arrive parfois... Mais pourquoi ils n'étaient pas comme ça avant que ça ne m'arrive. Parce qu'ils savent que je suis malade.*

C'est à ce moment qu'il s'est senti autorisé à parler de son vécu avec sa maladie.

Et on aperçoit sa souffrance par rapport au regard des autres. Et son « besoin » de voir changer certaines attitudes pas seulement pour lui mais aussi le comportement de la population réunionnaise surtout les jeunes pour adopter des comportements favorables à leur santé. Il a un langage orienté vers la prévention de la santé.

L'atelier arrivant à son terme les autres participants ont exprimé sommairement leur vécu avec la maladie. Les autres vivent le regard des autres différemment :

Nelly : Chacun vit sa vie à sa manière

Alice : Vous allez dépenser votre énergie à convaincre des gens qui ne veulent pas comprendre.

Nelly : On peut dépenser son énergie pour les jeunes, mais pas pour les gens qui ne veulent savoir et pas pour des anciens qui ne veulent pas comprendre. Tant pis pour eux, je ne vais pas m'éterniser alors qu'ils sont bornés.

Annexe 8 - Atelier Insulinothérapie - Adaptation des doses

Éducateur : **Infirmière**

3 patients DT2 insulino dépendants :

1 homme de 70 ans diabète. Découvert depuis 1 an = **P3 Etienne**

1 femme de 75 ans DT2 depuis 35 ans porteuse d'une pompe (autonome) = **P1 Nelly**

1 femme de 80 ans avec à domicile **P2 Minh**

Avant l'arrivée de l'infirmière les patients discutent

Nelly demande à **Etienne** de lui expliquer son Hypo

- Vous êtes par exemple à 0,90 et si vous êtes en dessous vous êtes en Hypo et si vous êtes à 1,80g ou si vous êtes à 2g vous êtes un hyper
- Elle vous demande les signes- comment vous faites pour vous sans savoir que vous êtes en Hypo ?

Etienne : Hier soir par exemple j'avais chaud, j'ai demandé une deuxième couverture et j'avais envie de vomir et j'ai appelé l'infirmière il m'a dit que vous êtes trop faible vous êtes en Hypo il faut prendre quelque chose à manger

Nelly : - vous aviez des vertiges des nausées et des sueurs

Minh : Vous n'aviez, la sensation de faim

Etienne : Non au contraire. Mais après vers 22 heures il m'a donné du jus avec des biscuits Et après vers minuit j'étais à 0,85 ça a monté et au matin il était à 1,48

Nelly : mais quelles sont les raisons qui fait baisser ?

Etienne : Moi je ne sais pas Pourtant j'ai bien mangé hier soir

Minh : Hier soir j'ai bien mangé et dans la nuit j'étais à 0,36

Etienne : Et vous n'avez rien senti

Nelly : 0,36 est faible

Minh : non j'ai dormi je n'ai rien senti

L'infirmière arrive

Etienne : aujourd'hui on a Madame l'institutrice qui est avec nous. Parce qu'elle est arrivée avec un petit tableau

Infirmière : ce ne sera pas long aujourd'hui ; on ne va pas rentrer dans trop de détails. Je vais essayer de vous faire comprendre. Aujourd'hui on va parler des enjeux de l'insuline, qu'est-ce que c'est, à quoi ça sert, comment ça fonctionne.

L'insuline c'est ce qu'on a dans les fameux stylos ou dans la pompe qui diffuse en continu l'insuline.

OK ? qu'est-ce que c'est ?

Etienne : c'est quelque chose qui est produit par l'organisme qui nous permet de vivre avec tout ce qu'on mange ce qu'on boit. Pour moi c'est ça ; j'essaie d'imaginer un petit peu.

Infirmière : c'est ça. Déjà on voit dans la façon dont vous parlez, il reste de ce que Dominique vous a dit hier

Infirmière : c'est produit par quel organe du corps ?

Nelly et **Minh** : Le pancréas

Infirmière : Effectivement c'est produit par le pancréas et à quoi ça sert ?

Etienne : Je dirais nous permettre de vivre ; il fabrique l'insuline qui va équilibrer un peu le sens de l'insuline. Il attaque tout. Il n'y a pas un organe qui n'est pas attaqué par l'insuline. Il y a la vue, l'ouïe et tout.

Infirmière : Qui attaque ça veut dire quoi ?

Etienne : c'est le diabète

Infirmière : oui mais l'insuline ?

Etienne : C'est le diabète

Infirmière : vous mélangez tout

Le pancréas sécrète de l'insuline et du coup l'insuline ira dans le sang, il va agir comme une clé vous avez vu ça hier avec Dominique

L'insuline va aller dans le sang et il va permettre au corps de l'utiliser. S'il n'y a pas d'insuline le sucre qu'est-ce qu'il fait ?

Etienne : Ça monte

Infirmière : pourquoi ça monte ?

Etienne : si on ne met pas d'insuline

Nelly : Peut-être que ça peut rester là, durcir et faire un bouchon

Infirmière : S'il n'y a pas d'insuline le sucre va rester dans le sang ; c'est-à-dire que votre corps ne va pas l'utiliser

Infirmière : quand vous allez piquer votre doigt vous serez en hyper, parce que le sucre il reste dans le sang. L'insuline va permettre d'agir comme une petite baguette magique et l'insuline va dire hop il va les faire partir là où il faut mais si pas d'insuline le sucre il reste là.

Etienne : c'est ça qui fait des bouchons au niveau des artères tout ça ?

Infirmière : c'est plus le gras qui reste au niveau des artères

Etienne : et comment il va éliminer ce sucre-là ? si on ne sait pas qu'on est diabétique ?

Infirmière : justement si les signes passent inaperçus, à un moment il y aura forcément des complications au niveau de la vue, au niveau des pieds, au niveau des artères, à ce moment-là on dirait il y a un problème et quand on fera une prise de sang, on verra au résultat ; et c'est là qu'on découvre le diabète

Etienne : c'est pour ça qu'il faut faire des contrôles

Infirmière : alors comme le sucre reste là, votre corps a besoin de sucre.

Oui c'est un élément important pour la vie

Infirmière : mais si justement le sucre n'est pas utilisé qu'est-ce qui se passe ?

Infirmière : en fait s'il n'y a pas d'insuline, le sucre il ne peut pas aller dans tous les autres organes. Il ne peut pas être utilisé, du coup on n'a pas d'énergie après à ce moment-là il y a d'autres signes. Vous dites mais je ne comprends pas ! mon corps n'a pas d'énergie ; j'ai besoin de sucre. Alors que vous êtes à 2 g, donc vous avez du sucre, mais il n'y a pas assez d'insuline pour pouvoir transformer ce sucre-là.

Etienne : donc il faut prendre de l'insuline pour augmenter ça

L'infirmière explique à l'aide d'un schéma

Infirmière : il faut prendre de l'insuline pour que le sucre qui est dans votre corps soit utilisé et soit transformé en énergie

Minh : Si on a 2 g on est en hyper, et pourquoi le sucre il ne va pas alimenter les autres organes ?

Infirmière : parce que vous n'avez pas assez d'insuline. Votre corps ne produit pas assez d'insuline Si par exemple je prends ce carré de sucre, je le mets dans votre corps si vous ne mettez pas d'insuline il reste là

Nelly : Ah bon ! il va faire travailler le sucre

Infirmière : si je mets l'insuline il va transformer le tout et après ça va aller donner de l'énergie qui ira dans tout le corps pour que vos organes fonctionnent correctement.

Sinon s'il n'y a pas d'insuline le sucre reste là, il ne bouge pas ; et là vous êtes en hyper tout le temps

Infirmière : les deux marchent ensemble sinon ça ne va pas

Dans votre cas, on vous donne des médicaments qui aide votre pancréas à produire de l'insuline mais quand ce n'est pas suffisant on est obligé d'ajouter de l'insuline puisque votre corps ne le produit plus

Etienne : l'insuline lui-même il a un effet négatif un effet pervers. Par exemple la dame qui a son diabète depuis 35 ans qui prend de l'insuline est-ce que ça peut provoquer un effet négatif ?

Infirmière : non puisque votre corps produit de l'insuline

Etienne : je vois ce que vous dites mais tout médicament produit un effet négatif

Infirmière : Oui mais si vous ne prenez pas...

Etienne : oui vous mourez aussi

Minh : si vous ne prenez pas, vous ferez une hyperglycémie et vous pouvez tomber dans un coma aussi

Etienne : oui oui oui mon frère est mort comme ça mais aujourd'hui si le diabète est reconnu et diagnostiquer l'insuline c'est permanent à vie

Infirmière : l'insuline on le produit naturellement. On ne peut pas le comparer à un médicament comme le paracétamol ou autre. Car notre corps ne produit pas du paracétamol. L'insuline c'est

différent puisque votre corps produit de l'insuline. On vous donne de l'insuline, parce que votre corps ne produit pas assez ;vous voyez c'est différent

OK Madame X vous avez compris ?

Minh : oui

Infirmière : d'accord

Infirmière : Alors dites-moi les types d'insuline ; on va parler de la rapide et de la lente parce qu'il y a aussi les mixtes et bien d'autres

Nelly : l'insuline lente

Etienne : C'est quasi permanent il y en a dans le corps et il va aider l'organisme à fabriquer de l'insuline

Infirmière : non l'insuline

Etienne : la Lantus l'insuline lente.

L'infirmière : c'est quoi la particularité de l'insuline lente ?

Etienne : c'est comme vous avez dit l'insuline lente. On la met en permanence tous les jours moi c'est le soir.

L'infirmière : donc l'insuline lente d'accord c'est une fois par jour ; OK soit le matin soit le soir

Minh : Il m'est arrivé une fois sans savoir et j'ai pris le matin et l'après-midi j'étais à 2,40 g et mon fils m'a fait un nouveau et quand l'infirmière est arrivée le soir elle m'a dit « *vous voulez mourir ou quoi* ».

Infirmière : maintenant quand vous sortirez d'ici ça ne va plus vous arriver

Infirmière : donc l'insuline lente elle agit sur ?

Etienne : la longévité

Infirmière : vous venez de le dire ça agit sur combien de temps ?

Minh : 24 heures

Infirmière : c'est bien ! c'est pour cette raison que c'est une fois par jour. Toujours le soir ou le matin. Donc l'insuline lente va agir en continu sur 24 heures.

Infirmière : quelle est la différence avec l'insuline rapide

Etienne : Elle agit de manière ponctuelle. La rapide va nous protéger avant et pendant le repas, pendant deux ou trois heures peut-être pour équilibrer le sucre. Parce que quand on va manger ça va peut-être monter et si on ne fait rien, le sucre reste là-haut il ne va pas descendre et l'insuline rapide va bouffer tout ce qui est trop haut.

Infirmière : comme vous avez dit l'insuline rapide ça agit sur 2 à 3 heures en fonction. Il y a aussi la super rapide qui agit plus rapidement. Et effectivement comme vous avez dit, on fait l'insuline rapide au moment des repas pour que le sucre reste équilibré. Et du coup ça va permettre de faire descendre la glycémie plus rapidement

Etienne : et qu'est-ce qui s'est passé pour moi hier soir j'étais à 1,40 g j'ai mangé après j'ai mangé ce que les enfants m'ont amené et après j'étais à 0,69g. Qu'est-ce qui s'est passé il y a un dysfonctionnement infirmière ?

Infirmière : on va voir après pour les adaptations de doses

Infirmière : Comment on adapte l'insuline lente par rapport à quelle glycémie ?

Minh : quand c'est OK infirmière.

Nelly : quand c'est haut

Etienne : on a un minimum et on a un maximum

Infirmière : oui mais comment on fait pour savoir si la dose est adaptée ou pas

Etienne : moi par exemple mon minimum c'est un 20. On a un minimum et on a un maximum

Infirmière : oui mais comment on fait pour savoir si la lampe est adaptée ou pas

Etienne : moi par exemple mon minimum c'est 1,20 g ; 1,10g je suis en dessous mais moi je mets trois unités de lente tous les soirs, le midi, je prends le rapide quand je vais manger

Infirmière : oui mais comment on fait pour adapter la lente ?

Infirmière : est-ce qu'entre minuit et 4h du matin pour manger et vous faites de la rapide

Minh : non je ne mange pas

Infirmière : Donc de 21 heures jusqu'à quatre heures tout le temps que vous dormez jusqu'au lendemain l'insuline lente continue à agir mais comment on va avoir de la lente et là j'ai bien jusqu'au lendemain même quand vous dormez elle est bien adaptée ?

Infirmière : est-ce que votre insuline lente est bien adaptée si tous les matins vous vous réveillez à 2 g alors que vous n'avez rien mangé de la nuit depuis 21 heures ? d'après vous ?

Infirmière : si vous êtes pendant trois jours à deux ou plus que 2 g le matin c'est que votre dose n'est pas adaptée vous pouvez augmenter

Etienne : ah bon ! on peut augmenter

Infirmière : oui vous pouvez augmenter. Donc on diminue son insuline lente en fonction de sa glycémie du matin.

Infirmière : au bout de combien de temps on augmente ?

Etienne : je ne sais pas

Infirmière : au bout de deux jours

Etienne : ah bon ! Si au bout de deux jours aujourd'hui j'ai 2,20 g après 2,40 g alors j'augmente

Infirmière : oui vous augmentez. Si pendant deux jours je suite vous êtes à 2 g vous augmentez au bout du troisième jour de deux unités, et vous regardez le lendemain comment est le résultat

Infirmière : exemple Madame X on va prendre votre cas ; ce matin vous mettez deux unités vous étiez à 1,90 et 0,90g. On reste à la même dose puisque ce matin par exemple vous étiez dans vos objectifs. Il faut toujours attendre deux jours avant de modifier la dose de lente

Infirmière : c'est pour cette raison qu'il faut toujours avoir son carnet pour vérifier comment c'était les jours précédents.

Il ne faut pas augmenter n'importe comment. Si le matin vous vous réveillez à 2 g mais que vous savez que dans la nuit vous avez mangé quelque chose de particulier ou il y a un événement particulier est-ce que vous avez vu les causes, le stress, la fièvre, la douleur. Mais s'il n'y a aucune cause qui fait que ça devrait monter à 2 g et que vous êtes à 2 g depuis deux jours, vous augmentez progressivement de deux unités et vous voyez si vous avez un doute vous appeler le docteur. Vous appelez dans le service et on vous expliquera. Il y a aussi si vous avez une infirmière, les infirmières libérales savent gérer les doses même au téléphone

Infirmière : alors c'est bon pour la lente ? Maintenant on va passer à la rapide. L'insuline rapide ce n'est pas pareil on l'adapte régulièrement. On l'adapte par rapport à quoi ?

Etienne : tout ce qu'on a mangé

Infirmière : par rapport à votre glycémie déjà ; parce que si vous êtes à 0,70 et si vous êtes à 2 g est-ce qu'on va faire pareil

Etienne : Non je ne pense pas

Infirmière : on adapte par rapport à la glycémie mais aussi par rapport aux glycémies des jours d'avant il faut toujours aller regarder les glycémies les jours d'avant. C'est pour ça que c'est important de bien tenir son carnet de surveillance

Infirmière : si on ne mange pas est-ce qu'on fait de l'insuline rapide

Etienne Minh : oh non

Infirmière : c'est une question

Etienne : l'insuline rapide c'est pour absorber ce que vous avez mangé pendant un laps de temps

Infirmière : est-ce qu'on fait son insuline rapide et après on va faire cuire sur Cari ?

Minh Etienne : non

Etienne : Le manger est sur la table

Infirmière : il faut que le repas soit là, vous faites votre rapide et vous allez manger tout de suite.

Infirmière : Il y a un risque que l'infirmière à domicile passe le matin vers six heures et que la personne va manger vers neuf heures

Etienne : il est trop tard. Moi quand je ne suis pas prêt l'infirmière prépare le stylo et le laisse là et comme je suis prêt je fais ma piqûre et je vais manger

Infirmière : est-ce qu'on fait l'insuline avant de commencer à manger, ou on fait l'insuline après manger ?

Minh : avant

Etienne : il faut la faire avant la rapide surtout

Infirmière : On fait l'insuline avant

Infirmière : c'est bien on a un groupe organisé

Etienne : hier on a dit qu'il faut s'adapter à toutes ces choses là

Il faut avoir toutes les bonnes informations pour ne pas nuire à personne ni à soi-même. C'est dans notre propre intérêt

Etienne : Oui, cela ne fait pas longtemps que je suis diabétique il y a beaucoup de choses que je ne connais pas mais c'est pourquoi je pose beaucoup de questions ; mais comme disait Madame il n'y a pas de question bête. Moi j'essaie de m'améliorer tous les jours

Infirmière : on est là pour apprendre tous les jours améliorer

Etienne : et comme on vieillit tous les jours il faut s'adapter au vieillissement avec la vie
Le diabète est modulable on doit s'adapter en fonction des besoins de l'organisme. Peut-être que l'année prochaine je n'aurai plus d'insuline du tout

Infirmière : On va faire quelques petits cas pratiques pour mieux comprendre montrez-moi votre carnet. *L'infirmière contrôle les trois carnets et commente les chiffres des glycémies. Elle fait une révision par rapport aux normes de la glycémie*

Infirmière : Monsieur X vous êtes bien en glycémie donc on va voir la lente. Il n'y a que le 10 où vous étiez fort. Hier 0,81 aujourd'hui 1,49, alors pour vous est-ce que à 1,49 ans change quelque chose

Etienne : moi on m'a dit que c'est bon

Infirmière : c'est légèrement un peu trop

Etienne : c'est un peu trop mais on m'a dit que c'était bon

Infirmière : on va voir ce que ça donne demain matin OK

La rapide lundi c'était 1,46 ; avec quatre unités vous êtes passé à 1,07 Alors ?

Etienne : c'est bon

Infirmière : Hier soir vous étiez à 1,04 avec quatre unités, vous êtes passé à 0,69

Etienne : trop faible

Infirmière : trop faible peut-être qu'on aurait pu faire un peu moins mais on n'avait pas assez de recul maintenant on sait. Ce soir vous êtes à 1,50 avant manger alors combien vous faites ?

Etienne : je fais quatre unités

Infirmière : je pense que vous pourrez même faire un peu moins peut-être même trois ça peut être suffisant. Est-ce que vous avez compris que la glycémie deux heures après on tolère qu'elle soit élevée

Etienne : oui parce que l'insuline rapide est épuré il a fini son travail et on revient on revient normal

Infirmière : Jusqu'à combien on peut monter maximum deux heures après l'insuline peu importe les objectifs ?

Minh : comme moi ça peut monter peu importe les objectifs

Infirmière : en tout il y a 2h 1,50g

Etienne : avec ça on sait si on est dans notre tolérance Ou si on est au-dessus

Infirmière : voilà. La plupart du temps c'est maximum 1,80 au maximum 2grammes

Etienne : Dominique m'a dit que le matin je peux être maximum à 1,80 si je dépasse 2gr ce n'est pas bon

Infirmière : mais après le petit déjeuner vous pouvez aller jusqu'à 1,80. Il ne faut pas être trop bas après le petit déjeuner. On n'est pas obligé d'être après le petit déjeuner à 1,16. Si vous êtes à 1,50, 1,74 c'est normal que ça monte. Ok ?

Passion. Avec la rapide ça va monter quand même si on a pris la lente qui couvre 24 heures ?

Infirmière : Oui

Nelly : quand on vieillit l'année prochaine dans 5ans 10 ans est-ce que ce sera toujours est-ce que ce sera toujours pareil ?

Minh : ça dépend

Infirmière : ça varie. Ça dépend aussi de ce que vous mangez. Si vous mangez équilibré ou si vous mangez de grandes quantités Et pas adapté forcément vos besoins en insuline pour augmenter. Si vous apportez à votre corps trop de nourriture trop de sucre

Nelly : trop ou pas assez ?

Infirmière : plus trop parce que si vous n'apportez pas assez, vous serez plus en Hypo et vous n'aurait pas besoin de plus que ça d'insuline

Etienne : mais on ne sera pas bien quand même

Minh : mais il faut que tu manges

Etienne : Moi mon but c'est de trouver la meilleure méthode pour manger équilibré

Infirmière : et prendre son traitement

Etienne : diététicienne m'a donné un petit livre avec des menus pour 30 jours

Minh : ça fait trop de recettes

Etienne : mais on ne va pas vivre à la manière du livre. Si on a besoin de renseignements le livre est là pour me conseiller

Infirmière : Monsieur X ce soir si vous êtes encore à 1,46 est-ce qu'on a besoin de faire quatre unités de rapide ou on peut faire autre chose ?

Etienne : si ce n'est pas trop élevé ce n'est pas la peine de monter à 6 ou à huit on reste à 4 Unité

Infirmière : là c'est pareil on regarde les jours d'avant et on adapte

Etienne : Il faut vivre mathématiquement

Infirmière : oui parce que c'est vous qui allez-vous connaître le mieux

Infirmière : Parce que nous avons des protocoles. Quelques fois on a des patients à qui on dit il faut mettre telle quantité de telle quantité et le patient me dit non je me connais si je fais telle quantité je serai en repos je serai en effet

Etienne : parce qu'il est habitué avec son affaire

Infirmière : c'est bien ça

Etienne : peut-être qu'au bout de 35 ans comme madame je saurai faire. Enfin au bout de 35 ans mais au bout d'un an je saurais comment faire

Infirmière : Oui vous au bout d'un an on pourrait dire que vous saurez combien d'insuline faire en fonction de vos résultats s'il faut augmenter s'il faut diminuer

Minh : mais il y a beaucoup d'infirmières qui peuvent faire insuline

Infirmière : mais Madame X, Monsieur Y voyage tout le temps, il ne va pas amener à chaque fois une infirmière dans sa valise. Il faut qu'il apprenne à gérer son traitement et être le plus autonome possible lors de ses déplacements. Il faut qu'il comprenne bien pour qu'il arrive à adapter ses doses tout seul. Il ne va pas appeler son infirmière tous les jours pour savoir comment faire son insuline

Etienne : moi maintenant je connais la normal en dessous c'est bas ton bas au-dessus c'est trop on est en hyper

Infirmière : déjà c'est très bien vous avez compris ça

Nelly : il faut surtout bien noter dans son carnet les résultats et les doses

L'infirmière vérifie le carnet d'une autre patiente

Infirmière : vous avez modifié les bolus. Alors dans les pompes c'est que de l'insuline rapide qui agit toute la journée 24 heures sur 24. Avec un débit qui varie en fonction des moments de la journée. Mais, en revanche à chaque repas même si sa pompe agit comme la lente à chaque repas il faut faire des bolus.

Infirmière : ils ont modifié aujourd'hui. Ce matin vous étiez à 0,97 avec quatre unités après le repas vous étiez à 2,62. Après 1,62 c'est bien. En fait, vous, en regardant un peu comme ça, on voit que c'est plus le matin que vous êtes en hyper. Là il faut attendre encore un peu jusqu'à vendredi

Nelly : chez moi je suis bien les résultats sont bons je n'ai pas d'hyperglycémie le matin

Etienne : Comme Madame je peux mettre que la rapide

Infirmière : mais Madame elle a une pompe

Etienne : mais moi aussi je peux avoir une pompe

Infirmière : il faut pouvoir maîtriser la pompe

Etienne : ah bon !

Infirmière : elle c'est une pompe de confort

Etienne : mais ça monte et ça descend quand même ?

Infirmière : oui mais on adapte le débit les doses

Nelly : tu as un appareil tu le règles tu appuies dessus en fonction du nombre de bolus que tu veux donner

Infirmière : elle a son appareil, elle gère ses doses

Etienne : l'appareil mesure la quantité d'insuline ?

Infirmière : non ça ne va pas mesurer

Nelly : il y a une réserve avec de l'insuline dedans et un petit appareil pour libérer l'insuline

Etienne : c'est une pharmacie

Infirmière : vous voyez votre stylo d'insuline à la place du stylo l'insuline est dans la pompe et avec la machine le petit appareil elle injecte la quantité d'insuline dont elle a besoin à chaque bolus.

Etienne : mais il faut être bien dans la tête pour comprendre

Infirmière : l'avantage c'est qu'elle est autonome avec sa pompe. Elle n'a pas d'infirmière et elle gère toute seule

Minh : elle n'est pas comme nous on a besoin d'infirmière

Damien prévoit de partir en voyage en croisière de janvier à mars. L'infirmière lui rappelle l'intérêt de pouvoir bien gérer son traitement

L'infirmière vérifie le carnet de Minh. Cette patiente ne gère pas son traitement ce sont les infirmiers qui lui font ses injections et qui notent sur le carnet. L'infirmière se sert des chiffres de Minh qui est souvent en IP pour expliquer l'adaptation des doses.

Infirmière : Vous étiez 1,70 le matin avant le petit déjeuner on a fait comme d'habitude huit unités puis après manger elle était un 3,70 alors mon collègue a fait trois unités en plus de rapide. Quand c'est très élevé comme ça, on peut faire un tout petit peu d'insuline parce que c'est trop fort. Le midi elle était toujours élevé malgré les trois unités, elle était à 2,91 avant repas. Du coup le midi mon collègue a fait sept unités et après le repas c'était 1,31. C'était bien

Minh : Ce qui s'est passé, j'ai fini mon repas ici après mon fils est arrivé il m'a amené Marolles avec deux morceaux de songe à l'eau.

Etienne : la maladie est psychologique par exemple si vous êtes malades vous voyez un médecin il vous consulte il prescrit un médicament vous vous sentez mieux. Ça c'est dans la tête

Infirmière : ça dépend quelle maladie

Etienne : oui mais d'une façon générale quand on va chez le médecin une fois qu'on sort de là on se sent mieux. Pour moi c'est psychologique. Mais vous savez il y a des choses ça ne s'explique pas. Par exemple quelqu'un qui rentre chez le médecin qui boite et quand il sort il marche bien, vous vous dites qu'est-ce que c'est que ça qu'il fait l'intéressant. Non il ne faut pas se poser de questions c'est comme ça il a voulu faire comme ça.

Infirmière : Après il faut vous cherchez pour vous ce qui vous concerne: Il ne faut pas regarder pour les autres

Etienne : oui mais il y a des choses trop flagrantes on est obligé de voir

Infirmière : oui on ne sait pas tout de la personne. Vous parliez de psychologie on peut voir quelqu'un qui semble être bien et intérieurement il est malade. Ou le contraire. Des personnes qui peuvent être très mal nous on va dire qu'il est très mal et au final, on ne peut pas savoir. Chaque personne est différente

Etienne : il y a des personnes qui font beaucoup de cinéma

Infirmière : non on est tous différents. Par exemple je vais vous faire une piqûre vous me direz que ça va, alors que je vais faire la même piqûre à une autre personne elle va crier elle dira qu'elle a mal. Par rapport à la douleur par exemple on n'est pas égaux. Pareil par rapport à la maladie on ne réagit pas de la même manière

Minh : et parfois il y a des médicaments qui vont soulager une personne

Le patient trois il parle de jeux il parle un peu de sujets éloigné de la maladie de jeux au casino On ne peut pas affirmer que Dieu existe on ne l'a jamais vu mais le bien existe le mal existe aussi. On a certaines choses dans notre tête qu'on prend comme preuve mais ce ne sont pas des preuves réelles... Tout dépend de sa conception de la vie.

Moi je crois en Dieu. Mais bien longtemps avant nous il y avait des grands connaisseurs dans le monde que nous ne connaissons pas

La discussion aborde différents sujets la religion les croyances la vie.

Infirmière : mais il y a des choses que l'on peut éviter de faire ; attention à son alimentation, ne pas fumer. Prendre certaines précautions

Etienne : nous avons chacun notre karma.

Etienne raconte comment il a rencontré des hommes riches, alors qu'il est un petit noir de la Réunion.

Il raconte comment un des plus des hommes les plus riches de la planète l'a invité avec sa femme. Il explique qu'il est parti de rien et aujourd'hui lui aussi il fait partie des hommes riches. Pour lui c'est un plus gros cadeau qu'il ait pu rencontrer cet homme riche. La reconnaissance pour lui a une grande valeur morale il a été touché au cœur. Là où il a été encore plus touché c'est que cet homme riche lui a demandé l'autorisation de se prendre en photo avec lui. À la mort de cet homme riche il a fait le déplacement et il a été reçu par les enfants de ces derniers qui lui ont confirmé que leur père avait une grande admiration pour lui.

Etienne : pour moi c'est lui mais d'abord j'ai le même comportement avec tout le monde, les grands, les petits, les riches, les pauvres mais pour autant c'est pour moi c'est l'humain. Tout le monde pareil

Le patient demande à l'infirmière pourquoi elle ne veut pas devenir médecin.

Infirmière : moi je suis bien avec vous le médecin n'a pas la même proximité avec les patients ce que j'aime c'est ce contact-là.

L'humour c'est le secret du bonheur si on a de l'humour on revit longtemps

Synthèse

Objectif de l'infirmière a amené les patients à appréhender les notions d'hypo, d'hyper et d'adaptation des doses en fonction des résultats de la glycémie.

Etienne parle beaucoup plus que les deux autres. C'est dans sa nature, parce qu'il agit pareil dans tous les ateliers. Il éprouve le besoin de parler de lui et de ses biens, de ses rencontres, des ces richesses. L'infirmière le laisse s'exprimer.

Il cherche à comprendre. Pose des questions tant qu'il n'a pas compris. Il fait le lien entre le contenu des différents ateliers

Nelly 35 ans de diabète, on voit sa maîtrise des notions d'hypo, d'hyper...

L'infirmière adapte ses explications. Elle a un langage simple. Avance au rythme des patients.

Accorde une attention bienveillante envers **Etienne** qui est amené à voyager. Il est important qu'il maîtrise son traitement et la conduite à tenir en fonction des résultats de sa glycémie.

Elle rappelle aux patients qu'ils sont les mieux placés pour se connaître et adapter leur traitement.

A partir des résultats des glycémies capillaires notés sur les carnets de surveillance, l'IDE amène chaque patient à comprendre ses propres résultats. C'est un atelier collectif avec une approche personnalisée.

Un atelier dans un climat serein et convivial.

Au terme de la séance, les patients ont acquis la norme glycémique ainsi que la notion d'hypo et d'hyper. L'adaptation des doses nécessite une autre séance pour une meilleure maîtrise.

Annexe 9 - Atelier ETP diététique HSD service diabétologie CHU réunion

Éducateur : diététicienne

5 patients : deux hommes trois femmes

Lieu : salle d'ETP service de diabétologie CHU de La Réunion

Durée :

P1 = Etienne

P2 = Minh

P3 = Alice

P4 = Nelly

P5 = Gérard

La diététicienne met sur la table des fruits et des boîtes factice des boîtes d'aliments et les participants sont invités à les trier à les ranger par ordre par catégories d'aliments diététicienne : si vous voyez des choses sur lesquelles vous avez un doute par rapport à la classification des aliments vous pouvez discuter entre vous

Entre-temps l'infirmier vient pour les dextro post-prandial. Les résultats sont globalement en hyper. Les patients argumentent en disant que c'est le fait d'avoir vu les aliments factice qu'il fait monter la glycémie rire. Discussion par rapport à la la noix.

Diététicienne : il y en a qui en mange ou pas ?

Etienne : oui j'en ai plein chez moi

Minh : à La réunion ?

Etienne : Non à Paris j'ai une maison et un terrain là-bas j'en ai plein.

Diététicienne : alors où vous classer les noix ?

Alice : c'est de l'huile

Diététicienne : C'est vrai qu'il y a de l'huile à l'intérieur

Nelly : on a hésité

Etienne : à quelle famille appartient, je ne pourrais vous dire

Diététicienne : c'est compliqué il y a un petit piège

Etienne : ça veut dire que nos recherches ne sont pas infondées, elles sont bien fondées

Diététicienne : effectivement c'est normal

Etienne : et bien c'est une question pour vous ça appartient à quelle famille ?

Diététicienne : et bien il n'y en a pas. Ça n'appartient à aucune famille. Il y en a qui vont dire des fruits oléagineux

Nelly : au départ j'ai voulu mettre dans fruits

Diététicienne : c'est un fruit particulier on va dire parce que comme vous l'avez dit, il y a de la graisse à l'intérieur. Vous connaissez d'autres fruits ou il y a de la graisse à l'intérieur ?

Alice : l'avocat

Etienne : pistache, cacahouète, olive

Diététicienne : on en fait quoi de ses fruits là ?

Alice : des huiles

Diététicienne : vous mangez comme ça des cacahouètes avec des noix

Minh : pas beaucoup

Alice : moi j'aime beaucoup ça les noix

Minh : moi je mixe dans le café ou dans le lait

Diététicienne : il y en a qui vont dire qu'il prennent pour les collations par exemple

Etienne : oui

Alice : quand on a un petit creux

Etienne : Oui en apéritif dans la salade

Diététicienne : on n'en trouve aussi dans les céréales il existe aussi des pains de noix

Etienne : ma fille fait du gâteau avec de l'huile de noix

Diététicienne : oui on peut mettre dans la farine ça existe Des gâteaux avec de l'huile de noix. Vous l'avez dit il faut faire attention aux quantités parce qu'il y a de l'huile à l'intérieur mais il y a aussi des fibres à l'intérieur. C'est-à-dire qu'on peut en prendre mais pas en trop grosse quantité.

Etienne : oui mais il n'y a rien dans un seul. Il faut manger au moins une dizaine

Patients tous : pensent que ça fait trop

Diététicienne : Le repère c'est une poignée

Nelly : Par jour

Etienne : Égrener ou entier ?

Tous rire

PS : pense que si c'est un—entier une poignée ça fait quatre (rires)

Diététicienne : et il y a de bonnes graisses à l'intérieur comme l'avocat. Donc vous avez raison pour les classer c'est un peu compliqué

Minh : les amandes aussi c'est bon

Diététicienne : oui aussi les amandes aussi

Minh : oui dans la journée deux ou trois dragées aux amandes c'est bon pour le cholestérol

Diététicienne : les amandes pas les dragées aux amandes ce n'est pas pareil

Diététicienne : ça va pour la petite noix ?

Patients : oui

Diététicienne : on va juste revoir le contenu des paniers part là. Vous allez me dire si vous êtes d'accord ou pas

Les biscottes, les grains, pommes de terre, les pâtes, flocon d'avoine, le maïs, le pain, Le riz. Donc tout ceci, vous avez rangé dans les féculents. Est-ce que vous vous souvenez de ce qu'on a dit sur les féculents ?

Alice : il faut manger un tout petit peu

PS : dans les féculents il y a des fibres

Alice : ça dépend des personnes on peut manger six cuillères ou huit cuillères

Diététicienne : vous voulez dire ça dépend des personnes c'est un petit peu ou suffisamment ?

Alice : suffisamment

Diététicienne : pourquoi ?

Alice : Pour que la glycémie soit stable

Etienne : équilibré

Diététicienne : d'accord vous m'avez dit aussi que les quantités ça varie en fonction de chaque personne. Vous avez parlé des frites

Nelly : Ah oui ça c'est pour moi les frites c'est un plaisir pour moi

Diététicienne : je reviens sur la quantité de féculents. Je ne l'ai peut-être pas dit tout à l'heure. Il y a une quantité de base de riz. Au repas du midi c'est ce que l'on mange le plus souvent ici à la Réunion. Si on veut rajouter des grains. Vous m'avez dit que c'était quoi les grains tout à l'heure ?

Patients : la lentille, les pois, haricots

Diététicienne : D'accord vous m'avez dit que c'est un féculent aussi ?

Patient : oui

Diététicienne : si on rajoute des lentilles ?

Patient : on diminue le riz

Diététicienne : voilà. On diminue justement pour éviter que la glycémie ne monte de trop. Si pareil on a un repas par exemple du Cari avec de la pomme de terre

Patient : on diminue le riz.

Diététicienne : si vous avez par exemple une petite entrée avant et vous avez pris un petit morceau de pain ou une entrée avec des pommes de terre aussi

Patient : on diminue le riz

Diététicienne : je pense que vous avez compris. Quand on ajoute un féculent on diminue sur la quantité de base habituelle. D'accord ?

Etienne : le maïs est un féculent ?

Diététicienne + patients : oui

Etienne : chez nous quand on est aux États-Unis on mange du maïs plus souvent que le riz

Diététicienne : et quand vous le mangez comme ça vous gardez bien les fibres

PS : on les fait bouillir, au moins ça avec de la viande avec tout et on en mange couramment

Diététicienne : et ça vous fait le féculent du repas ?

Etienne : et là-bas il y a de bons maïs ce n'est pas comme ici à La Réunion. Il y a des maïs qui font 50 cm de long

Patient : discussion autour du maïs en précisant qu'à La Réunion il y a de bons maïs.

Etienne : On fait bouillir, on casse pas un morceau on est pas obligé de manger maïs entier.

Diététicienne : est-ce que ça va par rapport aux féculents est-ce que vous avez d'autres questions ?

Patients : non

Diététicienne : écoute moi j'avais une petite question par rapport à ça. D'après vous les quantités de féculents au repas du midi et au repas du soir est-ce qu'elles sont différentes ou pas ?

Alice : le soir on mange un peu moins

Gérard : moi je ne mange pas grand-chose le soir, une salade une grillade

Diététicienne : pourquoi vous mangez moins le soir ?

Nelly : parce qu'on va dormir et qu'on n'aura pas d'activité

Diététicienne : le soir on dépense, le cœur il continue à battre. Et vous continuez à respirer

Nelly : mais il n'y a pas d'activité physique

Diététicienne : il n'y a pas d'activité physique mais votre corps continue à fonctionner même si vous êtes au repos. À vrai dire il va continuer à consommer du sucre

Nelly : donc il faut manger les mêmes quantités alors ?

13:57 **Diététicienne** : Les quantités conseillées sont les mêmes le midi et le soir

Etienne : même si on ne dépense pas il faut il faut s'équilibrer pareil ?

Diététicienne : exactement. Vous voyez en plus quand vous bougez régulièrement dans la journée il y a aussi les muscles qui continuent à consommer du sucre dans la nuit. C'est pour cette raison si vous ne mangez pas suffisamment de féculents notamment le soir, ou voire pas du tout. Quelquefois il y a des personnes qui me disent qu'elles mangent que la salade avec un petit morceau de viande par exemple. D'après vous ça va être quoi dans la nuit ?

Patients: Hypo

Etienne : c'est pourquoi hier soir j'étais en Hypo

Nelly : c'est vrai dans la nuit même si on dort mais quand on est en Hypo on se réveille

Diététicienne : il y en a pour qui il y aura des symptômes et il y en a pour d'autres ça va être que le réveil

Nelly : parfois je ressens des tremblements au niveau des mains

Diététicienne : les glycémie le lendemain matin sont comment?

Nelly : elles sont un peu élevé parce que si on se re-sucré dans la nuit

Etienne : on se réveille avec la tête qui tourne. Des vertiges

Nelly : Moi au réveil ça a tendance à être élevé

Diététicienne : parce que vous êtes re-sucré

Etienne : raconte comment il a fait une hypoglycémie la veille et que l'infirmier est intervenu

Diététicienne : vous voyez, vous dormez déjà moins bien quand vous êtes en hypoglycémie la nuit. Il y a aussi certaines personnes qui me disent « hier soir je n'ai pas beaucoup mangé et je ne comprends pas pourquoi le lendemain matin la glycémie était élevée. Je ne sais pas si l'infirmière vous a déjà expliqué pourquoi ?

Nelly : moi ça m'est déjà arrivé

Etienne : si on n'a pas emmagasiné et pourquoi ça monte alors ?

Diététicienne : ça veut dire que vous avez une petite réserve de sucre au niveau du foie et quand votre glycémie redescend le foie va relâcher du sucre pour équilibrer. Mais le foie lui il ne va pas relâcher juste la petite quantité qu'il vous faut. Il va relâcher beaucoup plus ce qui fait que la glycémie va remonter et c'est ce qui justifie l'hyperglycémie du matin.

Diététicienne : c'est pour ça qu'on conseille aux patients de manger le soir un peu de féculents même si vous n'avez pas envie de faire un gros repas. Ça peut être un sandwich pas obligatoirement du riz. Le féculents qui passe le mieux par rapport à la digestion pour éviter ce phénomène-là dans la nuit.

Minh : des fois dans la nuit j'ai des crampes dans la jambe

Nelly : moi aussi j'ai des crampes

Etienne : moi mon pied ne se réchauffe pas, mon pied reste froid

Diététicienne : là maintenant on va faire les fruits et légumes, vous êtes d'accord ?

Diététicienne : il y a la salade, la pomme, la tomate, abricot champignons, oignons, pamplemousse, mangue, kiwi, banane, ananas, pêche, melon, courgettes, Petits pois, artichauts, carottes, Orange, compote

Diététicienne : alors vous avez mis de compote ici. On a compote sans sucre ajouté et allégée en sucre

Nelly : sans sucre ajouté c'est bon mais alléger un succès pour le plaisir

Diététicienne : pourquoi ?

Nelly : parce qu'il y a du sucre. C'est allégé en sucre mais il y a quand même du sucre dedans et l'autre c'est sans sucre dans ce cas donc ça peut être d'un fruits et légumes

Diététicienne : parce qu'il y a pas du tout de sucre dedans ?

Nelly : c'est le sucre du fruit.

Diététicienne : exactement. On n'a pas ajouté le sucre

Etienne : donc on n'a pas ajouté le sucre mais il a son sucre à lui

Diététicienne : exactement. C'est le sucre du fruit

Nelly : l'autre ça va être pour le plaisir

Diététicienne : exactement. C'est juste pour vous dire de faire attention quand vous voyez des petits messages comme « allégé » notamment en sucre, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de sucre là-dedans. Ça veut dire qu'on en a rajouté. Cependant la petite compote de fruits sans sucre ajouté elle va pouvoir remplacer une portion de fruit. Parce qu'on n'a pas ajouté de sucre c'est le sucre des fruits

Etienne : mettre un sucre allégé ce n'est pas un sucre ? Je vois sur certaines boites ou certaines bouteilles sucre allégé

Diététicienne : c'est plutôt allégé en sucre

Minh : oui c'est ça allégée en sucre. Ça veut dire qu'il y a moins dedans, c'est tout ?

Diététicienne : ça veut dire qu'il y en a moins. Par exemple vous avez un soda normal avec sa quantité de sucre ou on enlève un peu et on a le droit de mettre le mot allégé

Nelly : mais il y a toujours du sucre

Etienne : donc si on enlève la moitié de la bouteille et qu'on remplace par de l'eau ça devient allégé mais il y a toujours du sucre ?

Diététicienne : exactement

Etienne : allégées en sucre ça veut dire qu'on a modifié la quantité de sucre dans la bouteille ou dans la boîte ?

Diététicienne : c'est ça

Nelly : mais il y a toujours du sucre dedans

Etienne : oui j'ai compris.

Nelly : il vaut mieux s'abstenir ou le prendre pour le plaisir au cas où occasionnellement.

Diététicienne : pour les légumes vous vous rappelez de ce qu'on a dit ou pas ?

Gérard : moi j'aime bien l'artichaut, il y a des fibres là-dedans ?

Diététicienne : il y en a même beaucoup

Etienne : et l'ail c'est bon ?

Diététicienne : d'après vous ?

Etienne : c'est une épice

Nelly : oui mais ça fait partie des légumes comme les oignons

Diététicienne : les gens qui mangent par exemple « rougail » peuvent manger de grosses quantités. *Les patients discutent des différentes recettes à base d'oignons y compris l'oignon frit.*

Diététicienne : retenez quand même quand vous faites frire l'oignon ou les aliments même si vous mettez sur du papier absorbant il y a quand même une quantité d'huile qui reste dans l'aliment.

Donc c'est à consommer occasionnellement

Diététicienne : les légumes vous pouvez les cuisiner vraiment comme vous le voulez

Diététicienne : pour les fruits maintenant est-ce qu'on peut les manger à n'importe quel moment ?

Alice : après le repas

Diététicienne : plutôt après les repas et les quantités aussi il y a des limites

Gérard : l'ail crue est-ce qu'on peut en manger ?

Diététicienne : oui mais c'est particulier au goût il faut aimer

Diététicienne : ça va pour les fruits et les légumes ? Maintenant on va faire les matières grasses

Madame avait hésité pour la mayonnaise vous voulez la mettre où la mayonnaise ?

Vous vouliez la mettre où ?

Alice : dans les matières grasses

Diététicienne : est-ce que tout le monde est d'accord ?

Etienne : oui

Les patients discutent de différentes recettes pour la mayonnaise

Alice : la quantité d'huile qu'il faut utiliser ?

Nelly : une cuillère par personne

Diététicienne : alors une cuillère à soupe par personne et par repas si vous cuisinez pour trois personnes ?

Nelly : c'est trois cuillères à soupe

Diététicienne : vous cuisinez pour midi et soir

Nelly : en double la quantité d'huile

Diététicienne : c'est exactement ça. Vous voyez c'est adapté au nombre de personnes et au nombre de repas prévu. Par exemple s'il y a cinq personnes à la maison en cuisine pour cinq personnes on prendra cinq cuillères à soupe ou un repas sur ses cinq cuillères à soupe. S'il y'a une entrée on prendra un peu pour la vinaigrette si vous voulez faire aussi il y a des épices pour les graines ou prendre un peu dans cette même quantité si elle veut faire le cari vous prendrez ce qu'il reste pour le bol. Mais ce n'est pas à chaque fois une cuillère à soupe. Si vous avez un petit doute dès le départ vous prenez la quantité qu'il faut vous mettez dans un bol et c'est cette quantité là que vous utilisez

Etienne : ah c'est comme ça qu'il faut faire alors ?

Gérard : alors qu'à chaque fois on verse la bouteille

Etienne : Est-ce que vous rencontrez souvent des gens dans les cours que vous donnez qui sont végétarien ou végétaliens ?

Diététicienne : souvent on ne va pas dire ça. On en rencontre quelques-uns mais ce n'est pas beaucoup

Etienne : il y a de plus en plus de personnes aujourd'hui qui sont végétariens ou végétariens.

Nelly : et ils sont diabétiques ?

Diététicienne : il y a des diabétiques. Quand on a des personnes végétariennes ou végétaliennes, nous on les accompagne juste pour qu'elles ne soient pas carencées en se privant de certains types d'aliments. Après c'est à chacun de faire comme il le souhaite. L'alimentation c'est personnel aussi à la limite.

Etienne : on peut toujours remplacer cette carence on mangera autre chose

Diététicienne : tout à fait

Maintenant on va voir les protéines alors dans le panier on retrouve : la viande, les saucisses, Côte de porc, bavette, cuisses de poulet, saucisson... alors vous pensez quoi de tout ça ?

Nelly : passer ça c'est pour moi c'est du plaisir

Diététicienne : on peut mettre les crustacés dans les protéines. Et vous pensez à plaisir pourquoi ?

Nelly : Parce qu'il y a du gras dedans

Alice : Mais dans la viande aussi il y a du gras

Etienne : vous savez j'ai la plus grosse usine de fabrication de saucisson au monde. On a un élevage de zèbre (le patient raconte sa production de saucisson)

Diététicienne : et la côte de porc vous en pensez quoi ?

Nelly : occasionnellement une fois de temps en temps mais pas tous les jours

Diététicienne : en plus vous l'avait bien montré il y a le gras. Le gras c'est lui qui sera à limiter.

Etienne : la côte de porc n'apporte pas beaucoup à l'organisme ?

Diététicienne : Ça apporte les protéines pour faire le muscle. C'est l'équivalent du blanc de poulet. Retenez-vous, j'avais déjà dit les morceaux qui sont un peu plus gras il faudra essayer de les limiter, ne pas les consommer midi et soir en plusieurs jours d'affilée que ça reste occasionnel. D'accord Quand on cuisine on va faire un cari ou un rougail saucisses par exemple ce n'est pas interdit.

Les patients donnent plusieurs recettes de Rougail discussion autour des recettes

Diététicienne : comme vous dites on laisse bien cuire les saucisses après on pique on est enlève le gras

Les patients discutent des différentes recettes

Diététicienne : on revient sur les produits laitiers?

Alors le planta fin, oméga trois, et fromage frais. Madame dit que ce sont des matières grasses est-ce que tout le monde est d'accord

Etienne : oui

Diététicienne : par rapport au Planta fin, par rapport au beurre vous connaissez la différence ou pas ?

Nelly : c'est plus végétal

Diététicienne : Oui c'est végétal à vrai dire

Minh : plus léger

Diététicienne : plus léger vous voulez dire moins gras ?

Par rapport au beurre ça va être pratiquement la même chose. Pareil pour l'oméga3 on contrôle les quantités aussi. Il ne faut surtout pas se dire à oui c'est une bonne graisse donc j'en consomme en grande quantité. C'est une matière grasse donc il faut contrôler les quantités

Gérard : et le Fruidor ?

Diététicienne : c'est pareil

Ensuite il y a différents fromages, le fromage fondu, le yaourt, perle de lait

Nelly : avant d'être diabétique tous les matins je consommait un petit perle de lait

Gérard : c'est gras

Etienne : c'est déconseillé ?

Diététicienne : c'est par rapport à la graisse que ça contient. Ce n'est pas considéré comme un yaourt d'ailleurs. C'est marqué spécialité laitière ce n'est pas marqué yaourt. C'est juste un piège en plus ça peut être trompeur parce que ça ressemble aux petits pots de fromage blanc. En plus la publicité qui en rajouter par-dessus la jolie dame toute mince qui est en train de manger son perle de lait ça reste un petit plaisir.

Un produit laitier quotidien en plusieurs fois par semaine on va plutôt éviter parce que ça reste un produit très gras et ça peut jouer sur les glycémie. On s'en est aperçu chez certains patients qui prenaient leur « perle de lait » régulièrement en disant qu'il n'y avait pas de sucre dedans mais la glycémie restait haute

Etienne : et vous dites qu'il y a beaucoup de graisse dedans

Diététicienne : oui

Gérard : Par contre, j'ai un truc de régime qu'on m'a donné en tant que diabétique on peut prendre les flans. Les flans on peut ?

Diététicienne : oui vous pouvez prendre, mais quand vous en prenez un, il faut éviter de prendre un fruit en même temps.

Gérard : avec le flan on ne prend pas de fruits encore ?

Diététicienne : non on évite de prendre

Gérard : Ah bon c'est un Médecin généraliste qui soigne les gens qui sont gros qui m'a donné ça. Il ne donne pas de médicaments c'est que des légumes vapeur pas trop de viande. Il dit qu'il vaut mieux manger la viande blanche que la viande rouge

Diététicienne : je reviens au yaourt est-ce que les yaourts nature ça va vous arrivez à en manger ?

Nelly : oui

Gérard : non

Nelly : au début c'était difficile

Diététicienne : si on n'y arrive pas comment on peut faire ?

Nelly : on peut prendre un kiwi que l'on coupe en petits morceaux et on mélange avec le yaourt

Diététicienne : on peut faire comme ça, il y a aussi les mangues c'est la saison en ce moment comme ça, ça fait en même temps le fruit et le produit laitier

Gérard : moi à la maison je prends une tranche d'ananas je coupe en petits carrés je mets dedans ou je prends une pomme que je coupe en petits morceaux et je mets dedans

Diététicienne : vous avez donné la solution des sucres mais il y a aussi des personnes qui me disent qu'ils mettent un tout petit peu de miel, un tout petit peu de confiture ; je dis bien un tout petit peu et ce sera moins sucré que des yaourts déjà sucré que l'on trouve dans le commerce. Donc ça peut être une solution. Mais retenez aussi comme pour le flan de tout à l'heure ; s'il y a quelque chose de sucré au moment du repas on évite d'en rajouter

Diététicienne : entre le miel et le sucre lequel aura plus d'impact plus ou moins d'impact sur la glycémie ?

Alice : une petite cuillère de miel ou de confiture ou très peu de sucre

Diététicienne : donc, vous voyez il n'a pas fait de différence entre les trois à quantités égales. C'est une question de goût mais elle n'est pas plus sucrée que l'autre.

Certaines personnes me disent le pain beurre il n'y arrive pas il faut un petit peu de confiture à côté pourquoi pas si la glycémie est dans l'objectif que le médecin a fixé il n'y a pas de contre-indication à prendre un tout petit peu de confiture. C'est pour ça que je vous dis n'hésitez pas à tester les aliments avant de les supprimer, voyez comment ça se passe au niveau des glycémies et quand vous êtes dans les objectifs vous pouvez continuer comme ça. Après il faut adapter si ça monte un peu trop

Diététicienne : et le fromage blanc ?

Nelly : pareil

Alice : il y a du calcium

Diététicienne : oui il y a du calcium ; est-ce qu'on a le droit de manger en grande quantité ?

Nelly **Etienne** : non

Diététicienne : pourquoi vous dites ça ?

Nelly : parce que c'est grave quand même

Diététicienne : voilà. Et le fromage frais

Nelly : pareil

Diététicienne : fromage frais pas la crème fraîche

Etienne **Nelly** : il y a quand même 34 % de matière grasse

Diététicienne : 3,2 % grammes de fromage blanc c'est un produit laitier.

Le lait : Discussion entre les patients à propos de la conservation du conditionnement et du transport du lait

Diététicienne : on passe aux boissons et aux petits plaisirs : les gâteaux, les chocolats, les petites gaufres, le coca, le thé glacé....

Alors les petits plaisirs vous en dites quoi ?

Minh : il ne faut pas en abuser

Diététicienne : c'est ça. Les choses plutôt sucrés vous allez les manger quand ?

Nelly : occasionnellement, Il faut éviter

Diététicienne : si on peut. On peut le coller avec le repas si on a envie de prendre un petit dessert un petit gâteau comme vous l'avez dit occasionnellement.

Etienne : même si on a envie de manger du caviar on ne va pas le prendre tous les jours non plus. rires

Diététicienne : Et les boissons alors ? L'eau Cilaos, le thé, le café, les infusions, l'eau gazeuse, Plutôt les boissons non sucré

Gérard : On prétend que L'eau Cilaos il ne faut pas boire beaucoup parce qu'il y a du sel dedans

Diététicienne : c'est ça ! c'est par rapport au sel

Gérard : quand on fait un bon repas et quand on prend un bon verre L'eau Cilaos ça fait du bien mais il faut pas prendre en grande quantité

Diététicienne : ça va avec tout ce qu'on a dit ?

Patients : oui

Diététicienne : est-ce que vous avez d'autres questions?

Alors je vais vous remettre un petit document. C'est un petit résumé de tout ce qu'on a déjà vu. Ce sont les repères de quantité ; ce sont des moyennes mais comme vous l'avez dit vous-même ce n'est pas adapté à tout le monde. Vous voyez, on a mis les féculents, un peu de viande, du poisson des œufs, des produits laitiers, des fruits et légumes, des matières grasses ; on ne les a pas enlevés parce que quelquefois on peut en avoir besoin, c'est juste adapter un peu les quantités. Ça va pour ce document-là ?

Derrière y a des petits exemples de portions de fruits.

On a précisé éviter le grignotage, D'après vous comment on peut faire pour éviter le grignotage ?

Minh : on mange bien lors des repas

Etienne : il y a une autre solution on n'achète pas

Rire

Diététicienne : c'est aussi une solution. C'est vrai qu'on peut être tenté des fois même quand on n'a pas faim

Minh : oui on est souvent tenté

Diététicienne : par exemple quand on vous dit 12 raisins, c'est plutôt les petits ; quand ce sont des gros raisins il faut diminuer sur la quantité

Nelly : les litchis 7 à10

Diététicienne : mais comme je vous ai dit pour les fruits ça dépend de la sensibilité de chacun.
N'hésitez pas à tester

Nelly : alors une tranche de pastèque moi j'adore ça.

Diététicienne : oui la bonne tranche de pastèque

Gérard : oui j'allais parler de la banane, la banane c'est un fruit mais c'est pas bon du tout

Patients : non non non non c'est pas vrai

Diététicienne : C'est vrai que c'est un peu lourd ça se digère pas rapidement mais la banane, même la petite banane à la même quantité de sucre qu'une pomme

Gérard : Ah bon la banane et la pomme c'est pareil alors ?

Diététicienne : oui la petite, la grande elle aura un peu plus de sucre.

Après je vous ai mis juste un petit guide qui a été fait à La Réunion ce sont des petits exemples de recettes avec les produits que l'on trouve à La Réunion. Ça peut donner des petites idées

Etienne : ah ça c'est bien

Nelly : moi je cuisine avec Thermomix

Diététicienne : c'est vrai qu'on peut faire énormément de choses avec elle

Gérard : Oui beaucoup de choses

Les patients discutent de différentes recettes au Thermomix et ailleurs

Minh : et le cumin ?

Diététicienne : c'est une c'est une épice

Minh : oui mais à La Réunion pour l'organisme n'est pas négatif mais plutôt positif ?

Diététicienne : positif, négatif ça donne du goût

Par rapport à ces documents vous avez des questions ou pas ?

Nelly : moi je mange un seul kiwi au dessert je ne savais pas qu'on pouvait en manger deux

Gérard : moi j'ai une question !L'après-midi j'avais l'habitude de manger une pomme comme goûter et moi mon médecin m'a dit non

Diététicienne : ça dépend, la pomme en collation c'est l'un des fruits qui ne va pas trop jouer sur la glycémie. Si vous prenez votre petite pomme en collation et que la glycémie elle est bonne il n'y a pas de raison mais après il faut contrôler quand même c'est-à-dire vérifier la glycémie comment ça se passe

Nelly : si ce n'est pas élevé on peut se faire plaisir

Minh : il y a les petites pommes vertes

Diététicienne : à vrai dire pour la verte, pomme rouge il n'y a pas de différence

Chercheur: Vous savez pourquoi il vous a dit non?

Gérard: oui parce que le diabète il était décalé. J'ai eu un changement de médicaments et ça a tout décalé le diabète et c'est pour ça je suis là cette semaine

Diététicienne : s'il y a eu un changement de médicaments en même temps on ne va pas pouvoir vérifier à ce moment-là. C'est vrai ça peut être contraignant pour vous quand on vous dit des fois de contrôler la glycémie mais c'est pour vous apprendre à savoir comment votre corps il réagit par rapport à tel ou tel aliment

Gérard : Par contre le canard c'est une bonne viande ?

Diététicienne: Le canard sans la peau c'est une viande maigre

Les patients discutent des recettes et de leur pratiques culinaires

Gérard: vous nous avez appris beaucoup de choses mais nous on vous a appris des choses aussi

Diététicienne : Moi j'apprends beaucoup de choses avec les patients

Etienne : À la réunion c'est le vivre ensemble

Diététicienne : c'était pas à moi que vous allez apprendre ça Monsieur X

Etienne : moi je suis content !

Diététicienne : Allez je vous libère

ANNEXE 10 - Entretien avec quatre infirmiers service diabétologie CHU La Réunion

1) Entretien avec premier IDE

Hôpital de semaine ETP

Infirmier Réunionnais, diplômé depuis 2 ans

IDE = Infirmier DHS 1

Chercheur : Par rapport à cette diversité culturelle dans la population réunionnaise, comment arrives-tu à gérer les différentes cultures ?

IDE : Il faut essayer de faire attention. Par exemple, ce matin, il y en a un qui parle beaucoup. Il exprime en fonction de sa représentation. Les autres sont plus en retrait, plus effacés. Je ne rentre pas trop dans les cultures.

Chercheur : Et pour les soignants, est-ce difficile ?

IDE : Ce n'est pas évident de faire avec les cultures et les pratiques de chacun.

Chercheur : Il y a-t-il cette approche plurielle dans la Formation Infirmière ?

IDE : Non. C'est chacun qui va la mener en fonction de ses connaissances. Quand tu fais l'atelier, ce n'est pas différencié.

Chercheur : Il n'y a pas de module spécifique à la formation des infirmiers sur les cultures ?

IDE : c'est de façon générale mais il n'y a pas de recette propre pour telle ou telle culture.

Chercheur : Mais, vous l'abordez tout de même à l'IFSI ?

Infirmier : Oui, on l'aborde mais sans rentrer dans les détails.

Chercheur : Par rapport aux soins ou en éducation thérapeutique, est-ce que tu rencontres des difficultés par rapport à ses différentes cultures ?

IDE : Oui. Ce qui est différent, c'est la représentation des soignants qui est quand même différente de celle des patients. Ce qui est difficile, c'est quand ils ont leurs propres visions et que tu leur expliques des choses avec ta propre représentation. Après, il y a certains patients qui acceptent les informations mais il y en a qui restent butés sur leur vision.

Chercheur : D'un côté comme de l'autre ?

IDE : Oui, voilà. On veut avoir raison en disant que ça se passe comme ça.

Question : D'après toi, qu'est-ce qui pourrait améliorer cette relation puisqu'on parle de prise en charge du patient dans sa globalité, égalité de soins pour tous ?

IDE : Je pense que tout est important. Il faut essayer de trouver un terrain d'entente, si je peux m'exprimer ainsi, en fonction du vécu du patient et de la pratique soignante.

Chercheur : Pour l'ETP, ça fait deux ans que tu pratiques. As-tu fait la formation ?

IDE : Je viens de la faire la semaine dernière avec IREPS. C'est un chargé de projet de l'IREPS qui dispense les formations ETP.

Chercheur : Il n'utilise pas ces outils de Icare ?

IDE : Non. En fait, ces outils-là étaient déjà en usage quand je suis arrivé. Nous n'avons pas vraiment eu de formation pour les utiliser donc chacun les utilise en fonction de l'objectif de la séance. Il y a des infirmières qui ont été formées, comme celles de la consultation. C'est leur domaine. Nous autres, avons appris sur le tas. On essaye d'adapter en fonction de l'objectif de la semaine, de la séance et surtout en fonction des apprenants.

Par exemple, aujourd'hui, je n'ai pas utilisé de support écrit parce qu'il y a deux personnes qui ne pourraient pas écrire.

L'avantage, c'est que nous connaissons déjà les patients en hôpital de semaine. Du coup, nous savons avant qui sait écrire, qui peut écrire, qui ne sait pas écrire. De ce fait, nous adaptons les outils en fonction des participants. Par exemple aujourd'hui, si les personnes sachant écrire étaient plus nombreuses, j'aurais procédé autrement. J'aurais fait des groupes de deux mais là, ils n'étaient que trois.

Chercheur : Par rapport aux outils que tu as vus à la formation de l'IREPS, quelle est la différence ?

IDE : L'IREPS avec le BEP (Bilan Éducatif Partagé) et l'entretien motivationnelle. On voit comment adapter l'objectif. On fait la séance d'éducation en fonction de l'objectif des patients et aussi en fonction du niveau de chacun parce que tout le monde n'a pas les mêmes besoins en éducation. La formation de l'IREPS prône l'adaptation des ateliers en fonction des objectifs de chaque participant, de chaque patient et aussi de leurs besoins.

Chercheur : C'est la différence que tu fais entre les deux méthodes ? Cela, tu ne le retrouves pas dans cette méthode ?

IDE : Auparavant, je ne faisais pas la différence mais maintenant avec la formation, ma vision est un peu différente : l'objectif des séances, l'objectif des ateliers, les objectifs pédagogiques. En fait, on met des mots sur ce que l'on faisait déjà.

Chercheur : Alors que dans le service, c'est plus ciblé par rapport aux services et aux attentes du service et pour la semaine. Est-ce cela ?

IDE : Oui, c'est cela. Nous avons des ateliers déjà déterminés pour la semaine. Alors que dans l'autre formation, j'ai compris que c'est en fonction du BEP qu'on doit mettre en place les ateliers.

L'avantage quand ils sont hospitalisés, c'est qu'on peut les voir en groupe et en individuel. Quand je passerai faire mon tour plus tard auprès des patients, je prendrai le temps de voir avec eux ce qu'ils n'ont pas compris et avancer avec eux.

Chercheur : Ce qui te permet en fait d'allier les deux techniques ?

IDE : Oui, effectivement.

- Par exemple, on comprend bien que l'attente du patient numéro 1, voire son objectif, est l'Alimentation.

- Par contre, la patiente numéro 2, 35 ans de diabète, connaît sa maladie et son traitement : il n'y a plus grand-chose à lui montrer. J'en veux pour preuve qu'elle a réussi à tout expliquer.

- La patiente numéro 3 était un peu effacée. De toutes façons, elle n'a pas trop compris sa pathologie. Je la connais parce qu'elle était déjà en hospitalisation conventionnelle mais on a beau lui expliquer, c'est difficile pour elle : c'est une patiente qui dira OUI à tout mais qui n'aura rien compris de ce qu'on lui dira. Elle est très gentille.

Chercheur : que penses-tu de l'ETP général ? La place de l'ETP ?

IDE : C'est important parce qu'on voit bien que les représentations des patients sont différentes. Ce qu'il faut ce n'est pas Harmoniser mais Avoir des points sur lesquels tout le monde est d'accord. En fait, le rythme d'apprentissage est différent. La motivation est différente. Il faut essayer de trouver un juste milieu.

2) Entretien avec deuxième IDE
Hôpital de semaine ETP
Infirmière diplômée récemment

Infirmière HDS 2

Jeune infirmière diplômée en mars 2019, dans le service depuis Mai 2019 : actuellement, nous sommes en Novembre 2019

Chercheur : A LA REUNION, il y a une diversité de culture. Tu es Réunionnaise. Retrouves-tu des difficultés dans les soins par rapport à cette multitude de culture ?

Infirmière : Au sein de la population réunionnaise, non. Par contre, nous avons beaucoup de patients Comoriens, Mahorais et Malgaches : c'est plus dans cette situation que nous rencontrons quelques difficultés au niveau de la culture. La culture réunionnaise a des particularités quand il y a des choses singulières par exemple avec les Musulmans.

Chercheur : Au sein même de la population réunionnaise ? Chercheur : quand on dit Créole à La Réunion, de qui parle-t-on ?

Infirmière : En fait, cela dépend des personnes. Certains disent « Créole » en parlant des « Métisses ». Il y a également des « Créoles blancs ». On va dire se sont plus ceux qui ont été un peu mélangé qui peuvent parler la langue

Chercheur : Et les Malbars et CAF ? Sont-ce aussi des Créoles ?

Infirmière : quand on parle de « Créole », cela peut être aussi par rapport à la langue. Le créole à La Réunion reste le même qu'il soit Malbar, CAF ou Blanc. La langue reste la même. Après, il y a quelques petites différences : il y a le créole des hauts, le créole des bas, le créole du Sud, le créole du Nord.

L'accent aussi est différent certes. Certains mots vont être différents, par exemple « moi et lui » : dans certains endroits, ce sera « li » et pour d'autres, ce sera « lu »

Chercheur : En fait, la langue n'est pas un problème entre Réunionnais puisque vous vous comprenez. Et l'alimentation, est-ce la même partout ?

Infirmière : Oui, c'est la même chose. C'est surtout le Cari ça peut un peu changer. On va manger chez les uns et chez les autres. Par exemple, c'est chez les Chinois qu'on mangera des aliments qui sont un peu plus chinois. Chez les Malbars, on mangera des aliments un peu plus Malbars mais il n'y a pas de grosse différence.

Chercheur : Et dans la vie de tous les jours, dans le vivre ensemble, il y-a-t-il des différences entre vous ? Il y-at-il des points de racisme ? Par exemple, en Martinique, il y a les Békés et les Noirs. Est-ce qu'à La Réunion, il y a ce type de différence ?

Infirmière : dans le « Créole Réunionnais », non. Là où il y a une différence, c'est par rapport aux « Zoreilles ». Déjà, la culture n'est pas pareille sauf chez les « Zoreilles » qui sont à La Réunion depuis très longtemps. Ils sont vraiment intégrés dans la culture, ils font presque partie des « Créoles » mais il faut qu'ils se soient vraiment intégrés.

Par exemple, pour quelqu'un à Saint-Gilles (c'est un coin touristique où il y a beaucoup de « Zoreilles »), le jeune réunionnais qui va au collège avec les zoreilles se mélange mais dans le fond, on perçoit une différence dans leur façon de vivre, dans leur façon de manger parce que les zoreilles vont garder leur propre culture.

En fait, à La Réunion, la différence n'est pas par rapport au réunionnais qui soit Malbar, CAF, Blanc-Créole. La différence se retrouve au niveau des Zoreilles quand ils ne se sont pas intégrés ou alors des Comoriens ou des Malgaches parce qu'il y a la barrière de la langue mais également la barrière de la culture.

Dans certains cas, on ne voit plus si c'est malgache ou comoriens. Mais, d'autres fois, ils pratiquent leur culture : leur façon de manger ne sera pas la même. Ils vont plus manger des racines alors que nous, à La Réunion on va manger davantage de riz.

Par exemple, à l'hôpital, les comoriens vont passer dans toutes les chambres pour voir si il n'y a pas un des leurs hospitalisé. Ils cherchent leurs semblables. S'ils retrouvent un comorien, ils vont se rendre visite mutuellement. Et si l'autre a besoin de quelque chose, il va d'abord s'adresser à un comorien ou un Mahorais avant de faire appel à un réunionnais.

Chercheur : Et les soignants, quelle est leur réaction par rapport à ses différences ? Par exemple, prendre l'ETP dans un groupe avec des patients de différentes cultures ?

Infirmière : Au cours des séances, nous nous adaptons par rapport à l'alimentation et par rapport à la culture. On sait qu'il ne mange pas la même chose. On leur demandera : « que mangez-vous ? » « Comment cuisinez-vous ? » ?

Parce que nous réunionnais, on mangera moins le matin alors qu'eux, ils ne mangent pas vraiment comme nous. Parfois, ils consomment du poisson le matin. Du coup, on s'adapte.

Chercheur : À ton avis, est-ce qu'il faudrait que les soignants connaissent à minima la culture de ces différentes populations pour adapter au mieux la prise en charge et les informations ?

Infirmière: Oui je pense. Après, on apprend sur le tas. Mais c'est vrai que savoir un peu plus sur les autres cultures nous aiderait. Parfois, on ne s'en rend pas forcément compte mais on est bloqué par rapport à certaines choses. Quelquefois, on pose la question au patient et on sait.

Chercheur : Ce que je veux dire, c'est qu'on ne peut pas faire pareil pour tout le monde ?

Infirmière : Non

Chercheur : Par rapport aux outils, les livrets Icare, tu as fait la formation ETP ?

Infirmière : Non pas encore mais c'est prévu.

Chercheur : Que penses-tu de ces outils ? Tu animes et tu les utilises pour les ateliers de temps en temps ?

Infirmière : Ce que j'ai déjà utilisé, mais très rapidement, c'est les enjeux de l'insuline. Mais je trouve qu'ils sont longs, en tout cas par rapport au temps dont je dispose.

Chercheur : Tu penses qu'il faut une formation pour les utiliser ?

Infirmière : oui. C'est bien fait mais il faut le temps déjà de se l'approprier. Quand on fait les groupes le temps que les patients répondent des fois ils ne savent pas

Chercheur : ça dépend aussi de la composition du groupe ?

Infirmière : Quand la personne ne sait pas lire, c'est très long. La dernière fois, on en a eu pour deux heures et je suis arrivée que là.

Chercheur : On peut le faire en plusieurs temps ?

Infirmière : mais, si on n'a pas toujours le temps ... !

Chercheur : Ici, par exemple en hôpital de Semaine, peut-on utiliser l'ensemble des livrets ?

Infirmière : On avait fait que cela la dernière fois en atelier de groupe. C'était l'Interne qui avait continué pour travailler sur l'adaptation de doses.

C'est pour cette raison qu'aujourd'hui, j'ai commencé directement par cet atelier d'adaptation de doses puisque hier ils avaient déjà vu les ateliers hypo/hyper avec mon collègue.

À la limite, il faudrait presque leur donner le livret en amont : les patients commencent à compléter. De cette façon, quand on se retrouve en groupe, on peut revoir ensemble et leur expliquer. Cela fait un peu de temps de gagné.

Chercheur : Sinon l'ETP d'une manière générale, qu'est-ce que tu en penses ?

Infirmière : C'est très très très utile surtout quand les patients sont porteurs de maladies chroniques. La plupart du temps, ils ne connaissent pas grand-chose de leur pathologie. Ils ne savent pas le fonctionnement, ils ne savent pas à quoi servent les médicaments qu'on leur donne : ils font les choses de manière automatique. Remarque, on ne leur dit pas non plus forcément pourquoi.

Les médecins font leur diagnostic, mettent les traitements. Ils vous diront : « il faut faire ceci, il faut faire cela » et le patient ne comprend pas toujours.

L'ETP permet aussi de savoir où ils en sont par rapport à leur maladie, s'ils ont accepté la pathologie ou pas ou s'ils sont encore complètement dans le déni de la maladie. Il y a des patients qui sont encore révoltés et n'acceptent pas l'insuline. Et nous, l'ETP nous permet de savoir où ils en sont, d'évaluer leurs connaissances, leurs besoins.

Cela ne se fait pas en une semaine. Me concernant, je fais un petit peu pendant 1h30 tous les jours. Quand ils quitteront l'hôpital, ils « auront un petit quelque chose » mais ce n'est pas suffisant.

Chercheur : Par rapport à ton constat et ton vécu, tu les vois une semaine et après qu'est-ce qui se passe ?

Infirmière : Après, en partant d'ici, ils ont tout de suite un autre rendez-vous, à peu près dans un mois, avec les infirmières d'éducation qui prennent le relais. Après, si ces dernières constatent que « ça ne va pas », le patient est admis à nouveau en hôpital de jour. Donc, on les voit quand même.

Chercheur : Il y a un suivi ?

Infirmière : Oui. Je trouve qu'ici, au niveau du suivi, c'est quand même pas mal. Et les patients, à un moment donné, en on les connaît. Ils reviennent..

Chercheur : Quand tu dis : «on les connaît- ils reviennent ». Est-ce que tu ressens une évolution ?

Infirmière : Dans le planning, on tourne aussi en hospitalisation, on n'est donc pas toujours en hôpital de semaine. A ces moments-là, je ne les vois pas

Chercheur : Ce groupe que tu as vu cette semaine sur trois ateliers, comment se passe la transmission?

Notes-tu quelque chose ? Il y a-t-il un support ?

Infirmière : Non, on le dit oralement lors des transmissions entre collègues ou au médecin. Dans ce cas-là, on peut dire : «ça va» ou «il faudrait le revoir» ou « il faut faire l'éducation sur telle ou telle autre chose ».

Par exemple, pour Monsieur X, je peux dire aux collègues qu'il arrive à tout faire tout seul et qu'il faut lui mettre les doses ou alors lui faire l'éducation à l'injection ou aux adaptations de doses ou autre.

Pour l'autre patient Y, il ne veut pas venir en groupe. On le dit entre nous mais on dit aussi là où il mérite d'être accompagné et qu'il faut voir plus en individuel. Il estime qu'il n'a rien à apprendre en groupe mais quand on analyse, on remarque qu'il a des besoins. Du coup, on le fait en individuel

Chercheur : Par rapport à ce point que tu viens d'évoquer en individuel, est-ce que tu vois une différence dans les moyens d'apprentissage des personnes ayant certains statuts, certaines classes sociales et les autres ?

Infirmière : Oui, oui.. Par rapport à ce groupe, par exemple, on voit bien que Madame X maîtrise bien par rapport à sa pompe. Elle a encore quelques petites choses à revoir mais elle maîtrise bien. Elle est vraiment autonome.

Madame Y, elle, est un peu moins à l'aise : mais elle a déjà un certain âge, elle a une infirmière libérale. On fera plus le nécessaire pour qu'elle connaisse les signes Hypo/Hyper parce qu'on sait que, de toutes façons, son infirmière libérale lui fera les injections et les adaptations de doses.

Quelquefois, dans des groupes, on remarque des personnes qui sont alcooliques et ils ont du mal dans à se connecter au groupe. C'est très difficile parce qu'on doit se répéter plusieurs fois. Quelquefois, ils ne comprennent pas parce qu'au niveau cognitif, on constate que l'alcool a déjà fait des dégâts. C'est compliqué. Quelquefois, ils restent dans le groupe et on fait avec. Mais, on les voit plus en individuel. Il y a aussi des personnes qui viennent en hôpital de semaine par rapport à l'acceptation de leur maladie. Il leur a été demandé de venir mais on voit qu'ils ne sont pas prêts. Ils sont dans le groupe mais elles s'en moquent complètement.

Chercheur : Est-ce obligatoire de participer au groupe ?

Infirmière : Non, on n'oblige pas les patients. On les incite à venir. Parfois, on a beau insister, ils ne viennent pas. Ils se montrent désintéressés et nous disent «vous n'avez qu'à le faire ». Ils n'ont pas envie. Ils ne veulent pas.

Il y a certains patients qui ne veulent pas être autonomes même s'ils sont jeunes Ils répondent qu'ils auront une infirmière à domicile qui leur fera les injections.

Chercheur : Il n'y a pas encore de déclic ?

Infirmière : Parfois, il n'y a pas le déclic. Parfois, ils ne veulent pas se piquer, ils ne veulent pas avoir à « toucher à ça ». Même parfois au niveau culturel, il y a des patients qui disent que ce n'est pas à eux de faire la piqûre. C'est à l'infirmière de le faire.

Chercheur : Au niveau des croyances, est-ce qu'il y a de fortes croyances qui ressortent par rapport à la maladie ?

Infirmière : Oui, il y a plein de superstitions ici par rapport à la maladie. Tout de suite là, je ne vois pas trop quel exemple je pourrais donner. Il y a des personnes qui vont dire que c'est un « sort » dans sa vie. Il y en a qui vont dire « j'ai attrapé le diabète »

Chercheur : Par rapport à la prévalence du diabète qui est élevée à La Réunion, quel est ton sentiment ? Est-ce que tu as l'impression qu'on fait quelque chose pour cette pathologie que ce soit à l'hôpital ou en ville?

Infirmière : Moi je suis dans le service j'ai quand même l'impression qu'il y a des choses qui se font par contre à l'extérieur. Je trouve qu'ici à La Réunion, le taux est énorme. Il n'y a malheureusement pas encore de prise de conscience de la part de la population qui n'a pas intégré le fait que c'est une maladie grave, une maladie qu'on va avoir toute la vie et qu'il faut s'en occuper.

Parfois, certains disent : «j'ai un petit diabète » ou encore « j'étais diabétique ».

Chercheur : En effet, Monsieur X dit que ça fait quatre ans qu'il est sous METFORMINE. Dans le même temps, il nous dit que c'est là maintenant qu'on a découvert son diabète. Il y a quand même quelque chose de curieux ?

Infirmière : Oui parce qu'on ne leur dit pas dès le début qu'ils sont diabétiques, qu'ils auront cette maladie jusqu'à la fin de leur vie et qu'il va falloir se traiter. Pour certains, ils s'imaginent qu'ils vont être diabétique, que cela va s'arrêter et qu'ils ne seront plus diabétiques, qu'ils seront peut-être à nouveau diabétiques. Mais, il y a un problème culturel au niveau de l'alimentation : ici, on mange trop. Il y a également comme une honte de dire son diabète, une honte de se piquer le doigt en public. Les patients le disent « faut pas montrer aux autres » parce que faire la glycémie devant la famille, c'est être malade et ceux qui font la glycémie sont des diabétique de type 1 donc, ceux-là sont malades.

Chercheur : Donc, il y a un rapport au diabète assez particulier ? Font-ils le lien avec le sida ?

Infirmière : Non. C'est simplement qu'ils ne s'estiment pas malades parce que c'est aussi une maladie qui passe un peu inaperçue. Il n'y a pas de signe. Quand ils n'ont pas de complications graves, ils ne se rendent pas compte. Ils mangent comme ils veulent, prennent des boissons sucrées et beaucoup d'aliments gras. Et comme ça passe inaperçu, ils continuent.

Chercheur : Et quelle serait la solution à ton avis ?

Infirmière : Bah, c'est déjà en ville quand les médecins font leur diagnostic, qu'ils leur disent cette maladie grave et qui ne disparaîtra pas de sorte que le patient ait une prise de conscience immédiate, que cet état soit moins tabou de faire ses glycémies. Ici, les patients font les glycémies au moins trois fois par jour. Quand ils sont à la maison ou à l'extérieur, ils ne les font pas à l'exception des patients qui ont leur maladie depuis longtemps et qui ont accepté la démarche de devenir autonome. C'est au bout de trois mois, lors des contrôles de l'hémoglobine glyquée et quand la glycémie est déséquilibrée qu'ils reviennent en hôpital de jour.

Chercheur : Il y a des associations de diabétiques à La Réunion ? Quel est le rapport avec ces associations ?

Infirmière : Je pense que la population n'a pas encore bien compris. Par exemple, lors des repas de famille ou dans les fêtes, on ne verra jamais une personne faire ses glycémies ou sinon il se cachera.

Chercheur : Ça doit être pareil à l'école alors pour les DT2 ?

Infirmière : Pour les DT1, à l'école, ils vont dans les toilettes : c'est encore caché, à la limite Tabou.

Chercheur : il faut peut-être déjà faire tomber cette barrière là pour franchir un nouveau pas.

Chercheur : Si, à sa sortie, le patient est suivi par une infirmière libérale, est-ce qu'il y a un support ?

Infirmière : Si le patient a une infirmière ou une prescription, on note dans la fiche de liaison ce qui a été fait. Cette feuille est informatisée : en fin de séjour, on coche là où il faut, on valide, on imprime et cette feuille est remise aux patients.

Merci.

3) Entretien avec deuxième IDE

Consultation ETP

Métropolitaine diplômée en 2004, vivant à La Réunion depuis 2009.

Infirmière HDJ

Chercheur : En arrivant à La Réunion, qu'as-tu ressenti en découvrant la diversité culturelle des patients ?

IDE : Il a fallu s'adapter. Heureusement, j'avais déjà travaillé en Diabétologie donc j'avais des notions concernant le diabète et le traitement. En arrivant ici, il faut s'adapter aux différentes cultures. Pour cela, je me suis renseignée sur ce qui se faisait. On s'adapte aux populations, aux Mahorais, les créoles qui sont végétariens.

Chercheur : Justement, quelles sont les spécificités de ces différentes populations ?

IDE : Il y a déjà la langue.

Chercheur : Concernant la langue, comment tu as géré ?

IDE : Il a fallu que je comprenne ce qu'il voulait dire. Moi, j'essaie de parler un peu. Je dis quelques mots. Je ne fais pas de phrase entière parce que c'est difficile mais je dis des petits mots de temps en temps. Je leur montre que je comprends.

Chercheur : Donc, il y a la langue et il y a aussi l'alimentation ?

IDE : Pour l'alimentation je me suis beaucoup renseignée. J'ai goûté moi-même et du coup, on essaie de s'adapter par rapport à une alimentation équilibrée. On essaie de leur expliquer qu'il ne faut pas qu'ils arrêtent complètement leur alimentation mais qu'il y a des adaptations à faire.

Chercheur : Il y a aussi les cultes ?

IDE : Les cultes, oui les religions. On essaie de s'adapter aussi.

Pour les rendez-vous, il y en a qui ne peuvent pas venir le vendredi parce qu'ils sont à la mosquée. Il y a des horaires où ils ne peuvent pas venir.

Chercheur : Il n'y a pas vraiment de frein ? C'est-à-dire que toi qui arrive avec une autre culture, tu ne t'imposes pas en disant que c'est comme si où comme ça qu'il fallait faire ?

IDE : Non, on n'impose pas. On adapte en fonction de leur vie, de leurs besoins, de leurs attentes et de leurs objectifs.

Chercheur : Est-ce que tu rencontres des difficultés particulières en éducation thérapeutique ?

IDE : Il y a ceux qui ne veulent pas changer leurs habitudes de vie. Par exemple, ceux qui ne veulent pas intégrer des légumes ou avoir des horaires réguliers pour manger. Donc c'est difficile.

Chercheur : Il n'en voit pas l'intérêt ?

IDE : Quand il y a le ramadan, c'est difficile parce qu'il y a ceux qui veulent faire le ramadan. Et, on les déconseille mais c'est compliqué. Donc, on essaie de s'adapter.

Chercheur : C'est au coup par coup ? Ça fait 10 ans que tu es à La Réunion, que tu travailles. Tu as été d'emblée dans ce service de Diabétologie ?

IDE : Oui, je n'ai « fait que de la Diabéto ».

Chercheur : Est-ce que tu vois une évolution par rapport à tes débuts en TP ? C'est-à-dire des patients que tu as vus au début et que tu revois maintenant, est-ce que tu as vu une progression ou un changement d'attitude ?

IDE : Oui, pour certains patients. Il y en a qui reviennent et qui évoluent, qui modifient leurs habitudes alimentaires. Ils sont plutôt à l'écoute en général, à l'écoute de ce qu'on leur donne comme conseil. On leur dit qu'on sait que c'est compliqué de changer. Par exemple, à 60 ans, ce sont des habitudes alimentaires, des habitudes de vie bien ancrées. Donc, ils font ce qu'ils peuvent.

Chercheur : Qu'est-ce que tu as eu comme formation en ETP ?

IDE : J'ai eu le DIU d'éducation thérapeutique ici avec Icare.

Chercheur : Est-ce que cette formation a changé ta vision de l'éducation thérapeutique ?

IDE : Oui. Je regarde un peu plus les objectifs du patient et leurs attentes. J'avais déjà cette notion-là mais c'est vrai que j'essaie de voir en fonction des gens. Après, je leur propose ce qui se fait. En fait, ça va un peu plus vite.

Chercheur : Et comment évaluez-vous les acquis du patient avec cette méthode ?

IDE : On les voit après en consultation.

Chercheur : Systématiquement ?

IDE : Non, pas systématiquement. Soit ils sont vus par un médecin, soit ils sont vus par nous, IDE d'éducation. Parfois, ils ne veulent pas venir avec une infirmière, ils préfèrent voir les médecins.

Chercheur : As-tu essayé de savoir pourquoi ?

IDE : Peut-être parce qu'ils n'ont pas trop confiance dans ce que nous leur dirons. Il y a ceux qui n'ont pas le temps et qui ne viennent que pour des ordonnances à renouveler.

Ce sont des rendez-vous tous les trois mois à six mois et ils n'ont pas besoin de nous voir entre-temps. Mais peut-être aussi ont-ils moins confiance en nous, les infirmiers. De temps en temps, d'autres viennent nous voir : on leur donne quelques conseils et nous faisons appel à un médecin s'il y a un problème important.

Chercheur : Est-ce qu'il y a des temps d'échanges entre vous, entre collègues du service ?

IDE : Ce protocole n'a pas encore été mis en place mais le sera bientôt. On essaye quand même. Ce sont plutôt les médecins qui nous disent les patients qui ont été vus pendant l'hospitalisation. Après, tout est noté sur le dossier informatisé. Quand il y a un patient à voir en consultation, le médecin nous en informe par message sur un document (à revoir dans un mois par exemple) et à partir de cela, nous aurons toutes les informations sur son dossier informatisé. Je le programme donc et quand le patient revient en consultation, je regarde son dossier et je sais ce qui s'est passé, ce qu'il a comme pathologie et ce qu'il a comme traitement.

Chercheur : Par rapport aux séances d'éducation du groupe, est-ce qu'il y a une transmission de la part de l'infirmière d'éducation, de la psychologue, de la diététicienne ? Avez-vous le retour sur ce qui a été dit par rapport aux patients du groupe ?

IDE : Oui, tout est noté dans le courrier de sortie.

Chercheur : Il y a un livret d'éducation ?

IDE : Non, pas encore. On le mettra en place au mois de janvier. Nous avons prévu de faire un suivi des patients un peu plus en éducation thérapeutique.

Chercheur : Donc, il y aura comme une synthèse ?

IDE : Oui, une synthèse de l'éducation de ce qu'il a vu pendant son séjour, et même pour les consultations. Parfois, on fait des consultations avec la présence du médecin et de la diététicienne, par exemple pour le diabète gestationnel. Il y a un compte rendu de ce qu'il y a été fait et dit.

Chercheur : Dans cette synthèse, il y a ce qui a été fait. Il y-a-t-il un projet, une orientation pour le suivi au cas où il reviendrait ou pour lui-même.

IDE : Oui, il y a les consultations-infirmières.

Chercheur : Quelle collaboration il y-a-t-il avec les professionnels extérieurs ? Avez-vous des échanges avec des associations ou Réucare ?

IDE : Oui, surtout avec les prestataires de santé (par exemple pour les patients qui sont sous pompe à insuline) par téléphone et/ou par mail.

Chercheur : Mais pas avec les infirmiers libéraux par exemple ?

IDE : Oui, ça peut être par téléphone, par SMS si besoin. Les associations pas vraiment. Plus pour l'association des diabétiques de type 1 l'ADJ

Chercheur : En gros qu'est-ce que tu penses de l'ETP d'une manière générale et aussi dans le service ?

IDE : Nous, c'est vraiment un suivi des patients. C'est une aide, un soutien, des conseils et puis de l'empathie. On se met vraiment à leur place aussi, vraiment on s'adapte à leurs besoins.

Chercheur : Est-ce que pour toi, c'est un autre type, un autre mode de soins ? Est-ce que tu fais une différence entre l'infirmière d'éducation et l'infirmière du service ?

IDE : Oui, parce que l'infirmière dans le service fait des actes qui ont été prescrits et les patients n'ont pas forcément le choix. En éducation, on donne le choix aux patients. On leur propose des choses.

Chercheur : Même s'il y a une ligne directrice ?

IDE : On se justifie sur certaines choses en leur disant peut-être qu'on peut adapter cette dose d'insuline mais peut-être une autre. C'est le patient qui choisit aussi.

Chercheur : Tu veux dire que le patient a une certaine liberté ?

IDE : Oui, c'est cela.

Merci !

4) Entretien avec troisième IDE
Consultation ETP HDJ
IDE réunionnaise dans le service depuis 7ans

Infirmière Cs Ext

Chercheur : Présentation de l'étude

IDE Cs Ext ETP : Je suis diplômée de 2014. J'ai commencé en diabète sur le pied diabétique. Ensuite, j'ai fait de la recherche et après de l'éducation. Enfin, j'ai passé mon DU ETP. Je n'ai pas eu la formation de 40 heures ETP.

Chercheur : Dans le DU, les 40h sont intégrées ?

IDE Cs Ext ETP : Oui. Il y a une partie très théorique et une partie très pratique, celle des 40 heures

Chercheur : Cette formation t'a-t-elle aidée ?

IDE Cs Ext ETP : Oui, le DU m'a aidé. Mais, aussi le fait d'avoir déjà un peu de pratique, deux ans, m'a beaucoup aidé. Je m'explique : c'est-à-dire le fait d'avoir travaillé avant comme infirmière d'éducation en diabétologie. Car, il y en a qui ont fait le DU sans pratique et qui ne comprenait pas bien où ça les amenait.

Chercheur : Effectivement. Il y a-t-il, pour vous soignants, un temps d'appropriation de la méthode d'éducation thérapeutique ?

IDE Cs Ext ETP : Oui, parce qu'on voit toute la complexité de monter un programme. Étant donné que j'étais déjà dans le service avec certaines de mes collègues, nous étions déjà dans le programme. Nous savions que quand un programme est monté, cela « roule ». Tandis que ceux qui ne connaissaient pas, qui sortaient du DU sans expérience antérieure d'un programme d'éducation, ils disaient que c'était compliqué, qu'il fallait un médecin comme moteur, qu'on ne peut pas le faire seul.

Chercheur : Est-ce qu'il faut un médecin comme moteur ?

IDE Cs Ext ETP : Il faut un médecin sur le papier pour le programme.

Quand le programme est là, ce qui est très contraignant et fatigant c'est de former ses pairs : étant donné qu'on est dans un CHU, il y a un turnover important. A un moment, on est essoufflé : on a un peu lâché prise. Il n'y avait que les groupes d'hospitalisation de semaine qui tournaient et on ne mettait plus vraiment de patient en extérieur parce que c'était compliqué.

Parfois, nous devons faire les groupes nous-mêmes alors qu'on avait des consultations. La charge est hyper lourde et c'est essoufflant.

Chercheur : Penses-tu qu'il soit important que l'ensemble du personnel du service soit formé à l'éducation thérapeutique ?

IDE Cs Ext ETP : Oui, franchement oui parce qu'on est amené à se remplacer. Nous IDE de consultation, nous commençons à former les nouvelles IDE même si elles n'ont pas encore la maîtrise parce que nous sommes amenés à partir pour faire des formations.

Chercheur : Même pour le patient une fois dans le lit, il peut avoir des questions et l'IDE doit pouvoir lui répondre ?

IDE Cs Ext ETP : Franchement, je trouve que c'est cela le plus difficile. Ce n'est pas tellement de mener les groupes car une fois qu'on est formé, on peut le faire. L'outil est facilement pris en main et peu importe l'outil, on sait comment se positionner, on sait comment mener un groupe. Ça se fait facilement avec les patients. En plus, la plupart du temps, ce sont eux qui mènent le groupe. On est là pour les guider, les recadrer donc ça c'est assez facile.

Mais, faire comprendre à un pair ce qu'est l'éducation thérapeutique alors qu'il n'a pas été formé, forcément-là, il n'entend pas la même chose. Ce qui est difficile, le plus difficile, c'est de ne pas voir le résultat tout de suite (rires).

J'aurais aimé dire : « Oui, c'est bon, ça a marché ».

Effectivement, si l'éducation thérapeutique a tant de difficultés, c'est parce que nous en tant qu'infirmière, on aimerait voir le résultat rapidement. Quand on fait les pansements, on voit l'évolution mais là on ne le voit pas forcément tout de suite. Si le malade a une douleur on voit avec le traitement après il va mieux.

Du coup, c'est frustrant dans les premiers temps. On veut que le patient fasse ce qu'on lui demande de faire. Donc, c'est un travail sur soi aussi.

Chercheur : Par rapport à ça justement ? A la sortie du patient, quel lien vous avez avec les partenaires extérieurs par exemple les libéraux ?

IDE Cs Ext ETP : On est un peu « limite » là-dessus. On est plutôt « appel téléphonique ». C'est bien mais si on avait une fiche de synthèse, ce serait mieux pour expliquer où on en est pour la suite de la prise en charge.

Chercheur : Le patient part avec son livret ?

IDE Cs Ext ETP : Oui, il part avec son livret. Il y a une lettre qui est faite au médecin traitant. Tout ce qui est infirmier, où s'il part dans un autre organisme, je ne suis pas certaine qu'il présente son livret et explique ce qu'il a eu à l'hôpital. Pour lui, le livret est lié uniquement à l'hôpital. Je n'ai pas l'impression que le patient a conscience qu'il fait partie d'un réseau.

Chercheur : Il ne s'est pas encore approprié cet outil ? Il s'en sert pour son médecin traitant ?

IDE Cs Ext ETP : J'ai déjà eu des médecins qui nous appellent pour nous demander l'objectif du petit livret. Quand on leur en explique l'utilité, ils comprennent. J'ai rarement vu un livret tenu par le médecin traitant, ni un patient qui revient pour se faire évaluer.

Chercheur : Par rapport au suivi ETP, qu'est-ce qui se passe ?

IDE Cs Ext ETP : Il y a trop de demandes. Donc, on essaye mais on recommencera à travailler en collaboration. Auparavant, cela se faisait beaucoup plus. On essaiera de reprendre et de faire des groupes d'ETP à domicile pour la continuité et l'utilisation de ces petits livrets.

On essaiera de remettre tout ce protocole en place parce que je trouvais que ça fonctionnait plutôt bien. C'est vrai qu'il y a eu une grosse perte médicale et tout s'est un peu effondré.

Chercheur : Qui tiendra ce livret à jour ?

IDE Cs Ext ETP : Ce sera nous mais aussi le patient. Ça dépendra de son autonomie. S'il participe à un groupe, on cochera pour mettre la date à laquelle il a participé. Et par la suite, on ne le perdra pas dans la nature. Il pourra noter tout son suivi médical et son parcours de soins. On tentera de mettre tout cela en place : ce sera compliqué parce qu'il faudra bien, du coup, faire tenir à jour le livret et former tous les infirmiers.

Chercheur : Concernant les patients, compte tenu de l'hétérogénéité des cultures à La Réunion, comment gères-tu ?

IDE Cs Ext ETP : On apprend à s'adapter tout simplement. Pour exemple, si j'ai en face de moi une femme mahoraise et que tu commences de but en blanc à lui poser des questions sur sa pathologie, elle ne répondra pas même si elle comprend. Car, pour elle, poser une question de cet ordre-là, c'est rentrer dans leur intimité.

Il ne faut donc pas commencer directement par les questions. Il faut d'abord les connaître. Cela se voit dans la prise en charge du diabète gestationnel. Au début, on pense même à la barrière de la langue. On se dit qu'elle ne comprend pas ce que je dis. En fait, au fur et à mesure des séances on se tutoiera car le vouvoiement n'est pas dans leurs habitudes.

Je commence par le vouvoiement. Je regarde comment elle réagit : si cela la contrarie, je la tutoie. On se rend compte qu'elle se livre un peu plus facilement et on découvre des choses, leurs inquiétudes, les représentations de la maladie.

Chercheur : tu arrives en fait à travailler avec le non verbal ?

IDE Cs Ext ETP : Les premières séances avec ces dames-là ne sont pas révélatrices de «comment ça va se passer».

Il y a des dames qui vont être très renfermées et ce sera difficile de rentrer en contact avec elles, de les faire parler. Et enfin de compte, à la fin de la grossesse, c'est elles qui ont mieux fait, c'est elles qui ont tout compris par rapport à une autre qui verbalise.

Chercheur : Justement, dans un groupe avec des personnes qui sont plus à l'aise que d'autres, toi en qualité d'animateur du groupe, comment arrives-tu à solliciter tout le monde et à faire tout le monde participer ? Parce que tu dis que quelques fois elles ne parlent pas ?

IDE Cs Ext ETP : Eh bien, je pense que cela fait partie des difficultés du groupe. Je ne vais pas forcer quelqu'un à parler. Je laisse cette personne car elle ne parle pas mais peut-être qu'elle comprend et qu'elle analyse.

Chercheur : Comment le vérifies-tu ?

IDE Cs Ext ETP : Je le constate sur les séances suivantes. Je regarde son carnet : je vois si elle a compris, comment elle a noté, comment elle fait le lien entre la glycémie qui a augmenté et comment elle a adapté son traitement, son alimentation.

Je le constaterai au fur et à mesure des séances mais on n'est pas hyper pressé. Un groupe ne révèle rien. A la fin du groupe je peux m'évaluer, analyser comment j'ai vécu le groupe, mais pour les patients, je ne peux pas dire. Je ne sais pas.

C'est la prochaine fois que je vois sur l'évolution comment ils vont se prendre en charge, comment ils vont s'autoévaluer. Parfois, je vois les dames qui s'investiront trop ou pas assez mais il y en a qui te disent clairement « cela ne m'intéresse pas ».

Il y en a aussi qui disent « j'ai déjà fait un diabète gestationnel, je ne me suis pas investie et ça s'est bien passé ». Donc, voilà on n'insistera pas plus. Je dis « d'accord » mais je lui expliquerai quand même les risques. On ne parlera pas d'emblée des risques mais on fait comprendre quand même que toutes les grossesses ne se ressemblent pas. On essaye de les persuader d'une autre façon.

Chercheur : Par rapport à la langue, la barrière de la langue ?

IDE Cs Ext ETP : On devrait avoir un lexique. En gros, il y a certains aliments que j'arrive à dire. Parfois, les Mahorais ou les malgaches arrivent à dire un petit mot et les autres les traduisent ou on fait appel à un traducteur.

Mais sur le groupe, c'est inutile d'avoir un traducteur parce que cela prend quand-même la matinée. Le traducteur ne viendra que pour des choses-clés. S'il y a vraiment une grosse barrière de la langue, ces dames sont prises en charge en individuel. C'est beaucoup plus simple. Elles participent au groupe mais il y a toujours une séance en individuel.

Chercheur : Par rapport aux professionnels, par exemple, pour un infirmier qui arrive d'ailleurs, que lui faudrait-il pour prendre en charge au mieux les patients avec toute leur diversité culturelle ?

IDE Cs Ext ETP : Tu sais, ce sont des personnalités différentes. Quelquefois, on s'étonne. Il nous arrive d'avoir quelqu'un et de se dire « à l'éducation, elle ne saura pas faire » et il y arrive. Donc, c'est vraiment une façon de faire.

Chercheur : Est-ce que tu penses que ça vient du formateur c'est-à-dire de la façon dont on lui a fait passer le message ?

IDE Cs Ext ETP : Oui bien sûr. C'est un peu ça et c'est important.

Si on est très scolaire, cela ne marche pas. Cela, je l'ai vu : les envoyer au tableau, utiliser le stylo, cela ne marche pas. Il faut vraiment que cela soit interactif. Si la personne qui anime le groupe a compris qu'il faut s'adapter à tous les niveaux, c'est déjà gagné. A la fin du groupe, il y aura ceux qui auront tout compris et les autres qui auront très peu compris. C'est déjà pas mal parce que le travail va se faire sur du long terme.

Le but, par contre, est que tous les intervenants aient le même discours pour que les patients entendent la même chose. C'est ce qu'on dit souvent aux infirmiers d'ici, il faut tenir le même discours parce que le patient, lui, va se poser des questions. Si le médecin m'a dit ça, l'infirmière m'a dit autre chose, la podologue encore autre chose, etc..., il sera vite déstabilisé.

Nous, on travaille beaucoup sur les recommandations. On essaie de garder un fil conducteur. Tout ce qui concerne la compréhension de la pathologie, il n'y a pas de 400000 façons d'expliquer la physiopathologie.

C'est pour cette raison que les outils nous aident. Tout le monde explique à peu près de la même façon pour l'insuline, le sucre, etc....

Chercheur : Donc, dans cette méthode, il y a le livret du formateur et le livret du patient ?

IDE Cs Ext ETP : Oui. (*L'infirmière me montre une plaquette sur laquelle les participants posent les organes ; et à partir de ça l'intervenant leur pose des questions par rapport à l'organe par rapport au lien qu'il y a entre l'organe est le diabète*) La technique est de poser la question à tout le monde. Exemple ça sert à quoi le pancréas ? Il y a des personnes qui vont répondre de façon très scolaire, il y a d'autres qui vont répondre comme ils le sentent mais ça marche aussi, et de là, l'infirmière apporte l'explication.

Chercheur : avez-vous des rencontres, des réunions en équipe par rapport aux séances d'ETP ?

IDE Cs Ext ETP : Oui. On a des staffs pour l'hospitalisation de semaine.

Pour les outils, on essaiera de mettre en place des staffs parce que les infirmières ont des choses à dire. Elles veulent améliorer les choses donc il faudra des temps précis pour cela. Il y a un médecin qui aimerait revoir le programme, ajouter des jeux parce que c'est une demande des nouvelles infirmières. Si cela reste dans la philosophie des outils, nous ne sommes pas contre. Si les thèmes sont respectés, pourquoi pas. Il y a certaines personnes qui utilisent des tableaux, d'autres utilisent la mallette qu'elles ont fait elle-même. Par exemple, pour la séance « apprendre à maîtriser les risques cardio-vasculaires » il y a certaines qui vont demander aux patients de ramener leur bilan. D'autres diront : « est-ce que vous vous souvenez à combien était la tension artérielle ? »

Chercheur : Que penses-tu de l'ETP d'une manière générale ? Comment définis-tu déjà l'ETP ?

IDE Cs Ext ETP : L'ETP devrait être la base du traitement de la maladie chronique. Je crois que ça commence à venir. Souvent, quand on parle de l'ETP surtout face à quelqu'un qui connaît bien la médecine etc., il ne comprendra pas où on veut en venir.

L'ETP est vraiment la base pour que le patient comprenne sa pathologie et pour qu'il vive avec sa pathologie. Dans l'autogestion, surtout que la pathologie chronique est, par définition, chronique donc pour la vie, il faut s'approprier cette pathologie là et je pense que l'ETP est la clé.

C'est difficile en fait pour les personnes qui ne connaissent pas l'ETP parce qu'elles ne voient pas forcément où on veut en venir. Je trouve que maintenant les choses commencent à bouger : on en parle de plus en plus souvent à peu près dans tous les services.

Justement, j'ai fait une formation de recherche. J'ai rencontré des IDE du service de Néphrologie qui prennent en charge des personnes greffées et elles me demandent ce que je fais. Je leur explique mon métier d'infirmière d'éducation : ce que c'est, ce que je fais et du coup, elles s'interrogent en se demandant dans leur service pourquoi elles n'ont pas un statut d'infirmière d'éducation et pourquoi on ne les fait pas passer le DU ETP.

Du coup, elles se sont dites qu'elles vont demander : je leur ai expliqué que nous avons des outils mais qu'elles pourraient créer leurs propres outils par rapport à la pathologie. Donc, de fil en aiguille, il y en a une qui s'est positionnée pour essayer d'avoir une ouverture de poste pour être infirmière d'éducation que ce soit pour la dialyse, le poste greffe etc. Donc, en gros, on sait qu'il y a de l'éducation thérapeutique qui existe mais c'est quoi : on ne sait pas ou alors on le fait mais un peu à la sauvage. C'est-à-dire qu'il n'y a pas forcément un programme, il n'y a pas forcément d'outils... Donc, je pense que maintenant que les choses sont mises en place et qu'il y a plusieurs structures qui en font, je crois qu'il faut aller chercher ceux qui font de l'ETP sans le savoir et les aider à monter, à construire des outils et les programmes, etc...

Chercheur : De ce que tu dis, c'est aux professionnels en place sur le terrain de faire avancer l'ETP ? J'entends que tu dis c'est vrai que le législateur a dit de faire mais que c'est nous sur le terrain d'accompagner et d'impulser l'ETP ?

IDE Cs Ext ETP : Exactement. Il y en a plein qui font de l'éducation sans le savoir.

Chercheur : Donc, pour toi la formation est essentielle ?

IDE Cs Ext ETP : Exactement. Si on est formé, je pense qu'on comprend mieux comment faire et cela permet d'avoir une base solide. Il pense que le fait de le faire comme ça un peu à la sauvage c'est bien. Les gens adhèrent mais c'est très friable parce qu'il n'y a pas de programme, c'est fait comme ça.

Chercheur : Tu n'en as pas parlé mais l'évaluation comment ça se passe ?

IDE Cs Ext ETP : L'évaluation se fait déjà quand le patient revient. La difficulté, c'est que parfois ils ne reviennent pas. En consultation, on est souvent amené à faire des bilans éducatifs, partager des BEP. En hospitalisation, il est dans le programme sauf que parfois, le patient ne revient pas à l'hôpital car il est suivi par son médecin traitant : c'est à ce moment-là que le livret sera utile. Et n'importe qui peut évaluer.

Chercheur : Par rapport au BEP, comment en tenez-vous compte avec le livret ?

IDE Cs Ext ETP : Il y a quand même des choses de base. La semaine d'HDS n'est pas hyper flexible, il y a un programme déjà défini. Par exemple, lundi après-midi, telle chose est programmée – Mardi, telle autre chose. Etc... Pour le BEP, cela me permet de dire que le patient a tel ou tel problème, qu'on va l'orienter. On insistera là-dessus. On regardera à l'extérieur pour voir s'il y a quelqu'un qui pourrait l'aider. Par exemple, si c'est de l'activité physique, voir s'il faudra l'orienter vers une association qui fait de l'activité physique, etc...

Chercheur : Avec le BEP, c'est plus ciblé ?

IDE Cs Ext ETP : Oui. On voit aussi à la sortie si on peut l'orienter vers une association ou alors ADN⁸⁴ ou Réucare

Chercheur : En fait, il y a un relais ?

IDE Cs Ext ETP : On aurait préféré tout faire à l'hôpital mais ce n'est pas possible les gens ne retournent pas facilement vers l'hôpital. Ce qui manque franchement ici, c'est tout ce qui est activité physique, atelier cuisine, etc..

Chercheur : exemple, si je suis mutée à la réunion, je viens travailler dans le service, je connais l'outil mais pas la population. Je me trouve face à un groupe de participants de toute la diversité de culture de La Réunion. Qu'est-ce que tu penses qu'on peut m'apporter pour que je sois opérationnelle ?

IDE Cs Ext ETP : Peut-être une petite connaissance sur les cultes à La Réunion.

Ce qui m'a beaucoup aidé en formation : pour une licence en sciences de l'éducation j'étais amenée à visiter tout ce qui était lieu de cultes à la réunion. Je me suis aussi intéressée de savoir la manière dont ils étaient pris en charge dans leur pays d'origine.

C'était un travail personnel que j'ai effectué. J'ai demandé aux femmes mahoraises pourquoi elles s'allongeaient par terre dans le salon, dans les salles d'attente. Elles m'ont répondu que c'est parce qu'elles se sentent à l'aise par terre quand elles sont fatiguées. Chose que nous, on ne fera pas. Donc j'ai été amenée à m'interroger sur plein de choses. A l'école d'infirmière, j'ai demandé à visiter des lieux de culte pour comprendre la mosquée, le temple chinois, le temple hindou. Cela m'a permis de comprendre certaines choses et à être un peu moins stricte, d'avoir un regard différent, plus tolérant. Ma tolérance fut acquise comme cela. Pour les autres, je ne sais pas. Je pense que c'est avec l'expérience, le vécu et les erreurs qu'on y arrive.

Chercheur : Le fait de l'avoir fait comme une formation, cela t'a-t-il servi ? Donc même si ce n'est pas indispensable, est-ce nécessaire ?

IDE Cs Ext ETP : Oui, c'est nécessaire. Avec ma formation initiale, j'étais déjà « dans les rails ». Mais, le fait d'avoir fait de l'ETP m'a encore plus aidé. Mais, je ne peux pas affirmer que je sois au top là-dessus. Mais, l'ETP m'a aidé à comprendre certaines choses et à ne pas me frustrer quand la personne se braque. Je me dis toujours : « ce n'est peut-être pas dans sa façon de faire - que je m'y prends mal - le fait que je lui pose des questions sur maladie, que je lui parle de la maladie alors que pour elles c'est un sort qu'elle a eu ».

Il faut respecter les représentations des personnes et on fait avec. Par exemple, la personne qui me dit « je prends telle tisane » je lui dis juste : « attention, je ne sais pas s'il y a une interaction avec ton traitement. Je ne t'interdis pas de la prendre mais fais attention ». Il y a des pharmaciens qui sont formés aux tisanes..

En tout cas, à l'IFSI dans mon année, j'ai eu une formation de sensibilisation à la culture. C'est plutôt pas mal de voir ça comme ça. Ça permet de voir tout ce qui existe à La Réunion et après ça peut être comme partout ailleurs.

⁸⁴ Association diabète nutrition

ANNEXE 11- Recherche- politique et stratégie de lutte contre le diabète à La REUNION

- 1) Liste des publications et études qualitatives réalisées à La Réunion de 1998 à 2016
- 2) Présentation des structures ressources dédiées à l'ETP à La Réunion
- 3) Des structures privées et associations engagées dans la lutte contre le diabète
- 4) Résultat de la conférence de consensus (2016) pour l'ETP à La Réunion et Mayotte

	DATE	AUTEURS ET REFERENCES
1	1999	RODDIER Muriel , Le diabète entre culture et santé publique, Approche anthropologique du diabète de type 2 à La Réunion, Saint Denis, Université de La Réunion, Thèse de doctorat, 635 p
2	2000	RONDREUX- MCKENZIE Anne-Marie , Ecoute du patient et programme régional de santé, le cas du diabète à La Réunion, Mémoire de Médecin Inspecteur de santé publique, ENSP.
3	2001	RODDIER Muriel , Etude REDIA : Enquête socio-culturelle et apports anthropologiques, Rapport scientifique, Montpellier – INSERM
4	2002	CORBEL Marianne , compte-rendu d'une enquête ethnologique sur les représentations du diabète, du corps et de la santé chez les diabétiques et des individus à risque à l'île de La Réunion – CIRCI, Université Réunion
6	2009	BOIVIN Annie , L'art de la négociation entre son contexte de vie et le diabète de type 2 – Stratégies d'autogestion développées par les femmes de l'île de La Réunion, Maîtrise en santé communautaire, Université de Laval
7	2010	BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette , Une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2 in « Education thérapeutique du patient, Modèles, pratiques et évaluation », INPES
8	2010	BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette , Manger et se soigner : entre manques et excès Wolff Eliane et Watin Michel, La Réunion, une société en mutation, Univers créoles 7 – Paris, Anthropos-Economica, p 187-210
10	2015	BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette , Approche qualitative de la gestion du diabète de type 2 : une modélisation simple et accessible pour les soignants et les patients. Projet ERMlès-Ethnosocio, laboratoire Icare, EA 7389, à l'Université-ESPé de La Réunion (Poster)
11		BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette , Développer la littéracie en santé lors des séances d'ETP dans le cadre de la recherche ERMIES-Ethnosocio. Projet ERMlès Ethnosocio, laboratoire Icare, EA 7389, à l'Université-ESPé de La Réunion (Poster)
12	2016	BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette , Les maladies chroniques et la littéracie en santé in « De l'éducation thérapeutique du patient à la littéracie en santé », Editions des archives contemporaines, chapitre 6, p.101-121
13	2016	BONTE Elodie , Exploration du vécu d'un programme d'éducation thérapeutique et des représentations du diabète gestationnel, thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine, spécialité médecine générale, Université Bordeaux 2

1) Présentation des structures ressources dédiées à l'ETP à La Réunion

Structures	Statut	Missions	Financement
<p>RéuCARE depuis 2003</p> <p>(Actuellement composante de la PTA 974)</p>	<p>Regroupement des structures portées par une association de professionnels libéraux et de patients.</p>	<p>Mission de réseau de santé suivi des patients organisation de consultation psychologique et diététique Dispense l'ETP maladie rénale , HTA ...</p>	<p>ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmes autorisés par l'ARS - Séances décentralisées et parfois à domicile des patients
<p>ETP La Réunion Pôle ressource en ETP</p> <p>(Initialement UCEP 2.0 Unité Régionale d'Appui et de Coordination de l'ETP)</p>	<p>Association à but non lucratif, gérée par l'ARS. Équipe pluri professionnelle L'UCEP 2.0 s'occupe de l'inscription des patients, la mise à disposition d'outils, l'évaluation du programme et la rémunération des professionnels.</p>	<p>ETP La Réunion</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aide les professionnels de santé à s'engager dans la démarche ETP a) Développe une ETP de proximité dispensée par les professionnels de santé b) Un programme « clé en main » est mis à la disposition des professionnels avec des séances d'ETP près du domicile des patients. 	<p>Professionnels de santé, (dont les URPS) et usagers portés par les valeurs de l'ETP Programme ETP gratuit « Run Diabète » Complémentaire de la prise en charge habituelle sur toute l'île.</p>

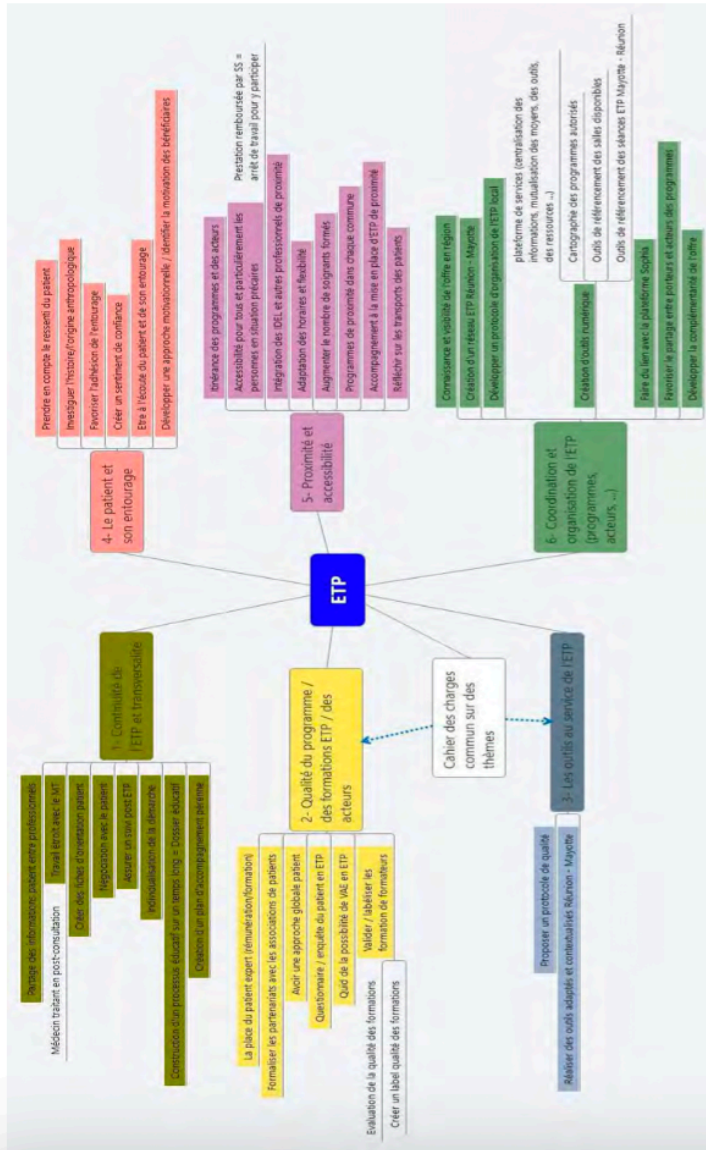
2) Des structures privées et associations engagées dans la lutte contre le diabète

ADN 974 Association Diabète Nutrition	Association Dépistage du diabète Coaching-santé Assistance familiale aux diabétiques Promotion de la santé	-Former, -Accompagner, -Conseiller, -Défendre les personnes diabétiques	Partenaires Professionnels de santé -Activités physiques et adaptées,
La Maison Du Diabète (MDD) de la Réunion 1996	Association de loi 1901	-Programme ETP gratuit et personnalisé pour diabétiques et pré- diabétiques	Programme d'ETP dispensé en 6 à 7 étapes.
Initiative 5. 2035	Ramener la prévalence du diabète à 5% en 15 ans.	La Mutualité	Intervenants : - médecins - infirmiers - organisations internationales
Citédi (cité du diabète) 2013	Dépistage, ETP, activité sportive, ateliers nutrition...,	La Mutualité et ADN974 ⁸⁵	Dans plusieurs communes - Appui conseil scientifique
Dites non au diabète 2018 Sur 5ans Programme national	Prévention des personnes pré- diabétiques entre 35 et 70 ans, en surpoids ou obèses	Mutualité	
EXPODIA Exposition de 90 m ² en accès libre	Exposition permanente interactive pédagogique et éducative gratuite pour lutter contre le diabète	- Mutualité - Contribution de l'université et du CHU	Accès écoliers, soignants, parents, patients, associations de patients...
L'IREN Institut régional d'éducation nutritionnelle Conscientisation de la population autour de l'acte alimentaire.	-Adaptation des Pnns -Éducation nutritionnelle en proximité -Intégration de la culture	L'enfant = priorité parce qu'au stade de l'enfance l'alimentation c'est un rituel	Intervention dans les écoles et quartiers

⁸⁵ Association Diabète Nutrition 974 et l'association des diabétiques juniors pour le diabète de type 1

Résultat de la conférence de consensus (2016) pour l'ETP à La Réunion et Mayotte

Le présent référentiel ancre ses propositions dans la poursuite du travail préparatoire mené lors de la conférence de consensus, le 28 avril 2016. Ce travail préparatoire est simplifié et résumé dans le schéma ci-après :



La plateforme **ETP La Réunion** s'est fixé trois missions principales



Nouvel essor de l'ETP et Diabète à La Réunion <https://www.etp-lareunion.re/kisa-nou-le/>

Annexe 12 - Entretien avec chargé de projet de l'exposition EXPODIA St-Denis La Réunion

Visite 26-11-2019 de 9h à 11h 30

EXPODIA c'est la première exposition interactive pour lutter contre le diabète à la Réunion. A l'initiative de la Mutualité de la Réunion elle a été conçue avec l'aide de l'Université de La Réunion, du laboratoire Icare et l'ESPE ;

Aménagement d'un espace pédagogique et éducatif pour la prévention du diabète de type 2

Surface de 90 m² au 1^{er} étage de la Mutualité de la Réunion. Ce dispositif est gratuit et peut être visité sur rendez-vous et en accès libre du lundi au vendredi de 8h30 à 16h 30.

Public concerné : tout publics, les écoliers, étudiants, soignants, professionnels de santé libéraux, associations de patients, patients, ...

Objectif : sensibiliser au diabète pour le prévenir. Le détail est à la page ... de la thèse

La visite se termine par un mur d'expressions qui invite le visiteur à laisser par écrit ses remarques, remerciements ou autres avis.

Trois remarques ont retenu mon attention

- « Exposition pas connue dans le sud de l'île »
- « Dommage pas de traduction créole car le langage n'est pas à la portée de tous »
- « Faire plus de publicité pour la visite des écoles »

J'ai interrogé la chef de projet à ce sujet, voilà sa réponse et la suite de notre entretien

Chef de P

1) Par rapport aux écoles nous sommes en train de travailler en partenariat avec le rectorat ; ça fait un petit moment que c'est en cours mais ce n'est jamais évident.

2) Par rapport à la communication on en a fait à l'ouverture et de temps en temps on fait des communications sur les Facebook ou à l'occasion de la journée du diabète ou d'autres occasions.

3) Il y a régulièrement des publications mais pas forcément dans les médias tous publics

Chercheur : d'accord ! Et le créole ?

Chef de P : Le créole c'est un choix de mettre en français, parce que pour notre président même si on est dans un environnement créolophone, le français reste la langue principale, voilà.

Un document est remis aux enfants avant ou après la visite, ce qui permet de voir un peu ce qu'ils ont retenu et aussi tester leurs connaissances.

Chercheur : c'est comme une petite évaluation. Connaissez-vous le budget d'une telle structure ?

Chef de P : 100.000 € environ en gros !

Chercheur : parlez-moi du personnel d'EXPODIA

Chef de projet - Un chargé de projet - des IDE libéraux – une diététicienne – un éducateur sportif pour l'activité physique adaptée- une directrice qui est aussi diététicienne. Il y a aussi le Dr D. diabétologue au CHU puisque cette exposition c'est son idée.

Chercheur : quel est le rôle de l'université dans ce projet ?

Chef de projet : Maryvette et Xavier DEBUSCHE du laboratoire Icare et du CHU nous ont aidés dans tout ce qui est conception du contenu, l'aménagement de l'espace pour qu'il soit plus structuré, la partie activités éducatives également.

Chercheur : quand je vois la qualité d'une telle structure, je suis tenté de vous demander si vous avez d'autres projets

Chef de projet : en plus de l'exposition ?

Chercheur : oui, ou à la suite de l'exposition !

Chef de projet : on a plein de projets (rire). Nous avons un projet expérimental dans le quartier qui va bientôt se terminer.

Chercheur : toujours autour du diabète ? La prévention du diabète

Chef de projet : oui toujours sur le diabète. Il s'appelle « **Camélia santé** (c'est le nom du quartier). On a mené plein d'actions autour de la prévention du diabète, l'alimentation, l'activité physique en général. On a touché tous les publics. C'était la prévention primaire, secondaire, tertiaire.

Chercheur : c'est un projet de proximité où vous allez sur place ?

Chef de projet : oui c'est ça. On invite les gens à venir ici et on essaie d'aller au plus près.

Chercheur : avec quels types d'actions ? des conférences ... ?

Chef de projet : non surtout des ateliers, des événements des choses comme ça. On a invité les gens à des ateliers-discussions de façon à ce qu'ils puissent évoquer ce qu'ils avaient envie de faire...

Chercheur : vous restez que sur le quartier **Camélia** ?

Chef de projet : oui c'est ça pour ce projet-là oui.

Après on a aussi l'activité avec ADN (Association Diabète Nutrition). C'est de l'activité physique sur toute l'île de la Réunion. Pour élargir notre offre, on propose ces activités pour les séniors et pour les personnes diabétiques, on a deux offres différentes.

On a aussi avec la Mutualité le programme « Dites-non au diabète », c'est de la prévention pour des personnes pré-diabétiques entre 35 et 70 ans, qui sont en surpoids ou obèses et voilà.

Chercheur : ils sont recrutés comment ?

Chef de projet : c'est leur médecin. Soit les personnes ont vu le programme et ils vont voir leur médecin qui leur prescrit l'entrée via le dispositif ; c'est piloté localement par la sécurité sociale et sur le plan national c'est la CNAM. Donc à la Mutualité de la Réunion nous coopérons et notre objectif c'est de toucher 2600 personnes sur 3 ans ; il y a 3ans d'inclusion et 5 ans au total.

Chercheur : quand vous dites 5 ans, le programme se poursuit avec les personnes qui étaient présentes dès le début ?

Chef de projet : oui voilà ! jusqu'à la 3^{ème} année on continue d'inclure et après il va rester 2ans pour ces personnes

Chercheur : dans ces 3années il doit y avoir dans le dispositif 2600 personnes pré diabétiques ?

Chef de projet : oui c'est ça !

Chef de projet : on est à 1 an1/2 et on est très loin des pronostics.

Chercheur : vous savez un peu vu pourquoi ?

Chef de projet : Les médecins ne prescrivent pas assez ; il n'y a pas assez de personnes qui sont intégrées.

Chercheur : Comment est faite la communication sur ce dispositif ?

Chef de projet : c'est la sécurité sociale.

Chercheur : c'est un peu comme SOPHIA ?

Chef de projet : c'est différent. Ce n'est pas SOPHIA qui s'en occupe. SOPHIA c'est une plateforme téléphonique d'appui pour diabétique mais ça ne passe pas par eux. Après ils peuvent en parler bien sûr mais ce n'est pas eux qui gèrent.

Chercheur : c'est la Caisse Générale d'Assurance Maladie qui oriente vers vous ? vous n'avez pas accès directement aux patients ?

Chef de projet : non ! ça passe par elle forcément ; la CGSS va recevoir la prescription du médecin, après elle vérifie les critères et si les critères sont bons, elle propose un premier rendez-vous au patient.

Chercheur : la gestion du premier rendez-vous se fait entre la CGSS et vous ?

Chef de projet : oui ! après nous prenons le relai et nous voyons avec la personne pour l'inclure dans les ateliers.

Chercheur : comment ça se passe en cas de désistement d'une personne, ou si elle désire sortir du dispositif ?

Chef de projet : elle peut en sortir et on considère qu'elle abandonne et si elle abandonne, elle n'a plus le droit de revenir dans le programme à aucun moment.

Chercheur : c'est vous qui le signalé ?

Chef de projet : oui ; du coup le médecin traitant peut suivre le parcours de son patient.

Chercheur : aujourd'hui vous ne pouvez pas encore tirer les premières conclusions de ce programme ?

Chef de projet : non ; il y a beaucoup de déperdition justement par rapport à la procédure

Chercheur : vous avez des critères d'évaluation ?

Chef de projet : oui ! on nous demande de faire un relevé de poids, d'activité physique et aussi des questionnaires à faire passer à différents stades.

Chercheur : merci ! je reviens à EXPODIA , avez-vous une idée de la fréquentation ?

Chef de projet : environ 800 personnes depuis l'ouverture le 12 mars 2019 (au bout de 8 mois).

Chercheur : c'est bien !

: Nous n'avons pas tout comptabilisé il y a sûrement des pertes, mais nous sommes à 800 personnes. Sachant comme vous l'avez vu, le tout c'est la communication. Le public scolaire est très intéressé.

Chercheur: il y a aussi le bouche à oreilles. Est-ce que... je vois bien une association avec un programme d'ETP venir faire ici, ne serait-ce que la partie physiopathologie du diabète par exemple. Est-ce que vous y pensez ?

Chef de projet : Oui bien-sûr. On a fait plusieurs visites avec les gens du CHU et d'autres médecins, des libéraux pour justement qu'ils viennent avec leurs patients. Mais après c'est de la logistique

Chercheur : effectivement il faut organiser, transporter les patients...

Chef de projet : on verra.

Chercheur : pourtant vous êtes au centre ; vous êtes bien placés ;

Chef de projet : on est au centre mais il y a les disponibilités de chacun. Au CHU c'est difficile de faire sortir les patients.

Chercheur : je comprends ; le personnel et les heures sont comptés.

Je vous remercie pour votre accueil et vous pour ce bel outil très réussi.

Dans l'exposition un espace est dédié aux témoignages ; ci-dessous deux d'entre eux

Témoignage de la personne DT2 n° 1

IDE : Vous n'êtes pas la première à nous dire que le diabète, vous ne savais pas de quoi ça pourrait venir –vous avez honte ?

Réponse : Oui j'ai honte

J'ai une sœur diabétique sous insuline. Moi je n'accepte pas. J'ai écrit une lettre au diabète. Je vais à ADN (Association diabète nutrition) deux fois par semaine pour comprendre le sucre. Quelques fois ça va. Je ne prends pas de sucre entre les repas. Toute seule ce n'est pas facile. Je n'ai pas envie de faire. J'ai appris avec Cinédit⁸⁶ la quantité et la qualité du repas : il faut un féculents, légumes, fruits, un produit laitier

Je suis chez moi, je suis paresseuse, je ne fais pas de légumes. En faisant attention à ma nourriture, j'ai réduit à une cuillère à soupe par jour, parce que je ne veux pas sucré avec le sucre blanc aspartame Je ne prends pas de sucre en dehors des repas, parce que parfois ça monte vite. Il m'arrive de ne pas faire attention de temps en temps. Quand je suis en vacances je me lâche. Aujourd'hui c'était 1,22 g. Je refuse quand c'est trop haut et je reviens à ma nourriture. Je prends du thé avec du Stévia. J'arrive à prendre sans sucre. Pour les légumes je suis paresseuse il me faudrait quelqu'un pour le faire.

IDE - Comment s'est passé l'annonce de la maladie ?

Depuis quelques temps j'étais toujours fatiguée et d'un seul coup je m'endors, je m'endormais dans le fauteuil. J'en ai parlé à ma fille qui m'a dit qu'à l'hôpital, il y a l'hôpital de semaine et on fait toutes les analyses. Il y a un diabétologue et on fait attention au sucre.

IDE - A ADN⁸⁷ ça vous fait du bien d'être avec d'autres diabétiques comme vous ?

Oui ça me fait du bien. Les ateliers m'aident à me rendre compte. J'ai vu le taux de sucre avant et après je me suis rendu compte et j'étais heureuse parce que le taux de sucre a diminué, la tension artérielle a aussi diminué et ça m'a donné du courage.

Avec l'atelier c'est comme si j'étais au cour supérieur. L'atelier est extraordinaire. Ma sœur qui a fait plus d'études que moi, maintenant je connais plus qu'elle sur l'alimentation. Avec ces ateliers je sais comment manger et je me suis rendu compte que ce n'est pas contraignant. Je vais manger le gâteau ce jour-là et après je vais faire attention. Au début c'était contraignant mais plus maintenant.

Mon entourage me voyait faire attention et lui aussi fait attention tout en étant en bonne santé.

Je mets une cuillère et demie de sucre mais je ne retourne pas tout, j'ai appris ça.

Témoignage n° 2

En ce moment je suis retraité.

IDE : Votre enfant est sensibilisé. Par rapport à la situation ?

Réponse : mon garçon non. Il est policier

⁸⁶ Un programme d'ETP déployé dans le quartier

⁸⁷ Une autre structure pour les diabétiques

IDE : il est diabétique lui aussi

Réponse : non. Il fait du sport avec moi et le sport fait du bien, on vit mieux

IDE : tu ressens que ça te fait du bien ? Depuis combien de temps que tu en fais ?

Réponse : huit mois

IDE : et la cuisine ?

Réponse : c'est mon mari qui fait. Il a diminué de beaucoup de choses, graisse, huile– Jus. C'est plus équilibré maintenant

Avant je ne pouvais pas. Je ne prenais pas le temps de digérer, j'étais toujours pressé. Maintenant je prends le temps.

Annexe 13 - Questionnaire sur comportements alimentaires des Martiniquais (2017)

Cette enquête réalisée par une doctorante de l'université des Antilles porte sur les comportements alimentaires en Martinique.
 L'objectif est de mieux connaître les habitudes alimentaires afin de les prendre en considération lors de l'éducation thérapeutique des patients.
 Votre participation à cette étude est anonyme et entièrement volontaire.
 Durée Juillet au 30 septembre 2017.
 D'avance merci d'avoir accepté d'y répondre en toute sincérité.
 Au terme de la recherche je ne manquerai pas de communiquer sur les résultats de cette enquête.

Tranches d'âges : 5-17 ans 18— 44 ans 45 — 64 ans 65 — 79 ans 80 ans et +
 Sexe : F — M
 Lieu d'habitation : Ville campagne avec jardin avec potager
 Pratiquez-vous une activité physique ? oui non
 Si non pour quelle raison : manque de temps Manque de motivation Autre
 Êtes-vous diabétique : oui non
 Quelle est votre alimentation habituelle : ce que vous consommez au moins une fois par mois
 Que consommez-vous comme produits laitiers ? Lait Yaourt fromage — crème glace
 Quel type de viande consommez-vous en général ? fraîche congelée
 salaison
 Consommez-vous du poisson ? Frais — congelé — séché (morue, hareng) conserve
 Consommez-vous des œufs ? oui non locaux – importés
 Avec quelles type de graisses cuisinez-vous ? beurre – huile – margarine
 Consommez-vous de la charcuterie ? oui non
 Consommez-vous de fruits et légumes : oui non
 locaux – importés – légumes verts - salades - soupes
 Que consommez-vous comme féculents, produits sucrés ? riz pâtes semoule — légumes
 secs-pomme de terre- céréales- - biscottes – biscuits — barre chocolatée — confiture —
 compote
 Consommez-vous du pain et sous quelles formes ? oui non — sandwich
 – avec les repas
 Consommez-vous des pâtisseries ? oui non
 Quels boissons consommez-vous, ? eau — café – thé – chocolat — jus de fruits —
 boissons gazeuses — boissons alcoolisées
 Consommez-vous des conserves ? oui non
 Avez-vous recours à la restauration rapide ? oui non
 Si oui lesquelles ? Pizza Fast-food
 A quel rythme ? Souvent parfois jamais
 Consommez-vous davantage ? de produits locaux ? importés les deux.
 Vos repas de dimanche et jours fériés sont-ils différents de ceux du dimanche ? oui non
 Si oui quelle différence ?
 Selon vous il y a-t-il eu au fil des années un changement dans le mode d'alimentations des martiniquais ? oui non
 Si oui qu'est ce qui a changé ?

Merci. Si Vous le souhaitez, notez ici votre adresse mail ou tout autre contact.

Annexe 14 - Étude n° 3 - événements diabète type

- 1) Programme des deux journées destinées aux enfants et adolescents DT1
- 2) Article du quotidien France-Antilles sur la journée dédié aux enfants DT1 et leurs parents
- 3) Questionnaire destiné aux parents ayant un enfant DT1
- 4) Offre de formation ETP adolescent en transition vers soins adultes transition



Les 13 et 14 octobre 2018 de l'association Oxyjen972 en partenariat avec le CHU de Martinique organisent deux journées d'information, de formation et d'éducation thérapeutique à l'attention des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de **diabète de type 1** et de leurs parents à **Institut Martiniquais du Sport (IMS) Lamentin**.

Intitulé : **Je suis diabétique et alors !?**

Programme

Samedi 13 octobre 2014	Dimanche 14 octobre 2018
<p>Journée d'éducation thérapeutique des adolescents diabétiques de type 1 Public ; Adolescents DID de 12ans-18ans et des professionnels de santé</p>	<p>Journée d'activités sportives, ludiques, culinaires, artistiques, ...pour Enfants, adolescents, jeunes adultes diabétiques de type 1 de tout âge et leurs parents.</p>
<p>8h 30 - Accueil des participants 9h 00 - Début de la journée Activités ludiques d'ETP 10h 45 - Pause 11h00 - Atelier alimentation 12h 30 - Déjeuner 14h 00 - Atelier physiologique- Rôle de l'insuline 15h 30 - Pause 15h 45 - Construction d'un grand poster sur le diabète 16h30 - Fin de la journée</p>	<p>8h 00 - Accueil des participants 8h 30 - Répartition des équipes 8h 45 -10h Olympiades - Ballons gonflables - coloriage... 10h 00 - Collation 10h 30 - Olympiades - Danses traditionnelles 12h 30 - Déjeuner 14h 00 - Mini concert 15h 30 - Remise des prix 16h 00 - Goûter - Mot de fin 16h30 - Fin de la journée</p>
<p>Cette Journée dédiée aux adolescents DT1 est animée par Dr Claire LE TALLEC - Pédiatre Diabétologue du CHU de Toulouse Vice-présidente de l'Association Nationale de l'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD)</p>	<p>Journée encadrée et animée par des professionnels de santé, du sport et de l'éducation...</p>
	<p>Temps d'échange avec les parents 10h15 -12h 00 le 14 octobre Atelier questions/ réponses avec les parent animé par les professionnels de santé et le Docteur Claire Le TALLEC</p>
	<p>Cette journée a également pour objectif la création de l'association des jeunes diabétiques en Martinique</p>
<p>Inscription obligatoire jusqu'au 8 octobre 2018 pour les enfants diabétiques de type 1 et leurs parents qui souhaitent participer à la journée du 14 octobre</p>	
<p>Contact : Service de pédiatrie de Trinité :</p>	

2) Article du quotidien France-Antilles sur la journée dédiée aux enfants DT2 et leurs parents

LAMENTIN

Diabète : sa durabilité fait sa pénibilité

Dernièrement, durant toute une journée, l'association Oxyjen'972 a organisé la **première édition** de sa **journée d'animation** consacrée aux **enfants et adolescents diabétiques de type 1**. Une trentaine de jeunes accompagnés de leurs parents ont participé à cette « Journée pédo-ludo-éducative » qui s'est tenue à l'Institut Martiniquais du Sport à Mangot-Vulcin.

Intitulée, « Je suis diabétique, et alors... », la manifestation proposait un programme destiné à la fois aux enfants, aux adolescents et aux adultes. Ainsi, pendant que les plus petits s'adonnaient au colariage, ou s'égayaient au sein des ateliers de gonflage de ballons ou encore danse traditionnelle, les plus grands s'organisaient en équipe afin de participer à des mini olympiades.

Pour les parents, l'atelier questions/réponses animé par le docteur Claire Le Tallec, pédiatre diabétologue du CHU de Toulouse et vice-présidente de l'association nationale de l'aide aux jeunes diabétiques (AJD), leur donnait l'occasion d'échanger et de s'informer sur cette terrible maladie qu'est le diabète de type 1. Et toute la journée, jusqu'à 16 heures, il a été question d'accompagnement et d'aide à la fois aux enfants, mais aussi aux parents. « Des rencontres propices aux échanges. Car, quand on apprend qu'on est atteint d'une maladie chronique, tout



Monique Lahély, doctorante et Wendy Lucien psychologue étaient venues apporter leur expertise.

s'écroule, on est face à la souffrance, surtout quand il s'agit d'un enfant, la famille du malade autant que le malade se trouvent brutalement devant une situation difficile à gérer et il y a des parents qui ne peuvent plus évoluer seuls », selon Monique Lahély, doctorante à l'université de la Martinique et qui effectue des recherches sur la « Valorisation de notre identité culturelle dans l'éducation thérapeutique du patient, avec l'exemple du diabète ». Et pour elle, ces moments d'échanges sont donc indis-

pensables entre les familles.

DÉMYSTIFIER LA MALADIE

La psychologue Wendy Lucien quant à elle considère que c'est « la durabilité qui fait la pénibilité de la maladie et qu'il faut des compétences très spéciales pour y faire face. Il faut être en capacité de résoudre les problèmes, avoir une pensée critique et une créatrice, être capable de communiquer au mieux ». Elle appelle à une meilleure conscientisation de chacun, notamment pour que les professionnels soient formés à l'accompagnement des malades pour



La journée a été ponctuée d'animations musicales.

qu'enfin, un souffle nouveau mette les patients en confiance. Parce que, nous dira Mme Lucien, « c'est l'idée que l'on se fait de la maladie qui stigmatise le diabétique ». Il est aussi vrai que « l'acceptation de la maladie change d'un patient à un autre. Et on peut vivre une vie épanouissante en tenant compte de sa santé. » L'opération de dimanche dernier a permis à toutes les personnes concernées par le diabète de type 1 de se rendre compte, qu'elles ne sont pas seules et que le partenariat entre les professionnels de la santé et les parents permet de mieux aborder toutes questions et trouver ensemble des réponses. D'ailleurs ce fut l'occasion d'annoncer qu'un projet d'association existe. Elle naîtra dans les semaines à venir et devrait per-

mettre d'installer cette confiance nécessaire entre toutes les personnes concernées par la maladie. Et ce d'autant plus que cette première édition n'est que la première pierre d'un projet

visant à donner de l'espoir à tous ceux qui sont ou seront confrontés à cette maladie qui doit également être démythifiée.

Phos

ELLES ONT DIT...

Élodie, 23 ans

J'ai été déclarée diabétique dès l'âge de 3 ans. J'ai eu la chance de bénéficier du soutien de l'association des diabétiques de la Martinique. Il n'y a pas suffisamment d'infrastructures, pour nous les jeunes. La difficulté de ma maladie réside dans le fait que les autres me regardaient différemment une fois qu'ils ont su que j'étais diabétique. J'ai du faire beaucoup de concessions. Il fallait le dire à la cantine, manger avant les autres, me cacher pour me faire ma piqûre d'insuline. On mûrit très vite. À l'âge de 7 ans, on a compris qu'il faut se soigner. Ma mère passait des nuits blanches, les discours des professionnels étaient culpabilisant à l'époque. Mais il faut se connaître soi-même. Être diabétique, c'est s'aimer. J'ai envie que les choses changent et que les gens ne voient plus la maladie mais la personne.



Solène, 18 ans

C'est à 10 ans que j'ai appris que j'étais diabétique. Cela a été très difficile de s'adapter parce que j'ai eu un début de vie sans maladie. Mais, je n'ai pas eu le choix. C'était le changement pour moi mais aussi pour mes parents. Mais, comme j'ai un petit côté rebelle et je n'ai pas voulu changer grand chose à part le traitement à suivre. J'ai donc continué à vivre avec mes camarades qui étaient des fois tristes pour moi et je leur demandais de ne pas avoir de sentiment de pitié pour moi. Aujourd'hui, je n'annonce plus ma maladie à personne. Si les gens voient mon cathéter et qu'ils me posent des questions, je leur explique et leur précise que je veux qu'on me traite comme tout le monde. On a essayé de me mettre à part. Ma maladie ne me freine pas. Les traitements ont évolué. Je suis ambitieuse. Et ma maman voit que je suis épanouie, et elle se fait moins de souci pour moi.



Un atelier était spécialement dédié aux activités physiques.



L'atelier coloriage et gonflage de ballons pour les plus petits a aussi connu un vif succès.



Le 14 octobre 2018 à l'institut martiniquais du sport (IMS), l'association Oxyjen972 et les équipes de la pédiatrie, organise une journée d'activités ludique à l'attention des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de diabète de type 1.

Parent si vous avez un enfant concerné par cette pathologie, vous y êtes convié. Un temps d'échange vous sera consacré avec l'équipe des professionnels, des éducateurs et un pédiatre diabétologue.

Il nous importe de connaître vos attentes et besoins pour préparer cette rencontre.

Merci du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Quel âge a votre enfant ? : Fille Garçon

1. Depuis combien de temps votre enfant a un diabète :

Moins d'1 ans 2 – 5 ans 6 à 10 ans plus de 10ans

Quels souvenirs vous reviennent quand vous pensez au moment du diagnostic :

2. Quel est son mode de traitement actuel :

Capteur Pompe Stylo Seringue

Y a-t-il eu depuis le début du diabète des changements de traitement : oui non

3. D'autres personnes dans l'entourage familial proche ont un diabète de type 1 : oui non

Entourez votre réponse : père, mère, frère, sœur, cousin.... Autre :

4. Votre enfant a –t-il présenté :

Des hypoglycémies sévères Des décompensations avec acidocétose Des hospitalisations fréquentes

Autre :

5. Le vécu du diabète :

- Le diabète a –t-il modifié les relations avec votre enfant : oui non

Si oui : quelles modifications avez-vous noté ?

- Le diabète a-t-il une répercussion sur votre familiale et/ou professionnelle ? : oui non

Si oui, pouvez-vous préciser : Absentéisme au travail Répercussion sur le moral

Tension au sein du couple Tension dans la fratrie Difficulté pour les repas

Autre :

6. Les connaissances :

- Pensez-vous que vous avez les connaissances nécessaires pour gérer ou pour accompagner votre enfant dans la gestion de son diabète : oui non

Si non : que souhaitez-vous de plus ?

7. La place du parent dans l'accompagnement de son enfant avec un diabète :

- **Si votre enfant a plus de 10 ans**, êtes-vous d'accord avec lui dans la manière de gérer sa maladie ?

Toujours - Souvent - Ne sait pas - Pas souvent - Jamais

Si vous n'êtes pas d'accord avec lui : quels sont les points de désaccord ?

D'après-vous ?

- Le diabète change la relation éducative Il est difficile de trouver la juste place
- Le diabète est souvent source de conflits Le diabète renforce les liens
- Autre :

8. Qu'est-ce qui selon vous serait bénéfique pour améliorer ou pour faciliter la prise en charge du diabète de votre enfant ?

Rencontre avec des professionnels Rencontre avec d'autres parents Espaces d'échange

Permanence d'écoute Site internet dédié Formation

Association de parents Association pour les enfants Association mixte parent/enfants

Autres :

9. Quel est l'impact du diabète que la scolarité de votre enfant ?

Tout se passe bien Absentéisme Fatigue Baisse des résultats

Autre :

10. Quelles questions ou quels thèmes aimeriez-vous aborder lors d'une prochaine réunion avec les soignants.

Hypoglycémie Alimentation Collation Goûter Comportements à risque Les sorties

Relation parent /enfant Relation dans la fratrie Les angoisses La communication Sexualité

La période d'adolescence La transition vers la vie active

Autre :

Au terme de cette journée nous envisageons de créer une association regroupant des adolescents, jeunes atteints de diabète de type 1.

Si vous souhaitez que votre enfant soit adhérent à cette association merci de compléter la fiche ci-dessous.

Nom Prénom du parent	
Nom et prénom de l'enfant	
Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	
Âge de l'enfant	
Adresse	
Téléphone fixe	
Téléphone portable	
Mail	

4) Offre de formation ETP adolescent en transition vers soins adultes transition



FORMATION Éducation thérapeutique du patient adolescent en transition vers les soins adultes

De quoi s'agit-il ?

La transition correspond à la période de passage d'une prise en charge pédiatrique vers une prise en charge adulte pour de jeunes patients atteints de pathologies chroniques.

Ce processus doit être bien structuré afin d'éviter le risque de rupture du suivi médical et réduire celui des complications de la maladie chronique chez ce jeune patient.

C'est pourquoi l'éducation thérapeutique du patient est au cœur du processus de transition, visant à apporter au patient :

- des besoins de connaissances et compétences spécifiques en lien avec la maladie et la gestion des traitements ;

- des besoins d'information et de parole liés à des préoccupations plus générales de santé : puberté, sexualité, comportements alimentaires, consommation de tabac, alcool, drogues, etc.

- des besoins psychosociaux et relationnels liés au vécu de la maladie.

La transition nécessite, de la part des soignants, de développer des compétences tout aussi spécifiques pour réaliser un apprentissage adapté.



Sanitaire
Médecin
Infirmier...



Social



Education

PUBLICS CONCERNES

Médecins, cadres de santé, infirmiers(ères), psychologues, diététicien(ne)s, kiné, etc.,
Professionnels intervenants dans le parcours de soins et/ou le parcours éducatif de santé d'adolescents atteints de maladie chronique.

Secteurs: hospitalier, libéral, éducation nationale...



ANIMÉE PAR UN FORMATEUR DE L'IPCEM

Dr Claire Le Tallec

- Formateur à l'IPCEM

- Pédiatre diabétologue CHU Toulouse,
- Co-fondatrice de l'association Enfance Adolescence et Diabète.

- Présidente du conseil éducatif et médical de l'AJD (Aide aux Jeunes Diabétiques)

OBJECTIFS DE CETTE FORMATION

- ⇒ Identifier les principes sur lesquels repose l'éducation thérapeutique du patient
- ⇒ Comprendre les transformations développementales de l'adolescent
- ⇒ Définir la transition de la pédiatrie vers la médecine adulte, et identifier les facteurs sur lesquels agir pour l'optimiser
- ⇒ Analyser les différents modes d'organisation de la transition pour favoriser l'autonomisation du jeune patient.
- ⇒ Évaluer les besoins d'apprentissage du jeune en transition vers les soins adultes
- ⇒ Élaborer une liste de compétences spécifiques à la période de transition
- ⇒ Concevoir et animer un atelier permettant aux jeunes patients d'atteindre une compétence déterminée.
- ⇒ Conduire un entretien d'information et de planification de la transition avec l'adolescent et ses parents.

Quand ?

8 - 9 - 10
octobre 2018

Où ?

Institut Martiniquais
du Sport (IMS)
Lamentin

Tarif

800 €

Information/ inscription

0696 841 837

0696 437 137

conforme.lm@yahoo.com

Prise en charge

Personnelle

ou opca



Annexe 15 - Observation et entretien programme ETP DT2 de ville

Programme ETP DT2 autorisé en 2015 à l'association de professionnels libéraux.

Les séances animées par des professionnels libéraux et hospitaliers se déroulent dans un centre médical dans le Sud.

1) Observation atelier ETP diététique programme ETP DT2 autorisé en ville – Maison de santé

Avril 2019

Il s'agit d'une association de professionnel de santé

Les séances se déroule dans un centre médical

Dans le programme il y a deux ateliers de diététique

L'atelier se passe dans une salle de consultation utilisée pour l'ETP. Il y a un bureau un paperboard, une table et un chariot d'examen, des chaises. Nous sommes un peu à l'étroit

La séance commence.

La diététicienne

Je suis Olivia la diététicienne et il y a Monique qui est en observation par rapport à un travail qu'elle fait sur l'éducation thérapeutique

Chercheur : Bonjour mesdames de m'accueillir parmi vous....

La diététicienne : il y a deux ateliers dans le programme mais aujourd'hui il y a deux dames qui n'étaient pas présentes la dernière fois donc je vais passer vite sur la première partie.

Diet : alors on va commencer par un rappel de ce qu'on a vu la dernière fois.

Il y avait une adolescente de 15ans pour qui le médecin a diagnostiqué un DT1 la semaine précédente.

La diététicienne : Ne t'inquiètes pas Miss Tinguette c'est ce que nous avons vu la séance précédente mais je reviendrai dessus avec toi en individuel.

Patiente : Elle acquiesce de la tête.

Diet : On avait travaillé sur l'équilibre alimentaire, savoir composer un menu correct et on avait vu que c'était ça qui permettait d'obtenir des glycémies correctes.

Est-ce mesdames ça a été depuis la dernière fois ? Ça fait un mois.

Vous avez pu mettre en place des petites choses ?

Une patiente

-WOUAI comme d'habitude

Diet : comme d'habitude ? Ça n'a pas changé depuis l'atelier c ?

Patientes : Je fais avec - C'est compliqué -Un jour je fais un jour je ne fais pas - Étant-donner que je travaille c'est compliqué.

La diététicienne :D'accord- ok : On va commencer par un petit rappel sur l'équilibre alimentaire. Alors qu'est-ce qu'on avait dit sur l'équilibre alimentaire.

Elle montre une diapositive sur l'écran d'un grand téléviseur.

Diet :C'est quoi pour vous l'équilibre alimentaire ? Les principes clés ? Ça tournait autour de quoi ?

Patientes : Protéines -Féculents

Diet : Oui il faut jongler avec tout ça dans son assiette. C'est tout ?

Patientes : Les fibres – les légumes verts

Effectivement les légumes verts qui vont apporter les fibres. Est-ce que tu sais à quoi servent les fibres ?

Les fibres vont permettre de rabaisser la glycémie. D'empêcher que le taux de sucre remonte tout de suite dans le sang.

Donc on a dit que l'équilibre alimentaire c'est limiter l'apport d'aliment riche en sucre, ça c'est très important. Limiter les aliments riches en graisse puisqu'on a vu que dans le diabète de type 2 plus on mange gras plus on augmente son insulino-résistance, ça veut dire que l'insuline n'est pas suffisamment efficace. Donc tout ce qui est gras comme le fromage, les viandes...il faut vraiment contrôler leur consommation.

Des féculents c'est important.

A chaque repas il faut des féculents puisque ce sont eux qui donnent de l'énergie comme du carburant de la voiture s'il n'y pas notre organisme ne peut pas avancer. Par contre s'il y a eu trop qu'est ce qui se passe ?

Une patiente : le sucre monte

Oui le taux de glycémie augmente.

Après Les fruits 2 à 3 portions par jour, soit un fruit à chaque repas

Une patiente : mais on ne mange pas de fruit le matin

Diet : Qui a dit qu'on ne mange pas de fruit le matin ?

Une patiente Oui on m'a dit qu'on mange le fruit à 10h

Diet : Ah bon ! on dit tellement de choses. Le fruit le matin il vaut mieux prendre en même temps que le petit déjeuner, parce qu'avec le fruit à 10h la glycémie monte au plafond.

Une patiente AH bon ! C'est ici qu'on a dit ça. On mange le matin et on prend le fruit à 10H

Diet : Il faut prendre le fruit quand on prend ses médicaments. Si on prend son petit déjeuner à 8h on prend son fruit à 8H et si on prend ses médicaments à 10h on prend son fruit à 10h.

Le poisson on essaie d'avoir du poisson «3 fois par semaine et puis l'eau 1 litre et demi par jour.

C'était là les points clés à retenir.

La diététicienne s'adresse à l'adolescente et lui demande est-ce que tu connais les groupes d'aliment ?

L'adolescente : oui

Oui un peu ! Donc il y a les protéines, les féculents qui apportent les fibres, les produits laitiers, viandes poissons. Normalement sur ta glycémie il n'y a pas d'impact.

Une patiente : Et dans la sauce

Diet : non dans la sauce il y a surtout de la graisse. Sauf si on a ajouté du sucre pour faire caraméliser ou encore si c'est du poisson pané mais c'est vraiment le groupe où il n'y a pas de glucide. Par contre tout ce qui est féculent comme pâte, légume pays, fruits, yaourt ça apporte du sucre. Ne faut pas oublier qu'on est en Martinique.

Pour résumer tout ça on avait pris l'exemple de la pyramide. C'est-à-dire tout ce qui est en bas de la pyramide c'est ce qu'on peut manger en grande quantité et en haut de la pyramide c'est ce qui faut manger en quantité limité et avec précaution.

Les quantités vont être en fonction de votre activité. C'est sûr que vous n'aurez pas la même quantité que L..., La quantité est individuelle mais la portion de féculent est importante à chaque repas.

La diététicienne montre sur l'écran une diapositive qui récapitule les aliments

Après les fruits et légumes il faut en avoir parce que ça permet d'apporter les fibres, tout ce qui est lait apporte du calcium, les matières grasses on limite les quantités.

D'accord ? est-ce que c'est Ok pour ça ?

Une patiente : Et le jus sans sucre ajouté ?

Si on veut prendre un verre du jus sans sucre ajouté on peut mais on ne prendra pas de fruit

Une patiente : Et les produits light ?

Diet : ça peut être pris en plus du fruit puisque dedans il n'y a pas de sucre. Mais ce sont des produits chimiques qui vont apporter une espèce d'appétence pour le sucre. Si tous les jours on boit 1 l de Coca light, il faut se déshabituer à cette appétence pour le sucre.

Une patiente Et l'eau citronnée

Diet : Il n'y a pas de problème, tu peux boire ton eau citronnée

Une patiente Et les autres sucres ?

Diet : Les édulcorants ? On peut les utiliser mais après c'est une question de quantité et ce sont des produits chimiques. Si vous prenez un petit sucre de synthèse le matin dans votre café ce n'est pas bien grave. Le souci c'est si vous en consommez tout le temps et en grande quantité. Sur la glycémie ça n'a pas d'impact mais sur le cerveau on a cette espèce de dépendance par rapport au sucre.

Une patiente Le café ne joue pas

Diet Le café ? Non ça peut donner des tachycardies si vous en consommez bcp mais au niveau de la glycémie il n'y a pas d'impact

Alors on est passé très vite sur l'équilibre alimentaire et les groupes d'aliments.

Maintenant on va voir les exemples de menus

La diététicienne se sert toujours du diaporama et montre une assiette équilibrée.

Dans notre quotidien si on arrive à composer à chaque repas une assiette comme celle-ci notre glycémie est censée être équilibrée. Il y a aussi la thérapeutique et l'activité physique mais ça c'est l'idéal au niveau de l'assiette

Voilà ! Est-ce que vous avez des questions sur ça ?

Une patiente : Le fromage blanc est-ce qu'on peut le manger le matin ?

Une autre patiente : Moi je le mange le soir

Diet : Vous pouvez le prendre le matin ou le soir ou au goûter. Il y a peu de glucide dans le fromage blanc nature. Si vous avez un creux à 16h vous pouvez prendre le fromage blanc au lieu de prendre un fruit.

Une patiente Et 30 g de camembert ?

Diet : C'est la portion du jour parce qu'il y a du gras et du sel. Si vous en prenez le matin vous n'en prenez pas à midi ni le soir.

L'ATELIER D'AUJOURD'HUI C'EST L'ETIQUETAGE NUTRITIONNEL

L'objectif de cet atelier est de :

- décrypter les étiquettes
- savoir ce qu'on va consommer
- reconnaître la présence de sucre dans un produit où pas. Est-ce que ce produit-là a du sucre et est-ce que ça va impacter ma glycémie ou pas.
- comparer les différents produits

On s'est rendu compte que c'est le flou artistique. Il est important de savoir se dépatouiller au supermarché et savoir ce qu'on met dans son chariot.

Alors est-ce que vous connaissez les mentions qu'on doit retrouver sur les produits ?

Patientes : glucides – sel- lipides

Diet : Effectivement, c'est ce qu'on appelle la valeur nutritionnelle, elle est obligatoire. Parfois c'est écrit tout petit il faut mettre ses lunettes

Qu'est-ce qu'on retrouve encore ? Il n'y a pas que ça.

Le poids, la quantité, le nom

Diet Oui la **dénomination de vente**. On va te dire si c'est un biscuit, si c'est une confiture, un jus. C'est important cette dénomination du produit parce que si on prend l'exemple des jus « Caresse Antillaise » ce n'est pas écrit jus de fruit mais « boisson au fruit » et il y a 13% de fruit.

La dénomination est importante parce que pour que ça soit un jus il faut qu'il y ait au moins 50% de de fruit. Quand vous voyez boisson au fruit ou nectar de fruit c'est qu'il y a plus de sucre que de fruit.

Dans ce cas vous pouvez chercher un autre produit dans le rayon.

Une patiente arrive elle était présente au précédent atelier et la diététicienne la rassure en lui disant que l'atelier du jour vient de débiter.

Diet Après il y a la liste des ingrédients présents dans le produit par ordre décroissant. Ex dans les biscuits on retrouve la farine comme premier ingrédient. Après on retrouve les additifs et arômes.

Ensuite il y a aussi tout ce qui est allergène. C'est-à-dire qui peut provoquer des allergies comme les amandes, les œufs...

Vous n'avez pas parlé de la date limite de consommation.

Patiente C'est marqué dont sucre

Diet ; Ah ça c'est important on en parle dans 5mn

Ensuite il y a la valeur nutritionnelle du produit ça vous l'avez dit.

Patiente : Si c'est marqué nectar ce n'est pas bon ?

Diet C'est qu'il y a plus de sucre que de fruit. Pur jus ça veut dire qu'il y a 100% de fruit c'est l'idéal.

Où on trouve du pur jus. On trouve dans le commerce du pur jus de fruit.

Tout ce qui est Nectar au fruit, boisson au fruit, soda au fruit on tourne autour de 10% - 13% de fruit.

A vous de regarder les différents produits et de choisir jus de fruit (50%) ou pur jus de fruit (100%).

Une patiente où de l'eau.

Diet : effectivement ou de l'eau

On trouve aussi le numéro du lot pour la traçabilité et les conditions de conservation et d'utilisation.

Tout ceci sont des mentions obligatoires.

Est-ce que vous connaissez la différence entre la date limite de conservation et la date d'utilisation optimale.

Une patiente : optimale on peut consommer après la date

Diet La date optimale concerne surtout les biscuits, les farines, les cornflakes . La date est passée mais on peut encore les utiliser ils seront un peu moins craquants mais on peut les utiliser.

Une patiente : parfois il y a des mites dans la farine

Diet : S'il y a des mites dans le placard c'est normal. C'est possible que ce soit dans le magasin.

En tout cas ce genre de produit ne va pas se périmer comme la viande ou le yaourt

Une patiente : Les yaourts on peut les consommer même 1 mois après

Diet Je sais que 15 jours après c'est encore possible. Un mois ça fait beaucoup quand même

La diététicienne fait passer des boîtes d'aliments vides pour que les patients analysent les étiquettes.
Vous avez parlé du don sucre

Regardez ici on a glucide 20,5 ET Don sucre 3,7 ça veut dire quoi ? Qui veut se lancer ?

Patiente : Il y a deux sortes de sucre ;

Diet les sucres lents et les sucres rapide. Les sucres lents font monter la glycémie plus lentement que les sucres rapides. Le don sucre sera toujours considéré comme un sucre rapide

Diet : On va voir ensemble. Ici Don sucre 21 et glucides 4

L'adolescente : Il y a aussi les sucres transformés, ce n'est pas compris dedans ?

Diet Sur une boîte la diététicienne analyse la boîte avec les patientes. Qui veut regarder ? Alors tu vois quoi pour 100g ?

Patiente : Glucide 60g - Don sucre 21,5. C'est très sucré

Effectivement quand on fait nos courses la notion de don sucre doit nous alerter parce que c'est du sucre rapide qui va faire monter notre glycémie rapidement.

Patiente : comment savoir par rapport à la quantité de produit

Diet : Effectivement des fois c'est par paquet. La valeur par 100g c'est la valeur de référence mais on trouve aussi par portion consommée. Alors quand on regarde l'étiquette il faut toujours regarder par portion consommée et là si c'est don sucre 20g c'est que le produit est très sucré et aura un impact sur la glycémie.

Si on doit faire le choix entre 2 types de biscuits on prendra celui qui est moins riche en sucre rapide par paquet.

Patiente : Quand je fais mes courses je regarde que le glucide

Diet : dans les glucides il y a toutes les farines donc il est important de chercher le « don sucre »

Adolescent : c'est dans les céréales que ça me pose problème. Parce que parfois je vois aussi sirop de glucose alors je me demande si je dois prendre ou pas.

Diet : alors ne regardez pas le tableau des ingrédients mais que ce tableau avec les valeurs ici et si le don sucre est supérieur à 20 ça veut dire que c'est trop sucré.

Patiente : Et si c'est marqué « don sucre » 1,3

Diet : Voilà, ça veut dire qu'il y a très peu de sucre rapide et que le reste c'est du sucre lent. Il y a aussi le moment où on consomme le produit qui est très important.

La notion de Don sucre écrivez si vous devez écrire quelque chose c'est « don sucre » = sucre rapide. C'est à dire des sucres qui font vite monter la glycémie.

Adolescente C'est ce que j'avais compris mais je n'ai pas pu l'expliquer.

Voilà ce qui doit obligatoirement figurer sur les étiquettes.

Maintenant nous verrons autre chose

Depuis 2016 il y a ce petit logo c'est le Nutri-score instauré par le ministère de la santé. Le but est de faire en sorte que le consommateur choisisse des produits plus sains.

Donc un produit qui sera riche en graisse, en sucre, en sel on va plus le retrouver par-là (la diététicienne montre le nutri score) vers le D ou E. Donc ce produit n'est pas intéressant. Alors qu'un produit qui n'aura pas beaucoup de sucre, sel et graisse on va le retrouver vers le « A ».

Ce logo vous permet de choisir les produits plus sains. Ce n'est pas encore toutes les industries qui appliquent le nutri-score. Il y a des freins à certains niveaux mais de plus en plus on voit le nutri score. C'est un peu les logos que l'on retrouve sur les réfrigérateurs ce petit logo vous permet de choisir ce qui est mieux pour votre santé.

Il vous permet de vous diriger de façon rapide vers un produit sain. Pour la glycémie ça vous aider.

On va faire un petit exercice mais je n'ai pas mes emballages parce que la femme de ménage les a mis à la poubelle.

Si on prend le cas d'une compote par exemple ; On est au super marché et on doit acheter une compote On voit une compote de pomme allégée, une compote de pomme sans sucre ajoutée et une purée de pomme.

Quelle est la différence entre ces 3 produits ? Quel est le meilleur produit ?

Adolescente : c'est la purée de pomme ?

Diet : OUI il y a uniquement la pulpe du fruit

Patiente : c'est tellement sucré parfois on se demande s'il n'y a pas de sucre

Diet : ah oui ! Normalement dans le sans sucre ajouté il y a que le sucre du fruit en moyenne 12 à 15G de sucre

Si on prend un produit allégé, il y a 30% de ce qui a été ajouté en sucre mais on a quand même du sucre.

Patiente : j'ai acheté dernièrement de la purée de pomme il y avait uniquement la teneur en et de l'acide ascorbique.

Diet : juste pour la conservation. Ce produit est intéressant, il y a la même quantité de sucre que dans le fruit.

Patiente : et on a la fibre dans le fruit

Diet : exactement. Mais dans la compote les fibres ont été détruites.

Patiente : quelquefois en dehors des repas je sens que j'ai une petite fatigue. Est-ce que c'est un manque de sucre ?

Diet il faut vérifier. Ça peut être autre chose. Il faut vérifier et agir au cas par cas. Il faut contrôler la glycémie.

Alors on va parler de l'hypoglycémie. C'est combien le taux de l'hypoglycémie ?

0,70g on prend un sucre rapide pour que ça remonte rapidement.

Patiente je prends du chocolat noir

Diet : non parce que le chocolat est gras et l'index glycémique n'est pas suffisant pour vous resucrer

Si on est loin du repas on prend un sucre rapide et un sucre lent pour attendre le repas

Il faut se poser des questions pour savoir pourquoi on est en hypo

Patiente. Le stress

Patiente : à l'hôpital on donne des patates douces.

C'était le dernier atelier Est-ce que vous avez des questions ?

Patiente : quand on a un diabète ça ne change pas ?

Diet : Il y a diabète de type 1 et diabète de type 2. Quand on est diagnostiqué un type on le reste.

Patiente : Je mange des corn flakes le matin mais à 10h j'ai faim

Diet : le problème des corn flakes c'est qu'il faut en manger beaucoup. Ce n'est pas l'idéal parce que ça apporte beaucoup de sucres et en plus on ne tient pas jusqu'à midi il faut prendre une collation. Diabète ou pas diabète ce n'est pas l'idéal.

Patiente : et la biscotte ?

Diet : la biscotte aussi est très hyperglycémiant

L'idéal c'est le pain surtout du pain complet mais pas que du pain complet.

Il faut un produit céréalier le matin. On met toujours quelque chose dans son pain.

Patiente : et du pain sec ?

Diet : le diabète n'aime pas le pain sec. On prend tout au petit déjeuner pour éviter les collations.

Le plus important c'est l'apport de féculent pour éviter les collations.

Patiente : on peut prendre du pain le soir ?

Diet : si on n'a pas de féculent dans son assiette on peut prendre du pain le soir.

Si on prend de la soupe sans féculent on peut prendre du pain avec sa soupe.

Patiente : on ne prend pas de dessert

Diet : on peut manger des légumes pays le soir ce sont les féculents.

Ça va vous n'êtes pas trop perdues ?

Là je vous donne des exemples de menus avec des produits de métropole mais vous pouvez adapter avec les produits locaux.

2) Entretien avec coordonnateur programme ETP DT2 en maison de santé en ville

Chercheur : ce groupe se termine et un nouveau groupe qui va commencer ?

Méd. Coordonnateur : C'est-à-dire qu'on a introduit les patients au fur et à mesure. Cette année c'était un peu particulier, on s'est rendu compte qu'il y en avait souvent des absents, donc on a dit qu'on finit ceux-là et à chaque fois on met sur liste les nouveaux patients qui nous sont adressés et après on les rappelle. On essaie de corriger les erreurs à la rentrée on va essayer de fusionner deux ateliers en même temps parce que les gens ne sont pas toujours disponibles. On avait pendant les deux premières années une assiduité optimale et le samedi c'était un peu plus difficile

Chercheur : parce que les personnes travaillent ?

Méd. Coordonnateur - oui nous les inscrivons au fur à mesure, après il restait 5 patients, donc il fallait trouver une date pour les 5. Avec les 40 patients au début c'était plus facile de remplir les ateliers. Si on en prenait 10, 60 % qui venaient. Nous personnellement, nous avons eu des choses à arranger donc on sera bientôt renforcé par une secrétaire, 5 jours par semaine pour l'association, donc ça ira mieux.

Chercheur : il vous reste une année avant l'évaluation quadriennale pour le renouvellement ?

Méd. Coordonnateur : il nous reste une année. On nous a envoyé un dossier, mais je ne l'ai pas le temps

Chercheur : c'est vrai que c'est chronophage

Méd. Coordonnateur : On a réuni le bureau, j'ai dit que je n'ai pas le temps donc on va faire avec ce qu'on a.

Chercheur : vous allez partir sur un nouveau dossier ?

Méd. Coordonnateur : Ce sera toujours de l'ETP, mais je n'ai pas le temps

Chercheur : ce serait dommage de ne pas continuer

Méd. Coordonnateur : je sais ! mais je vais voir parce que nous avons reçu les fonds tardivement, il nous en reste quelques patients à voir, mais l'année prochaine on n'en aura plus.

On nous a déjà dit de renouveler, mais on n'a pas le temps. Je verrai avec la secrétaire.

Chercheur : histoire de ne pas perdre ce bénéfice pour les patients

Méd. Coordonnateur : Wouai ce serait dommage. Je suis d'accord. Je vais voir.

Chercheur : et vos outils ? J'ai vu que la diététicienne utilisait des outils factices.

Méd. Coordonnateur : j'utilise le vidéo projecteur et le paper-board et quelquefois des dépliants, mais c'est surtout du visuel et après on en discute.

Chercheur : quand sont prévus les prochains ateliers ?

Méd. Coordonnateur : Il y en a un samedi à 9 h, le cabinet sera fermé c'est l'infirmière libérale qui l'animera, mais je ne sais pas si elle a pu remplir l'atelier

Chercheur : j'aimerais bien aussi rencontrer des patients qui ont participé aux séances

Avis favorable du coordonnateur.

Fin

J'ai reçu les coordonnées de trois patients, mais en raison de la crise sanitaire je n'ai pu les rencontrer.

Synthèse

Cet entretien met en lumière une forme d'essoufflement de l'équipe, l'indisponibilité du coordinateur, l'aspect chronophage de la gestion du dossier administratif, l'absentéisme des patients.

**Annexe 16 – Résumé des ateliers d’ETP - DT2 en HDS diabétologie – CHU Martinique –
Intervenantes : infirmière et diététicienne**

Le 15 avril 2019

11h 30

L’IDE avait averti les patients le matin. Elle va dans les chambres inviter chaque patient concerné à regagner la salle d’éducation thérapeutique avec son lecteur glycémique après s’être lavé les mains.

- 6 Femmes et 1 homme
- 1 homme est absent parce que consultation d’OPH

Tous s’installent dans une salle d’environ 35 m2 avec une façade vitrée et vue panoramique sur la mer et le sud de l’île. Des tables et chaises sont installées en U, un tableau Velléda, un bureau pour l’IDE, un réfrigérateur, un placard avec le matériel.

La séance débute l’infirmière se présente, puis la diététicienne et moi.

L’IDE invite les patients à se présenter, à parler de leur diabète (ce que la maladie a changé dans leur vie, nombre d’année, ce que la maladie ne leur permet plus de faire.)

Présentation	Attentes	Remarques	Propos de l’IDE
°1 Alexandrine- Femme de 54ans avec 10 ans de diabète (Ne travaille pas)	Problème avec l’alimentation. Souhaite apprendre à manger	Soda, glace ce qui est bon. Il ne faut pas ? (Rires des autres patients)	Ta problématique c’est surtout l’alimentation tu es surtout attirée par les boissons et aliments sucrés. On n’est pas encore arrivé là.
N°2 Constance- Dame de 82 ans diabète inaugurale	Souhaite savoir quoi faire parce que son diabète a été diagnostiqué depuis 2 mois	Son mari est diabétique depuis plus de 20ans	L’IDE écrit au tableau le terme DIABETE INAUGURAL qu’elle explique. Que c’est le terme qu’on emploie quand on vient de découvrir le diabète
N°3 –Emmanuel Homme de 50 ans diabétique depuis 15 années – non insulinodépendant (Recherche emploi)	Savoir ce qui est bon à garder et ce qu’il faut éliminer à l’avenir. Réévaluer son traitement à la demande du médecin	Au bout de 15 ans je pense que psychologiquement le travail est fait. Pour moi c’est ma maladie j’en ai pris acte depuis 15 ans Je suis preneur des choses qui me permettront de vivre longtemps avec le diabète	Ton médecin t’a adressé pour évaluer le traitement
N°4 Suzana depuis 2007 – étrangère ne parle pas bien le français (de la Dominique)	Je veux savoir pourquoi la glycémie ça monte et ça ne descend jamais. Parfois 3,80	Ça va pour l’alimentation	L’IDE dit comprendre les variations glycémiques ? C’est ce qui est difficile à gérer
N°5 Magalie diabète inaugural «3 semaines	Mettre en place une organisation par rapport au traitement et pour l’insuline art et après la	J’ai le sentiment que ça va bouleverser mon emploi du temps. Comprendre le diabète	Ce traitement n’est pas définitif

Enseignante	marche-comment gérer l'alimentation avec les produits locaux	déséquilibré- On n'est pas diabétique par hasard. Connaître les chiffres du diabète Piqûre à 17h par l'IDE et dîne vers 21H	Tu as supprimé tout ce qui est sucré Objectif : devenir autonome pour ne pas attendre l'IDE pour la piqûre
N°6 Femme de 55 ans Diabétique en 2016 suite au décès de sa mère	Apprendre à combiner les aliments Je sais ce qui faut manger Je n'ai jamais pris de médicament depuis 3 ANS ; Ma glycémie est descendue depuis 3 jours	A tjrs refusé les médicaments à cause de leurs effets secondaires. Depuis 22 ans se traite avec l'hygiène alimentaire et les plantes	Apprendre à combiner les aliments. Les chiffres ont diminué on va essayer de comprendre pourquoi
IDE			

L'infirmière

Après ce tour de table on va tenter de vous donner les explications

Elle note sur le tableau : 2 types de diabète = inaugural et ancien. Tous vous êtes ici pce votre diabète est déséquilibré.

On va voir ce que veut dire diabète déséquilibré et quels sont les chiffres

IL y a des chiffres cible il faut avoir de bons chiffres.

Avoir un diabète qu'est-ce que c'est ?

Tous les patients : avoir trop de sucre - le taux de sucre est élevé dans le sang

Tout le monde a du sucre dans l'organisme

L'infirmière

Avoir un taux de sucre élevé – Pourquoi ?

Les patients

- Un choc émotionnel – Côté héréditaire
- Mange trop de sucre

L'infirmière

Est-ce que tous ceux qui ont un choc développent le diabète ?

Les patients

Non

L'infirmière : Quel organe est malade dans le diabète ?

Les patients : Le foie (1) Le pancréas (3)

L'infirmière : C'est le pancréas qui ne fait pas son travail Et son travail c'est quoi ?

Les patients : Épurer, donner de l'insuline

L'infirmière distribue à chacun une planche A4 plastifiée représentant les organes digestifs. Où est placé le pancréas. Quelle est sa forme ?

Les patients Derrière l'estomac

- Cornet de glace, piment végétarien, un doigt pointé, banane
- Un nez, poire++, parfois un sexe, une tête de canard,
- Est-ce que l'on peut vivre sans ?

L'infirmière : On ne peut pas vivre sans insuline, l'insuline c'est la vie.

Il y a une patiente qui a eu une pancréatectomie totale elle a l'insuline à 4 injections

C'est pour cela il faut le chouchouter en prendre soins

Une fois le diagnostic posé à quel taux on dit qu'on a un diabète ?

IL n'y a pas de petit diabète ; mais il faut l'équilibrer.

Une patiente

Je n'ai pas encore compris diabète équilibré et non équilibré

Pour se désucre on est obligé de rentrer à l'hôpital ?

On ne peut pas le faire à la maison ?

L'infirmière

C'est difficile il y a des arguments à l'hôpital pour apporter les bonnes informations

Diabète équilibré on se base sur le DEXTRO. Ce n'est pas vraiment le terme, c'est la glycémie capillaire sur lequel on se base au réveil à jeun et avant les repas. Il faut que la glycémie soit Entre 0,80 ET 1,20

Pour un non diabétique entre 0,70 ET 1,10

2h après le repas on vérifie = glycémie post prandiale au-delà de 1,20

Patient

Est-ce que quand on est grosse on a le diabète ?

Infirmière : Quand on est en surpoids on est exposé à plusieurs pathologies

On se dit qu'on va travailler sur l'alimentation, l'activité physique et les médicaments

Est-ce que vous avez des questions ?

Patient

Quand on ne peut pas faire de sport sur quoi on peut jouer ?

Je ne fais pas du sport mais je vais à la plage tous les matins.

J'ai un pied cassé et je ne pas faire l'activité physique

Diététicienne : après le petit déjeuner il faut bouger, faire de l'activité physique

LA DIETETICIENNE

Pour vous rassurer, vous avez l'alimentation que tout le monde devrait avoir. Il n'y a pas d'alimentation spécial diabétique. C'est la quantité qui compte.

Si on ne boit pas de soda on ne meurt pas. Ne pas en mettre chez soi.

Par contre les féculents sont obligatoires

Manger équilibré ça veut dire quoi ?

- Féculents
- Légumes verts = fibres qui diminuent le taux d'amidon des féculents
- Poisson ou viande
- Produit laitier
- Fruit = 1 fruit / repas

Les aliments complets sont plus intéressants

Il est 12H. Les patients font leur glycémie capillaire – Notent sur leur carnet de surveillance

Vérification des résultats par l'infirmière

Elle Demande à Suzana (2,70) : Ki sa ou ka pensé (qu'est-ce que tu en penses ?)

Les repas sont pris ensemble. La diététicienne contrôle mais laisse faire

USAGE DES PLANTES

N°6 : Prend du thé / 2 bâtons de cannelle + thé vert + 5 feuilles de laurier à faire infuser dans 2 litres d'eau puis filtrer et boire toute la journée

- Faire bouillir 5 branches de persil dans 1 l d'eau (pour maigrir)
- Smoothie : 40ml de lait végétal d'avoine + fruits rouges + yaourt + graines

Petit déjeuner : 300 ML de lait végétal + 5C de flocon + cannelle et essence vanille + 1càS de cacao + graines et épices + bananes

LE 16 /04/2019

Groupe de 7 patients

Animation par la diététicienne et l'infirmière d'éducation

L'atelier débute par un rappel des notions vues la veille : taux normal de glycémie - Equilibre = Alimentation équilibrée + activité physique + médicament

A partir d'un diaporama à l'écran sur le téléviseur l'IDE pose des questions

- Combien y a-t-il de types de diabète ?

Patiente Magalie : Type 1 et Type 2 Type 1 jeune

A l'écran une vue sur diabète de type 1 et diabète de type 2 et leurs différences

L'IDE indique qu'avant on parlait de diabète maigre (insulinothérapie) et de diabète gras (non insulino dépendant)

L'IDE montre la pompe et explique le fonctionnement. Elle distribue à chacun la photo de la pompe sur une fiche plastifiée. Les patients commentent.

Elle montre comment la position sur soi. (Soutient pour les femmes et ceinture pour les hommes.)

IDE Quels sont les signes quand le diabète n'est pas stable ?

Patients : Fatigue – amaigrissement - nausées troubles visuels – chiffres glycémie élevé- présence de résultats en HI

IDE Il faut alors se poser la question qu'est-ce que je fais ?

Patients : réponses variées

Si élevé HI sur l'appareil

IDE boire de l'eau et aller marcher

IDE distribue à chacun une feuille avec les conduites à tenir pour la surveillance de la glycémie

Les patients lisent à haute voix à tour de rôle

IDE s'attarde sur l'HBH1c et donne les bons chiffres et les chiffres pathologiques

Discussion autour de la maladie entre l'IDE, la diététicienne et les patients

Patient : combien de fois doit-on voir le diabétologue

IDE : au minimum une fois par an, si on est suivi régulièrement par son médecin traitant

IDE Est-ce qu'il y a des personnes parmi vous qui refusent des invitations ?

Patients réponses variées

Patient : ce n'est peut-être pas facile mais ne pas faire du diabète une fatalité

Diet : Il faut apprendre à gérer sa frustration – différence entre régime et repas équilibré

Diet Il faut apprendre à reconnaître tout ce qui impacte la glycémie

IDE Ala maison qu'est-ce que vous avez à gérer ?

Patients : Tentations, temps, sport, taux de sucre, médicament, alimentation

IDE On va passer à l'hypoglycémie

Elle voit avec les patients les chiffres, les signes, la conduite à tenir, resucrage....

Les patients posent des questions et commentent

Diet : parle des sucres lents et rapides

Partie pratique = chaque patient fait son contrôle glycémique

IDE : vérifie la pratique, commente les résultats

Patients notent sur leur carnet de suivi

C'est l'heure du déjeuner, le repas est pris en commun dans la même salle

Diet rappelle la composition idéale d'un repas équilibré. Aide chacun à peser ses féculents et à gérer le pain, à équilibrer son repas

Patients se servent en faisant attention aux quantités pour certains, normalement pour d'autres

Pendant le repas les patients discutent ils ont parlé de plantes médicinales. Certains en consomment régulièrement.

Des noms de plantes sont cités : Moringa, liane Guyane, gombo, feuille de manguier, aloé, cannelle, chou

IDE précise que certaines plantes sont toxiques pour le foie et pour les reins et ajoute que parfois on pense bien faire mais on aggrave la maladie.

Après le repas les patients regagnent leur chambre. L'IDE, la diététicienne et moi mangeons à notre tour.

Après l'IDE remplit le dossier informatisé pour chaque patient, afin que les médecins récupèrent les chiffres des glycémies.

Annexe 17: Atelier ETP podologie HDS service de diabétologie CHU de Martinique

La Podologue intervient dans le service 3 jours par semaine pour l'ensemble des patients du service (nécessiteux) et en consultation

Suite à cet atelier théorique, durant la semaine la Podologue consulte chacun de ces 7 patients en individuel pour bilan Podologue.

La séance débute par un tour de table. Les patients disent depuis combien de temps ils sont diabétiques et indiquent leur taux d'hémoglobine glyquée.

PODOLOGUE : vous avez vu avec l'infirmière ce qu'est l'hémoglobine glyquée. Est-ce que vous pouvez me dire ce que c'est ?

Patients ensemble : le dernier taux de glycémie — c'est une moyenne par rapport aux 3 derniers mois.
PODOLOGUE : C'est comme la boîte noire de l'avion. Quand on l'analyse, on sait ce qui s'est passé pendant tout le vol. Pour le diabète c'est pareil avec l'HG on sait comment a été votre diabète pendant ces derniers temps. Effectivement c'est ce qui permet de voir l'état de votre diabète pendant les 3 derniers mois.

PODOLOGUE : Est-ce que vous connaissez les chiffres normaux ?

Patients : 6 – 7

PODOLOGUE : Effectivement 6-7. Ça dépend un peu de l'âge. Si c'est un patient âgé, on peut tolérer 7. Si c'est un jeune patient comme M. B (rire), ce sera 5-6.

M-France : je fais 9 ce n'est pas bon ?

PODOLOGUE : l'hospitalisation sert à équilibrer le diabète quand le médecin n'y arrive pas. Si l'HB reste pendant plusieurs contrôles à 8 — 10 — 14 – 17 et que le médecin traitant n'arrive pas à l'équilibrer, il conseille une hospitalisation pour équilibrer votre diabète.

PODOLOGUE : Est-ce que vous avez vu avec l'IDE les complications du diabète ? Chaque personne donne une réponse, on commence par Mme B. Les complications c'est ce qui ne doit pas arriver normalement.

Marcelle : les yeux

PODOLOGUE : Quel examen permet de surveiller les yeux

Jocelyn : le fond d'œil

PODOLOGUE : Oui le FO que l'on contrôle en principe tous les ans.

Florent : les rendez-vous ne sont pas faciles.

PODOLOGUE : Il faut bien noter vos rendez-vous pour ne pas les rater, parce qu'effectivement ils sont très longs à avoir et si vous les ratez ça vous renvoie à l'année d'après.

M-France : on m'a donné tous les 6 mois

PODOLOGUE : ça dépend ça peut être 6 mois, 3 mois ça dépend de l'état de vos yeux. C'est une complication du diabète. Ensuite.

Odile : les artères

PODOLOGUE : Effectivement, ça nous concerne au niveau des pieds, on reviendra dessus. Ensuite

Danielle : les dents

PODOLOGUE : les dents sont oui et non une complication. Est-ce que vous savez ce que c'est que l'hyperglycémie ?

Jocelyn : quand on est en dessus de la normale

PODOLOGUE : Et l'hypoglycémie

Jocelyn : quand on est en dessous de la normale

PODOLOGUE : la normale c'est combien ?

Jocelyn en dessous de 0,80 et 1,20

PODOLOGUE : Vous avez compris ce que c'est que l'hypo et l'hyper. De toute façon en hypo on a des sensations. On a des sueurs, on n'est pas bien. Parfois on n'est pas bien, on ne vérifie pas son dextro et on se resucre. Ça, c'est une erreur. Quand on se sent un peu « vaseux », il faut faire son dextro d'abord. Parce que beaucoup de patients commettent cette erreur ; ils ne se piquent pas et boivent au moins 1 litre de coca et après leur taux e sucre monte à 3 – 4 g.

On a constaté que quand les patients sont en hyper le corps essaie d'éliminer comme il peut le sucre et même la salive devient sucrée. Et c'est ce qui touche les dents. C'est ce qui fait que les dents s'abiment plus vite, elles se déchaussent.

Même la transpiration devient sucrée. C'est pour ça qu'on peut avoir des mycoses vaginales, ou inter digitales, sur la peau, parce qu'on transpire et les mycoses aiment les milieux sucrés. Le patient diabétique est alors plus sujet aux infections.

Ce qu'il faut retenir c'est au quand l'HB dépasse 9, on est plus sujette aux infections. Les globules blancs ne peuvent plus travailler, parce qu'il y a trop de sucre. Donc il faut faire attention pour être en dessous de 9. Ensuite

M-France: les reins

PODOLOGUE : Effectivement on peut se retrouver en insuffisance rénale et être dialysé. Ensuite

Claudia (Dominicaine) ne sait pas.

Danielle : le cœur

PODOLOGUE : tout à fait on peut avoir une insuffisance cardiaque.

Florent : les organes génitaux.

PODOLOGUE : surtout chez les messieurs, il peut avoir des troubles de l'érection.

Odile : perte de poids

PODOLOGUE : ce n'est pas une complication. Une complication c'est quelque chose qui arrive loin, loin. Quand on découvre qu'on est diabétique avec le traitement, on peut perdre du poids. Les femmes sont contentes, mais on perd de la graisse et de l'eau. Mais ce n'est pas une bonne perte de poids parce qu'après on peut reprendre un peu de poids.

Odile : la fatigue

PODOLOGUE : la fatigue non plus, ce n'est pas une complication. La complication c'est plus sur le long terme. Il manque des complications qui nous concernent au niveau des pieds.

Pas de réponse

PODOLOGUE : les nerfs. Qu'est-ce qui se passe quand les nerfs sont atteints? Qu'est-ce qu'on a comme sensation?

Jocelyn : les pieds sont engourdis.

PODOLOGUE ; effectivement on sent des sensations désagréables comme des fourmillements ou des brûlures. On sent une sensation de sable ou de goudron ou encore de marcher sur du sable. Les pieds sont engourdis, on a des sensations bizarres. On parle de pied diabétique avec des complications qui arrivent à l'amputation.

Aujourd'hui on va parler du pied, ce n'est pas pour vous effrayer, mais c'est juste pour que vous sachiez comment prendre soin de vos pieds pour ne pas arriver à de graves complications.

Je vous montre ce document pour vous expliquer qu'est-ce que la neuropathie.

(La Podologue montre des images avec les consignes pour une bonne hygiène de vie.)

Jocelyn : On me dit toujours de ne pas marcher pied nu alors que j'aime marcher pied nu. N'y a-t-il pas de compromis?

En amont elle a préparé la salle avec des images et photos. Durant l'atelier elle utilise des diapositives qu'elle projette à l'écran.

PODOLOGUE : plus le diabète est déséquilibré, plus il faudra faire attention. Le diabétique qui ne sent pas ses pieds devra encore faire plus attention. Un patient qui ne sent pas ses pieds quand il va à la plage, si le sable est très chaud il peut se brûler et ne pas sentir la brûlure. On a déjà reçu à l'hôpital des patients avec des brûlures au deuxième degré et le patient ne s'en est pas aperçu.

À la campagne par exemple, des personnes qui marchent dans la terre peuvent marcher sur des clous, sur des bouts de verres, se faire piquer et ne rien sentir. Là aussi c'est dangereux, il faut toujours porter des chaussures adaptées surtout quand on jardine. C'est pour cette raison quand vous mettez vos chaussures fermées, il faut toujours les secouer pour voir s'il n'y a rien dans la chaussure qui pourrait vous blesser.

Dans la neuropathie le patient ne sent pas le chaud et le froid donc il peut se brûler en mettant le pied par exemple dans un bain trop chaud.

Tout ceci je vous répète c'est quand la neuropathie s'installe. Le patient commence à ne plus sentir ses pieds.

Marcelle : pourquoi on coupe les pieds ?

PODOLOGUE : les personnes aiment bien prendre les conseils que donnent Madame X Monsieur Y qui passent à la radio. Mais souvent on les voit arriver aux urgences avec des complications. Par exemple les artères s'abîment et le sang ne passe plus. Quand le patient a une plaie au gros orteil parfois il attend trop longtemps et arrive trop tard aux urgences et là on est obligé de couper le pied.

Certaines personnes disent qu'on donne une prime au chirurgien pour couper le pied, mais en fait ils n'ont pas de prime, mais ils sont obligés de couper plus haut, parfois la jambe et même la cuisse.

Parfois, c'est le gros orteil qui est touché, mais le chirurgien se trouve obligé de couper bien plus haut, là où l'artère n'est pas encore abîmée pour éviter la gangrène. Heureusement aujourd'hui avec l'évolution des choses on peut déboucher l'artère, mais pas quand il est trop tard.

Ce qu'il faut savoir aussi une plaie cicatrice parce qu'il y a du sang qui arrive dans les artères. Ce ne sont pas uniquement les pansements qu'on met dessus qui font guérir, ni parce que les mains de l'infirmière vont avec vous ou pas. Parfois le patient dit « les mains de telle ou telle infirmière me font du bien ». Une plaie qui met du temps à guérir, c'est qu'il y'a sûrement un problème au niveau de la circulation

Florent : la chair aussi.

PODOLOGUE : vous voulez dire qu'on cicatrise mal ?

Marcelle : ou la chair repoussante.

PODOLOGUE : vous me parlez de la qualité cutanée, mais pour que la plaie cicatrise il faut une bonne circulation parce que sinon, les cellules ne permettent pas à la plaie de cicatriser.

Les patients mettent beaucoup de choses sur la plaie, du miel, des feuilles de « je ne sais pas quoi » et compagnie, mais même si vous mettez tout ceci, s'il n'y a pas un apport de sang, la plaie ne peut pas guérir.

Quel examen permet de surveiller les artères, vous savez ?

Patients : le cardio, plusieurs fausses réponses, le doppler.

PODOLOGUE : l'écho Doppler effectivement. Le médecin prescrit un écho Doppler pour vérifier l'état des artères, mais quand vous avez terminé cet examen, il faut demander au médecin qui fait l'examen le résultat. Parce que souvent les patients ne demandent pas et du coup, ne connaissent pas le résultat de l'examen. Ils retournent tranquillement chez eux et s'il y a un problème d'artères bouchées avant de voir leur médecin traitant ils continuent leurs activités normalement et l'état du pied peut s'aggraver.

Danielle : et la phlébite ?

PODOLOGUE : c'est autres choses ce n'est pas la même chose

Florent : j'ai été opéré et j'ai fait une phlébite

PODOLOGUE: je vous ai bien expliqué qu'il faut bien surveiller l'état de vos pieds, le médecin vérifie l'état de vos artères. Il vérifie l'état de votre peau et surtout si vous vous plaignez de douleur.

Si tout va bien, il ne va pas vous prescrire un examen pour son plaisir. Il évite de faire dépenser de l'argent à la sécurité sociale pour rien

PODOLOGUE : pareil quand vous avez du sucre au niveau des yeux, les artères se bouchent et c'est pour cette raison qu'on fait du laser.

Pour ne pas vous mentir, ce sont les patients qui sont inobservant qui arrivent à ce stade-là.

Le patient qui se plaint d'avoir mal dans les mollets quand il marche, le médecin peut envisager de lui prescrire un écho Doppler pour vérifier ses artères.

PODOLOGUE : *À quoi sert l'oxygène dans le pied*

Jocelyn : Pour oxygéner

PODOLOGUE : effectivement s'il n'y a pas d'oxygène, ça gangrène et ça meurt.

Quand le patient vient en consultation avec 13 g d'hémoglobine glyquée et qu'il dit qu'il suit correctement son traitement, qu'il mange correctement, on sait bien que c'est faux et qu'il est en rupture thérapeutique. (rires des patients)

Souvent les patients connaissent le protocole par cœur, mais ne respectent pas ce qui est dit par les infirmières, par le médecin. Mais nous savons parmi les patients qui est observant et qui ne l'est pas.

Effectivement on peut comprendre que parfois le patient en a marre de prendre les médicaments.

Parfois aussi il aime bien prendre « les remèdes razié ». Ils ont envie de changer avec ce que donne à la radio M. X ou Mme Y.

Patients : rires et plaisanteries.

PODOLOGUE : mais on ne peut pas boire et manger n'importe quoi et prendre des « rimes razié » comme si c'était des antidotes.

Si on a mangé un gros bout de gâteau même si on prend les « rimes razié » le sucre ne va pas descendre comme ça.

La podologue explique comment se forme le rétrécissement des artères

PODOLOGUE : vous avez une fissure du pied, c'est une porte d'entrée pour les microbes, la jambe s'infecte et devient grosse c'est ce qu'on appelle l'érysipèle.

PODOLOGUE : *on est diabétique et on se blesse est-ce que ça peut être grave ?*

patients : partagés entre oui et non

PODOLOGUE : qui dit oui qui dit non

Jocelyn : pour le diabétique c'est plus risqué. il y a moins de risque pour la personne qui n'est pas diabétique.

PODOLOGUE: parfois le patient peut dire que ce n'est pas grave, il reste gentiment chez lui et fait tout le pansement seul avec de la Bétadine, de l'éosine et même de l'alcool...

PODOLOGUE : *si vous êtes blessé à la maison, qu'est-ce que vous faites ?*

patients : eau — eau bouillie - savon — eau froide — (avis contradictoires)

PODOLOGUE: comme vous dites de l'eau ! on lave, on sèche, on met des compresses et on fait un point de compression de dessus. ce n'est pas la peine de mettre de l'eau de javel, du grésil et bien d'autres choses.

si vous masquez par des produits colorés comme la Bétadine ou l'éosine, après on ne peut pas voir l'état de la plaie. il vaut mieux utiliser de l'eau

Florent : et l'eau oxygénée ?

PODOLOGUE: ce n'est pas un produit coloré oui on peut mettre.

PODOLOGUE: ce qu'il faut retenir c'est que dès que vous ressentez une perte de la sensibilité au niveau du pied, il faut redoubler de vigilance et inspecter vos pieds matin et soir après la douche et bien essuyer entre les orteils.

PODOLOGUE: *comment on sait que le pied manque d'oxygène ?*

Danielle : quand on a mal

PODOLOGUE: effectivement, et sur la qualité de la peau aussi. La peau est sèche, on a moins de poils et même les ongles deviennent bizarres. Ils sont tous jaunes, parfois gris et hypertrophiés.

M-France : la peau est fine

PODOLOGUE: pour améliorer tout ça il faut marcher. *qui est-ce qu'il fait de l'activité physique parmi vous ?*

Patients : certains en font d'autres pas

PODOLOGUE : *pourquoi l'activité physique est importante ?*

Patients : permet de réguler le diabète — au niveau du sang — du sucre — au niveau cardiaque aussi.

PODOLOGUE : améliorer la circulation, mais aussi améliorer la glycémie. *Vous savez pourquoi ?*

Patients : c'est une source d'énergie

PODOLOGUE : plus on fait de l'activité physique, plus les muscles absorbent le sucre et ça permet d'équilibrer la glycémie. C'est comme une voiture elle a besoin d'énergie pour avancer

Patients : moi je marche tous les jours — je n'ai pas le temps je travaille — j'ai une fracture au pied, mais je vais à la mer tous les matins

PODOLOGUE : on a constaté qu'un patient qui démarre à 1,80 g de sucre au bout de 20 minutes de marche il peut descendre 1,30 g. Même si vous n'avez pas le temps tous les jours, mais au moins trois fois par semaine ce serait bien de faire une marche.

La podologue utilise une carte et lit : « **on dit toujours qu'il faut arrêter de fumer je ne vois pas le rapport avec les pieds** ».

PODOLOGUE: *d'après vous, quel rapport entre les pieds et le fait de fumer ?*

Patients : un silence — des murmures

PODOLOGUE : personne ne sait ?

Claudia : ça bouche

PODOLOGUE : oui la nicotine bouche les artères.

le sucre bouche, le goudron bouche, en plus il y a l'âge. à 60 ans ou 80 ans, on n'a pas des artères de 20 ans.

il y a aussi certaines pommades qui brûlent la peau, la fragilisent, il faut faire attention à ça.

La podologue montre des photos de brûlures

Une autre carte : « en rentrant de randonnée, j'ai remarqué que j'avais les ongles tout noirs ».

PODOLOGUE : *vous savez pourquoi les ongles deviennent noirs ?*

Patients : discussion

PODOLOGUE: si vous voyez que vos orteils deviennent noirs c'est que les chaussures les traumatisent. il faut les changer parce que vous pouvez avoir des ampoules ou des hématomes au niveau des pieds.

PODOLOGUE : *qui met de la crème sur ses pieds ?*

Danielle : sur les pieds et sous les pieds, les jambes

PODOLOGUE : est-ce que vous savez ce que c'est que l'œil de perdrix ; ce sont deux orteils en contact qui font une espèce de corne. Cela est dû aux frottements des deux orteils. Il peut aussi y avoir des fissures entre les orteils.

Patients : « léchoffi⁸⁸ »

PODOLOGUE: alors c'est un mot créole. Ça s'appelle une mycose interdigitale. *c'est dû à quoi d'après vous ?*

Jocelyn : humidité entre les orteils.

PODOLOGUE: c'est pour cette raison qu'il faut bien se sécher entre les orteils après la douche sinon ça macère, surtout quand les orteils sont serrés. Ça peut aussi arriver quand le diabète est déséquilibré à ce que je vous ai dit que quand vous êtes en hyperglycémie même la transpiration et sucré et ça fait provoquer des mycoses.

Patients : avant les gens de la campagne avec beaucoup de mycoses. discussion entre patients.

PODOLOGUE : *en tout cas pour éviter d'avoir une mycose qu'est-ce qu'il faut faire ?*

Patients : bien séché entre les orteils

PODOLOGUE: c'est ça bien séché entre les orteils et éviter d'hydrater. Il faut éviter de mettre la crème parce que la crème et ça entraîne le même phénomène. On met la crème sur les parties dures, mais pas entre les orteils.

PODOLOGUE : il faut tout faire pour éviter des lésions. J'ai entendu dire qu'il y a des patients qui font leurs chiens lécher la plaie pour qu'elle guérisse, mais ça aussi il faut éviter.

Patients : discussions — plusieurs l'affirment.

PODOLOGUE : nous avons eu l'exemple de patients qui faisait son chien lécher sa plaie et les microbes du chien sont passés dans son sang et sont allés se loger dans sa colonne vertébrale. donc il faut éviter de faire les choses comme ça. Et puis c'est de la maltraitance envers le petit chien.

Danielle : c'était avant

La podologue lit une autre carte : **on me dit d'aller chez le pédicure régulièrement, mais c'est cher et je n'ai pas d'argent en plus, mais les pieds sont cachés et on ne les voit pas. *Qu'en pensez-vous ?***

M-France : on peut le faire tout seul.

PODOLOGUE: et si on se blesse ?

Claudia : d'après ce que j'ai compris, c'est le rôle du podologue. On ne peut pas se permettre de le faire soi-même on peut se blesser

PODOLOGUE : si on a de jolis petits pieds il n'y a pas de problème, mais si on a déjà des difficultés ou des ongles incarnés et des callosités ou des ongles épais, il vaut mieux le faire faire par un podologue.

⁸⁸ Terme créole qui correspond à une mycose interdigitale au niveau des pieds.

PODOLOGUE : alors je récapitule pour l'hygiène des pieds : ce n'est pas la peine de prendre de l'eau de javel. Prendre du gros savon et surtout bien se sécher les pieds, bien sécher entre les oreilles et ne pas mettre de crème entre les orteils. Il faut aussi hydrater les talons pour éviter les callosités.

Patients : discussion autour des modèles de chaussures.

PODOLOGUE : on ira un peu plus vite parce qu'on a dépassé l'heure. Elle fait passer des images avec du matériel d'orthopédie et de podologie.

PODOLOGUE : quand on n'a pas de problème de pieds la sécurité sociale ne rembourse pas les soins de podologie, mais il est important même quand on n'a pas de problème de pieds, d'aller consulter le podologue au moins une fois l'an.

C'est bon pas de questions à poser ? je vous libère. de toute façon je vous vois en individuel cet après-midi ou dans la semaine. Je vous laisse aller manger bon appétit !

Annexe 18 – Étude n°4 : entretiens : coordonnateur, interne, diététiciennes programme ETP

DT2 CHU Martinique

a) Interne

Chercheur : Comment se passe la communication avec les patients ?

Interne : il y a le fait que je ne parle pas et que je ne comprends pas le créole, j'ai toujours de la chance de trouver quelqu'un pour pallier ce manque. J'ai le sentiment que le patient comprend le message que je veux faire passer et moi aussi je comprends ce que je veux exprimer.

Chercheur : concernant l'organisation de l'ETP dans le service qu'auriez-vous à dire ?

Interne : L'ETP ici est faite en grande par Madame X (IDE dédiée). Nous on passe derrière pour vérifier les acquis, mais c'est elle qui s'en occupe.

Elle peut parler créole et peut bien se faire comprendre par tous les patients. Mais indépendamment de la culture et de la langue, il y a des patients qui comprennent bien que d'autres et avoir des difficultés à suivre leur traitement.

Chercheur : Et que pensez-vous de l'organisation de l'ETP en France en général ?

Interne : Moi je pense que de ce que j'ai vu ici, beaucoup de patients ont compris beaucoup de choses qu'ils n'auraient pas comprises en dehors de l'hospitalisation. Le problème de l'ETP c'est qu'elle se fait en hospitalier ; ce qui fait beaucoup de patients ont leur diabète, le médecin traitant leur explique plus ou moins le pourquoi du comment, mais le patient après on n'a pas plus d'informations. Étant donné que l'hôpital ne peut pas recevoir tous les patients, soit le médecin traitant sature, soit les patients restent sans éducation thérapeutique pour le diabète.

Ce qu'il faudrait c'est peut-être plus de structure pour pallier ça.

Chercheur : C'est la proposition que vous feriez ?

Interne : Oui ce serait plus de prévention. Parce que c'est ce qui permettrait aux diabétiques et aussi à d'autres pathologies d'avoir moins de décompensations et complications.

Chercheur : C'est vrai ce que vous dites parce qu'il y avait cette semaine des patients qui avaient 10, 15 ans de diabète qui avaient l'impression d'entendre des choses pour la première fois concernant leur maladie.

Interne : Oui parce que beaucoup de patients se sentent bien cliniquement alors qu'ils sont déséquilibrés, ils n'ont pas nécessairement besoin d'être hospitalisés :

Une prise en charge en ambulatoire permettrait moins d'hospitalisation pour laisser la place aux vraies décompensations.

Mais c'est tout un travail en amont.

Chercheur : Pour revenir à la culture, vous en Martinique depuis le mois de novembre, vous avez vu Noël, carnaval et là vous verrez Pâques. D'après vous, quel impact peuvent avoir ces fêtes sur le diabète et sur l'éducation thérapeutique en bon et en au moins bon ?

Interne : C'est surtout au niveau alimentaire que ce soit ici ou en métropole à Noël par exemple il y aura toujours des écarts. Les gens vont se dire qu'ils attendent la nouvelle année pour reprendre les bonnes habitudes alimentaires. Noël est souvent facteur de décompensation.

Après le carnaval a plus de conséquences ici qu'en métropole.

Chercheur : Vous avez vu certaines de nos spécificités comme la danse traditionnelle « bèlè » la pratique de la yole, pensez-vous que ces activités peuvent plus être incluses dans l'activité physique des patients au lieu des marches souvent conseillées,

Interne : C'est vrai que beaucoup de patients que j'ai vus étaient plus axés sur la marche que d'autres activités de loisirs ou autre.

Est-ce que c'est biaisé et que les personnes qui ont ce type d'activité sont moins déséquilibrées ? Peut-être.

L'interne a été appelé et l'entretien s'est arrêté ici.

b) Le médecin

Chercheur — les patients nous ont fait le détail des plantes utilisées pour le traitement. Êtes-vous au courant ? En tenez-vous compte dans vos prescriptions ?

Médecin - l'infirmière en éducation à l'occasion de demander et d'entendre des choses que nous médecins ne demandons pas parce que nous ne sommes pas du tout dessus. Elle a ce retour parce qu'elle passe du temps avec eux. Mais ce n'est pas intégré dans notre interrogatoire ni dans notre approche.

Chercheur - ça ne peut pas en faire partie ? Je vous le dis parce que nous savons que certaines plantes ont des effets nocifs et parfois des incompatibilités avec les traitements prescrits.

Médecin - Ce qu'il y a, c'est qu'on est dans l'urgence thérapeutique, les patients ne nous en parlent pas parce que nous n'en sommes pas. Mais on gagnerait à les interroger sur leur pharmacopée propre.

Cela les mettrait plus à l'aise, ça permettrait un climat de confiance. Le patient pouvant s'exprimer c'est qu'on reconnaît qu'il a droit à ses croyances et ce climat de confiance ne peut être que bénéfique pour sa prise en charge.

Le discours médical peut être plus fluide si l'on a cet échange avec lui.

Chercheur - Nous avons vu le rapport aux plantes, diriez-vous sur leurs croyances et sur l'alimentation ?

Médecin - moi je pense et c'est ce qu'on ne fait pas ; c'est de mettre le patient dans une sorte d'exploration de sa propre histoire concernant la façon dont nos ancêtres mangeaient.

Autant que je me souviens, c'était extrêmement bien rythmé. C'était parfois au petit déjeuner, un « tintin - morue » et la salade de concombre — la salade verte le mercredi — très peu de viande et beaucoup de poisson — le lundi très léger avec de la soupe, etc.

Ces habitudes culturelles et alimentaires, peut-être, qu'il faudrait que nous puissions les explorer dans notre message éducatif pour que le patient puisse redécouvrir et interroger les pratiques alimentaires de ses ancêtres.

Pour les gens de mon âge, ce n'est pas évident (environ 45 ans) et pour les générations à venir ce sera caduc. Mais peut-être qu'il y a un enracinement à rechercher sur ce qui se fait sur notre histoire alimentaire.

Et peut-être que cela peut être un ancrage de se dire qu'on a mangé comme ça à Martinique et que finalement c'était bien.

C'est validé par la science et le soir on mange léger, peu de viande, la consommation de poisson est bénéfique. Aujourd'hui, l'approche alimentaire qu'on a trouvée est partie d'un ancrage et peut-être que cet ancrage partirait d'un retour aux sources. Comment se nourrissaient les esclaves ? C'était quoi leur mode de vie alimentaire ?

Chercheur — Vous voulez dire comment revisiter nos pratiques alimentaires ?

Médecin - Oui revisiter notre mode alimentaire peut-être que ça mobiliserait des choses, de savoir que nous ancêtres faisaient comme ça, nos parents mangeaient ça ; qu'est-ce qui est bon à prendre qu'est-ce qui est bon laisser.

Sans aucune prétention, je suis sûre que ça permettrait de construire une forme nouvelle de notre alimentation ; avec une alliance entre la modernité et la tradition.

Chercheur — tout en gardant l'équilibre alimentaire

Médecin — Voilà ! Ce qui n'était pas bon chez nos ancêtres, c'était un peu trop salé par rapport à la salaison parce qu'il n'y avait pas de moyen de conservation comme aujourd'hui.

Aujourd'hui, les moyens ont changé et on a gardé des choses, mais les mauvaises choses.

Par exemple on n'a pas gardé la soupe dimanche, le mercredi la « soupe zabitants ».

Mais on a gardé tous les gras et salé, c'est-à-dire qu'on aime toujours de la morue, on consomme toujours autant de salaison.

Chercheur — Pour illustrer ce que vous dites, Monsieur B nous a fait part d'une de ses pratiques. Il achète les travers de porc congelés, qu'il décongèle, les mets dans un seau avec du sel et c'est ce qu'il consomme sur ses légumes comme salaison. Il fait comme avant et fait cuire cette viande avec ses haricots rouges ou ses tinins.

Médecin — Il a revisité les travers de porc de manière économique, mais avec tout autant de sel.

Chercheur — Et maintenant que diriez-vous de l'activité physique ? Nos ancêtres marchaient beaucoup à pied, aujourd'hui chacun a sa voiture. Quel est l'effet de cette modernité sur l'activité physique des patients diabétiques ?

Médecin — là encore une piqûre de rappel pour se plonger dans l'histoire et voir comment vivaient nos parents, nos ancêtres ça peut mobiliser les consciences. C'est-à-dire savoir d'où on vient pour assumer pleinement ce que l'on est.

Comment on se déplaçait ? Il ne s'agit pas de revenir comme avant à cheval, mais prendre conscience du confort et surtout ce qu'on a gagné et ce qu'on a perdu.

Prise de conscience parce que là où le bât blesse pour nous, c'est ce manque d'activité physique c'est-à-dire cette sédentarité qui plombe le diabète et pas seulement le diabète, cette sédentarité qui compromet la santé.

C'est bien de s'approprier de quelque chose, mais aussi de construire à partir de ce qu'on a été.

Chercheur – Je sais que c'est quelque chose qui vous tient à cœur. Que pouvez-vous me dire de la relation Ville/hôpital en éducation thérapeutique ?

Médecin — Nous avons prévu une consultation annuelle pour les patients que nous voyons.

Mais il faut avoir des relais. Nous on est de passage sur la trajectoire du patient même si on reste des référents. Il y a aussi le médecin traitant qui fait partie des référents dans le parcours de soins du patient. Il est la personne orchestre, mais moi je verrai bien des structures relais. De la même manière que le patient voit son diabétologue une fois dans l'année, qu'il soit vu dans ces structures relais aussi dans l'année en fonction de l'état de son diabète. Il devrait avoir un relais d'éducation thérapeutique en ville. Le patient que vous avez vu avec 10 ans de diabète, il y a des choses qui ont été faites, il a été soigné, mais en matière d'éducation thérapeutique ce n'est pas étonnant qu'il n'ait jamais eu d'éducation thérapeutique.

C'est ça, échapper à la surveillance thérapeutique. Je ne dirais pas que c'est scandaleux, mais c'est dommage déjà pour le patient dans son parcours de soins. Ce n'est pas normal que le patient en 10 ans de diabète n'ait pas eu d'ETP.

Chercheur — Vous verriez le relais comme une sorte de veille ?

Médecin — exactement une veille pour le patient qui n'est pas hospitalisé. D'autant que tous les patients diabétiques ne passent pas par l'hôpital.

c) Entretien avec deux diététiciennes programme ETP- DT2 CHU Martinique

- Un message est difficile à faire passer parce que certains disent qu'il faut mourir de quelque chose et ne sont pas observant
- Les plus difficiles sont ceux qui ont plus de 10 ans de diabète alors que quand le diabète inaugural est éduqué au début il est plus réceptif
- Parfois nous avons connu des patients à 2 ans de diabète et c'est au bout de 8 à 10 ans que le message commence à entrer. Peut-être que le temps d'acceptation est plus long
- La solution serait de faire passer l'information dès le début et de ne pas banaliser le diabète. Cette information devrait être faite par le médecin traitant.
- Il faudrait que le parcours de soins prévoie un relais. Cette réflexion n'est pas forcément menée en hospitalier mais elle s'impose.
- Constate que les infirmières au sein du service ne sont pas au fait de l'alimentation et de la nutrition. Elles n'y sont pas formées.
- C'est un travail d'ensemble
- Que le médecin ne pense pas qu'en envoyant le patient en ETP qu'il perdra son patient
- Les professionnels peuvent venir à nous et nous aussi aller vers eux

- C'est le propre du réseau ville/hôpital.

Annexe 19 — Étude n°5 : Grille d'entretien avec les patients diabétiques (place de la culture)

USAGE DES PLANTES

Sexe : F M Âge : Enfant Adolescent Adulte

— Depuis combien de temps êtes-vous diabétique ?

— Aujourd'hui comment vivez-vous votre maladie ?

— Comment la soignez-vous ?

 Médicaments uniquement

 Médicaments et plantes médicinales

 Plantes médicinales seulement

— Quelle place accordez-vous à l'usage des plantes dans le traitement de votre diabète ?

Vous en utilisez ? Oui Non

Lesquelles ?

— Expliquez-moi comment vous les utilisez

— D'où vous vient cette pratique de traitement par les plantes ou *rimed razié* ?

— Qui vous conseille au sujet des plantes ? Médecin — Infirmier — entourage — autres malades – documentation — internet — autres : marchandes de simples sur le marché, vos proches : tantes, grands-mères, etc. ?

— Pour votre diabète, comment concevez-vous l'association des deux : le traitement médical et l'usage des plantes ?

— Vous êtes satisfait du résultat des plantes sur votre diabète ? Oui Non

Expliquez-moi comment vous évaluez l'efficacité des plantes sur votre maladie.

USAGE DE LA PRIÈRE

— Certaines personnes parlent de prière dans leur prise en charge, est-ce votre cas ?

Oui Non

— Parlez-moi de cette pratique

PRATIQUES MAGICO- RELIGIEUSES

— Connaissez-vous d'autres pratiques dans le traitement du diabète : Oui Non

— Certains ont recourt à des pratiques magico-religieuses, est-ce votre cas ? Oui Non

— Dites-moi ce que vous en savez :

ANNEXE 20 - Étude n°6 - Expérimentation fonction de coordinatrice et Module expérimental d'ETP

- 1) Présentation du module ETP expérimental
- 2) Atelier alimentation : diététicienne - psychologue - chercheur
- 3) Atelier physiopathologie : diabétologue, diététicienne, psychologue, chercheur
- 4) Atelier nutrition : nutritionniste – chercheur
- 5) Atelier alimentation : nutritionniste – psychologue - chercheur

1 - Présentation du projet

Des Compétences psychosociales à l'éducation thérapeutique pour un mieux vivre

Cette partie du projet proposée à l'IRCOM vise à apporter des compétences psycho-sociales à des personnes diabétiques de type 2 sur le territoire de Martinique.

Le diabète de type 2 en constante progression

- Dans le monde, 442 millions d'adultes souffrent de diabète, selon l'OMS
- En France, plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pour diabète
- A la Martinique le nombre de diabétiques est d'environ 40 000 et chaque année les services de santé enregistrent 1200 nouveaux cas.

L'action constituée de modules collectifs, est animée par des professionnels de la santé de différentes disciplines qui, selon une approche de promotion de la santé, privilégient les compétences d'adaptation à la maladie pour un mieux vivre au quotidien. Les sept ateliers autour de l'alimentation, l'activité physique, les plantes médicinales, le bien-être mental..., accordent également une large place à la culture locale.

PROGRAMME

DATES	HORAIRE	INTITULES DES ATELIERS	INTERVENANTS
Jeudi 8 octobre	8h-10h	Mon corps, ma santé et moi	Diététiciennes/Infirmière/Psychologue
Jeudi 17 octobre	8h-10h	Hyper..., hypo... Hémoglobine glyquée ..., de quoi parlons-nous ?	Médecin/Diét/Infirmière/psychologue
Jeudi 24 octobre	8h-12h*	Mon corps est actif – <i>An nou joué déro</i>	Éducateur sportif/IDE/
Mardi 29 octobre	13h-15h	Nos plantes <i>Bo kay et nos maux</i>	Pharmacien/IDE/
Jeudi 31 octobre	8h-10h	Mon assiette une affaire qui roule	Nutritionniste/infirmière
Jeudi 7 novembre	8h-10h	Mon corps me parle : émotion & nutrition	Diététicienne/Infirmière/psychologue
Jeudi 14 novembre	13h-15h	Ma culture, mon assiette et moi	Diététicienne/Infirmière/psychologue
Jeudi 12 décembre	8h-10h	Évaluation	Tous
*Atelier d'une durée 3 à 4h se fera en extérieur. Le départ est prévu en bus ; départ à 8h retour à 12			

Ce programme se termine par une évaluation des ateliers, des acquis et le taux de satisfaction des participants.

1) Atelier alimentation : Mon corps, ma santé et moi

Présentation des représentants de l'Ircom

Présentation des formatrices : diététiciennes – psychologues -

Psychologue: On va se mettre tout de suite en binôme pour créer une interaction. On va garder cette configuration on ne connaît pas encore les prénoms

Vous allez vous parler pour rentrer en communication

C'est important nous n'allons pas faire la pathologie à part c'est un phénomène dans l'ensemble. Vous dites je suis diabétique, vous n'êtes pas diabétique, d'accord ? C'est quelque chose qui vient dans le cours de votre vie mais "je ne suis pas" d'accord ?

Ce qu'on va faire ;;; il y a un groupe de 3

La consigne est de vous présenter à l'autre : vous dites simplement d'où vous venez et ce que vous attendez de cet atelier de ces modules mais c'est l'autre qui va vous présenter au groupe. C'est clair ?

Tous les participants n'ont pas compris et la méthode de présentation croisée est réexpliquée par la psychologue

Ex : c'est Gisèle qui va présenter Eliard. Donc vous êtes attentif aux informations que votre binôme va vous donner. Alors pendant 3 mn il faudra capter le peu pour pouvoir redonner. Ce n'est pas un gros exercice de communication mais vous aller faire l'effort de retenir ce qui vous a été dit par votre binôme.

Viviane : on n'a pas de petit cavalier pense-bête ?

Moi : c'est prévu mais déjà aujourd'hui au fur et à mesure vous verrez que vous apprendrez à vous appeler par vos prénoms

Psychologue: on fera aussi un petit travail de mémoire mais pour l'instant on fait comme ça et dans la matinée on va se mettre nos prénoms pour nous aider. Parce qu'on ne peut pas être tout de suite opérationnels. D'accord ? Très bien.

Les participants se mettent en place et forme les binômes sans se déplacer. Un groupe de 3 est formé. Une participante se déplace qu'en disant qu'elle est en robe et préfère choisir une position confortable et pour être à l'aise

La psychologue la félicite pour son élégance, l'invite à se mettre à l'aise en mode communication et précise que ces ateliers sont placés sous le signe de la "bienveillance". Beauté, bonté bienveillance et cette beauté c'est ce que vous avez à l'intérieur de vous. L'esthétique c'est la beauté de ce que vous êtes. Vous n'êtes pas en train de vous trimbaler avec des sachets des médicaments... d'accord ? La bienveillance sera le chic de notre atelier. Cette bienveillance c'est ce que vous allez mettre pour vous et pour les autres.

Voilà **la bienveillance** c'est peut-être le fil conducteur de notre côté. Quand j'arrive et te dis "*j'aime ton rouge à lèvres*" on ne va pas tout de suite dire "*quel protocole on va appliquer ce matin*". On va d'abord s'accueillir ; c'est ce que nous faisons.

Psychologue: Est ce qu'il y a des questions. En passant près des participants explique la consigne à chaque binôme.

Participant : Il faut écrire ? - j'ai horreur de ça -

Moi : c'est comme vous le souhaitez. Vous pouvez utiliser le carnet qui vous a été remis. Les participants : discutent et appliquent la consigne

Dans le trinôme une participante ne souhaite pas faire la présentation. Elle pleure.

Nous nous concertons ; La Psychologue lui propose de faire la présentation à sa place. Elle accepte. Début des présentations

Je note au paperboard les prénoms et les attentes

Premier groupe :

Je suis E.. je viens de ...

La Psychologue: non non ce n'est pas vous qui vous présentez ; c'est trop facile ; chassez le naturel il revient au galop ;

Nous avons tous des postures...on a l'habitude de faire ça... donc le cerveau il est discipliné.

Aujourd'hui on va casser ça, je présente mon voisin avec qui j'ai débriefé sur la consigne. Est-ce que c'est clair ? OK ?

Gisèle : Je présente Eliard qui est de Rivière-Pilote, elle est sous insuline depuis....

Psychologue: non non on ne va pas parler de maladie... C'est trop facile pour vous. Si vous avez noté

la maladie vous rayez. On ne parle de maladie

Un participant : on ne parle pas de maladie ! de quoi on va parler ?

Psychologue: on reprend El.

Gisèle : je présente Eliard , elle est venue pour comprendre ce que vous faites dans l'atelier thérapeutique

Eliard : je suis à coté de Gisèle , elle est de St-Joseph, elle a entendu l'annonce à la radio et elle vient pour en savoir un peu plus. Comment poursuivre après tout ce qu'elle aura entendu et ce qu'elle va apprendre

Psychologue: Super merci

Lambert : C'est Henriette de FDF qui est présente aujourd'hui pour écouter tout ce qu'on peut dire sur l'alimentation, suite à l'annonce qu'elle a entendu à la radio

Henriette : je présente Lambert qui est ici pour comprendre, pour gérer et pour avancer

Viviane : je vais dire voilà Roger qui est un ancien soignant retraité actif. Il se pose certaines questions sur l'alimentation et l'activité physique. Alors il attend beaucoup de l'atelier

Roger : je vous présente Viviane qui est une retraitée active avec beaucoup d'activités, yoga, danse, elle est venue pour avoir des informations relatives à l'alimentation

Chantale : Je vous présente Turenne il est de St -L, retraité de 65 ans, il a 2 enfants, il aime le sport et le jardinage. Il attend que la science trouve quelque chose pour le diabète .

Psychologue: on ne parle pas de maladie ; dur dur, n'est-pas?

Chantal : il aime la marche, il court de temps en temps aussi. Voilà

Psychologue: on entend le fond principal mais ce petit exercice est d'essayer de ne pas prononcer ce mot ; C'est comme le jeu ni oui ni non

Turenne: je vous présente Chantal qui est du Lamentin comme moi elle a 2 enfants, elle aime le jardinage, pratique du sport, elle est retraitée. L'attente c'est concernant particulièrement l'alimentation et bien profiter des ateliers.

Evelyne : je m'excuse messieurs dames si je ne peux pas me présenter (elle pleure)

Psychologue: je vais vous présenter Evelyne qui nous donne d'emblée le ton dans cet atelier. C'est à dire que c'est un atelier fermé. C'est à dire que vous êtes en première classe et à partir du moment où vous avez pris le train vous aurez des consignes des groupes fermés avec des consignes comme : assiduité, confidentialité c'est à dire tout ce qui va se dire ici restera ici; ça c'est l'exercice de nos professions. Ce que nous faisons c'est l'accompagnement de ce groupe qui va apprendre à se connaître. Mais dans un premier temps on a la liberté d'être soi-même et c'est ce que Evelyne nous donne. D'accord?

Je vais présenter Evelyne qui vient du Robert. Mais en plus elle vient avec ses émotions, non pas pour gérer le stress mais gérer tout cela pour qu'elle puisse comprendre en plus de ce qu'elle vit. D'accord? Elle est une personne vivante de ce qu'elle vit. Parfois il y a un peu de renfermement mais aussi parfois un peu de débordement. Mais on ne va pas dire qu'elle n'est pas bien , qu'elle est sensible; non c'est une personne avec tout ce qu'elle a à nous donner et à nous dire.

Evelyne : je suis sous l'émotion.

Psychologue: Voilà c'est le fin mot. Donc on aura un atelier dessus qu'on nous mettrons des mots à mesure que vous progressez.

Moi : Dans les attentes j'ai relevé que l'alimentation revient souvent - aussi comprendre cette notion de compréhension.

Psychologue: c'est comme ci vous avez compris mais vous vouliez un outil de plus sur ce que vous avez déjà compris, c'est -ça?

Moi : il y a aussi cette notion d'apprendre qui revient. Nous sommes bien dans de l'apprentissage, parce que nous n'avons jamais fini d'apprendre et ici nous sommes dans une nouvelle démarche où nous apprenons ensemble et nous avançons pas à pas. Donc comprendre et apprendre ont toute leur place. C'est quand nous avons compris que nous pouvons apprendre et à partir de ce moment, on ne reste pas sur place et on peut avancer.

Psychologue: ce qu'il y a d'intéressant dans ce que tu dis Monique c'est qu'il y a du mouvement. Il n'y a rien de statique. Ca va? Si ça va trop vite, si vous sentez que vous avez besoin de respirer, de vous lever parce que vous êtes en apnée, n'hésitez pas. C'est vrai que nous n'avons pas beaucoup de temps et que le programme est dense. À la fin vous allez dire : déjà fini ?

Psychologue: on va faire un petit exercice de mémoire, même si ce n'est pas un atelier mémoire. Est-ce quelqu'un peut me dire qui s'appelle qui?

Lambert : déjà mon binôme Henriette -

Participants : globalement ils ont retenu les prénoms.

Psychologue: vous pensez qu'on aura besoin des petits chevalets avec les prénoms? On va les mettre mais vous y êtes déjà.

La diététicienne commence l'atelier

Diet : je vous pose une question à tous. D'après vous de quoi allons-nous parler ce matin ?

Je note au tableau

Viviane : le quotidien

Diet : oui quoi d'autre?

Participants : nos attentes - Chantal : toujours pas de maladie?

Diet : non toujours pas

Psychologue: regardez-nous n'avons pas de blouse. Dès qu'on parle de maladie on met une blouse et vous voyez bien nous n'avons pas de blouse

Henriette : pourtant l'intitulé de votre atelier parle du diabète

Psychologue: alors on va vous distribuer des post' It et vous allez refaire vos binômes. Ne vous lâchez pas.

Moi : c'est un manière de vous dire que vous n'êtes pas seule et que dans la vie on n'avance pas seul

Diet : la question maintenant concerne la santé. C'est quoi pour vous un corps en santé?

Psychologue : alors on va canaliser tout ça on vous donne les post'it. Vous êtes les passagers il y a les pilotes et les hôtesses de l'air qui vous servent. Quand il y a une turbulence le pilote descend de son cockpit pour voir ce qui se passe

Psychologue : Tout le monde à un post'it . Vous allez travailler ensemble. Vous avez trois post-it en face de vous et un mot par post-it. Une fois que vous êtes d'accord vous le notez.

Diet : je reprends. C'est quoi pour vous un corps en santé

Vous vous dites : "un corps en santé c'est" une fois que vous êtes d'accord vous notez le mot sur un post'it et ceci pour chaque post"it.

PSYCHOLOGUE: c'est un mot pas une phrase

Participante : il faut remplir les 3 post-it

Psychologue: un mot par post-it

Les participants se concertent dans l'ensemble la consigne est comprise

Psychologue: écrivez le numéro du groupe sur les post-it

La diététicienne ramasse les post-it (4 groupes)

Psychologue: A chaque fois on va faire une petite parenthèse pour vous explique ce qu'on est en train de faire

Ce que nous sommes en train de travailler c'est la carte mentale. Vous savez avec tout ce qu'on emmagasine à un certain moment notre éducation nous donne énormément de choses. Ce qu'on va dire ce n'est pas pour que vous reteniez tout mais un certain nombre de chose. C'est ce qu'on appelle un brainstorming. Le cerveau ne va pas tout retenir, il ne peut pas il a trop de chose à faire.

Je note au tableau et dis à haute voix Le groupe 1 : alimentation - activité - forme

Groupe 2 : alimentation - énergie - activité

Groupe 3 : bien-être - dynamisme - positivité

groupe 4 : bien-être - bon équilibre - bien dans son corps et dans sa tête

Je regroupe les mots qui se retrouvent dans les groupes : bien-être - activité = dynamisme et activité

Énergie = forme

Réalisation d'une carte mentale

Psychologue: les mots sont des mots mais il faut les rendre vivants. Ça veut dire que vous venez de dire avec vos mots chacun des ateliers que nous allons réaliser.

Diet : avec la notion d'alimentation, l'activité physique qui va avec le dynamisme, le bien-être avec les émotions qui va bien avec cette notion de bien dans sa tête et dans son corps. La positivité , l'équilibre

Psychologue: Équilibre c'est le fil conducteur de l'atelier. D'accord?

Si on était arrivé ce matin et qu'on vous avait dit qu'on va parler d'alimentation vous seriez super contents

Chantal : mais je pensais que c'était ça justement

Diet : et que la diététicienne allait parler de dachine, légume vert, ce qu'il faut manger et ce qu'il ne faut pas manger?

Moi : vous aurez aussi cette partie dans le menu mais pas aujourd'hui

Psychologue: ça va arriver en temps et heure voulu. Retenez que ce que nous venons de travailler c'est votre carte mentale si vous prenez des notes.

Votre carte mentale n'utilise pas les mêmes circuits. Il n'est pas dans la routine

Aujourd'hui vous allez apprendre à utiliser la réserve comme pour votre compte bancaire.

Je parle en métaphore pour vous aider à comprendre en image. Vous utilisez vos ressources mais vous avez une réserve pour ne pas tomber en déficit.

Alors compte bancaire, déficit, épargne vous voyez?

Participants : rigolent et réfléchissent

Viviane : quand il n'y a pas d'épargne qu'est-ce qu'on fait?

Guy : on est dans le rouge

Psychologue: qu'est-ce qu'on fait ? Il y a toujours une société qui va vous aider. Mais avant de pousser la porte de cette société vous avez déjà vos propres idées. N'est-ce pas?

Aujourd'hui on va amorcer le changement. On ne change pas du jour au lendemain c'est trop dur. On vous dit lâcher prise mais vous ne savez même pas quelle prise vous lâcher.

Psychologue: alors qu'est-ce que je suis entré de dire? Pourquoi on a procédé comme ça ce matin ?

Viviane : je sors d'un mode de fonctionnement pour apprendre une autre façon de fonctionner

Psychologue: j'entends la notion d'apprentissage. D'accord?

Même pour sortir de là pour aller là, je vais souffrir parce que changer n'est pas facile il y a une forme de résistance. Même si des fois on sait qu'il faut le faire. D'accord ?

Ca y est tout le monde est à bord. On a passé la douane et la police, on est dans l'avion, les ceintures sont attachées pour tout le monde? on peut décoller?

Est-ce qu'il y a des questions?

Eliard : où est-ce qu'on va?

Participants : rires - Tu verras - destination inconnu -

Psychologue: elle connaît la destination c'est *équilibre*

Tu regardes autour de toi, tu regardes les hôtesses et tu te demandes est-ce qu'il y a un pilote dans l'avion. Il y a toujours un pilote même quand on ne le voit pas. C'est une question de

Participants : confiance

Moi : très bien : ce que j'ai envie d'ajouter à la carte mentale au tableau c'est cette notion de changement

Psychologue : oui le changement. Forcément le changement va entraîner des zones de turbulence; j'aime bien la notion d'avion parce qu'on ne peut pas faire autrement, des fois même si tu as peur tu es obligé de rentrer dedans. Des fois tu n'as même pas encore pris l'avion tu pleures. C'est normal parfois. On ne sait même pas ce que je mets dans la valise ; en plus quand tu arrives on te dit qu'il y a trop de kilogrammes

Participants : il faut payer - on n'a pas d'argent

Psychologue: tu es en surendettement. Donc il y aura des facteurs de ...

Participants : stress

Psychologue : mi bel mo (quel beau mot)

Viviane : déstabilisation

Psychologue: j'aime bien Viviane parce qu'elle va nous changer les mots du quotidien. Effectivement ce sont des facteurs de déstabilisation. Ce n'est pas de stress mais de déstabilisation. Vous sentez la différence?

Moi : sur le tableau nous pouvons aussi noter *équilibre* et *déséquilibre*

Sur le tableau je dessine une ligne avec *équilibre* au milieu et *déséquilibre* aux extrémités

Psychologue: comme les balances de nos grands-mères où on ajoutait un petit poids pour faire le poids juste. Vous voyez qu'on ne peut pas fonctionner seule et nous aussi nous sommes en binôme et en trinôme. Je suis dans une déstabilisation parce que je pense bien faire alors que j'ai besoin de ressource et que la ressource peut venir de l'autre.

LES BESOINS :

Diét : savons-nous de quoi avons-nous réellement besoin ? Nous aurons besoins de deux volontaires pour un jeu de rôle.

Les volontaires sortent avec la Psychologue et la diététicienne

Moi : vous n'avez pas trop froids? vous pouvez vous désaltérer - Je mets à leur disposition des oléagineux

Jeux de rôle :

Psychologue: soyez attentifs parce que vous allez comprendre qu'on va rentrer dans ce que nous souhaitons partager avec vous:

Chantal et Gisèle : s'installent au milieu de la salle en face à face.

Chantal : c'était un enterrement dans le carnaval et je n'avais jamais vu ça. C'est à dire que pendant l'enterrement, il y avait du carnaval avec des groupes de musique et de danseurs, des gerbes. Il y avait beaucoup beaucoup de monde. Des personnes pleuraient, d'autres riaient, dansaient, je n'avais jamais vu ça.

Gisèle : Tu as ressenti quoi?

Chantal : c'est ma sœur qui m'a expliqué que c'était une dame qui allait souvent à l'église, et qui chantait et animait les messes. Elle le faisait parce qu'elle avait un cancer. J'ai eu l'occasion de la voir effectivement et je me disais qu'elle était folle.

Gisèle : ça t'as touchée ? Tu en as parlé avec d'autres personnes ?

Chantal : oui j'en ai parlé autour de moi parce que j'étais surprise

Psychologue: Gisèle j'attends quelque chose de toi

Gisèle : comment t'est venu l'idée de m'en parler

Chantal : parce que c'est quelque chose qui m'a surprise. Je la voyais dans les églises quand j'allais à la messe mais je ne la connaissais pas personnellement . C'est son comportement qui me surprenait je pensais qu'elle était folle.

Psychologue s'adresse aux autres : notez ce que vous analysez sur votre petit carnet.

Psychologue: merci Chantal. Tu viens de m'apprendre quelque chose parce que je la connaissais.

Psychologue: noter tout ce qui vous a interpellé dans ce que vous avez vu.

Dans la consigne je lui avais demandé de raconter quelque chose qui l'a marqué et c'est ce qu'elle a choisi.

Evelyne : quand elle a parlé de cancer ça m'a interpellé parce que j'ai un cancer

Et deuxièmement est-ce qu'elle n'a pas vécu dans le département pour n'avoir jamais vu un tel enterrement.

PSYCHOLOGUE: alors j'accueille sa méconnaissance, sa surprise, son ignorance, j'accueille ses lacunes... j'accueille, j'accueille donc dans le changement j'accueille.

Chantal : c'est vrai que j'ai vécu hors du département mais je n'avais jamais vu ça.

Psychologue: ne t'inquiète pas Chantal tu nous donnes matière à développer

Dans le changement, il y a accueil, nouveauté et ça va susciter émotion ,questionnement... Qu'est-ce que ça suscite encore?

Participants : l'écoute, la curiosité

Psychologue: oui la curiosité

Participants : Étonnement - surprise

Psychologue: oui : curiosité - étonnement - surprise

Deuxième situation:

La psychologue sollicite Yvonne : Elle dit : « pas aujourd'hui parce que ça me plaît d'écouter »

Participants : rires - Il faut être dedans aussi - pourquoi ne pas prendre un monsieur ?

Viviane : je choisi Turenne

Participants : applaudissements

Les deux participants sortent avec la Psychologue pour la consigne Les autres discutent

2ème jeu de rôle

Viviane : Tu sais il faut que je te dise pour mon petit déjeuner, j'ai eu envie de prendre un litre de jus de fruits. AH là la surtout le jus de prune Cythère. Je pense que ça me lave le foie. Et quand je bois c a je suis bien je te dis , je suis bien!!!

Turenne : Et pourquoi tu fais ça?

Viviane : parce que le jus de prune de Cythère c'est bon pour le foie mais on oublie ça et on achète les produits industriels. Mais je bois sans sucre

Turenne : Pourquoi tu bois sans sucre ?

Viviane : Parce qu'il y a plein de vertus. IL y a autre chose que je fais l'après-midi quand je suis toute seule, je prends une tablette de chocolat, je commence par manger un petit bout et un autre petit bout et à la fin de l'après-midi la tablette est finie. Et puis je me sens bien c'est pour le magnésium.

Turenne : Et pourquoi tu manges autant ?

Viviane : c'est pour le magnésium. C'est bon le magnésium

Turenne : mais faut pas manger trop de chocolat

Viviane : mais si le corps te dis de prendre tu prends, c'est que ça fait du bien

Turenne : à mon avis non il y a des choses à respecter

Viviane : si tu t'arrêtes à des choses à respecter, le truc rigide là , tu ne vis pas

Turenne : ah bon !

Viviane : tu ne vis pas! tu prends le chocolat et si ton corps te dis de prendre une autre barre tu prends une autre barre

Turenne : pourquoi tu ne te contentes pas d'un petit carré de chocolat

Viviane : mais c'est que tu te privés et la frustration c'est pas bon pour le bien-être. Quand j'ai fini de manger la tablette de chocolat il n'y en a plus, je repasse au jus de prune pour laver le foie. Comme ça il y a un équilibre.

Rire du public

Turenne : alors jus de prune Cythère et chocolat?

Viviane : ça c'est mes petites envies mais parfois je me retiens je fais comme on m'a dit de faire 1/3 de légume, 1/3 de protéines et 1/2 banane et je me contente de ça

Turenne / Et le chocolat pourquoi tu en mange comme ça?

Viviane : c'est parce que j'ai envie je te dis, mais je n'en mange pas tout le temps, c'est une question d'envie

Turenne : cette envie te revient souvent?

Viviane : non c'est comme des envies passagères. J'évite d'acheter du chocolat parce que si l'envie me prend je n'en aurai pas

Turenne : c'est la bonne solution

Viviane : mais oui! mais il ne faut pas oublier le jus de prune !

Turenne : et quand il n'y a pas de prune tu fais comment ?

Viviane : eh bien quand je n'ai pas de prune puisqu'on dit que le jus d'orange est bon je prends du jus d'orange il y a beaucoup de vitamines C. Ou goyave parce que quand ce n'est pas la saison il faut profiter de la saison parce que il faut pas manger les fruits quand c'est pas la saison; parce que ça ne vient pas de chez nous; parce qu'on te dit qu'il faut consommer local. Alors j'essaie de faire du jus locale. Je vais sur le marché je me ballade, je discute et parfois je prends du maracuja mais le maracuja est un peu trompeur.

Turenne: pourquoi trompeur?

Viviane: oui parce qu'il ne faut pas en consommer tout le temps. C'est comme le fruit carambole c'est à éviter

Turenne: est-ce que tu as fait attention à la quantité de sucre que tu consommes?

Viviane : oui c'est barbant mais ça me lasse et je me laisse déborder

Turenne : c'est comme dans la vie, il faut une certaine discipline. Tu me dis que tu aimes le jus de prune, que tu manges beaucoup de chocolat

Viviane : non non il y a une différence, c'est pas beaucoup ,c'est quand ça me prend comme ça. Quand c'est fini c'est fini. Il faut savoir lâcher prise, éviter les frustrations. Tu te sens tellement bien après.

Turenne: ça te fait beaucoup de sucre

Yolaine : non non non ou pa doktè pou di mwen sa (tu n'es pas médecin pour me parler comme ça) Je me sens bien, je ne sais pas combien de sucre il y avait dedans mais je me sens bien

Turenne: mais on doit contrôler la quantité de sucre

Yolaine : mé nou ké contrôlé sa demen (on va contrôler ça demain)

Fin - rires- applaudissement

Psychologue: Alors qu'avez-vous noté ?

Participants : il y a beaucoup de choses

Diététicienne note au tableau

Psychologue: qu'est ce qui revient le plus?

Participants : source d'information (on a dit, on a dit) produit naturel - mélange d'information (internet - médical, la voisine - quantité - écoute du corps - frustration - plaisir - convictions - assurance - vécu - Feedback- profil psychologique (rigidité) contradiction -

Psychologue: Son corps lui parle à travers ses mots : on sent chez elle une forme de résistance. Elle est dans sa zone de confort

Psychologue: résistance à quoi ?

participants : au changement

Psychologue: elle a dit autre chose c'est quoi? son corps a besoin

Participant : c'est dans la tête que ça se passe

Psychologue: qu'est-ce que nous avons dans notre tête?

Participant : le cerveau

Psychologue: effectivement quand on dit que c'est dans la tête que ça se passe, ce n'est pas toujours péjoratif

Participante : ça veut-dire que c'est dans le cerveau que tout se passe

Psychologue: Il est bon de sortir de ses représentations qui sont des idées ...

Participants : idées reçues, préconçues

Diet : Yolaine tu as dit des choses que j'ai relevées : - dans le chocolat il y a du magnésium

- le jus de prune ça lave le foie

- le jus d'orange parce qu'il y a de la vitamine C

- le fruit étoilé à éviter

Psychologue: On était sur la notion de besoin c'est à dire qui a besoin de quoi et pourquoi?

Quand Yolaine dit mon corps à besoin ce n'est pas nécessairement de sucre. Ce n'est pas forcément le corps. C'est peut-être le cerveau qui a besoin de quelque chose et nous le verrons après.

Diet : j'avais aussi noté des phrases et aussi la méthode pour manger le chocolat. Comme s'il y avait une technique pour manger le chocolat.

Psychologue: c'est très à la mode les techniques ; on m'a dit de faire comme ça ! *é mi ou pri en sa* (te voilà embarqué dedans)

Cela veut dire que tu as suscité la zone de plaisir et nous le verrons à un prochain atelier.

ATELIER VISUEL A PARTIR D'UN OUTIL CONVERSATION MAP

Les participants sont invités à venir autour de l'**outil conversation MAP**

Psychologue: nous avons mis des post-it et vous allez noter tout ce qui pourrait être des zone de résistance. C'est à dire tout ce qui pourra nous déstabiliser ou nous empêcher d'avancer à un rythme que l'on souhaite.

La consigne est de relever les zones de turbulence, c'est à dire ce qui va m'empêcher d'avancer

Les participants citent :

- grignotage

- cigarette parce que ça va couper l'appétit

Psychologue: Je reprends la consigne et projetez-vous sur cet Map avec vos difficultés à vous

Diet : j'explique cette image; elle représente quelqu'un qui ne fait pas d'activité physique

Roger : c'est ce que j'ai dit manque d'activité physique - sédentarité

Psychologue: prenez du recul par rapport à la MAP- Maintenant pour allez-vous projeter chacun par rapport à vous personnellement.

Prenez un post-it notez vos initiaux et votre zone de résistance et posez-le sur la Map sur la Zone qui vous correspond et revenez à votre place.

Psychologue: pour respecter le timing on va conclure. Qu'est-ce que vous avez ce matin compris de la manière dont on allait avancer.

Henriette : ça permet d'avoir une autre approche

Psychologue: on peut prendre l'exemple de l'ordinateur; il y a de bons fichiers mais il y a aussi des virus qui peuvent polluer le disque dur et le système et provoquer un beug

Henriette : c'est bien dans la mesure où ça va obliger à se prendre en charge

Psychologue: oui prise en main

Psychologue: alors vous allez noter les mots à supprimer, à ne pas employer : lâcher prise – déni - stress - c'est dans la tête que ça se passe - burn out -

Ce sont des mots valises c'est à dire qu'on y met tout et n'importe quoi.

Psychologue: nous allons vous remettre un tableau de bord à remplir dans la semaine sur votre comportement vos réactions. C'est à dire que vous allez apprendre à comprendre les réponses comportementales. Pourquoi j'ai mangé toute la tablette de chocolat en un après-midi.

Vous remplirez

- le fait ou la situation

- mes pensées

- mes émotions = ce que ça a provoqué chez moi -

Distribution d'une feuille d'évaluation à chaud. Rappel des ateliers à venir

Fin de l'atelier

2) Atelier hypo, hyper, hémoglobine glyquée de quoi parle-ton ?

Intervenants : Endocrinologue/Diabétologue - Diététicienne – Psychologue - infirmière libérale.

En attendant la mise en place du matériel de projection du pp du médecin, la diététicienne s'entretient avec les participants sur l'annonce de leur maladie et la Psychologue note les réponses sur un tableau.

Diététicienne : lors de la visite chez le médecin, qu'est-ce qui a fait que le médecin vous dise que vous avez le diabète ?

– La glycémie était élevée

– le taux de glycémie est dépassé

– le pancréas ne fonctionne pas

Diététicienne : d'accord

Viviane — c'est nouveau,

Diététicienne : qu'est-ce qui est nouveau ?

Eh bien, parce que le bilan était normal et il a un changement sur la partie écrit en gras

Diététicienne : la partie en gras était soulignée ?

Viviane : non non c'était en gras cette fois-ci.

Diététicienne — AH d'accord c'était la première fois ?

Evelyne : moi c'était mon taux de glycémie déséquilibré par rapport aux médicaments et il m'a dit qu'il voulait passer à l'insuline et j'ai dit non pas question. Je préfère équilibrer mon alimentation et faire du sport

Diététicienne : passage à l'insuline la proposition du médecin c'était ça ?

Evelyne : Effectivement, c'est ce que j'ai fait et jusqu'ici j'ai les médicaments

Diététicienne : D'accord. Qui d'autre et toi Turenne ?

Turenne : Je venais de changer de médecin parce que mon médecin était parti à la retraite et à c'est juste à ce moment-là que je suis passé de l'autre côté j'ai eu simplement le traitement.

Diététicienne : et qu'est-ce qu'il a dit justement lors de l'introduction de ; son diagnostic c'était quoi ?

Turenne : Il a simplement constaté que j'étais devenu diabétique

Diététicienne : donc il a constaté que tu es devenu diabétique ?

Un autre participant : il n'a pas fait référence au bilan ? Il a vu ça comment ?

Turenne : c'était évident donc...

Diététicienne : Justement pour rentrer dans les détails du bilan, quel a été l'élément du bilan qui a permis à votre médecin de vous annoncer le diagnostic ?

Roger : le taux de glycémie

Lambert : le sucre était élevé dans le sang.

Psychologue : (écrit au tableau) vous avez dit le taux de glycémie, le sucre élevé dans le sang.

Diététicienne : il y a que la glycémie ? OK. Est-ce qu'il y a autre chose dans le bilan qui a ...

Plusieurs participants, tous ne savent pas le nom exact : l'Hémo, l'hémobine...

Diététicienne : l'hémoglobine glyquée

Viviane : pour moi la glycémie était élevée et c'est après qu'on a fait l'hémoglobine glyquée

Diététicienne : oui parce que le médecin ne fait pas forcément tout de suite l'hémoglobine glyquée quand on n'est pas diabétique.

Evelyne : par contre il m'a demandé si dans ma famille c'était héréditaire.

Diététicienne : d'accord. Oui donc l'hérédité

Une participante : et tu as répondu quoi ?

Evelyne : dans ma famille il y a des diabétiques

Viviane : mais ils disent que ce n'est pas de l'hérédité c'est une prédisposition.

Diététicienne : on aura sûrement les réponses aujourd'hui on a l'expert justement avec nous

Chantale : on dit que c'est aussi le stress, un choc émotionnel

Viviane : avez-vous changé d'activité professionnelle, parce que quand on passe à la retraite on a une autre façon de vivre, on est plus sédentaire et le grignotage.

Diététicienne : D'accord. Et vous quel sont vos questions aujourd'hui par rapport à tout ça ?

Viviane : quand on est au début de l' Diététicienne : D'accord. Et vous quel sont vos questions aujourd'hui par rapport à tout ça ?

Viviane : quand on est au début de la maladie, faut-il absolument passer par la phase de médicament ?
Diététicienne : AH (répète et la Psychologue note au tableau) ; qu'est-ce qu'il y a d'autre comme réponse, on va essayer d'y répondre.

Roger : Peut-on guérir du diabète ? (Il est infirmier à la retraite)

Diététicienne : je répète ta question : peut-on guérir du diabète

Roger : Il y a des recherches

Viviane : il faudrait trouver un médicament.

Chantale : parce que ça fait un moment que ça dure.

Evelyne : parce que quand mon sucre monte j'ai mal à la tête et quand il est bas j'ai mal à la tête.

Diététicienne : en gros tu veux savoir pourquoi. C'est ça ?

Evelyne : comment éviter les hypo et les hyper ?

Diététicienne répète et la psychologue note

Roger : comment équilibrer l'alimentation ?

Viviane : Faut-il prendre du sucre avant le sport ou après le sport ? Parce qu'on nous dit il faut une activité et quand on a une activité ça baisse et est-ce qu'il faut prendre du sucre ou pas prendre du sucre ?

Diététicienne : (reformule) en fait comment gérer les hypo et le resucrage avec le sport ?

Viviane : oui

Gisèle : est-ce vraiment le sucre qui fait monter le diabète ou qui déclenche le diabète ?

Diététicienne : est-ce que c'est parce qu'on mange trop de sucre ?

Chantale : moi je ne mange pas de sucre du tout.

Yvonne : Et les fruits dans tout ça ?

Diététicienne : Les fruits dans tout ça !

Chantale : les fruits font monter

Tous les participants parlent en même temps

La Diététicienne et la psychologue se concertent : on prend d'autres questions où on s'arrête là ?

On s'arrête là d'un commun accord.

Diététicienne : nous avons de bonnes questions et nous avons un médecin qui est le mieux placé pour répondre à vos questions.

Les participants discutent et continuent de poser des questions.

Viviane : Il y a des médicaments qui détruisent les reins. Les yeux peuvent être atteints. les examens complémentaires à faire

Lambert : pourquoi les médecins donnent autant de médicaments ?

Psychologue : ce que vous allez faire, vous allez bien sérier les questions qui sont de l'ordre de l'information et celles qui sont très larges par rapport aux problématiques générales et personnelles qui vous appartiennent.

On va y répondre, mais ce matin, ce que nous souhaitons c'est que les questions que vous posez soient claires et précises et pas générales. C'est-à-dire que vous sortiez d'ici avec une idée précise du questionnement que vous vous faites à votre sujet.

D'accord ? On y va. On va ramasser tout ça et comme cela on aura un regard, une vision sur vos discours.

J'ai noté que vous allez passer dans la classe des diabétiques. « C'est la classe affaires ? »

Il y a la notion de classe. On va tout de suite noter que ce n'est pas grave et pour dédramatiser on a cherché la notion d'environnement. Mais le diagnostic est posé, on va aborder les questions de terminologie et après arriver sur des choses plus techniques comme ce que vous avez dit : le sucre, je *suis devenu diabétique* ; c'est quoi cette pathologie.

Pour ramasser tout ça on va laisser dans l'ordre de ce que vous allez comprendre et après on va revenir sur le tableau pour savoir si tout a été abordé. Mais on commence à mettre de l'ordre sur les la terminologie et la pathologie.

D'accord ? On fait comme ça ?

Diététicienne : D'accord. Et vous quelles sont vos questions aujourd'hui par rapport à tout ça ?

Viviane : quand on est au début de la maladie, faut-il absolument passer par la phase de médicament ?

Diététicienne : AH (répète et la Psychologue note au tableau) ; qu'est-ce qu'il y a d'autre comme réponse, on va essayer d'y répondre.

Roger : Peut-on guérir du diabète ? (Il est infirmier à la retraite)

Diététicienne : je répète ta question : peut-on guérir du diabète

Roger : Il y a des recherches

Viviane : il faudrait trouver un médicament.

Chantale : parce que ça fait un moment que ça dure.

Evelyne : parce que quand mon sucre monte j'ai mal à la tête et quand il est bas j'ai mal à la tête.

Diététicienne : en gros tu veux savoir pourquoi. C'est ça ?

Evelyne : comment éviter les hypo et les hyper ?

Diététicienne répète et la psychologue note

Roger : comment équilibrer l'alimentation ?

Viviane : Faut-il prendre du sucre avant le sport ou après le sport ? Parce qu'on nous dit il faut une activité et quand on a une activité ça baisse et est-ce qu'il faut prendre du sucre ou pas prendre du sucre ?

Diététicienne : (reformule) en fait comment gérer les hypo et le resucrage avec le sport ?

Viviane : oui

Gisèle : est-ce vraiment le sucre qui fait monter le diabète ou qui déclenche le diabète ?

Diététicienne : est-ce que c'est parce qu'on mange trop de sucre ?

Chantale : moi je ne mange pas de sucre du tout.

Yvonne : Et les fruits dans tout ça ?

Diététicienne : Les fruits dans tout ça !

Chantale : les fruits font monter

Tous les participants parlent en même temps

La Diététicienne et la psychologue se concertent : on prend d'autres questions où on s'arrête là ?

On s'arrête là d'un commun accord.

Diététicienne : nous avons de bonnes questions et nous avons un médecin qui est le mieux placé pour répondre à vos questions.

Les participants discutent et continuent de poser des questions.

Viviane : Il y a des médicaments qui détruisent les reins. Les yeux peuvent être atteints. Les examens complémentaires à faire

Lambert : pourquoi les médecins donnent autant de médicaments ?

Psychologue : ce que vous allez faire, vous allez bien sérier les questions qui sont de l'ordre de l'information et celles qui sont très larges par rapport aux problématiques générales et personnelles qui vous appartiennent.

On va y répondre, mais ce matin, ce que nous souhaitons c'est que les questions que vous posez soient claires et précises et pas générales. C'est-à-dire que vous sortiez d'ici

avec une idée précise du questionnement que vous vous faites à votre sujet.

D'accord ? On y va. On va ramasser tout ça et comme cela on aura un regard, une vision sur vos discours.

J'ai noté que vous allez passer dans la classe des diabétiques. « C'est la classe affaires ? »

Il y a la notion de classe. On va tout de suite noter que ce n'est pas grave et pour dédramatiser on a cherché la notion d'environnement. Mais le diagnostic est posé, on va aborder les questions de terminologie et après arriver sur des choses plus techniques comme ce que vous avez dit : le sucre, je *suis devenu diabétique* ; c'est quoi cette pathologie ?

Pour ramasser tout ça on va laisser dans l'ordre de ce que vous allez comprendre et après on va revenir sur le paperboard pour savoir si tout a été abordé. Mais on commence à mettre de l'ordre sur les la terminologie et la pathologie.

D'accord ? On fait comme ça ?

À la maladie, faut-il absolument passer par la phase de médicament ?

Diététicienne : AH (répète et la Psychologue note au tableau) ; qu'est-ce qu'il y a d'autre comme réponse, on va essayer d'y répondre.

Roger : Peut-on guérir du diabète ? (Il est infirmier à la retraite)

Diététicienne : je répète ta question : peut-on guérir du diabète

Roger : Il y a des recherches

Viviane : il faudrait trouver un médicament.

Chantale : parce que ça fait un moment que ça dure.

Evelyne : parce que quand mon sucre monte j'ai mal à la tête et quand il est bas j'ai mal à la tête.

Diététicienne : en gros tu veux savoir pourquoi ? C'est ça ?

Evelyne : comment éviter les hypo et les hyper ?

Diététicienne répète et la psychologue note

Roger : comment équilibrer l'alimentation ?

Viviane : Faut-il prendre du sucre avant le sport ou après le sport ? Parce qu'on nous dit il faut une activité et quand on a une activité ça baisse et est-ce qu'il faut prendre du sucre ou pas prendre du sucre ?

Diététicienne : (reformule) en fait comment gérer les hypo et le resucrage avec le sport ?

Viviane : oui

Gisèle : est-ce vraiment le sucre qui fait monter le diabète ou qui déclenche le diabète ?

Diététicienne : est-ce que c'est parce qu'on mange trop de sucre ?

Chantale : moi je ne mange pas de sucre du tout.

Yvonne : Et les fruits dans tout ça ?

Diététicienne : Les fruits dans tout ça !

Chantale : les fruits font monter

Tous les participants parlent en même temps

La Diététicienne et la psychologue se concertent : on prend d'autres questions où on s'arrête là ?

On s'arrête là d'un commun accord.

Diététicienne : nous avons de bonnes questions et nous avons un médecin qui est le mieux placé pour répondre à vos questions.

Les participants discutent et continuent de poser des questions.

Viviane : Il y a des médicaments qui détruisent les reins. Les yeux peuvent être atteints. Les examens complémentaires à faire

Lambert : pourquoi les médecins donnent autant de médicaments ?

Psychologue : ce que vous allez faire, vous allez bien sérier les questions qui sont de l'ordre de l'information et celles qui sont très larges par rapport aux problématiques générales et personnelles qui vous appartiennent.

On va y répondre, mais ce matin, ce que nous souhaitons c'est que les questions que vous posez soient claires et précises et pas générales. C'est-à-dire que vous sortiez d'ici

avec une idée précise du questionnement que vous faites à votre sujet.

D'accord ? On y va. On va ramasser tout ça et comme cela on aura un regard, une vision sur vos discours.

J'ai noté que vous allez passer dans la classe des diabétiques. « C'est la classe affaires ? »

Il y a la notion de classe. On va tout de suite noter que ce n'est pas grave et pour dédramatiser on a cherché la notion d'environnement. Mais le diagnostic est posé, on va aborder les questions de terminologie et après arriver sur des choses plus techniques comme ce que vous avez dit : le sucre, je suis devenu diabétique ; c'est quoi cette pathologie.

Pour ramasser tout ça on va laisser dans l'ordre de ce que vous allez comprendre et après on va revenir sur le paperboard pour savoir si tout a été abordé. Mais on commence à mettre de l'ordre sur les terminologies et la pathologie.

D'accord ? On fait comme ça ?

Médecin —J'avais prévu de vous passer quelques diapositives, mais pour le moment ce n'est pas opérationnel donc on va essayer de se comprendre par le langage simple.

Vous avez énuméré un certain nombre de questions qui vous viennent. Je pense effectivement qu'il est nécessaire de définir le diabète. Comme ça on sera d'accord sur la base même de cette maladie. Donc c'est une maladie qui consiste à provoquer, chez le patient, un excès de sucre dans le sang. C'est une élévation du taux de sucre dans le sang en permanence.

Le sucre dans le sang c'est ce qu'on appelle la glycémie. C'est le taux de glucose dans le sang.

La glycémie normale est située entre 0,80 g et 1,24 g.

Les participants répètent et notent ces chiffres

Un patient qui aura une glycémie le matin à jeun en allant au laboratoire sans n'avoir mangé ni bu, supérieur à 1,24 g, 1,50 g, 2 g, on va lui faire à deux reprises pour avoir un 2e contrôle. Si on trouve une fois 1g40 - 1g45 oui on peut dire Mr Mme vous êtes diabétique. OK ?

Il y a une deuxième façon de le faire, vous passez au laboratoire à n'importe quel moment de la journée en ayant mangé que ce soit le matin ou l'après-midi, si vous avez une glycémie qui est supérieure à 2 g on peut se poser la question de savoir. On peut affirmer qu'une glycémie à n'importe quel moment de la journée à 2 g c'est du diabète.

Cela veut dire qu'organisme qui a du mal à réguler son taux de glycémie. Cela signifie qu'il y a une défaillance quelque part dans le système de régulation de la glycémie. Après on dit que c'est le diabète.

Pour définir le diabète, on dit que c'est une maladie biologique. On pourra dire qu'il y a plusieurs types de diabète et que tous les diabètes ne sont pas les mêmes.

Les participants reprennent les chiffres, on les voit murmurer.

Médecin : c'est-à-dire si vous avez à jeun une glycémie sup à 1g24, on peut recontrôler à peu près dans une semaine.

Viviane : on peut recontrôler après manger

Médecin : si c'est supérieur à 2 g après manger, on dit que vous êtes diabétique. OK ?

Une fois que le diabète est défini on peut essayer de dérouler pour savoir quels sont les types les de diabète.

Alors il y a 2 types de diabète : le diabète de type 1 ou insulinodépendant ou encore appelé diabète de l'enfant. Ce diabète-là est assez brutal et bruyant dans sa présentation puisque c'est un patient qui va mal qui vomit, est fatigué, qui maigrit et pour lequel on appelle le SAMU, les urgences. On vous amène à l'hôpital et on va trouver 3 à 4 g et on va trouver de l'acétone dans les urines et on vous dit qu'il faut rester à l'hôpital. On vous perfuse, on vous met sous insuline. Ce diabète-là ne passe pas inaperçu et on est très malade.

Viviane : c'est curieux qu'on se retrouve à 4 g sans rien sentir.

Médecin : Oui parce que la maladie a commencé brusquement de manière rapide. C'est une défaillance et tant qu'on ne donnera pas de l'insuline, le patient n'ira pas mieux. Donc le diabète de type 1 c'est une défaillance pancréatique avec comme seul traitement l'insuline.

C'est souvent chez les enfants, chez les jeunes personnes. Ça commence tôt dans la vie.

Le diaporama est fonctionnel et projeté

Le diabète de type 2 il apparaît chez un sujet plus âgé, 40 - 50 ans chez un sujet qui est en bonne santé apparente avec un gros ventre c'est surtout de l'embonpoint. Il est plus fréquent que le diabète de type 1. 15 % de type 1 et 85 % de type 2.

Le diabète de type 2 c'est le diabète de tout le monde. C'est lui que vous connaissez.

C'est un vrai problème de santé publique.

On constate que la maladie sera de plus en plus fréquente avec l'âge qui avance. C'est-à-dire que plus les gens sont vieux, plus il y a des diabétiques.

Ça coûte très cher, parce qu'il y a beaucoup de problèmes qui viennent avec le diabète ; la dialyse, l'insuffisance rénale, les amputations et consorts.

Pour reprendre quelques éléments que vous avez évoqués.

Psychologue : montre sur le tableau le discours des participants et les questions.

Médecin : vous avez dit le pancréas ne fonctionne pas (montre une diapositive)

Vous avez dit : le docteur m'a proposé de l'insuline j'ai refusé.

Evelyne : oui, oui !

Médecin : c'est pour cela que je vous mets cette diapo, parce que l'insuline c'est une hormone du pancréas. Son travail c'est de baisser le sucre. On appelle hormone hypoglycémiant. En fait, elle sera utile quand la maladie va apparaître et que le sucre va monter, on aura besoin d'une hormone pour baisser le sucre. D'accord ?

Diapositive : Il y a une autre hormone dont on vous parle ici, même si vous n'êtes pas de grands docteurs le GLUCAGON parce que ça peut être un élément thérapeutique. C'est-à-dire que le patient diabétique, on va lui prescrire du glucagon à mettre à la maison et on lui dira si vous faites un coma vous aurez besoin de Glucagon. C'est pour cette raison que je vous le cite, parce que si un diabétique est bien soigné, il a une ampoule de glucagon à la maison et il pourra prévenir son entourage et leur dire si je tombe en hypo, il y a une ampoule de glucagon dans le réfrigérateur à m'injecter en urgence.

Cette hormone fait monter le sucre. Donc si le sucre descend trop bas, on a un médicament pour faire remonter le sucre rapidement. Donc ça c'est bien. C'est une forme de sécurité.

Diapositive : la graisse sera un élément de résistance à l'insuline. Plus on est gras et plus il y a de la résistance à l'insuline et plus le diabète va apparaître. Ce n'est pas anodin cette affaire-là. Je vous en parle parce que la graisse peut jouer un rôle.

Eliard : En voyant une image sur la diapositive, demande : et le foie ?

Médecin : c'est un peu complexe donc je passe

Ce que je ne vous dis pas, c'est ce qui n'est pas important pour le moment.

Ce que je vous dis, c'est que le diabète se définit comme une hyperglycémie chronique c'est-à-dire tout le temps dans le sang et qu'elle sera supérieure à 1 g 26 à jeun après deux vérifications ou une glycémie supérieure à 2 g à n'importe quel moment de la journée.

Le médecin passe la parole à la Psychologue

Psychologue : Est-ce que vous comprenez déjà la notion de deux médicaments pour l'équilibre ?

Pas de réponse immédiate

Pour répondre déjà à la question pourquoi tant de médicament. On voit déjà la notion d'équilibre.

Psychologue : Vous aviez des questions sur le pancréas.

Evelyne : le pancréas qui ne fonctionne pas

Chantale : pour l'équilibre

Psychologue : l'équilibre de quoi ?

Chantale : ça dépend de la gravité

Psychologue : l'équilibre de quoi ?

Psychologue : Maintenant que vous avez eu une information d'une grande importance sur le pancréas

Les participantes murmurent sans vraie réponse

Psychologue : vous avez eu une information importante sur le pancréas ; parce que ce n'est pas la peine d'aller vite si vous n'avez pas compris

Turenne : l'insuline c'est pour diminuer le taux de sucre dans le sang

Psychologue : Oui et après on pourrait mettre autre chose ce serait quoi ?

Une participante : le machin...

Psychologue : maintenant ce n'est pas du machin chouette quand vous sortez d'ici il faut connaître les noms et à quoi ça sert. D'accord

Médecin : ce qui veut dire que les choses sont bien faites. Le créateur celui qui a créé les humains et tout ce qui a sur la terre a bien fait son travail au départ. Malheureusement c'est comme toute œuvre ; c'est parfait au départ et ça se dégrade au fur et à mesure.

Quand on a un pancréas défaillant on perd des fonctions et c'est ça la maladie c'est une défaillance organique, c'est-à-dire quelque chose qui fonctionne mal.

Médecin : technique pour la glycémie. C'est soit une prise de sang au laboratoire, soit à jeun, soit on pique le doigt à la maison. On a un véritable laboratoire à la maison

Qui est-ce qui a un appareil à la maison ?

Des doigts se lèvent

Viviane : est-ce que c'est fiable ?

Médecin : oui c'est fiable parce que l'idée c'est de détecter ta situation du moment. Peut-être pas à 0,1 près, mais ça te donne un niveau. Est-ce que tu es en hypo, à 2 g, à 4 g, est-ce qu'il faut appeler le SAMU. C'est une situation basse, haute ou moyenne

Evelyne : à quel moment on peut avoir l'appareil pour se piquer.

Médecin ; l'appareil pour se piquer quand on est diabétique disons que la Sécu pour le DT2 il aura une boîte par mois. Ce qui veut dire qu'il fait 1 contrôle par jour. Alors que le DT1 qui fait des piqûres d'insuline, il a droit à un nombre de boîtes. Parce que s'il fait 3 contrôles par jour il aura trois boîtes de 30.

On limite le DT2 parce que c'est moins urgent de savoir toutes les 5 min ton taux de sucre. Alors que le DT1 qui fait des injections d'insuline aura besoin de plus de boîtes. OK ?

Gisèle : c'est le médecin qui fait l'ordonnance pour l'appareil ? je lui ai demandé il m'a dit non.

Médecin : oui parce que tu es sous cachets. La caisse de SECU le bloque donc il te bloque. Mais tu as droit à une boîte donc il faut un peu discuter avec lui.

Avant on contrôlait surtout les urines avec le contrôle des urines, mais aujourd'hui c'est moins important.

Diapositives avec les différents modèles d'appareil pour glycémie capillaire
On essaie de faire de moins en moins mal aux patients.

Une diapositive qui reprend les signes du DT1

Médecin : Le patient boit et urine beaucoup. Il se lève la nuit pour uriner et puisqu'il a soif en passant devant le réfrigérateur, prend un verre de coca ou de soda.

Maintenant que vous êtes informés, vous pourrez expliquer aux autres.

Chantale : et on vous dit parfois en cas de malaise de prendre un verre de coca.

Médecin : Ça, c'est en cas d'hypoglycémie.

Chantale : d'accord

Médecin : là je te parle de quelqu'un qui ne se sait pas qu'il est malade.

À l'époque, les anciens avaient une technique pour diagnostiquer le diabète. Il existait des pots de chambre et si les fourmis venaient dans le pot de chambre c'est qu'il y avait du sucre. C'était un test naturel pour dire que le sang est sucré. Les premiers docteurs n'avaient pas de laboratoire ni de dextre ; ils goutaient les urines.

On a actuellement en Martinique un problème de diabète parce qu'on est en plein dans le fastfood et tout le monde est gros.

Avant le matin on mangeait « ti-nain + concombre » et maintenant c'est frites, corn flakes, fastfood avec frites et hamburger et tout le monde est gros.

Tout a changé et on a des sujets DT2 non pas à 50 ans, mais à 12 ans. Et il faut savoir se dire que celui-là on va lui donner un régime, des comprimés et ça marche. Parce que l'insuline est sécrétée normalement, mais c'est la graisse qui fait une insulino-résistance, c'est-à-dire qu'elle se met entre l'insuline et les récepteurs.

Le médecin demande à la Diététicienne et à la psychologue si elles ont un point à faire à ce niveau d'information.

Flora : s'adresse au médecin et demande est-ce pour cela qu'on demande de ne pas se piquer dans les parties grasses ?

Médecin : quand on se pique à l'insuline, on demande au patient de ne pas se piquer au même endroit et de changer régulièrement. Parce que. Si on se pique tout le temps au même endroit, on peut avoir une bosse ou un creux à cet endroit. Donc on fait tourner pour protéger l'espace cutané sur 20, 30, 40 ans.

Quand on fait l'insuline dans cette bosse, l'action n'est pas la même.

À ce stade-là de mon intervention puisque nous avons repris deux fois, avec et sans diapo, c'est clair pour vous le diabète ?

Yvonne : je suis curieuse de savoir ... (n'a pas pu terminer sa phrase parce que le Psychologue a demandé)

Psychologue : le pancréas c'est bon vous savez où se trouve le pancréas ?

Les Participants hésitent à gauche à droite

Médecin : au fond du ventre presque collé à la colonne vertébrale

Pour donner un exemple concret, on a eu quelques accidents au début du port de la ceinture de sécurité, et il y a eu quelques diabétiques. Parce que la ceinture était à ce niveau et lors d'un choc ça traumatisait le pancréas.

Donc au fond du ventre ce n'est pas en avant c'est en arrière.

Chercheur : Chantale semblait ne pas être d'accord.

Chantale : non non on n'a pas encore parlé du pancréas.

Médecin : tu voulais savoir quelque chose de bien précis ? On y arrive.

Viviane : pour l'insuline il y a un patch que l'on met.

Médecin : Oui c'est un capteur « freetime libre » c'est-à-dire que c'est un capteur que l'on met sur la peau. On avance dans le système de détection capillaire parce que les doigts sont très sensibles. On a

trouvé un système que l'on garde 15 jours et le boîtier va servir de scanner et ça donne la glycémie interstitielle. C'est-à-dire intra cellulaire sous cutanée. L'intérêt est que les doigts sont au repos et on peut scanner autant de fois qu'on veut. Mais il y a des critères. Il faut avoir un diabète multi traité c'est dire 3 ou 4 insulines par jour ou une pompe à insuline.

Viviane. Ce n'est pas douloureux.

Médecin : non ce n'est pas douloureux, mais il faut attendre que ça soit généralisé à tout le monde. C'est aux associations de patients de monter au créneau pour demander un capteur pour tout le monde. Je pense qu'avec le temps tout le monde l'aura.

Pas de question ?

Les facteurs

Yvonne : Il y a un 3e diabète dont docteur a parlé

Médecin : On pourrait dire que ce n'est pas le sujet parce que le diabète insipide est une maladie de la posthypophyse. C'est une maladie qui a le même nom, mais qui n'a rien à voir avec la maladie dont nous parlons aujourd'hui.

Psychologue : c'était du général, mais il ne faut pas vous arrêter à ça.

Médecin : c'est vrai que je parle de beaucoup de chose donc il faut m'arrêter par moment.

Puisque j'ai parlé d'insulinorésistance, je pense qu'il est important de connaître les facteurs d'insulinorésistance.

Les facteurs de risque :

– La sédentarité (TV, sieste, TV grignotage) quand vous étiez petit, vous alliez à l'école, à la messe à pied, le dimanche vous alliez voir la famille, on marchait tout le temps. Aujourd'hui, il y a beaucoup de voiture et des embouteillages.

– L'âge : 30 ans c'est une chose, mais 50-60 ans il y a des maladies qui apparaissent

– La famille on ne peut pas la changer

– L'augmentation des triglycérides avec l'apport la graisse exogène (frites, poisson frit, pâte ketchup, mayonnaise, marinade, viande roussie...) Excellent, mais attention pas en excès parce que ça va mal se terminer.

C'est la graisse qui se transforme en sucre dans le corps. Quand on commence par un excès de graisse dans le corps, ça se termine par un excès de graisse dans le sang.

– Maladie comme HTA, obésité...

Viviane : HTA c'est à partir de quels chiffres que ça joue ?

Médecin : Mais ça joue dès qu'on a de l'HTA. Parce que la maladie diabète dont nous parlons aujourd'hui, c'est une maladie qui va se développer dans le sang. On a dit que c'est trop de sucre dans le sang OK ? Donc les vaisseaux sont concernés et l'HTA c'est la maladie des vaisseaux qui fait que les vaisseaux sont sous tension. Si dans ces vaisseaux dont nous parlons il y a circulation de sang avec trop de sucre dedans, c'est encore un facteur de risque qui va faire tendre le vaisseau. Et si c'est trop tendu ça éclate et c'est l'AVC, c'est l'infarctus, c'est ci, c'est ça.

Donc tous ces facteurs-là vont influencer dans la même direction. OK ?

Chantale : et la dose du HDL.

Médecin : oublie là encore c'est trop technique, ce n'est pas le plus important.

Psychologue : quand vous avez des marqueurs biologiques, on n'est pas seulement en train de regarder effectivement que le taux de glycémie, mais précisément il y a d'autres marqueurs que le médecin va aussi regarder pour lire le bilan biologique.

Médecin : HDL Cholestérol c'est le bon cholestérol. Donc s'il baisse dans le sang ça devient un facteur de risque parce qu'il faut que le bon cholestérol soit haut pour protéger. La place du HDL Cholestérol, elle est technique, elle est scientifique. Mme veut comprendre c'est bien Chantale, mais on peut aller très très loin dans l'explication.

Gisèle : Dr excusez — moi, quand le médecin vous dit « Mme est-ce que vous buvez de l'alcool parce qu'on retrouve un taux d'alcool dans votre sang » alors que je ne bois pas d'alcool du tout.

Médecin : là c'est parce qu'il te fait un marqueur dans le bilan hépatique et il regarde les marqueurs de l'alcool qui sont les Gamma GT. Mais parfois il y a des personnes qui ne boivent pas une goutte d'alcool et qui ont les GGT un peu élevés.

Si tu ne bois pas d'alcool, ce n'est pas l'alcool. Le médecin va surveiller.

Ce qu'on est en train de faire ce sont les marqueurs biologiques. C'est très intéressant. Vous voyez que le diabète a quelque chose à nous dire, mais les autres marqueurs biologiques nous montrent que le métabolisme est en déséquilibre.

Et vous avez des termes très techniques comme Gamma GT, HDL, triglycérides,

Médecin : on a parlé de l'insuline, de glucagon. Vous savez qu'il y a un arsenal thérapeutique qui est là à votre disposition pour vous aider à explorer et vous accompagner dans votre maladie. Mais bien sûr le technicien en premier c'est votre docteur. Il a cette maîtrise-là, et ce n'est pas au petit bonheur la chance qu'il vous donne les traitements.

Au fait le patient diabétique fait partie du groupe de patients qui sont en ALD, c'est-à-dire en affection longue durée. Ce qui signifie que les dépenses qui seront faites pour le soigner sont prises en charge à 100 % par la sécu. Donc c'est cette batterie de tests qui seront faits dans un certain rythme pour aller chercher les autres facteurs de risque pour mieux vous soigner. La sécurité sociale a compris que cette maladie doit être prise en charge globalement parce que si on ne le fait pas il y aura des complications qui vont apparaître.

Comme on l'a vu, un diabète se découvre de manière fortuite. Le médecin met une pression sur vous en vous disant d'aller voir le diététicien, d'aller faire des examens. Mais cette pression est nécessaire parce que s'il ne fait pas de pression, étant donné que vous n'avez rien qui vous fait mal, vous ne ferez pas les examens et les consultations.

C'est vrai, vous partez de chez le médecin sans trop comprendre ce qui vous arrive.

Viviane : mais il y a des signes avant-coureurs.

Médecin : il y a des signes avant-coureurs, mais ce que je veux surtout dire, c'est que ça ne fait pas mal. Parce que nous sommes un peu comme ça dans ce pays-là. Je ne sais pas si ce sont les séquelles postcoloniales ou parce que nous avons l'héritage des esclaves qui ont connu la douleur primaire. Mais si ça fait mal, on fait quelque chose et si ça ne fait pas mal on ne fait rien. Les maladies qui font mal, on s'en occupe. Si vous avez mal aux dents, vous courez chez le dentiste en lui disant » *raché y ba mwen* » ou *fê en bagay* ». Si ça ne fait pas mal, on attend et on a tendance à se dire pas trop vite le matin et surtout pas du tout le soir.

Et le diabète ne fait pas mal et pendant longtemps. Quand ça fait mal, c'est presque trop tard.

Chantale : mon fils il a fait 6 g

Médecin — quel âge il avait ?

Chantale : Il devait avoir 25 ans

Médecin : 25 ans voilà ; c'est une maladie indolore, inodore, mais avec saveur, elle est sucrée.

Chantale : mais j'avais remarqué qu'il urinait beaucoup.

Médecin : il urinait beaucoup. Ça, on l'a vu.

Moralité. Parce que la caisse a vu qu'il faut encourager le patient à se soigner. À nous soigner parce que je peux être dedans aussi. Ce n'est pas gratuit, puisque c'est tout le monde qui cotise.

Les endroits comme Haïti où il n'y a pas de Sécu, quand on donne aux patients deux boîtes de cachets, ils les *prennent jusqu'au zo*. Parce qu'ils savent que la situation est difficile. Alors que pour nous les choses sont faciles. Moi je pense que pour faire comprendre la gravité du diabète il faut aller voir les complications.

Alors je m'appête à développer avec vous les complications

Ce sont les complications du diabète qui font dire que c'est une maladie grave. Il vaut mieux ne pas arriver aux complications parce que c'est dangereux. C'est comme une maison, quand vous voyez que tout au fond les couloirs sont sombres et obscurs vous vous dites il vaut mieux ne pas y aller parce que c'est dangereux.

Le diabète c'est dangereux même si ça ne fait pas mal. On peut dire que c'est une maladie de plombier. Parce que quand l'évier est bouché, on fait venir le plombier pour le déboucher. Sous les éviers quelqu'un a déjà vu ça ?

Participants tous oui bien sûr

Médecin : et qu'est-ce qu'on voit quand on débouche l'évier ?

Participants : il y a des déchets, de la graisse...

Médecin : OUI ce sont des déchets, il y a une couleur, une odeur, c'est dégueulasse

Et qu'est-ce qu'on fait dans l'évier ?

Participants : la vaisselle, on lave les assiettes, il y a les restes...

Médecin : alors c'est le reste de ce qu'on mange qu'on jette dans l'évier

Gysèle : alors c'est ce qu'on a dans notre corps alors ?

Participants : Rires

Médecin : et puis ça vient encrasser les tuyaux. C'est la nourriture. Ce n'est pas quelque chose qu'on a jeté, mais ce sont les restes de nos assiettes, de nos couverts et de nos casseroles. OK

Je prends cet exemple-là pour vous montrer comment le sucre vient boucher les tuyaux. Le drame du diabète c'est d'encrasser les vaisseaux, les artères et de les boucher.

Evelyne : comment éviter ça ?

Médecin : comment éviter ça ! c'est ça l'objet de votre présence ici. C'est la connaissance qui va faire que vous allez faire ou ne pas faire. C'est la connaissance qui va faire que vous allez prendre vos médicaments, c'est la connaissance de ce que vous diront les diététiciennes, c'est par des sessions de formation que Mme Lahély va mettre en place pour vous apporter la connaissance des messages fondamentaux pour que sortis de là vous ayez bien compris pourquoi c'est dangereux et pourquoi je peux faire.

Parce que si on reste là et on ne fait rien, pendant ce temps, la maladie travaille sur vous.

Si c'est une grippe, on prend un doliprane et on attend.

Lambert : on dit que le doliprane est dangereux

Médecin : moralité : à chaque chose une réponse ; c'est la connaissance et l'action. **Vous allez apprendre, vous allez comprendre et vous allez faire.**

Car plus vous allez passer le message à votre fils, à votre tonton, votre tati, votre nièce, parce que vous avez compris, plus vous allez diffuser la connaissance. Parce que c'est beaucoup de méconnaissance.

Souvent les gros vaisseaux se bouchent, c'est l'athérosclérose.

La première cause de décès chez le diabétique c'est l'AVC. On sait que c'est une maladie très fréquente en Martinique. C'est la fameuse congestion cérébrale. C'est-à-dire qu'hier vous étiez avec la personne qui était bien et aujourd'hui vous, apprenez qu'elle est à la Meynard (hôpital) pour congestion ou infarctus.

Evelyne — il y a un sens. Ça peut être à gauche ou à droite.

Médecin : si c'est à gauche on est paralysé à droite, si c'est à droite on est paralysé à gauche. Si c'est à gauche la personne peut perdre la parole, si c'est à droite elle peut continuer à parler. Si c'est derrière l'occipital, on ne voit pas bien, mais la parole, les deux bras, les deux jambes fonctionnent. Enfin en fonction de l'endroit qui est touché, on aura des conséquences. Ce n'est pas toujours pareil, mais c'est quand même un AVC ;

Deuxième endroit où ça peut se boucher c'est le cœur ; infarctus du myocarde.

On a une douleur dans la poitrine.

Si vous commencez à avoir la langue un peu lourde, la main engourdie et la bouche sur le côté. Appelez le 15 c'est le début d'un AVC.

Si vous appelez le 15 et vous partez vite aux urgences il y a un médicament pour faire une embolisation du bouchon et ça n'a pas le temps d'éclater et de saigner.

Viviane : Partir vite ça veut dire qu'on prend sa voiture

Médecin : Vous prenez votre voiture, le SAMU vient vous chercher comme vous pouvez

Participant : pour aller où

Médecin : A la Maynard. Il ne faut pas attendre, on a deux heures pour faire un soin spécifique. Vous entendez le message de l'ARS qui passe à la radio et à la TV ; il faut appeler le 15 et aller à la Meynard par tous les moyens et rapidement. Tu peux être à Ste-Anne et tu prends une voiture pour arriver vite.

Médecin : il y a l'artérite avec une crampe.

Gisèle : c'est comme une sciatique ?

Médecin : la sciatique ce n'est pas pareil. Ce que je vous dis là, ce n'est pas pour refaire de la médecine avec vous, c'est pour vous dire que c'est ça le risque. La personne ressource fondamentale c'est votre médecin traitant.

Vous pouvez aller le voir et lui dire « je boite quand je marche sur 200m », est-ce que ce n'est pas une artère qui se bouche derrière ma jambe ? Il y a un examen qui s'appelle doppler artériel, il vous le prescrit et là vous saurez si oui ou non il y a une artère bouchée.

Chantale : Et la douleur sous le pied ?

Médecin : La douleur sous le pied je ne sais pas. Il faut savoir dire je ne sais pas.

PSYCHOLOGUE : Ça peut-être aussi les douleurs neuropathiques

Chantale : Ça me réveille la nuit

Psychologue : fourmillement dans les pieds ?

Chantale : non ça fait très très mal et ça me réveille la nuit

Médecin : vous ne faites de goutte ?

Chantale : j'ai fait ça une fois

Médecin : parce que la crise de goutte fait mal à un orteil, sous le pied.

Alors nous allons voir la neuropathie dans un petit moment. Il ne faut pas qu'on se perde en chemin. On parle de l'artérite pour qu'on ne s'égaré pas ; et l'examen qui permet de faire le diagnostic c'est le doppler. Viviane : j'étais assise et quand j'ai voulu me lever je n'ai pas pu ; ON n'a mis du vinaigre et on m'a massé

Médecin : pas de sel non ?

Viviane : non du vinaigre

Médecin : parce que ça aurait fait une vinaigrette

Rire dans la salle

Médecine : On vous a massé mais ce n'est pas la crampe que vous avez quand vous restez assis pendant un bon moment et que vous vous lever. La sciatique poplitée externe est un peu coincée et quand vous vous levez vous avez un engourdissement, vous avez du mal à marcher. Ça c'est autre chose cette sensation d'engourdissement au levée. Alors on masse et après ça revient.

Là j'ai parlé d'une douleur qui intervient après 200m de marche et qui peut nous amener à nous poser la question de savoir est-ce qu'une artère est bouchée ou pas et si oui on va le voir au doppler artériel des membres inférieurs et ceci va entraîner des mesures. Il y a des fois où on peut déboucher, des fois où on ne peut pas débouche, des fois où on peut tenter c'est à dire mettre un petit tortillon dans l'artère pour le déboucher etc...

Donc c'est un diagnostic précis. D'accord ?

Il y a la crise de goutte, il y a neuropathie, il y a compression de nerfs et il y a artérite. Donc l'artérite oblitérante des membres inférieurs va se manifester à la marche prolongée avec un blocage. En fin de marche, *paff*, il y a quelque chose qui vous arrête. Pensez alors à consulter.

Comme vous n'êtes pas docteur, ma mission est de vous donner des signes d'alerte pour aller voir votre médecin. C'est comme pour la voiture quand on a un voyant rouge qui allume, on se dit je vais voir le mécanicien parce que c'est peut-être l'huile de frein, l'huile de moteur mais je ne sais pas ; alors il fait le diagnostic. D'accord ?

Alors on a vu les gros vaisseaux mais il y a aussi les petits vaisseaux qui sont à risque et ils sont spécifiques du diabète.

Quels petits vaisseaux ?

– La rétinopathie ce sont les petits vaisseaux qui sont au fond de l'œil qui vont se boucher

– La glomérulopathie parce que l'unité de base du rein s'appelle le glomérule ; c'est pour cela qu'on dit glomérulopathie. Il faut retenir que c'est la tête des vaisseaux du rein.

Même chose que pour les yeux ça se bouche et à ce moment-là comme tous les vaisseaux sont bouchés, ça amène à l'insuffisance rénale.

– La neuropathie c'est l'atteinte des nerfs. Parce qu'autour du nerf sciatique il y a de petits vaisseaux qui nourrissent les nerfs et s'ils sont bouchés le nerf meurt. D'accord ?

Voilà une maladie neurologique, mais le nerf sera malade parce que la petite artériole qui le nourrit est bouchée.

Un diabétique peut avoir la plante du pied complètement insensible. Il peut marcher sur du ciment, sur de l'herbe, ou sur du carreau c'est pareil.

L'atteinte des petits vaisseaux est directement liée à la durée du diabète et à son équilibre. C'est-à-dire que vous pouvez avoir 20 ans de diabète et si votre diabète est équilibré à 1g20, 1g40 vous n'aurez pas

ce problème d'artères bouchées. Mais si vous êtes à 3 g 4 g tout le temps, en 15 ans vous aurez ces complications.

Je ne suis pas là pour vous faire un étalage de maladies.

Le message que je vous donne c'est que je suis diabétique, si je prends mes cachets, si je fais mon régime, et que j'entre 1 g 20 et 1 g 40, mon HB1C est entre 6 et 7,5, je n'ai pas de risque sauf accident. Mais si je suis souvent à 3 g et que mon HB1C est à 10, 12, comme je vois souvent ici, alors je prends des risques énormes.

Donc le degré d'équilibre est important, il faut retenir ça.

Un traitement correctement suivi associé à des règles hygiéno-diététiques permet de prévenir l'apparition et de freiner l'évolution. C'est-à-dire que toutes ces complications peuvent être prévenues et évitées. D'accord ?

J'ai fait une petite diapo sur le pied diabétique parce que nous sommes en pays tropical, il fait chaud et on a tendance à marcher nu pied.

Evelyne : et on dit que ça fait du bien

Médecin : et on dit que ça fait du bien. Mais il faut connaître ses risques et se protéger. Nos grands-parents qui marchaient nu-pied toute la journée avec la plante du pied comme une semelle. Aujourd'hui nos pieds sont mous. Donc quand on va dans le jardin pour prendre le petit citron pour prendre le petit punch, on monte sur un piquant de citron et là on pourra raconter ça à la médecine. Et après on va dire que c'est la Meynard qui a coupé le pied. Non, ce n'est pas la Meynard, c'est nous même.

Alors on fait des imprudences et après on a des catastrophes.

Il y a l'atteinte des artères, des nerfs et il y a des champignons, parce que nous sommes en pays tropical. Les champignons dont nous parlons c'est ce qu'on appelle « l'échoffi ». Mais ça se soigne et ça guérit. Le taux d'amputation est plus élevé chez le diabétique.

Le médecin montre les photos de pieds diabétiques avec les différentes lésions.

Une photo avec un petit orteil noir, mais avec une atteinte osseuse qui va conduire à l'amputation de tout le pied. Plusieurs images effraient les participants.

Gisèle se met à pleurer à la vue d'un mal perforant plantaire.

Gisèle : vous nous faites peur encore plus.

Psychologue : très bien !

Médecin : ce n'est pas la peur

Gisèle : oui c'est la peur de l'amputation.

Médecin : c'est à dire que tu vois qu'il y a un problème au niveau de l'os.

Gisèle éclate en sanglots.

La psychologue se rapproche de Gisèle : ce qui est intéressant et ce pour quoi nous travaillons en binôme et trinôme. Qu'est-ce que vous pensez qu'une psychologue peut faire dans une consultation aussi pointue, aussi claire. Qu'est-ce qu'elle vient chercher là ?

Flora : c'est pour nous aider

Chantale : il ne faut pas que tu aies peur !

Yvonne : c'est légitime

Gisèle : le fait de nous montrer ça fait réfléchir.

Psychologue : la légitimité de l'humain c'est ça ; c'est à dire que quand il voit la prévention elle est persuadée que c'est quelque chose qui va arriver. Alors que là on est dans un processus préventif ; sé pa si couri vini (expression créole de prévention).

Flora : c'est pour ça que j'ai dit faut pas pleurer

Chantale : Moi j'ai une douleur sous le pied alors je commence déjà à m'inquiéter

Psychologue : voilà

Tous les participants réagissent et parlent en même temps

Psychologue : l'humain va réagir parce qu'il y aura des facteurs d'anxiété

Chantale : tout ce mal que j'ai sous le pied c'est ça, c'est la neuropathie

Médecin : c'est le sucre qu'il faut équilibrer. Ton HB1C est à combien ?

Chantale : c'était monté à 8 parce que j'étais allé à Pierre et Vacances pendant une semaine et j'avais bien mangé

Tout le monde : Ahhhhh voilà et rires

Chantale : de 6 c'est passé à 8 et c'est revenu à 7

Médecin : OK ! donc ça signifie qu'à un moment donné tu n'avais pas fait ce qu'il fallait et que le corps est en train de te reprendre.

Chantale : Et puis ça va vite, une semaine seulement à l'hôtel

Viviane : mais en 2 jours ça fait monter

Flora : ce que tu as

Médecin : tu as vu l'image, ça ta choquée. Ce que je veux dire on n'est pas là pour parler de choses des livres, mais ce sont des pieds de malades, des pieds de Martiniquais, des choses que je vois tous les jours. Ce qui signifie que le travail que moi je fais et que je partage avec toi, c'est que je te dis que ça peut arriver. Parce que tant qu'on ne l'a pas vu, on dit que ce n'est pas grave. On dit que le diabète ce n'est pas grave. Que bof le médecin me dit que le sucre est trop haut dans le sang. Mais là, te dire que ça peut arriver ; mais j'ai bien dit aussi que si on équilibre son diabète ça ne va pas arriver. Donc ce n'est pas obligatoire, mais c'est un risque.

J'ai vu un malade, un jour qui est venu sortait du bloc et on lui avait coupé un bout du pied. Et il me dit « on ne m'avait jamais dit que... » alors je lui dis qu'est-ce qui s'est passé, vous êtes tombé ? vous avez fait un accident ? Quelque chose est tombé sur votre pied ? Il me dit « non non je suis allé à l'enterrement mwen mété en soulier nef, y ba mwen en ploc dlo mwen pècé y épi en zéping et 3 è jou a zoteil la vini nouè épi mwen monté la meynard épi yo koupé pié mwen. Mé si yo té di mwen ça mwen pa kéké mété zédui ya ect ect) (il est allé à l'enterrement avec une chaussure neuve qui lui a donné une phlyctène qu'il a percée avec une aiguille et 3 jours après l'orteil était noir, il est allé à l'hôpital et on lui a coupé le pied. Si on le lui avait dit, il n'aurait pas percé lui-même)

Tu vois ce que je veux dire. "On ne m'avait jamais dit que j'avais un risque".

Alors si moi je viens là, on te parle nous tous nous les professionnels qui sommes là, travaillons à l'hôpital ou y avons travaillé. Ça signifie qu'il ne faut pas que ce soit nous qui sommes à l'hôpital que nous sachions des choses et que vous à l'extérieur vous ne les sachiez pas. Et puis un beau jour la chose tombe sur toi comme une pierre qui tombe sur ta tête. C'est parce qu'il y a des risques qu'on te demande d'être attentif.

Psychologue : c'est la culture du risque et de la prévention

Médecin : on vous parle de ça, mais le but ce n'est pas de vous faire peur, parce qu'il ne faut pas oublier que j'ai dit que si le diabète est équilibré on n'aura pas ces complications.

Eliard : d'accord. Moi je suis équilibrée.

Médecin : tu es équilibrée, tu n'auras pas ça. Mais ce monsieur-là que j'ai vu, les photos que je vous ai montrées, ce sont des diabétiques, ce ne sont pas des martiens. C'est des Martiniquais comme nous-mêmes, qui ont cette maladie et qui ont ces problèmes-là.

Donc si moi je laisse mon service et je viens passer une matinée avec vous ce n'est pas pour vous raconter du blablabla. Non, on parle de choses concrètes. On partage nos souffrances, on partage notre vécu. Et ceci ce n'est pas pour vous faire peur, mais c'est pour te dire que cette maladie fait ça aussi.

Evelyne : c'est parce qu'on n'a jamais connu ça.

Gisèle : ça m'a choqué parce que dernièrement j'ai eu un furoncle en dessous du bras. Je suis allée à la pharmacie et la pharmacienne m'a dit qu'il faut aller chez le médecin tout de suite. Le médecin a fait le nécessaire. Et quand j'ai vu ça, je me suis dit qu'on aurait pu couper mon bras.

Médecin : mais il faut qu'on en parle. Il ne faut pas non plus prendre le truc pour toi rien que pour toi. Ça t'a renvoyé à ça. L'idée est de bien comprendre que ça peut être grave.

Diététicienne : je voudrais ajouter que le podologue est un professionnel à consulter au moins tous les 3 mois.

Médecin : s'il y a des risques, le médecin fait la prescription et la consultation chez le podologue est prise en charge à 100 %.

Psychologue : on va ramasser tout ça.

Médecin : pour le diabétique il faut faire l'examen du fond d'œil, il faut aller voir l'ophtalmo.

Viviane : quand on a de petites décharges dans l'œil, c'est quoi ?

Médecin : Visite d'OPH et c'est lui qui va te dire ce qu'il en est.

Viviane : mais quand j'y vais, je n'ai pas la sensation.

Médecin : il faut lui expliquer et il va te dire ce qu'il en est.

La séance se termine par une collation et les discussions se poursuivent entre participants et intervenants.

3) Atelier Nutrition – Mon assiette une affaire qui roule

L'atelier débute par une diapositive représentant deux photos : la population sur une avenue de Fort de France dans les années 40 et dans les années 2000.

Nutritionniste : qu'est-ce qui a changé entre les deux ?

Participants : la circulation, la sédentarité, la population...

Nutritionniste : le mode de vie qui a changé c'est-à-dire que ce sont les mêmes personnes avec les mêmes hérédités, mais le comportement, l'environnement, l'alimentation font qu'il y a eu cette migration de profil.

Evelyne : je propose le progrès.

Nutritionniste : le progrès, effectivement la mondialisation qui donne beaucoup de facilité. Mais cette facilité n'est pas toujours favorable pour nous, si nous ne gérons pas bien. Ce n'est pas parce que nous avons beaucoup de choses qu'il faut s'y abonder.

Nutritionniste : au-dessus de la génétique, on parle de l'épigénétique. Vous avez entendu parler de ce mot ?

Participant : oui

Nutritionniste : on va en parler de plus en plus, parce que la génétique seule ne justifie pas. Avec la génétique nous avons un potentiel qui va s'exprimer en fonction de nos comportements. Celui qui fait de la musculation, c'est normal il aura des muscles. Celui qui mange et qui va dormir, il n'aura pas les bras musclés. Donc, j'ai un potentiel qui est là, mais la façon dont je vais agir, je vais orienter cet ADN pour que son potentiel s'exprime d'une manière ou d'une autre.

On parle de perturbateurs endocriniens. Ce sont des choses qui peuvent brouiller les messages. Le fait de ne pas boire de l'eau par exemple, le corps mémorise et met en place des systèmes de défense. Dernièrement j'étais au Prêcheur et je demandais pourquoi on ne trouve pas de belle goyave sur le flanc de la montagne Pelée. C'est à cause du froid de la montagne. Le goyavier ne va pas se développer correctement. Nous c'est la même chose, il y a l'hérédité, mais aussi l'environnement notre physiologie. Finalement je dis-nous sommes ce que nous avalons.

(diapo 6) Hier j'animais une émission et je disais que je ne remets pas en cause que c'est Dieu qui fait tout, mais nous sommes tous le résultat de l'interaction entre l'ADN et notre comportement. Vous avez des gros, des petits, des grands L'hérédité on ne peut pas agir dessus, mais le reste oui. On peut manger autrement. On peut penser autrement. Je dis penser autrement parce que nous avalons aussi beaucoup d'idées. Des idées qui nous polluent, des idées qui nous orientent. Il y a des choses qu'on nous dit comme vérités scientifiques, mais qui ne sont que des croyances et qui vont changer dans 10 ans.

Diapo 7 : avant on disait « précaution cé manman félicité ». C'était une manière de dire qu'il faut faire attention. La prudence est mère de sûreté. C'était pour éviter les imprudences. Effectivement, la vie avant était orchestrée par ces choses qui nous limitaient et qui nous servaient de garde-fou.

Avant la santé était un capital. Pour travailler, il fallait être en bonne santé parce que si on ne travaillait pas on n'était pas payé. On faisait tout pour rester en santé. Maintenant quand on est malade on est payé il y a les congés maladie.

Henriette : il y a l'allocation chômage.

Nutritionniste : Effectivement. Donc préserver la santé c'est quelque chose de très important.

Dans le même temps, on mange et on se soigne. Avant il ne fallait pas boire de l'eau de coco quand on avait chaud. Il ne fallait pas manger de concombre à n'importe quelle heure.

Chantale : les bananes non plus.

Nutritionniste : les bananes, etc... Parce qu'il y avait une culture de la santé. On prenait des précautions

Evelyne : mais ça continue quand même.

Nutritionniste : je vois des gens qui boivent des cocos le soir auprès de la route à n'importe quelle heure, alors qu'avant il fallait les boire quand il faisait frais. Les concombres avant étaient amers à cause d'une molécule toxique appelée cucurbitacine nocive pour le foie. Maintenant on peut manger les concombres à n'importe quelle heure, parce que l'INRA a sorti une variété qui est moins amère.

Eliard : Mon voisin m'a donné une variété qui était amère.

Nutritionniste : C'est possible parce que les abeilles peuvent venir coloniser les concombres et on peut retrouver encore cette amertume dans certains concombres. Mais ce que disaient les anciens, ce n'étaient pas des bêtises. Parce qu'à forte dose cette molécule peut détruire les cellules hépatiques. De plus le

concombre est indigeste et en fin de journée, quand l'organisme était fatigué la digestion du concombre était difficile.

Nutritionniste : je vous pose la question pourquoi vous mangez ?

Chantale : le cerveau qui demande

Nutritionniste : maman ! un cerveau qui commande. Le cerveau demande quoi alors ?

Chantale : il demande à manger

Nutritionniste : le cerveau demande à manger ! OK je prends — sourire.

Nutritionniste : pour quelle autre raison ?

Gisèle : pour avoir de l'énergie

Henriette : je pense que c'est beaucoup plus comportemental. Ce matin j'ai pris mon petit déjeuner, mais je n'avais pas faim. Donc je ne peux pas dire que j'ai eu une commande ce matin tôt.

Nutritionniste : le cerveau fait partie de soi. C'est comportemental ! Le comportemental c'est quoi ? C'est ce que j'ai mis en place comme système de vie.

Turenne : Parfois il y a des messages aussi.

Nutritionniste : il y a quoi ?

Lambert : des messages ! c'est-à-dire le ventre qui gargouille (Rires)

Nutritionniste : oui hier j'animais une formation et une personne me disait qu'il faut écouter son corps, parce que mon corps me demande. J'ai dit que le corps demande quoi ? Imaginons que j'ai mangé et que j'ai faim. J'ai mangé des dachines, du poisson, je sors de table et à 14 h je dis que j'ai faim. Le corps me demande quoi ? Un câlin ? De la nourriture à nouveau ? Ou bien j'ai une frustration que je dois combler par ailleurs ? Le corps peut aussi me demander de l'énergie ; il a peut-être assez de féculent pour donner de l'énergie, mais il lui manque la vitamine B1 et B6 pour rendre opérationnels les féculents qu'il vient de manger. Le corps me demande toujours, mais quoi ? Qu'est-ce qu'il me demande ? C'est là ma question ?

Participants : mais comment on fait pour savoir ? Rires — c'est ça qu'on attend.

Lambert : je vous signale un cas particulier, je mange sans avoir faim. Mais comme il faut manger, j'essaie de manger à des heures régulières. Mais je n'ai pas faim quand je mange.

Nutritionniste : Lambert, je vois des gens comme toi et je me dis que je leur aurais fait un stage volontairement dans les pays comme chez moi (il est de la république centrafricaine) pour prendre conscience de la faim. Quand on vit dans des conditions où vous n'êtes pas sûr d'avoir à manger ; on va manger ce qu'on trouve ; on va chercher à manger quelque chose pour calmer la faim. Il y a beaucoup de gens, qui disent « *je n'ai pas faim, je pourrai me passer de la nourriture* ». Je leur dis vous dites ça parce que vous avez un congélateur rempli avec de quoi manger. Mais si vous étiez dans un pays où on cherche à manger ; dire que je n'ai pas faim, mais je mange parce que je suis contraint, d'ailleurs on ne mange pas parce qu'on est contraint, on mange.

Parce que Dieu merci j'ai trouvé à manger aujourd'hui et on mange avec plaisir. Mais c'est une prédisposition par rapport à l'environnement.

Lambert : c'est vrai que je bois de l'eau, je prends la précaution de boire de l'eau et je me dis que cela compense.

Nutritionniste : l'eau va remplir l'estomac, mais n'apporte pas les calories et l'énergie.

Lambert : Par contre je grignote

Les participants : Ah voilà ! — c'est pour ça que tu n'as pas faim — rires — ah bon

Lambert : non ! mon grignotage c'est le soir, je peux avoir pris mon dîner et en regardant la TV, j'ai une envie de grignoter. Sans avoir faim, sans rien ressentir, je vais grignoter.

Nutritionniste : c'est le comportemental comme on disait tout à l'heure

Evelyne : moi de manger parce que comme je prends des médicaments pour le diabète, le matin je suis forcée de manger.

Nutritionniste : Donc si tu ne prenais pas de médicament, tu n'aurais pas mangé ?

Evelyne : moins ; j'allais moins manger.

Nutritionniste : tu n'as pas besoin de manger beaucoup. Tu prends ce qu'il te faut avec les médicaments.

Evelyne : oui ce matin j'ai un café et 2 biscuits.

Nutritionniste : c'est tout ce que tu as mangé ? Vous êtes tous diabétiques ici ?

Participants : oui

Nutritionniste : C'est tout ce qu'on t'a donné à manger pour un diabétique ?

Evelyne : non c'est tout ce que j'ai mangé

Chantale : non, on ne lui a pas donné, c'est elle qui a mangé que ça.

Evelyne : justement je suis là aujourd'hui pour apprendre comment m'alimenter

Gisèle : moi au paravent je ne mangeais pas du tout le matin. Je prenais mon café et puis c'était bon ; et depuis qu'on m'a appris que j'ai le diabète, je mange le matin.

Nutritionniste : je suis content d'entendre tout cela, parce qu'on va en parler. Sauter un petit-déjeuner ou pas, quel impact pour votre santé ; on parle de fasting, jeune intermittent ; j'espère que j'aurai le temps de finir parce qu'il y a beaucoup de choses à dire.

Diapo 11 Nutritionniste : j'ai résumé avec mon expérience et j'ai fait les 4 piliers qui nous poussent à manger le plus souvent. Les quatre piliers sont :

- 1) il y a plaisir de manger : j'aime, je mange, je n'aime pas, je ne mange pas. Je n'aime pas le gombo, même si je suis constipé, je n'aime pas le gombo, vous n'allez pas me faire manger du gombo puisque je n'aime pas. Le plaisir de manger il ne faut pas le supprimer, mais il est présent. C'est parfois le seul qu'utilisent beaucoup de personnes. Les enfants surtout, mais pas seulement. J'aime, je mange et je n'aime pas, je ne mange pas.
- 2) le pilier socioculturel. On est à la Martinique, on vit d'une certaine manière, même si la culture a bougé. Il y a une évolution avec la mondialisation qui fait que la culture n'est pas toujours traditionnelle. Mais quand on supprime la partie culturelle, c'est une frustration qui reste.

3) Il y a le côté physiologique : c'est à dire que je mange pour me soigner, pour me nourrir, pour amener les nutriments dont le corps a besoin. Ça aussi se retrouve dans mon assiette.

4) l'aspect psychologique c'est au-delà du plaisir. C'est à dire qu'il y a des gens qui ont presque une addiction. C'est à dire quand ils ne sont pas bien un bout de chocolat peut leur faire du bien. Ce n'est pas seulement le plaisir au goût mais ce côté rassurant. Ce côté réconfortant qui au-delà du plaisir va me faire du bien. Quand vous êtes devant une assiette posez-vous la question, qu'est-ce qui domine dans ce que vous allez manger.

Viviane : la faim !

Nutritionniste : la faim ! tu manges à chaque fois que tu as faim ?

Viviane : quand j'ai faim, je vais manger

Nutritionniste : donc tu attends d'avoir faim pour manger ?

Viviane : oui — sinon c'est la gourmandise

Nutritionniste : pas forcément, ça peut être de la discipline ; je me lève, je mange, à midi je mange, donc ça devient une routine. Alors ce n'est pas forcément la faim.

Nutritionniste : Je fais une parenthèse sur le plaisir. Parce que le plaisir au niveau du goût, il y a plusieurs choses qui peuvent justifier le goût. Il y a le message de l'odorat, dès qu'on rentre dans la maison on regarde ce que maman a fait

Henriette : déjà dans la rue on prend l'odeur !

Nutritionniste ; c'est ce que je disais ; à la cantine avant les enfants prenaient l'odeur du repas, ils savent déjà ce qu'ils vont manger. Maintenant avec la liaison froide il n'y a aucune odeur. Les barquettes sont fermées. On a enlevé le côté odorat.

Gisèle : oui je me rappelle de l'odeur des lentilles et de la morue à la cantine.

Nutritionniste : il y a le message de l'ouïe ; une feuille de laitue, le bruit que ça fait quand ça craque, ou les biscuits qui craquent. Il y a le côté vue bien sûr, la présentation de l'assiette.

Nutritionniste : il y a aussi le message du toucher ; si c'est moelleux ou pas, si c'est gluant des fois les gens n'aiment pas ce qui est gluant.

Il y a aussi le côté gustatif c'est-à-dire au niveau du palais, on prend le goût, sucré ou pas épicé ou pas ; tous ces éléments contribuent au plaisir. J'ajoute la mémoire des sensations. Parce que quand j'ai mangé et que ça m'a fait du bien. Ex : si j'étais en voyage de noces même si le riz était mal cuit, le tinain raide comme je ne sais pas quoi, j'en garde un bon souvenir et c'était bon.

Participants : rires

Nutritionniste : j'ajoute ce que j'appelle l'attendu intellectuel

Par exemple une dame me disait, « je n'aime pas l'huile d'olive », mais puisqu'on lui a dit que ça soigne pour de bon, elle a bu et elle a fini par l'adopter. C'est-à-dire la projection que je fais par rapport à ce

que j'attends de ce que je vais manger. Ici on disait qu'il fallait faire le calalou ou manger des herbes amères, parce que ça soigne ; ce n'est pas forcément bon au goût, mais on espère de ce produit quelque chose de meilleur, donc on va aimer parce qu'on attend de lui un résultat supérieur. Donc il y a tout ça réunit dans le sens du plaisir. Plaisir à trouver quelque chose dont j'attends du bien. Mystique ou pas. Ici on mange beaucoup de yaourts, je ne sais pas ce qu'on attend des yaourts. Il y a des produits qui ont des réputations et qu'on va manger avec plaisir, même s'ils n'ont pas bon goût.

Diapo 11 **Nutritionniste** : je reviens à mon tableau des 4 piliers
Je vous demanderai chacun de jauger votre assiette en la faveur des piliers que j'ai cité.
Sur la diapo il y a 4 assiettes

- Tinian + morue avocat
- lentilles + poisson frit
- dessert avec gaufre et crème chantilly
- côte de bœuf grillée + frites + salade de tomate)

Nutritionniste : donnez une note de 0 à 5 pour le plaisir, pour le côté culturel, une note pour le côté physiologique et une note pour le côté psychologique et après on va donner une note.

Il y a un client qui me disait : tous les dimanches je pense à vous avec votre tableau" mais c'est bon et je mange quand même. Je lui dis c'est bien déjà d'avoir conscience qu'il y a ces critères pour jauger votre assiette. Si vous m'en avez parlé, c'est parce que vous savez qu'il y a les 4 piliers. Même si vous n'en tenez pas compte tout le temps ça a marqué votre esprit.

Diapo 12 **Nutritionniste** : souvent je vais dessiner le diagramme de satisfaction. Ce que je constate c'est que l'assiette penche le plus souvent vers le côté plaisir. Il y a de ceux qui disent je suis malade, le plaisir on s'en fous, je vais d'abord manger pour mon problème. Ce n'est pas bon non plus. Si vous quittez la table et que votre assiette est équilibrée, vous avez mangé avec plaisir. Vous êtes conscient que vous vous êtes fait du bien. Cela vous rassure, vous n'allez pas grignoter, parce que vous êtes déjà rassasié. L'idéal c'est de trouver une association qui me permet de manger avec plaisir en me soignant en même temps. Si j'arrive à cela c'est gagné. Que ce soit pour maigrir, pour diabète, pour HTA, si j'arrive à trouver **cet équilibre où je me fais plaisir et je me soigne en même temps c'est gagné.**

Souvent les dames viennent me voir et me disent « vous n'avez pas la liste des aliments interdits ? Je leur dis non il n'y en a pas. Il n'y a pas d'aliment interdit ; ce sont des combinaisons que l'ont fait bien ou pas. Il y a mes amis et il y a mes ennemis. Il vaut mieux avoir beaucoup plus d'amis autour de moi. En fonction de ça, on pourrait s'amuser à juger les assiettes. Plusieurs assiettes sont projetées à l'écran et les participants donnent leur avis

Assiette n° 1 : Fruit à pain + patate douce + giraumon + concombre + tomates cerises + avocat + morue.

Viviane : elle n'est pas équilibrée

Nutritionniste : pourquoi ?

Gisèle : elle est équilibrée puisqu'il y a les concombres

Viviane : mais il y a très peu de fibre dans les concombres

Gisèle : mais l'avocat est bon aussi

Viviane : oui il y a l'avocat, mais on parle de fibre

Nutritionniste : je suis d'accord on pourrait en mettre plus

Viviane : on pourrait mettre des épinards

Nutritionniste : c'est bien c'est ça le côté critique. Qui dit mieux ?

Guy : il y a trop de féculent

Viviane : Mais non c'est bon

Gisèle : il y a la patate douce et le fruit à pain

Viviane : ah oui il y a la patate douce, il ne faut pas mélanger deux féculents, exact

Nutritionniste : tout dépend du rapport ; imaginons que j'ai doit à 150 g de féculent, si je prends 70 g de ceci et 80 g de cela où est le problème ?

Yvonne : Ah c'est une question de poids, ce n'est pas une question de quantité ?

Nutritionniste : c'est une question de quantité aussi.

Viviane : non parce que ça fait comme une explosion quand on met deux féculents en même temps. C'est-à-dire si on fait lentilles et riz on dit que...

Nutritionniste : je dis si je suis sage et que je fais une portion avec les deux... parce que souvent on met bidimm (expression créole qui veut dire grosse quantité) dachine et on arrose avec des lentilles. sé pa minm bagay là (ce n'est pas la même chose)

Si je prends moitié/moitié j'ai une portion avec les deux. Il y a tellement de théories il y a de quoi devenir dekdek (fou)

Gisèle : est-ce que la morue elle est bouillie ou frite

Nutritionniste : C'est à dire elle a été bouillie et passée à l'huile, pas frite vraiment

Gisèle : c'est appétissant.

2ème assiette diapo 14 : tomate +frites+ carottes et choux crus râpés + steak et vinaigrette

Viviane : c'est équilibré

Gisèle : c'est équilibré pour moi, parce que c'est ce que j'ai mangé hier à midi

Evelyne : c'est autorisé les frites ?

Viviane : ce n'est pas question d'autorisé c'est la quantité

Nutritionniste : c'est ce que je disais tout à l'heure. Imaginons que je prenne une « bidim » assiette de salade et que je mette quelques frites à côté pour le plaisir de manger des frites, ce n'est pas la même chose si je prends beaucoup de frites et que je mets très peu de salade à côté.

Participants : tous font des commentaires

Gisèle : j'ai mangé ça parce que j'avais envie de manger ça et j'ai mangé avec plaisir.

Viviane : et quand on mange avec plaisir, on digère mieux

Gisèle : eh bien oui ça c'est vrai.

Nutritionniste : et si je vous demande votre avis sur celle-ci

Assiette n° 3 diapos

Participants : trop riche

Nutritionniste : pour les gens qui me disent qu'ils mangent de tout je fais de la provocation et je leur présente ceci : *une assiette d'insectes* diapo 16

Participants : oooh, breee dégoûtant

Nutritionniste : évidemment ! ce n'est pas dans votre culture. Alors qu'actuellement on dit aux gens qu'on va manger des insectes. Chez moi on en mange.

Gisèle : si on n'a rien d'autre à manger peut-être qu'on va en manger

Eliard : j'ai vu mon petit-fils en manger avec un plaisir, parce que son père lui en a acheté, je me suis dit, mais ce n'est pas possible.

Nutritionniste : parce qu'il n'est pas assez impacté culturellement dans la tête

Diapo 17 : des langoustes en train de griller

Nutritionniste : Ça, c'est culturel. Ici dès qu'on voit de la langouste c'est signe de faim.

Vous voyez en faisant ce tour d'horizon rapide je vais redire que qu'il y a l'aspect plaisir, mais aussi l'aspect culturel. Il y a aussi le côté physiologique et le côté psychologique qui nous guide dans nos choix de composition de nos assiettes. Si je suis en paix avec moi je suis en équilibre avec tous ces aspects-là.

Quand je suis en équilibre, je quitte la table, je n'ai pas de frustration, je n'ai pas peur, je ne suis pas inquiet.

Diapo 18 : Je résume tout ceci par « **je mange, je me fais plaisir, je me soigne** »

Si j'arrive à répondre à ça à chaque fois que je mange c'est bien. Ce n'est pas compliqué, on le verra.

Nutritionniste : Après cette première partie, est-ce que ça vous semble compliqué de manger, vous faire plaisir et vous soigner ?

Evelyne : J'arrive à suivre

Eliard : le tout c'est de trouver ce qu'il faut au moment voulu.

Nutritionniste : au moment voulu ?

Viviane : Oui j'ai dit je mange quand j'ai faim, je vais au frigo, je regarde ce qu'il y a et je fais

Gisèle : moi j'ouvre le frigo et je le referme.

Nutritionniste : parce que ce que tu veux manger n'est pas dedans. En parlant de plaisir il y a une partie que je développe de plus en plus c'est le pont de singe.

Diapo 19 : imaginons qu'il y a un village traversé par une rivière et qu'il y a comme pont sur la rivière juste un tronc de cocotier.

En passant dessus vous êtes obligé d'avoir l'équilibre : c'est-à-dire quand on emmène les choses au minimum, on est obligé de se renforcer pour pouvoir vivre avec. Imaginons le jour où on enlève ce pont précaire et qu'on mette un pont beaucoup plus large, vous verrez bien que le corps ne sera plus aussi alerte. On n'est plus aussi attentif, on se lâche puisque qu'on n'a plus à faire attention.

C'est valable aussi pour le relationnel entre les personnes. Si je suis tout le temps en train de chercher la compagnie, la frustration est au rendez-vous.

Diapo 20 : un pompier dans des flammes et un toréador : les imprudences, les risques.

Quand vous voyez ces images, qu'est-ce qu'elles vous évoquent ?

Participants : dangers, risques

Nutritionniste : moi j'aurais dit les imprudences. Évidemment ils sont conscients de ce qu'ils font.

Viviane : eux, ils sont initiés. Ils ne sont pas dans l'imprudence.

Nutritionniste : ils savent qu'ils prennent des risques.

Viviane : ils prennent des risques.

Nutritionniste : avant, on parlait d'imprudence. Quels sont les facteurs de risques autour de nous ?

Qu'est-ce que vous avez identifié dans la modernité ou dans le temps passé que l'on pourrait noter comme imprudence ?

Yvonne : le pain

Viviane : les restaurants qui proposent des menus alléchants.

Participants : le feu — la sédentarité — l'alcool — la convivialité

Nutritionniste : la convivialité c'est une imprudence ?

Viviane : oui parce que quand on est nombreux on se laisse aller, on ne pense pas à l'équilibre de l'assiette.

Nutritionniste : c'est vrai ! c'est aussi un facteur de prise de poids où on lâche prise. On lâche tellement prise qu'on lâche tout. Souvent on fait de choses qui sont dans les facteurs de risques et on se dit qu'est ce qui m'arrive. Mais on n'en est pas toujours conscient.

Quelques facteurs de risque en ce qui concerne le diabète ?

diapo 22 on parle d'antécédents familiaux évidemment s'il y a un côté héréditaire – le surpoids - l'alimentation - l'inactivité physique —

Chantale : quand vous dites antécédents familiaux c'est toute la famille ou... ?

Nutritionniste : il y a des familles qui ont des prédispositions

Chantale : parce que dans ma famille il y a tante, tonton, nièce....

Nutritionniste : alors il y a deux choses ; il peut avoir les prédispositions, mais puisqu'on a parlé de la convivialité ; parfois on transmet dans la famille une façon de manger ; on dit dimanche *Kay maman* ah c'est bon.

Qu'est-ce que c'est que le bon mangé pour nous ? C'est-à-dire à partir de quoi on estime qu'on a un bon mangé ? Donc ces habitudes qui se transmettent ajoutées à la génétique peuvent faire que toute la famille a la même culture de manger.

Je n'insiste pas, les diététiciennes vont vous en parler. Je vous en ai cité juste quelques-uns.

Diapo 23 qu'est-ce que c'est pour vous l'appartenance ethnique ?

Participant : c'est l'hérédité ? — la façon de faire les Indiens mangent d'une certaine façon, les Arabes autrement.

Nutritionniste : oui l'ethnie c'est quoi ?

Participants : le peuple

Nutritionniste : oui les gens qui sont dans une certaine configuration spatiale et qui ont certaines habitudes. Vous pensez que ça joue sur la maladie ? par exemple le diabète ?

Nutritionniste :

Yvonne : la manière de faire mijoter la viande, de faire les courts-bouillons.

Viviane : au Maghreb les desserts sucrés, 5 desserts plus sucrés les uns que les autres. Et il n'a y presque pas de fruit.

Gisèle : quelqu'un qui mange une banane dessert comme ça le matin qu'est-ce que ça fait ?

Nutritionniste : et alors ?

Gisèle : je pose la question si c'est bon ou pas ?

Eliard : quand on mange la banane plantin verte est-ce que ça apporte beaucoup de sucre ? plus que les tinain ou plus que la banane elle-même jaune ?

Nutritionniste : la banane créole plantin verte a plus de sucre que le tinain. La banane plantin verte va devenir plus sucrée au fur et à mesure qu'elle mûrit. Parce que l'amidon se transforme en sucre, si vous continuez vous aurez un sirop à la fin. Le côté sucrant va augmenter parce que l'amidon se transforme en glucose qui est beaucoup plus impactant pour la glycémie. Le taux de sucre va diminuer mais l'index glycémique va augmenter parce que la banane sera plus sucrée et va impacter la glycémie.

Viviane : c'est le même problème avec la banane dessert ?

Nutritionniste : c'est pour ça que les diététiciennes disent qu'il faut manger la banane dessert à peine mûre mais comment on fait pour manger ça c'est acide

Chantale : mais finalement on a droit à la banane jaune

Nutritionniste : on a droit, ça dépend à quelle condition. On verra tout ça tout à l'heure.

Nutritionniste : une chose que je dois dire : je fais de la provocation. Le sucre protège la graisse, ça vous parle ?

Chantale : comment ?

Viviane : si on ne fait pas d'activité

Yvonne : si on veut dégraisser

Nutritionniste : ce que je veux dire, quand on mange, l'alimentation va me donner du sucre et de la graisse (je prends ces 2 éléments mais il y a les protéines, vitamines, oligo-éléments). Pour fournir de l'énergie, le corps va d'abord utiliser le sucre et quand il n'y a plus de sucre, le corps bascule sur la graisse (comme les moteurs hybrides). Mais temps qu'il y a du sucre dans le sang, la graisse n'est pas utilisée. En cas de manque de sucre, la graisse se transforme en sucre pour être consommé. Tant que si j'ai faim j'amène un petit biscuit, j'amène quelque chose pour m'alimenter en sucre, la graisse est protégée.

Viviane : oui mais quand on est en hypoglycémie on dit de prendre du sucre

Nutritionniste : je ne parle pas d'état d'urgence. Si je suis en hypoglycémie c'est que je n'ai pas mangé correctement.

Il faut avoir ce mécanisme en tête. Si je veux que mon corps utilise la graisse, il ne me faut pas avoir trop de sucre, même le sucre lent qui se déverse en petite quantité à la fois, si je ne suis pas en capacité de tout utiliser.

Si on vous dit dans le cadre du diabète il faut perdre de la graisse, on peut prendre du sucre lent qui va modérer la glycémie. A quoi sert l'insuline en fait ?

Participants : à empêcher le sucre d'être stocker

Nutritionniste : à empêcher le sucre d'être stocker. Comment l'insuline empêche le sucre d'être stocker?

Participant : transporter le sucre dans le sang - réguler

Nutritionniste : réguler le taux de sucre ?

Participant : baisser le taux de sucre dans le sang — transforme le sucre pour être utilisé par les cellules

Nutritionniste : je me disais bien qu'il y avait des embrouilles dessus.

Diapo 30 : L'insuline peut transformer le sucre en glycogène dans le muscle ou en graisse. C'est-à-dire qu'il va faire entrer au niveau des muscles et au niveau des cellules hépatiques. Soit le sucre est consommé par l'activité physique, soit il est transformé en graisse.

Chantale : Et quelqu'un qui prend de l'insuline tous les jours ?

Nutritionniste : c'est parce que le médecin lui a prescrit de l'insuline tous les jours, parce qu'il n'en produit pas lui-même !

Chantale : Ah d'accord.

Nutritionniste : s'il n'est pas capable d'en produire lui-même, on va l'aider avec l'insuline. Donc l'insuline n'est pas un régulateur, parce que c'est une hormone hypoglycémisante. Elle fait baisser le taux de sucre dans le sang c'est tout ce qu'elle sait faire. Un régulateur fait baisser et monter en même temps. L'insuline fait baisser le taux de sucre uniquement. D'autres hormones comme l'adrénaline, le glucagon et l'alimentation vont faire monter le taux de sucre.

Donc le jeu des deux va faire qu'il y a une régulation de notre glycémie. Mais l'insuline n'est pas un régulateur à elle seule. OK ?

Les personnes qui ne mangent pas et qui prennent de l'insuline, ça ne régule pas, elles vont tomber en hypoglycémie. Je sais qu'il y a des gens qui vont à la messe et qui disent pour ne pas mélanger l'hostie avec la nourriture ne mange pas et elles tombent en hypoglycémie en pleine messe.

4) Atelier Alimentation : ma culture, mon assiette et moi

Intervenants : Diététicienne – Psychologue – chercheur (coordonnateur)

Discussion entre les participants

Participants : *Vous allez nous manquer - Il n'y aura pas de prolongation?*

Moi : on va y réfléchir mais avec vous. C'est vous qui allez de nous dire ce que vous souhaitez lors de l'évaluation

Psychologue : Maintenant on va construire le futur et je suis sûre que Viviane nous dira plein de choses

Viviane : ce que j'ai retenu c'est l'émotion qui tient la nutrition

La Psychologue et Diététicienne se tiennent par la main

Psychologue : il y a un message qui vient de tomber, reprend Viviane

Viviane : c'est l'émotion qui soutient la nutrition

Les participants : on note ça — ils reprennent ensemble : **c'est l'émotion qui soutient la nutrition**

Evelyne : **en tout cas merci de rappeler ça.**

Psychologue : c'est super et on va le vivre ce matin, ce sera le titre de notre atelier.

Diététicienne : alors la semaine dernière vous vous souvenez de ce vous avez vu avec ma collègue

Viviane : oui le taux de sucre dans les aliments olalala

Diététicienne : il y a des aliments qui ont du sucre

Chantale : caché

Diététicienne : oui caché parce qu'on ne l'imagine pas forcément, parce qu'ils n'ont pas le goût sucré en bouche.

Je vous propose de faire un petit rappel de ce qu'on a vu la semaine dernière et peut-être apprendre encore autre chose.

Je vais vous projeter des images d'aliments et on va voir les aliments riches en glucides et ceux qui sont pauvres en glucides. Pour le moment il n'y a pas grand-chose à noter nous allons plutôt interagir.

Alors c'est un peu en vrac il y a plusieurs familles d'aliments

Gisèle : ça, ce n'est pas bon, (en parlant de certains fruits)

Viviane : il n'y a pas de bon et de pas bon

Psychologue : vous allez vous faire une colonne et noter définitivement ce que je ne dis plus. Vous notez « je ne dis plus »

Diététicienne : il n'y a pas de bon et de mauvais aliments. Il n'y a pas d'aliment plus sain que d'autres. Enfin ! ces termes-là sont un peu trop négatifs et peuvent amener à la restriction.

Roger : à la frustration

La Psychologue fait deux colonnes sur la paper board (glucidique et peu glucidique) et note en fonction des réponses des participants.

Viviane : la pomme de terre

Diététicienne : la pomme de terre selon vous aliment glucidique, très glucidique, non glucidique ?

Chantale et d'autres : ah oui très glucidique

Evelyne : Le pain aie aie aie très glucidique

Les participants : céréales, les pâtes

Diététicienne : on va récapituler et noter : glucidique on a dit pomme de terre, pâte, pain, pain au chocolat, chocolat, maïs, banane, miel, confiture, bonbons, glace, yaourt sucré, mangue

Diététicienne : est-ce qu'on peut dire que tous ces fruits-là sont riches en sucre ?

Participants : plus ou moins — non

Diététicienne : quels fruits vous direz sont pauvres en glucides ?

Chantale : la pomme

Roger : la poire

Diététicienne : citez que les fruits qui sont présents

Participants : le citron, la fraise

Chantale : le citron c'est un fruit ?

Diététicienne : oui c'est un fruit, mais la quantité de sucre est négligeable. Si vous citronnez votre eau, il n'y aura pas d'impact significatif sur la glycémie. Ça peut-être une alternative au jus. Je voulais apporter cette petite précision sur le citron. Mais sinon tous les fruits qui sont là vous êtes d'accord que ce sont des aliments riches en...

Participants : sucre

Viviane : la fraise est riche en sucre ?

Diététicienne : la fraise est beaucoup moins sucrée que les autres fruits rouges, mais ça reste quand même avec un apport en sucre. Alors c'est la quantité ; on pourra manger plus de fraise en comparaison à la banane. Par exemple la barquette de 250 g ça vaudra autant qu'une banane par exemple. En volume on peut en prendre plus.

Roger : qu'en est-il de la pastèque ?

Gisèle : le chocolat

Diététicienne : la pastèque c'est un fruit qui relativement fait partie des fruits moins sucrés en comparaison avec la banane ou la mangue.

Gisèle : la banane, elle est très sucrée.

Diététicienne : c'est un fruit qui fait partie des plus sucrés avec le raisin aussi.

Gisèle : ah bon !

Viviane : ah oui, le raisin est très sucré.

Diététicienne : on a aussi chez nous le fruit du jacquier, le jack qui est sucré. Il y a aussi la pomme cannelle.

Viviane : sucré, mais il n'y en a pas beaucoup dedans

Diététicienne : voilà !

Viviane : on peut manger

Psychologue : on peut rester toute la matinée à dire le jacquier, la quenette, le machin, le ceci et puis du coup on repart et puis on fait comme d'habitude.

On va mettre de l'ordre dans le désordre

Diététicienne : la maintenant parmi les aliments qui sont ici, qu'est-ce qui est pauvre en glucides ?
(*Montre une autre diapositive*)

Participants : le chou, l'artichaut, l'eau, l'aubergine, les champignons...

Diététicienne : oui ! est-ce que les carottes

Participants : c'est sucré,

Viviane : c'est plus sucré quand c'est cuit

Diététicienne : Ça veut dire qu'on pourrait considérer que c'est aussi sucré qu'un fruit ?

Participants : oui - non - peut-être pas — je ne sais pas

Diététicienne : petite précision par rapport à la carotte. C'est un légume qui est un peu plus sucré que le concombre, mais on le met parmi les aliments pauvres en glucides. Le giraumon aussi est pauvre en glucides. Mais sachez que les aliments même pauvres en glucides il n'y a pas zéro glucide. Les légumes verts ont 5 g de glucide pour 100 G.

Psychologue : où met-on les petits pois ?

Participants : glucides

Diététicienne : on est d'accord. Les petits pois on les place dans les féculents. C'est difficile de classer ces aliments comme le maïs, la pomme de terre, parce qu'ils sont à mi-chemin. Ils ne sont pas très riches comme les pâtes, comme nos légumes pays, mais ils sont quand même des féculents

participants : mais ils apportent des fibres.

Diététicienne : exactement. Et le fromage ? On le met dans quoi ?

Participants : dans les graisses — entre les deux parce qu'il y a le lactose

Diététicienne : Donc si vous mangez du fromage en dehors du repas, il n'y aura pas d'impact sur la glycémie. Ça peut vous donner des idées sur ce que vous pouvez manger en dehors des repas.

Viviane : le fromage frais ou le fromage fermenté ? Parce qu'ils disent qu'il ne faut pas manger tel fromage, du gruyère par exemple.

Diététicienne : tous les fromages

Psychologue : attention on est en train de casser les croyances ... Vous avez une diététicienne devant vous ce n'est pas 'on" ; si c'est un médecin, un nutritionniste, c'est la TV, la radio, c'est qui?

Diététicienne : on y reviendra, mais on peut retenir que ce que j'ai dit, c'est que si vous avez un petit creux et que vous prenez du fromage entre les repas, ça n'aura pas d'impact sur la glycémie.

Viviane : il n'y a pas de lactose dans le fromage frais alors ?

Diététicienne : mais non, c'est négligeable.

Reprise sur les aliments non glucidiques à partir d'une diapositive

Participants : le steak, le poisson, le poulet...

Diététicienne : donc on peut conclure que la viande, le poisson, les œufs, les fruits de mer sont pauvres en sucre.

Viviane : toutes les protéines

Diététicienne : oui, les protéines d'origine animale. Parce que les protéines d'origine végétale comme les légumes secs, il y a les protéines, mais il y a aussi du sucre.

Henriette : le soja aussi.

Diététicienne : le soja aussi est pauvre en glucides

Participant : il y a un oignon. On dit que c'est bon pour les diabétiques.

Diététicienne : pourquoi on dit ça, parce que l'oignon est pauvre en glucides ?

Evelyne : on n'a pas parlé de l'avocat.

Diététicienne : oui l'avocat selon vous ?

Participants : dans l'avocat il y a de l'huile, de la bonne huile.

Diététicienne : avocat à classer dans non glucidique. Le terme « non » c'est pour trancher, mais c'est plutôt « pauvre », mais il y en a encore.

Diététicienne : et pour parler des légumes de chez nous ; la christophine ?

Eliard : c'est pauvre par rapport à l'index glycémique

Psychologue : je suis là pour le recadrage ; je pense qu'effectivement il y a un grand mot qui vient de tomber et là on attendait précisément que le mot tombe

Eliard : parce qu'en j'en mange ça monte.

Participants : chacun donne son avis

Eliard : moi je parle pour moi.

Diététicienne : effectivement la christophine en la classe dans les aliments pauvres en glucides. Maintenant Eliard a apporté la notion d'index glycémique ; on va approfondir ce que c'est que l'index glycémique, mais d'abord on finit la classification pour savoir quoi faire en dehors des repas.

Diététicienne : j'ai ajouté une image, comment s'appelle cette famille ?

Participants : légumes secs - cacahouette - non - oléagineux

Diététicienne : oui, les oléagineux. Ils sont riches ou pauvres en glucides ?

Participants : oui il y a du sucre — pauvre en glucide — des graisses

Diététicienne : très bien Eliard ce sont des aliments qui sont source de bonnes graisses, cardioprotectrices, mais qui sont pauvres en glucides. Donc, ils peuvent être utilisés pour les collations. D'ailleurs, ils font partie des recommandations ; manger une poignée de noix ou d'amandes par jour pour protéger notre système cardio-vasculaire.

Les participants discutent sur la quantité

Chantale : Il faut savoir s'arrêter à une poignée.

Diététicienne : j'ai bien dit une poignée.

Psychologue : Alors qu'est-ce que ça vous rappelle ? Alors qu'est-ce que vous avez compris dans le cercle vicieux ?

Participants : Il est préférable de manger carrément, mais pas grignoter — cela participe au changement de comportement.

Psychologue : voilà ! être dans le changement c'est ça. Parce que si je répète quelque chose en connaissance de cause, cela s'appelle comment ?

Participant : la répétition

Psychologue : et tu vas comprendre pourquoi la nutrition a besoin de l'émotion, parce que tu ne vas plus le faire avec plaisir. On avait parlé du deal. On fait la chose en cachette. Quand tu dis, il faut savoir

s'arrêter ; tu es en train de dire **je ne sais pas m'arrêter**. Donc tu en prends la responsabilité. Tu comprends ? Ce n'est pas à vous que je parle c'est à une partie de votre cerveau. Je vais vous expliquer. Qui t'a dit que tu ne vas pas t'arrêter. Ce que je suis en train d'expliquer c'est pour prendre du recul.

Evelyne : c'est possible il suffit de vouloir.

Psychologue : *manman Evelyne ka ba nou en lison* (Evelyne nous donne une leçon). Ce n'est pas une question de volonté. Comme tout ceci est mélangé. Je suis en train de mettre de l'ordre.

Diététicienne : on a compris pour les oléagineux ?

Diététicienne : Et les boissons light ?

Participants : c'est du sucre caché — je dis que c'est du faux sucre — mais le cerveau ne reconnaît pas le faux du vrai — ça fait augmenter la glycémie — tu bois ça le soir et ça ne fait pas monter la glycémie

Diététicienne : exactement ; je ne dis pas ça pour vous encourager dans cette consommation, parce que ce sont des sucres chimiques qui ont été synthétisés, et à l'heure actuelle les études montrent qu'il peut y avoir des impacts sur la santé. Des études ont montré que le cerveau a compris qu'il y a un goût sucré, mais il n'y a pas les calories associées. Le cerveau ne fait pas la différence entre les édulcorants, par contre il n'y a pas d'impact sur la glycémie.

Participants : discutent à ce sujet ;

Diététicienne : alors et l'eau de coco ?

Participants : sucré

Diététicienne : oui ! on est d'accord

Participants : le gout n'est pas sucré, mais il y a du sucre.

Diététicienne : Il faut savoir que l'eau de coco est sucrée et qu'il y a un impact sur la glycémie. Cet aliment on va le consommer au moment du repas, mais pas en dehors comme si c'était de l'eau normale. Vous allez adapter puisque vous le savez maintenant.

Chantale : et si je prends l'eau de coco et que je ne prends pas de fruit ?

Diététicienne ; très bien ! Justement un grand verre d'eau de coco peut remplacer un fruit.

La discussion se poursuit sur les fruits et légumes locaux avant de clôturer la séance.

Annexe 22- d'évaluation du module d'expérimentation d'ETP pour DT2

1) - Grille d'évaluation

Intervenants : Psychologue – Diététiciennes – Nutritionniste – Educateur sportif – Pharmacien – Médecin diabétologue - Infirmière

Participants : 10 → 7 femmes et 3 hommes **Moyenne d'âge :** 60ans

Consigne : Nous arrivons au terme de cette formation et souhaitons avoir votre avis de façon à nous améliorer et répondre au plus près des attentes et besoins des prochains participants.

Nous vous invitons à cocher les cases ci-dessous en fonction de votre degré de satisfaction:

1
2
3
4
Pas du tout **Partiellement** **En grande partie** **Totalement**

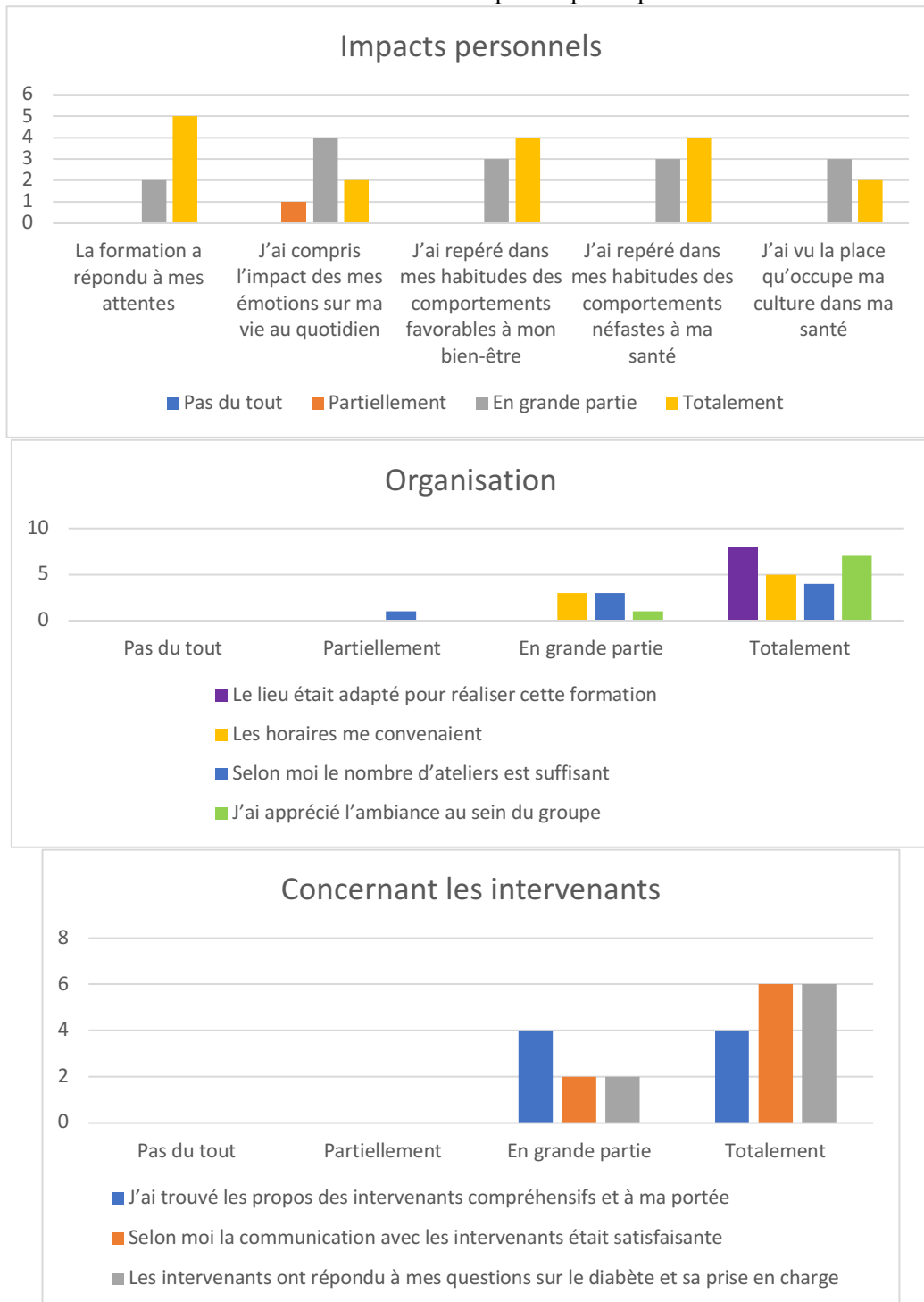
A propos de vous		1	2	3	4
1	La formation a répondu à mes attentes				
2	J'ai compris l'impact de mes émotions sur ma vie au quotidien				
3	J'ai repéré dans mes habitudes des comportements favorables à mon bien-être				
4	J'ai repéré dans mes habitudes des comportements néfastes à ma santé				
5	J'ai vu la place qu'occupe ma culture dans ma santé				
A propos du diabète		1	2	3	4
6	J'ai acquis de nouvelles connaissances sur le diabète				
7	Je peux expliquer le fonctionnement du pancréas et de l'insuline				
8	J'ai compris le rôle du sucre dans l'organisme				
9	Je suis en mesure de reconnaître les signes d'une hypoglycémie				
10	Je suis en mesure de reconnaître les signes d'une hyperglycémie				
11	Je peux expliquer ce qu'est l'hémoglobine glyquée				
12	Je connais les 7 groupes alimentaires				
12 bis	J'ai compris l'importance d'équilibrer mon alimentation : <i>je mange, je me soigne et je me fais plaisir</i>				
13	J'ai pris conscience de l'importance de l'activité physique dans la gestion du diabète				
14	J'ai compris l'importance de la prise régulière du traitement pour le diabète				
15	Je sais qu'en cas d'alimentation non équilibrée, de manque d'activité physique et de non suivi du traitement, le diabète peut avoir des complications qui peuvent être très graves				
16	Je peux citer les organes concernés par les complications du diabète				
A propos des intervenants		1	2	3	4
17	J'ai trouvé les propos des intervenants compréhensifs et à ma portée				
18	Selon moi la communication avec les intervenants était satisfaisante				
19	Les intervenants ont répondu à mes questions sur le diabète et sa prise en charge				
A propos de l'organisation de la formation		1	2	3	4
20	Le lieu était adapté pour réaliser cette formation				
21	Les horaires me convenaient				
22	Selon moi le nombre d'ateliers est suffisant				
23	J'ai apprécié l'ambiance au sein du groupe				

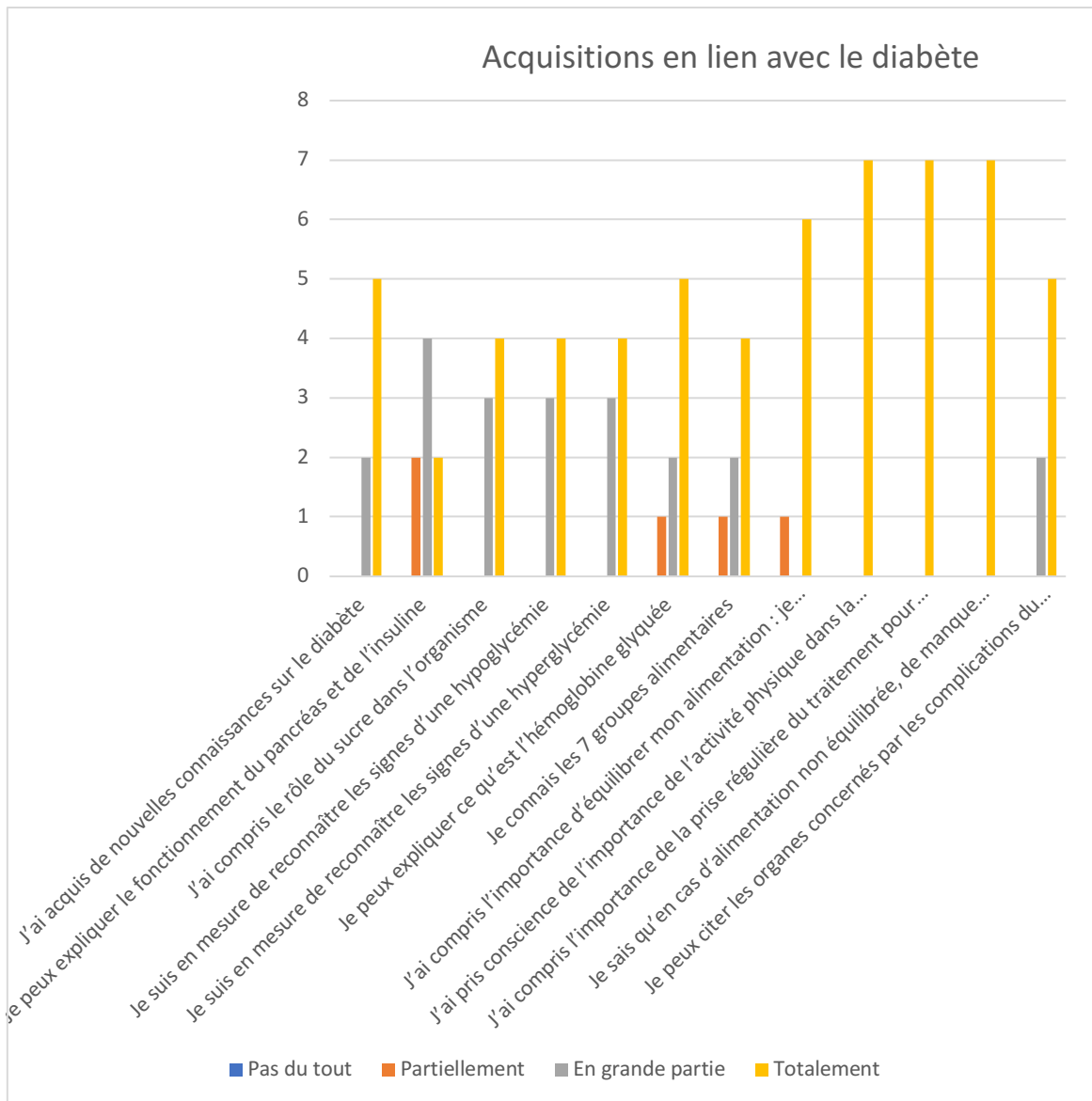
24	Qu'avez-vous le plus apprécié lors de cette formation ?
25	Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié ?
26	Que proposez-vous pour améliorer cette formation ?
27	Quel serait votre besoin au terme de cette formation?
Commentaires :	

2) Résultats de l'évaluation de l'étude n° 6

Module d'éducation thérapeutique des personnes atteintes de diabète de type 2

Ci-dessous l'évaluation réalisée le 12 décembre 2019 par les participants.





Annexe 23 – Étude n° 7 : grille d’entretien connaissance de la personne et ses habitudes alimentaires

**Éducation thérapeutique de personnes diabétiques de type 2 et aidants :
éducation alimentaire à domicile**

DIAGNOSTIC EDUCATIF **Date**

F \ M

Nom : Prénom Age :

SITUATION PATIENT

Situation familiale

Vit : En couple Seul Maison Appt

Pathologie : Diabétique Depuis :

Autre pathologie :

Pds : Taille : HBc1 TA

Médecin traitant

Traitement : ADO Insuline

Activité physique :

SITUATION AIDANT

Description habitudes alimentaire

Matin	Collation	Midi	Goûter	Diner
heure				

Aliment privilégié

Aliments non consommés

Pourquoi ?

Principales difficultés alimentation

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES NUTRITIONNELLES

- Que savez-vous de l’impact de l’alimentation sur le diabète ?
- Connaissez-vous les types ou familles d’aliment ?
- Oui un peu Non
- Quels sont les aliments les plus dangereux pour le diabète ?
- Il y a -t’il des aliments qu’il faut absolument bannir de l’alimentation du diabétique ?
- Avez-vous déjà suivi des formations ou des consultations avec une diététicienne ou un nutritionniste ?
- Si oui où et quand ?

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES de la maladie

- Que savez-vous du diabète en général ?
- Avez-vous déjà suivi des formations ou séances d’ETP ?
- Si oui où et quand ?
- Quels bénéfices en avez-vous tiré ?
- Le médecin traitant vous parle-t-il de votre diabète ? Qu’est- ce qu’il vous dit ?
- Les infirmières à domicile vous accompagne-t-ils dans la gestion du diabète ?
- Avez-vous des difficultés avec votre traitement ?
- Connaissez-vous les chiffres et normes de la glycémie ?

Oui <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Connaissez-vous l'hypoglycémie ? Les chiffres ?	Oui <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>			
Connaissez-vous les conduites à tenir en cas d'hypo	Oui <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Connaissez-vous l'hyperglycémie ? Les chiffres ?	Oui <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>			
Connaissez-vous les conduites à tenir en cas d'hyper	Oui <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

VECU AVEC LA MALADIE

- D'après-vous quel est la cause ou l'origine de votre diabète ?
 - Qu'est ce qui a changé dans votre vie depuis la découverte du diabète ?
 - Dites-moi votre ressenti, votre état mental par rapport à la maladie aujourd'hui
 - Y a-t'il des choses que vous souhaitez faire et que la maladie vous empêche de faire ?
 - Quels sont vos souhaits et attentes :
 - 1) Accompagnement pour la gestion de la maladie ?
 - 2) Accompagnement dans votre rôle d'aidant ?
- Avez- vous d'autres attentes sur des points que nous n'avons pas évoqués ?

Synthèse

Annexe 24 – Trois entretiens de connaissance des DT2 et leurs habitudes alimentaires

Le 3 mai 2021

Durée de l'entretien : 36 mn

Karine 47 ans diabétique de type 2 depuis 1 an 1/2 a été incluse par son médecin traitant pour faire partie de cette étude. Elle vit avec sa mère Jeanne DT2 depuis 11 années. Elle est aide-ménagère de son oncle 78 ans DT2. Les deux maisons sont environ à 50 mètres l'une de l'autre.

C'est Dr A qui nous a demandé de venir rencontrer Karine qui s'occupe de son oncle diabétique. Mais tu m'as dit au téléphone que toi et ta mère vous êtes aussi diabétiques. C'est ça ?

Karine : Oui

Nous sommes toutes les deux infirmières et nous travaillons sur l'accompagnement des diabétiques.

Nous nous présentons.

Nous allons discuter avec vous sur votre vie au quotidien et sur la maladie.

Chercheur : D'accord ?

Karine et Jeanne : Oui

C'est compliqué de mener un entretien à deux voix. Nous ferons à tour de rôle.

Chercheur : Karine ou diabétique dépi ki tan ? (*Karine, tu es diabétique depuis quand ?*)

Karine : An lanné é dimi (Depuis une année et demie)

Chercheur : 1 an é dimi é ou ni en trètman an fwa pa simenn (nom du médicament) (Un an et demi et tu as un traitement une fois par semaine)

Karine : Je prends des comprimés

Chercheur : Tu as quoi comme comprimé ?

Karine : Metformine 850

Chercheur : Combien de fois par jour

Karine : 3 fois

Chercheur : C'est tout ? zot sou «insuline» (*Vous êtes sous Insuline*)

Karine : Pa mwen (*Pas moi !*)

Maman : Oui le vendredi

Karine répond à sa mère : Mwen pa ka pran «Insilin» (un peu agacée) (*Je ne prends pas d'Insuline !*)

Maman : «le vendredi» ki sa ou ka pran-an ? (*Tu prends quoi le vendredi ?*)

Karine : Man pa ka pran «insilin», sé an pitji mwen ka pran (*Je ne prends pas d'Insuline, je prends une piqûre*)

IDEL / Sé ki sa ou ka pran «le vendredi» ? (*Tu prends quoi le vendredi ?*)

Karine : Sé an pitji an fwa pa simenn (*Une piqûre par semaine.*)

IDEL / Ki non'y (*Quel nom ?*)

Karine va chercher la boîte et présente à l'IDEL en disant : Non- an la, men sé an fwa pa simenn

IDEL / Wi, man sav (*Oui, je connais.*)

Karine : (répète à l'adresse de sa mère) : Man pa ka pran «insilin» (Je ne prends pas d'insuline.)

IDEL : Sé pa «insilin», men sé an médikaman pou sik-la, pou diabet-la (*Ce n'est pas de l'Insuline mais un produit pour le sucre, pour le diabète*)

Karine : Wi, sé sa (*Oui, c'est ça.*)

Chercheur : Dans la famille, ta maman est diabétique, et qui d'autre ?

Karine : Mon oncle, c'est tout

Karine : Mais ça va, avec ça le machin que je prends

IDEL : Ou ka l'évé lematen «à combien à peu près» ? (*A ton réveil, le matin, tu es à quel taux ?*)

Karine : Le matin, j'ai 1,25 ; 1,30, 1,15 ça dépend

IDEL : I ka monté adan lajounen-an? Ou ka viré kontrolé-y adan lajounen -an ? (*Il remonte dans la journée ? Tu le contrôle à nouveau dans la journée ?*)

Karine : Non

IDEL : C'est le matin seulement ?

Karine : Oui

IDEL : D'accord

J'interroge la mère

Chercheur : Et toi Jeanne tu es diabétique depuis combien de temps ?

Jeanne: Depuis 11 ans
Chercheur : Ça fait 11 ans ?
Jeanne: Oui ça fait 11 ans
Chercheur : Tu as quoi comme traitement ?
Jeanne dit à sa fille : pran bwet rimed-la) (*prends-moi la boîte du remède*) me présente un petit panier avec les médicaments Voilà
IDEL : Le «Tougéo», c'est le soir ou le matin ?
Chercheur : C'est l'infirmière qui fait ?
Jeanne : C'est l'infirmière
Chercheur : C'est quelle infirmière
Jeanne : Madame A... et MME E.G
IDEL : Tu as le «Novorapid», combien de fois par jour ?
Karine répond : Le soir et le matin
IDEL : La «Tougéo », c'est le soir ou le matin ?
Jeanne: (montre le flacon à l'IDEL) . Ça ? Et puis, deux comprimés.
IDEL : Oui
Jeanne: Le soir
Karine : Elle prend des comprimés aussi
Jeanne: 2 comprimés
IDEL : D'accord
Chercheur : Karine Dr A t'a expliquée le but de l'atelier ?
Karine : Non
Chercheur : On va t'accompagner au niveau de l'alimentation. C'est-à-dire t'expliquer l'importance de l'alimentation dans la maladie et faire un atelier pour te montrer. Il y aura un nutritionniste qui viendra sur place, ici pour montrer comment mieux utiliser les aliments. Aussi bien les légumes-pays que les légumes verts et tout le reste. Il fera une consultation comme si c'était dans son cabinet mais au lieu d'être dans son cabinet, il viendra ici. Et après, on passe en cuisine.
 Sa ou té pou fè tjwit- la, ou pa ka chanjé ayen. Pé enpot sa ou té pou fè-a, nou ka fe'y épi'w. I ké esplitjé'w kouman sistématikman ajouté lédjim-vè adan chak ripa. Ki si swa zépina, zeb-anmè, bwokoli, oben tou sa. Pas adan diabet la... Sa ka fè an lanné é dimi ou diabétik ! Ou ja wè an «diététicienne» ? (*Ce que tu devais cuisiner, ne change rien. Peu importe ce que tu prévoyais, nous le ferons ensemble. Elle t'expliquera comment ajouter systématiquement des légumes verts dans chaque repas. Que ce soit des épinards, herbes amères, brocolis, etc. Car s'agissant du diabète...Cela fait un an et demi que tu es diabétique ! As-tu déjà consulté une diététicienne ?*)
Karine : Non !
Chercheur : Non, dakò. Kidonk, mwen té ka di'w adan diabet-la sa ou ka manjé-a trè enpowtan ; on t'a déjà dit ça ? (*Non, ok ! Je te disais, donc, que dans le diabète ce que tu manges est très important...*)
Karine : Oui !
Chercheur : D'accord ! Kidonk, adan atelié-a nou ka montré koumanniè fè manjé. Apré Man Réjina épi mwen, nou ké vini esplitjé sasayé diabet pou pé évité konplikasion. Ou sav sa diabet pé pwovotjé ? (*Donc, dans l'atelier nous montrons comment cuisiner. Après Madame Régina et moi, nous viendrons expliquer ce qu'est le diabète afin d'éviter des complications. Sais-tu ce que peut entraîner le diabète ?*)
Chercheur : D'accord, fok pa i two wo. (*D'accord, il ne faut pas que le taux de sucre soit trop élevé.*)
Karine : I ka aji nan zié-ou. Lè i two wo, mwen pa sav (*Il agit sur ta vue. Lorsque le taux de sucre est trop élevé, je ne sais pas.*)
Karine : Ou ka «dialysé» (*Tu es dialysée.*)
Chercheur : Ou ka rivé jis «dialysé», d'accord ; jisteman nou la pou montré'w tousa, pou'w pa rivé jis la. Pou pa ni pwoblem zié, pwoblem «dialyse» ; Kidonk, nou ké vini pétet an fwa, pou wè ansanm koumanniè pou bien konprann, pas sé lè ou ka konprann bagay-la ou ka fè'y bien. (*Il peut même t'arriver d'être dialysée, d'accord ; justement nous sommes là pour te montrer tout ça, afin que tu n'arrives pas à ces extrémités. Pour ne pas avoir de problèmes de vue, pour ne pas être dialysé. Nous viendrons peut-être une fois comme ça afin de voir ensemble les protocoles, pour bien comprendre, car c'est lorsqu'on comprend la chose qu'on la fait bien.*)
Chercheur : Tonton'w kouché , i «dialysé»? (*Ton oncle est alité, il est dialysé.*)
Karine : Non.

Chercheur : Ki sa i ni kom « complication » ? (*Quelles complications a-t-il ?*)

Karine : I ni di mal a maché, i ka tousé anpil, anpil, anpil. (*Il a du mal à se déplacer, il tousse beaucoup, beaucoup, beaucoup.*)

IDEL : É sik-la i wo ? (*Le taux de sucre est élevé ?*)

Karine : Jisteman délé i ka trè wo. Sa dépann sa mwen ba'y osi (rire) (*Justement, il est trop élevé. Tout dépend aussi de ce que lui est donné.*)

IDEL : Sé wou ki ka fè manjé-a ba'y ? (*C'est vous / toi / qui lui faites / fais/ à manger ?*)

Karine : Sa dépann sa mwen ka ba'y ; délé i ka ba, délé i ka wo (*Cela dépend de ce que lui donne à manger ; quelquefois le taux est trop haut ou trop bas.*)

IDEL : I ni ensilin ? (*Prend-il de l'Insuline ?*)

Karine : Oui comme ça. (montre le stylo de ... de sa mère)

IDEL : sa selman ? (*C'est tout ?*)

Karine : Oui

IDEL : I ni konprimé ? (*Il a des comprimés ?*)

Karine : Non

IDEL : I pa ni pwoblem zyé ? (*A-t-il des problèmes de vue ?*)

Karine : Non, il a été opéré de la cataracte.

IDEL : Il a quel âge ?

Karine : 78 ans

Chercheur : Karine est-ce que tu te rappelles comment on a découvert ton diabète ?

Karine : Koumanniè yo dékouvè diabet la ? je me souviens même pas. (*Comment lui a-t-on découvert son diabète ?*)

Jeanne : Chercheur, c'est un jour, j'étais sortie parce que je souffre des nerfs. Mwen ka fè déprèsiyon. Man té alé lopital « Colson⁸⁹ » sé apré man alé wè doktè-mwen, i vréyé mwen fè analiz épi mwen té ka fè a pé-prè 5g. Doctè-a di mwen : « *Vous êtes diabétique Jeanne* ». Mwen té mèg, mèg, mèg, mèg. ...(*J'étais dépressive. Je suis allé, alors, en consultation à l'hôpital de «Colson», et c'est après avoir été consultée par mon médecin-traitant, qui m'a envoyée faire des analyses, que j'ai découvert que j'avais un taux de sucre d'environ 5g. Le médecin m'a annoncé : «Vous êtes diabétique !». J'étais maigre, maigre, maigre ...*)

Chercheur : Ou té mégri ? (*Tu avais maigri ?*)

Jeanne : Mwen té mégri a tout. Doktè-a té ba mwen konprimé, men konprimé-a pa té ka alé mwen. I di mwen : « *Mwen ké ba'w insilin pou grosi'w ti bren* ». Enfirmièz- mwen ka touvé sa dwol pas sik-la toujou wo, toujou wo, toujou wo (*J'avais énormément maigri. Le médecin m'avait prescrit des comprimés, mais ces derniers ne me convenaient pas. Il m'avait simplement dit : «Je te donne de l'Insuline pour que tu puisses grossir un peu!» L'infirmière qui me suit, trouve bizarre que mon taux de sucre soit aussi élevé, aussi élevé.*)

IDEL : Jusqu'ici ?

Jeanne : Jusqu'ici

Chercheur : Tu prends toujours des médicaments pour ton problème de dépression ?

Jeanne : Oui

Chercheur : Tu as quoi ? Des injections ?

Karine : Elle a des médicaments, elle va en consultation, elle est suivie au CMP

Chercheur : D'accord. Karine, c'est toi qui fais à manger pour ta maman, pour ton oncle ? C'est toi la cuisinière de la famille (rire)

Jeanne : On me dit de prendre de la salade. Sé toujou an (lo pwa ver) simen anlè manjé-a (l'air répugné) (*C'est toujours que des haricots verts à semer sur les repas.*)

Chercheur : On va accompagner Karine pour qu'à son tour elle vous aide à mieux manger.

IDEL : Ce ne sont pas toutes les salades qui ne sont pas appétissantes. Tu n'aimes aucune salade ?

Karine : I enmen konkonm (*Elle aime les concombres.*)

Karine : Pour le diabète mwen té ka iriné anpil. (*Avec le diabète, j'urine beaucoup.*)

Chercheur : Au début ?

⁸⁹ Hôpital psychiatrique

Karine : Lè mwen alé, mwen fè analiz épi yo wè mwen ka fè sik. (*Lorsque je suis allé faire des analyses, on a découvert mon diabète.*)

Chercheur : D'accord ! Sé alè tala, yo dékouvè sa ! (*C'est à ce moment qu'on l'a découvert !*)

Karine : Est-ce que tu peux me dire sa zot ka manjé le matin , le midi et le soir en général (...*ce que tu manges le matin...*)

IDEL : Le matin, qu'est-ce que tu fais comme repas ?

Karine : Mwen ka manjé pen épi sa ki ni, dé fwa konkonm, dé fwa «cornbeef», sé sa mwen ka fè. (Je mange du pain avec ce que je trouve, ça peut être du concombre, du «corn-beef», voilà ce que je fais quotidiennement.)

Jeanne: Chercheur, je prends une petite tasse de café avec du sucre

Chercheur : Tu prends du sucre dans le café ?

Karine : Ah, oui !

Chercheur : A 10h, est-ce que tu prends quelque chose ?

Karine : Non.

Chercheur : Tu donnes quelque chose à ton oncle et à ta maman à 10 h ?

Karine : Parfois, je leur donne une orange, des fois un paquet de biscuit, ça dépend, ou du jus.

Chercheur : D'accord. Et à midi ? Tu fais quoi comme repas ?

Karine : Salade, dé fwa mwen ka fè tinen, konkonm, dé fwa, si i ni chou-a-ponm, (*Quelquefois, je cuis des bananes vertes, des concombres et quelquefois, des choux*) ça dépend, avec de la viande, ça dépend

Chercheur : Vous consommez du poisson ?

Karine : Oui, oui

Jeanne: Ah, j'aime le poisson !

Chercheur : Et la morue ?

Karine : Oui, la morue des fois

Chercheur : Et la salaison ?

Karine : Oui, des fois ?

Chercheur : Est-ce que systématiquement le midi quand vous mangez que ce soit fruit à pain, tinen, tu mets un légume vert à côté ?

Karine : Pas tout le temps. C'est rare parfois je fais des christophines

Jeanne : Nou pa ka fè kristofin, (*nous ne consommons pas de christophines*) on nous a dit que la christophine ne fait pas descendre le sucre

Chercheur : On va voir avec le nutritionniste. Est-ce que vous prenez un goûter ?

Jeanne : On prend un petit goûter comme un petit bout de pain

Chercheur : Sé jou tala sé lasézon mango, vous mangez des mangots ? (*C'est la saison des mangos*)

RIRE

Karine : Nou poko touvé mango (*Nous n'avons pas encore trouvé de mangos*)

Chercheur : Et le goûter Karine ?

Karine : Des fois un paquet de biscuits , une petit bout de pain, ça dépend ou du fromage

Chercheur : Ta situation professionnelle, tu ne travailles pas, tu t'occupes de ta maman et de ton oncle ?

Karine : Je travaille en bas (me montre la maison de son oncle en contre-bas)

Chercheur : C'est ça ! Tu es aide-ménagère de ton oncle ?

Jeanne : Elle s'occupe de moi aussi puisque je suis malade

Karine : En bas, on me paye

Chercheur : D'accord

Chercheur : Au dîner, vous mangez quoi ?

Karine : On peut manger de la purée, des pâtes

Chercheur : Tu fais de la soupe quelques fois ?

Karine : je fais de la soupe, le dimanche

Jeanne La soupe, j'aime ça !

Chercheur : Hier était dimanche. Dis, Karine qu'est-ce que vous avez mangé hier ?

Karine : Hier, on a mangé igname jaune avec des salaisons, queue, morue.

Chercheur : D'accord ! Il y avait un dessert ?

Karine : Non. On ne prend pas toujours de dessert !

Chercheur : C'est juste pour savoir. Ce n'est pas une obligation

Karine : Des fois, on boit du jus carrément.

Chercheur : D'accord. Est-ce qu'il y a des choses que vous ne mangez pas du tout ici ?

Jeanne : Je n'aime pas les haricots verts (nous l'avons entendu rire)

Karine : Je mange de temps en temps,

Jeanne : Ma fille me donne des petits pois

Karine : Je fais les haricots fins, je leur en donne de temps en temps

Chercheur : Des courgettes, brocolis, aubergine des choses comme ça

Karine : Non, on n'achète pas ça

Chercheur : Tu en as déjà mangé

Karine : Il y a des légumes jardinières, la fille de mon oncle lui achète et je lui en fais. La macédoine aussi

IDEL : Vous n'avez pas de jardin ?

Karine : Non

Chercheur : Tu n'aimes pas ça?

Karine : Oui, mais je ne peux pas

Chercheur : Jeanne, tu m'as dit que tu ne travailles pas, tu as une pension ?

Karine : Une pension pour handicapée

Chercheur : Ton oncle a sa retraite ? C'est toi qui lui fais les courses Karine ?

Karine : Non sa fille.

Chercheur : Il a une fille qui vient régulièrement ?

Chercheur : Puisque que Dr Auguste a souhaité que nous venions te voir , sur quoi tu aimerais qu'on t'accompagne ? C'est vrai qu'il y a l'infirmière mais nous avons compris que tu dois t'occuper de toi, de ta mère, de ton oncle. Ki balan ou té ké enmen nou ba'w pou endé'w fè sa ou ka fè-a bien. Nou pa di ou pa ka fè'y bien men si doktè-a di nou vini wè'w sé pas i ka santi ou bizwen an ti koudmen. Alò, ki koudmen ou té ké enmen, pou fè sa ou ka fè-a mié ? *(Quel ballant voudrais-tu que nous te donnions afin de t'aider à bien accomplir ce tu fais ? Nous ne prétendons pas que tu fais ce que tu fais, mais le médecin nous à inviter à venir te voir c'est qu'il a compris que tua vais besoin d'une aide. Alors quelle aide souhaiterais-tu pour t'améliorer ?)*

Karine : E ben, les repas.

Chercheur : Quand tu dis les repas qu'est-ce que tu aimerais exactement ? Sois plus précise.

Karine : Pou sav sa pou ba'y, kantité manjé pou ba'y, o nivo salad, des trucs comme ça. Pour la préparation aussi quoi. *(Afin de savoir ce qu'il faut lui donner à manger, les rations, quant à la salade ...)*

Chercheur : Ou lé sav sa pou ba'y é koumanniè préparé sé repa- a ? *(Tu veux savoir quoi lui donner et comment préparer les repas ?)*

Karine : Voilà

Chercheur : Pou «diversifier aussi». Pou pa manjé menm bagay-la, tou li tan. Pa ekzanp ou pé manjé menm bagay-la, men fè'y an manniè diféran chak jou (Pour ne pas manger les mêmes choses tous les jours. Par exemple, tu peux manger la même chose, mais, chaque jour, accomode-la différemment)

Karine : Délè man ka ba'y manjé diféran men délè sik-la ka monté wo. Ça dépend. *(Il m'arrive de lui donner à manger ce qu'il faut et pourtant le taux de sucre est élevé)*

Chercheur : Kidonk, ou lé sav tou sa pou ba'y men a ki moman pou ba-li'y *(Donc, ce que tu veux savoir, c'est tout ce qu'il faut lui donner à manger et à quel moment.)*

Jeanne : Mon sucre est toujours à 1,50 g, 1,80g i pa ka dépasé 2g men i pa ka desann. *(..il ne dépasse pas 2g, mais ne descend pas.)*

Chercheur : Karine je répète ce que tu m'as dit, tu me diras si c'est bien ça : « T'aider à mieux gérer l'alimentation aussi bien pour toi, que pour ta maman et pour ton oncle ».

Karine : Oui, oui, tout à fait.

Chercheur : Mais pour ça, on est obligé...

Karine : de me montrer

Chercheur : De te montrer mais aussi de t'expliquer la maladie. Pas lè nou ké di-w pou ki sa fodra ou ba'y tou lé jou lédjim vè, fodra nou esplitjé'w ki chimen lédjim vè-a ka fè, ki aksion i ka fè pou-w konprann é an fwa ou ké konprann sa ké pèmet ou fè'y ; *(Car, lorsque nous t'aurons dit pourquoi il faut lui donner tous les jours des légumes verts, il nous faudra t'expliquer leur cheminement et quelle action*

ils opèrent dans l'organisme pour tu puisses comprendre, et aussitôt que tu auras compris, il te sera plus aisé de le faire toi-même.)

Chercheur : Tu as grossi, ces temps derniers ?

Karine : Un peu, oui (rire)

Chercheur : Voilà. Tu aimes ton corps comme ça ?

Karine : Non, an, an !

Chercheur : Donc, tu vas voir comment avec le repas ?

Karine : Kouman mwen ké pèd tibren pwa ? (*Comment pourrais-je maigrir ?*)

Chercheur : Men, konbien ou anvi ped ? (*Mais, combien de kg veux-tu perdre ?*) Tu veux retrouver quel poids ?

Karine : Fok mwen ped o mwens 8 kg (*Il me faut perdre au moins 8 kg!*)

IDEL : Combien tu mesures ?

Karine : Je fais 1m 80, mwen kwè (je crois) (nous lui demandons de vérifier sur sa carte d'identité = 1m69)

IDEL : Pou konbien kilo? (Pour combien de kilo ?)

Karine : Mwen ka fè 100 kg épi ... (*Je pèse 100 g et des poussières*)

Jeanne: Mwen ka fè 94 kg, Karine toujou gwo ! (*Je pèse 94 kg, Karine, elle, est toujours grosse !*)

Chercheur : Karine, la dernière fois que tu t'es pesée, tu faisais combien ?

Karine : 118 ou 119 kg, ni lontan kon sa ! (...ça date de longtemps.)

Chercheur : D'accord. Karine est-ce que tu es d'accord pour rentrer dans ce programme ?

Karine : Eh bien, oui !

Jeanne: Mwen té ké kontan pas mwen ni an enfirmièz ki ka di mwen toulong : «Jeanne, il faut faire attention ! » (*Je serais heureuse parce que je connais une infirmière qui me répète sans cesse : ...*)

Chercheur : Nou ké travay épi sé enfirmièz- la osi. Sé an travay « en collaboration». Nou tout ka mété kò nou ansanm pou endé zot. C'est-à-dire, doktè-a déjapouyon, sé enfirmièz zot-la, «nutritionniste»- la i ké vini isiya. Nou kay endé zot. Men, fok zot sav sé zot tou. (*Nous travaillons de concert avec des infirmières aussi. C'est un travail en synergie. Nous nous regroupons afin de vous aider. C'est-à-dire, d'abord le médecin, vos infirmières, ensuite, la nutritionniste y participe. Nous allons vous aider. Mais sachez que c'est vous avant tout.*) Lè an moun malad i ka tann, konprann épi aprè i ka fè. Nou la pou « accompagner» zot pou fe'y. (*Quand une personne est malade, elle entend, comprend et après elle fait. Nous sommes pour vous accompagner afin que vous fassiez à votre tour.*)

Chercheur : Karine, mwen ké kriyé'w ! (Karine, je te contacterai !)

IDEL: Ou ka fè tansion ? Ou ni médikaman pou tansion ? (*Es-tu hypertendue ? Prends-tu des médicaments pour hypertension ?*)

Karine : Wi ! (Oui !)

IDEL : Zot tout ka fè tansion ? (Vous êtes tous hypertendus ?)

Karine : Wi ! (Oui !)

IDEL : Et cholestérol ?

Karine : Wi, mwen ka fè «cholestérol» ! (*Oui, je fais du cholestérol !*)

IDEL : Kidonk fodra manjé-a pran tou sa ankout. Fok zot ké fè atansion. Lè «nutritionniste»- la ké vini montré zot kouman fè , sé ké pou bésé tansion-an épi «cholestérol»-la. Pas pli ou ké mété sel adan manjé-a pli tansion-an ké monté. Kidonk, «accompagnement» -an sé pou fè tou sa rantré ! (*Il faudra donc que tu prennes en compte tout ça lorsque tu prépareras le repas. Il faudra que vous fassiez attention. Le nutritionniste viendra pour vous montrer la marche à suivre dans l'optique de réguler l'hypertension et le cholestérol. Plus tu mettras du sel dans les repas, et plus ta tension sera élevée. En fait, l'accompagnement est pédagogique.*)

Chercheur : Sa potalan pas sa ou té ka di toutalè-a fi li-a ka poté tout bagay ba'y. Si fi li-a pé vini jou-a «nutritionniste»- la ka vini-a. Pas médikaman-a ka koumansé adan chariyo-a. (*C'est important ce que tu as dit tout à l'heure ; sa fille lui apporte tout. Si sa fille peut venir le jour où la nutritionniste sera là. Car la médication commence dans le charriot.*) Si ou lé nou alé fè kous épi'w Karine. Nou ké alé pou montré 'w kisa pou pran é kiles pou pa pran. (*Si tu veux que nous irons faire des courses avec toi, Karine. Nous irons pour te montrer ce qu'il convient de prendre ou pas.*)

(*Nous invite à voir les courses faites par la fille de son oncle : conserve, produits cuisinés, biscuits salés et sucrés...*) Elle apporte également des produits surgelés.

Chercheur : Karine, tu étais scolarisée où ?

Karine : À Basse-Pointe.

Chercheur : Tu es arrivée en quelle classe ?

Karine : Mwen fè 6^{ème} «jusqu'à la 3^{ème} et après seconde et première⁹⁰». (*J'ai suivi la 6ème ...*)

Chercheur : Quelle section ?

Karine : J'étais en SES, à Basse-Pointe

Chercheur : Donc, tu as un CAP, un BEP ?

Karine : Mwen pa ni ayen, non (rire) (*Je n'ai rien, non*)

Chercheur : Mais, c'est bien, pa ni pwoblèm pou sa. (*ne t'en fais pour ça!*) Avant de travailler pour ton oncle ou té ka travay ki koté ? (...*tu travaillais où ?*)

Karine : Mwen pa ké ka travay, mwen té ka fè djob ba moun. (*Je n'avais pas de métier, je travaillais à l'occasion.*)

Jeanne : Epi, i té ka touché an ti RSA, kon an lo moun. (*Il touchait un petit RSA*)

Karine : Mwen té ka fè jaden, sèklé dachin. (*Je jardinais, sarclais des dachines*)

Chercheur : E ou pa ka fè jaden isiya. Ou ni plas pou sa. (*Et tu ne jardines pas ici, chez toi. Pourtant, tu as de la place pour ça !*)

Karine : Mwen ni an moso dachin la. Mwen ni en moso lanvè la ! (*J'ai un morceau de dachine, là et un morceau de ...*)

Chercheur : C'est très bien. Ou sav pou ki sa ? Sé pas sé «activité physique». Ou pa ka alé fè espò ? (*Tu sais pourquoi ? Parce que c'est une activité physique. Tu ne vas pas faire du sport ?*)

Karine : Chak fwa mwen ka di mwen ké alé, é mwen pa ka alé ! (*Chaque fois je me promets d'y aller, et chaque fois j'y renonce.*)

Chercheur : Ou sav, lè ou ka sèklé jaden, sé memn bagay-la ! (*Tu sais, chaque fois que tu sarcles dans ton jardin, ça équivaut à faire du sport.*)

IDEL : Sé espò, ou pa oblijé alé maché pou fè espò ! (*C'est du sport, tu n'es pas obligée de marcher pour faire du sport !*)

Karine : Mwen ka sèklé, mwen ka nétwayé sé pié- bannann-lan (*Je sarcle, je nettoie les bananiers.*)

Chercheur : Sé dé bagay pou fè tou lé jou (*Tu dois le faire quotidiennement*)

Karine : Mwen ka monté désann pliziè fwa kay tonton-mwen dan lajounen (son oncle habite en contrebas de la maison, à environ 100m) (*Dans la journée, il m'arrive de d'aller et de revenir, plusieurs fois, de chez mon oncle.*)

IDEL : Ki moun ki ka fè twalet- li ? (*Qui lui fait sa toilette ?*)

Karine : L'infirmière. Men, sé an moun ki trè difisil. Sé an goumen pou benyen'y. I pa lé benyen (*Mais, c'est quelqu'un de difficile. C'est un combat que le baigner. Il s'y refuse.*)

Chercheur : I ni «la maladie d'Alzheimer»? (*Il est atteint de la maladie ...?*)

Karine : Poutan non, men sé pa an moun ki fasil. Fok mwen la. Si mwen pa la, i pa ka benyen. Mwen ka lèvé'y, ba'y lanmen pou'y alé benyen. (*Pourtant, non, mais il est pénible. Si je ne suis pas là, le ne prend pas son bain. Je le réveille, lui donne la main pour qu'il aille se baigner*)

IDEL : Ou ka trouvé sa difisil ba'w ? (*C'est difficile pour toi ?*)

Karine : Sa difisil ! (*C'est difficile !*)

IDEL : Tou lé jou kon sa, sa difisil ? (*Tous les jours, comme ça, c'est difficile !*)

Jeanne : Karine pa fouti pran an konjé ! (*Karine, ne peut s'accorder un congé*)

Karine : Mwen té lé yo mété'y adan an EHPAD (*Je voulais les mettre dans un EHPAD*)

Chercheur : Ou wè sa épi an CCAS ? (*Tu t'es rapprochée d'un CCAS ?*)

⁹⁰ A cette époque il s'agissait de Zone d'enseignement prioritaire (ZEP). Les ZEP ont été créés en 1981 par le gouvernement de l'époque, qui s'engagea à les aider financièrement, avec l'objectif de rétablir l'égalité des chances entre les élèves compte tenu des difficultés sociales des zones concernées. Au sein de celles-ci, l'enseignant y joue un rôle central, car il est au centre des lacunes scolaires que l'école combat. Il peut être confronté non seulement à des problèmes scolaires importants, mais aussi à des difficultés éducatives.

Karine : Mwen té za alé wè yo, men, ka mantjé papié, fi li-a pou pòté' y (*Je l'avais déjà fait, mais il lui manquait des papiers; sa fille devait les apporter.*)

Chercheur : Fi li-a dakò (*Sa fille est d'accord ?*)

Karine : Wi, i dakò. Ni lontan mwen za fè demann- la, i pa té dakò. (**Oui, elle est d'accord. Depuis, longtemps, j'avais fait la demande, mais à l'époque elle n'était pas d'accord.**)

IDEL : I ni dot yich ? (*A-t-il d'autres enfants ?*)

Karine : Wi ! i ni dé an France épi tala ki isiya . Dé lè 9 H – 10 H oswè i pa ka domi. I tou touni anlè kabann- lan. I ka kaka toupatou. Fok mwen alé nètwayé'y (*Oui, deux sont en France et un en Martinique. Il est 21h voire 22h, il ne dort pas. Il est nu sur le lit. Défèque partout. Il faut que j'aïlle le nettoyer.*)

Chercheur : Ou ka santi sa ka aji anlè moral-ou ? (*Tu as l'impression que cela agit sur ton moral ?*)

Karine : Men, wi. Délè gro lannuit, i pa ka domi. (*Mais, oui. Parfois en pleine nuit, il ne dort pas.*)

Chercheur : Tu as des enfants ?

Karine : Oui, j'ai une fille et une petite fille. Elles n'habitent pas ici.

Chercheur : Tu vis ici avec ta mère, donc tu ne vis pas en couple ?

Karine : Non.

Chercheur : Karine je vais t'appeler pour le rendez-vous pour fixer le jour de l'atelier cuisine avec le nutritionniste.

Merci de nous avoir reçues et à bientôt.

3) Entretien de connaissance des habitudes alimentaires de Nadège et Nazaire

Contexte : Nadège DT2 depuis 3 années Nazaire : DT2 diagnostiqué depuis deux semaines.

Durée d'enregistrement : 1h Date : 1 juin 2021

Chercheur : Comme vous l'a dit le docteur X, dans le cadre d'une recherche nous mettons en place l'accompagnement des personnes diabétiques, avec des personnes volontaires. C'est pourquoi, nous passons par les médecins traitants qui nous orientent vers vous. On ne fait pas de démarche personnelle. C'est le médecin qui juge si c'est nécessaire et c'est aux personnes qui donnent aux médecins leur accord. C'est la première condition.

La deuxième condition, c'est d'être diabétique avec d'autres pathologies parfois.

Dans l'atelier, il y a forcément ce premier contact pour bien vous connaître et mesurer un peu les besoins pour mieux les adapter. C'est vrai, l'atelier nutrition alimentation, est essentiel.

Il est essentiel parce que dans le traitement du diabétique, ce qui prime, le traitement certes, mais aussi l'alimentation et l'activité physique.

Ce sont ces trois facteurs-là qui permettent d'améliorer l'état de santé du diabétique mais aussi éviter les complications. Les deux grands objectifs c'est ça, maintenir une glycémie stable et par ailleurs éviter les complications.

Chercheur : Donc, vous m'avez dit 70 ans, vous êtes mariée, vous vivez en couple, diabétique. Vous avez d'autre Pathologie ?

Nadège : *J'ai été opérée du cancer du côlon....*

Chercheur : Cela fait longtemps ?

Nadège : *Il n'y a pas deux ans*

Chercheur : *64kg, 1m56.....*

Chercheur : Est-ce que vous avez vos derniers bilans ? Sinon, vous allez me les préparer pour la prochaine fois, si ce n'est pas à proximité. Pas d'hypertension ?

Nadège : *Je suis hypertendue*

Chercheur : Vous êtes en situation d'aidante, vous accompagnez monsieur votre mari. Par rapport à votre époux... Nous allons commencer par les habitudes alimentaires. Si vous pouvez me donner ce que vous mangez de manière habituelle pour avoir une idée type de ce que vous mangez le matin.

Nadège : *Le matin, on mange des sardines, du pain, du concombre et de la papaye ; On fait une vinaigrette persil, ail.*

Chercheur : Du jardin ?

Nadège : *Oui du jardin.*

Chercheur : Est-ce que vous prenez une collation ?

Nazaire : *Quoi ?*

Chercheur : Est-ce que vous prenez quelque chose entre le repas du matin et celui du midi ?

Nazaire : *Du thé, un peu de coca c'est rare pour le coca. Je le prends seulement si je me suis beaucoup dépensé ;*

Chercheur : Madame aussi prend du coca ?

Nazaire : *Non, non, ne mettez pas le coca puisque c'est rare.*

Chercheur : Je le mets quand même pour que le nutritionniste puisse voir.

Nazaire : *Je ne bois pas d'alcool*

Chercheur : A midi par exemple !

Nazaire : *C'est la même chose.*

Chercheur : Donnez un repas du midi

Nazaire : *Dachine, fruit à pain, ça dépend, la patate douce.*

Chercheur : Je mets légumes pays.

Nazaire : *Il y a toujours des légumes avec, haricots verts, herbage etc...*

Avec du poisson. Blaff de poisson. Par contre j'aime la viande.

Chercheur : Vous aimez la viande ?

Nazaire : *Ah oui ! Quand j'achète 2 pieds de bœuf local pour faire une bonne soupe.*

Chercheur : Vous prenez un dessert à midi ?

Nazaire : Des fois, il faut tout dire, la voiture de glace passe là, on achète des magnums, des cornets, de temps en temps on en prend une.

Chercheur : Est-ce que vous le prenez en dessert ou en goûter ?

Nazaire : Goûter pour vous, c'est quelle heure ?

Chercheur : 16h

Nazaire : Non, on le prend en dessert et à 16h, c'est du thé. On boit beaucoup de thé ici.

Chercheur : C'est bien, il vous arrive de prendre des fruits en dessert ?

Nazaire : Abricot, papaye, toutes sortes de fruits qu'il y a.

Chercheur : Et à 16h, vous prenez quelque chose ?

Nazaire : Non

Nadège : Je prends des fruits secs, (Amandes, noix, etc...)

Nazaire : Parfois, tu me donnes une poire, mais ce n'est pas régulier.

Chercheur : C'est juste pour avoir une idée.

Chercheur : Le diner alors ?

Nazaire : Une petite soupe, salade de laitue avec un œuf.

Nadège : Des fois, on ne mange pas. Quand on prend la soupe, on ne prend pas la salade.

Chercheur : C'est l'une ou l'autre ?

Nadège : Oui.

Nazaire : Avec la soupe, on est déjà remplis.

Chercheur : Qu'est-ce que vous mettez dans la soupe ?

Nazaire : Pied de bœuf.

Chercheur : Et comme légumes, vous mettez quoi dedans ?

Nazaire : Carotte, giraumon, poireaux, céleri et, comme sel, du cube.

Chercheur : Que des légumes verts, j'attendais que vous mettiez des pommes de terre.

Nazaire : Oui, oui

Chercheur : Donc il y a des féculents. Des vermicelles des fois ?

Nazaire : non, non. On met beaucoup de légumes

Nadège : Quand on parle de pommes de terre, c'est une pomme de terre.

Chercheur : Je sais, c'était pour savoir s'il y avait que des légumes verts.

Nadège : Quand on fait le calalou.

Chercheur : Vous en prenez quand ? Le midi ? Le soir ?

Nazaire : On n'en fait pas souvent

Chercheur : C'est vraiment pour savoir votre panelle.

Nazaire : Quand mon épouse parle de calalou, je fais un repas qui s'appelle « Ti-nen tripe ». Il y a beaucoup de légumes verts dedans. De la queue et du groin que je coupe en petits morceaux. Je change l'eau toutes les 4 heures et le soir avant d'aller au lit. Quand je le fais cuire, il n'y a pas de sel dedans, je suis obligé d'ajouter un cube.

Chercheur : Vous le prenez à midi ?..... Il n'y a pas de sel mais autre chose. Le nutritionniste va vous en parler. C'est son rayon.

Nazaire : Ce n'est pas quelque chose qu'on fait souvent.

Chercheur : Tout se mange, tout passe par la bouche, après il est important de savoir ce qui se passe à l'intérieur. C'est souvent ça. Sinon tout est bon. On mange de tout. Il est important de comprendre une fois à l'intérieur ce que ça fait.

Chercheur : Par contre, y a-t-il des aliments que vous ne mangez pas ?

Nadège : Je n'aime pas les aubergines.

Chercheur : Ce n'est pas quelque chose que vous cultivez, ni vous mettez dans votre caddy !!

Nazaire : Je mange les aubergines mais mon épouse ne mange pas des aubergines donc je n'en mange pas.

Chercheur : Elle ne cuisine pas, donc vous ne mangez pas. Vous n'aimez pas le goût ?

Chercheur : Sinon Monsieur, avez-vous quelque chose que vous ne mangez pas ?

Nazaire : Je mange de tout. Dès que c'est cuit.

Chercheur : Sinon au niveau alimentation, avez-vous des difficultés ? C'est à dire :

- Dans l'organisation du repas
- Dans le choix du repas

L'alimentation, est-ce une contrainte pour vous par rapport au diabète ?

Nazaire : Non, puisque nous trouvons des solutions

Nadège : Cela fait plus de 3 ans que je suis diabétique donc, je faisais des choses par rapport à lui-même si j'ai beaucoup réduit sur le sel. J'aurais mieux préféré de ne pas manger autant de viande que l'on mange aujourd'hui, parce qu'il aime beaucoup la viande. Ça c'est une réalité. Alors quand le docteur a découvert qu'il avait cette pathologie, je me suis dit ce serait bien qu'une autre voix parle pour que lui puisse comprendre les difficultés que cela fait lorsqu'on est diabétique.

Parce que lorsqu'on est diabétique, on voit plus de choses que l'on a envie de ne pas manger que de manger.

Au début on est frustré et au fur et à mesure on se lâche en se disant que les choses... Bon ce que j'aurais souhaité c'est que le diabète arrive à zéro, ça peut arriver mais ce n'est pas encore ça.

Chercheur : Vos chiffres sont de combien en ce moment ?

Nadège : Je n'ai pas fait ces temps derniers, mais le taux était bon.

Chercheur : Quand vous dites zéro !

Nadège : Oui zéro 8, zéro 9, c'est déjà arrivé en ce moment. J'aime beaucoup les fruits donc je suppose que l'on en mange trop.

Nazaire : On en mange beaucoup, surtout la papaye.

Nadège : Abricot. On est riche en fruit, surtout les fruits rouges. Quand on a une pathologie, on sait que telle chose, qu'est-ce qui peut remplacer. Par exemple : Le lait, on a commencé à ne plus boire le lait de vache.

Chercheur : Vous avez remplacé par quoi ?

Nadège : Par toutes sortes de jus de légumes, (Noisette, Amande... etc). Je ne m'arrête pas sur la marque, je varie.

Nazaire : Des fois, on n'a pas dit ça aussi, j'achète du fromage, on en mange le matin avec du beurre ; je mets beaucoup de fromage.

Nadège : Il y a des voisins qui nous donnent des fruits.

Nazaire : On fait beaucoup de partage ici. On donne, on reçoit.

Chercheur : Du thé, est-ce que vous buvez du café ?

Nazaire : C'est ce dont je parlais tout à l'heure. Je mettais 2 cuillères de sucre, oui, je bois du café, mais j'ai réduit à une demi-cuillère à café.

Chercheur : Madame, vous prenez du café aussi ?

Nadège : Rarement.

Chercheur : Vous m'avez dit que vous prenez beaucoup de thé ! C'est avec ou sans sucre.

Nazaire : Maintenant c'est sans sucre.

Chercheur : Et vous arrivez à le prendre sans sucre ?

Nazaire : Elle est déjà habituée à le prendre sans sucre, mais as moi.

Chercheur : Est-ce que vous arrivez à faire la différence ?

Nazaire : C'est le palais et le cerveau, avec le temps ça ira.

Chercheur : Je récapitule. Votre Principal besoin, l'accompagnement, c'est au petit déjeuner, aussi comment manger les fruits : Lesquels ? Quand ? Et combien ?

Chercheur : Cela fait déjà 3 ans, vous avez déjà pris conscience de l'impact de l'alimentation sur votre maladie ?

Nadège : C'est une maladie silencieuse.

Chercheur : L'alimentation est un facteur clé en même temps que les comprimés. Donc là, est-ce que vous connaissez des familles d'aliments ?

Nadège : C'est-à-dire ?

Chercheur : Les glucides, les lipides, en gros, on va revenir dessus aussi.

- Les féculents, les légumes verts

Quels sont pour vous les aliments dangereux pour le diabète ?

Nadège : Les féculents.

Chercheur : Non, l'ennemi du diabète c'est le sucre. Les aliments sucrés (Jus, etc...).

Nazaire : On achète du jus mais c'est rare d'en boire, c'est plus pour les enfants.

Chercheur : Si quelqu'un passe.

Nazaire : On fait notre jus nous-mêmes, (Prune, abricot). On mange beaucoup de papaye et lorsqu'on mange de la qualité, on sème les graines.

Chercheur : Il va vous expliquer le mécanisme du sucre.

Nazaire : Qu'est-ce qu'il est ?

Chercheur : C'est un nutritionniste, docteur en nutrition. Je ne sais pas si vous écoutiez la radio à une période, il animait beaucoup d'émissions. Il a son cabinet à Fort-de-France. Nous intervenons selon la disponibilité des gens et de notre planning.

Nadège : Nous sommes des privilégiés.

Chercheur : Les gens n'ont pas conscience, c'est vrai, c'est une démarche que l'on fait pour être au plus près de la société, et quelqu'un qui laisse son cabinet, vous l'avez 2 heures pour vous.

Nadège : Mon médecin était content quand je lui ai demandé si je pouvais avoir de l'aide d'un nutritionniste.

Chercheur : Il ne demandait que ça !!!

Nadège : Il m'a dit très bien. On a envie de finir avec ça même si pendant la fête on peut manger ce que l'on veut, on se fait plaisir dans un court instant mais il faut revenir à la réalité. Il ne faut pas qu'on soit frustré, ah ! On ne mange pas ça.

Chercheur : C'est ce qu'il va vous dire. Notre slogan c'est : Je mange, je me fais plaisir et je me soigne. Lorsqu'on se rend à une fête, on peut se libérer totalement. Vous pouvez manger même si vous vous réveillez le lendemain avec 2 grammes, mais vous avez en conscience que vous avez toute la journée pour vous rattraper.

A mon sens, ce qui est important c'est de comprendre le mécanisme. Une fois qu'on a compris, on jongle, on n'a pas ce stress-là. Comprendre ce qui se transforme en sucre.

- Le gras se transforme en sucre
- Le féculent se transforme en sucre

Il faut comprendre le mécanisme, il va vous expliquer.

Je reprends les aliments que vous ne mangez pas. On a vu les aubergines, sinon vous mangez de tout ? Vous m'avez dit « Vous avez eu une consultation avec une diététicienne mais vous n'avez pas donné suite ».

Nadège : Je n'ai pas donné suite. C'était juste après mon intervention, j'avais la tête grosse comme ça.

Chercheur : J'entends ce que vous dites, il y a un moment où on n'est pas prêt et à un autre moment on n'est pas encore prêt. On a beau nous remplir la tête mais s'il n'y a pas encore ce déclic là... et là je pense que vous êtes prête.

Et ça s'est rétabli, votre alimentation ? Votre alimentation n'est pas trop impactée par rapport à votre intervention du côlon ? Vous avez une double pathologie, il doit le savoir.

Il y a des choses que vous ne devez pas manger par rapport au côlon ?

Nadège : Il faut que je regarde dans mon cahier

Chercheur : C'est important pour lui de le savoir. Vous allez lui dire. Ils ont coupé un bout ?

Nadège : Oui, ils ont coupé un bout et c'est du côté droit. J'ai eu de la chance, je n'ai pas eu de poche.

Chercheur : En termes de transit, ça va ? Pas de constipation ?

Nadège : Non, je mange léger, quand on est là, dès 17h on a mangé.

Chercheur : dès 18h vous dînez ! C'est pour cette raison que vous ne prenez pas de goûter !!!

Nadège : Le matin, nous mangeons à 6h le petit déjeuner.

Chercheur : Vous vous levez tôt ? Il y a des soins ?

Nadège : Il y a les soins et la journée passe comme ça. Il n'est pas encore midi, le repas est déjà prêt.

Chercheur : Vous mangez vers 11h ?

Nadège : Vers 11h30.

Chercheur : Parlons un peu de la maladie du diabète : Quelle est la cause de votre diabète d'après-vous ?

Nadège : J'ai perdu maman... tout un stress dans la famille. Je faisais beaucoup de tension, après tout ça, j'ai dit je lâche prise.... Il y a eu le cancer.

Chercheur : Vous étiez déjà diabétique ?

Nadège : J'étais déjà diabétique. Je n'ai pas eu peur du diabète autant que le cancer. La seule chose que j'ai vu, tout était bien circonscrit.

Chercheur : Bien localisé, d'accord.

Nadège : Oui... Ce qui fait, que je continue à prendre des médicaments pour la douleur.

Chercheur : Vous pensez que c'est plus de l'émotionnel ? C'est l'émotion et le stress.

Qu'est-ce que la maladie a changé dans votre vie ? Vous étiez déjà à la retraite ? Qu'est-ce que le diabète notamment vous empêche de faire et que vous auriez aimé faire ?

Nadège : Déjà je n'aime pas faire le sport.

Chercheur : Il y a déjà ça.

Nadège : Ça n'a rien changé, ce qui a changé dans ma vie, c'est la maladie de mon époux.

Chercheur : Qu'est-ce qu'il a comme pathologie ?

Nadège : La maladie du poumon.

Chercheur : Cela fait longtemps ?

Nadège : Oui, il n'y a pas longtemps qu'il est appareillé. Je préfère dire au grand public qu'il est asthmatique.

Chercheur : On ne rentre pas dans les détails.

Nadège : Merci, vous n'avez pas mis de parfum. (*Elle m'avait demandé de ne pas mettre de parfum parce que son époux ne supporte pas certaines odeurs*).

Chercheur : Je l'ai laissé dans la voiture. Je vais mettre après.

Nadège : Quand il a fêté son anniversaire, ses 70 ans, personne n'avait mis de parfum.

Chercheur : Vous avez donné consignes ?

Nadège : C'était sur la carte.

Chercheur : Ça le fait déclencher une crise ?

Nadège : Oui, ça déclenche une crise, l'hélicoptère peut venir le chercher.

Quand on sort, on va dans les grands espaces pour s'aérer.

Chercheur : Avant, vous sortiez ?

Nadège : On n'était jamais là. Mon mari travaillait beaucoup, beaucoup.

Chercheur : Là, je vois qu'il a bonne mine ! Il doit aimer la compagnie ! La maladie a diminué votre rythme de vie !

Nadège : Par rapport au voyage, pas de voyage, sortie de groupe j'ai limité....

Des fois s'il y a de l'ombrage, on prend une chaise roulante. On trouve toujours quelqu'un qui vient à côté de lui aussi pour discuter...

Chercheur : Donc aujourd'hui moralement, vous êtes comment ?

Nadège : ! bien.

Chercheur : Vous vous sentez bien ?

Nadège : Avec cette histoire de corona, ça a arrangé mes affaires.

Chercheur : Avec le confinement, ça ne vous a pas impacté plus que ça !

Nadège : Pas du tout, pas du tout

Chercheur : Et vos courses ? Qui vous fait vos courses ?

Nadège : Mon mari y va avec moi.

Chercheur : D'accord, vous allez dans les grandes surfaces quand même ? Il vous arrive d'y aller.

Nadège : Oui, oui. Je reprends.

Chercheur : En termes d'accompagnement, on a vu l'aspect alimentaire. Qu'est-ce que vous aurez aimé encore que le système de soins vous apporte, même si ce n'est pas nous ? Qu'est-ce que vous attendez du système de santé en général ?

Nadège : Qu'est-ce que le système de santé me propose ?

Chercheur : C'est l'inverse. Un système part du besoin pour répondre à ce besoin...

Nadège : D'accord, je vous réponds. Nous avons une aide-ménagère...

Chercheur : Quelques heures par semaine ?

Nadège : Elle nous fait 2h30 et elle vient toutes les 2 semaines. Donc elle fait le ménage à fond. Comme ma maison est grande, il n'a pas lieu de nettoyer toute la maison puisque moi, je suis active. La pièce qu'elle a faite à fond, je n'y vais pas. Voilà, mais ce que j'aurai voulu....

Nadège : Alors je paye cet accompagnement de moi-même. Mais est-ce que le système peut m'offrir ?

Chercheur : Par rapport à ces pathologies, vous êtes en lien avec le CCAS? Ce sont eux qui déclenchent. Parce que cette démarche est déclenchée au niveau des mairies.

Nazaire : On a déjà posé cette question au docteur, il nous demandé d'aller chercher les papiers à la mairie.

Chercheur : C'est lui qui remplit et après il y a un dossier que la mairie envoie à la CTM, mais eux ils s'occupent de ça. L'assistante sociale de la CTM viendra pour faire une enquête. Mais le papier du docteur compte pour beaucoup.

Nadège : D'accord.

Chercheur : Parce que ce sera quelqu'un pour deux. Quand on additionne les deux, vous aurez sûrement bien plus que 2h30 toutes les deux semaines.

Nadège : D'accord.

Chercheur : Donc la première démarche, c'est de se rapprocher du CCAS pour demander aide.

Nadège : Est-ce que je peux garder la même procédure ?

Chercheur : Après, ils vont vous demander de choisir ; une société de service à la personne qu'ils vous proposent, mais ils vous disent, si vous avez déjà quelqu'un ou alors si vous pouvez chercher quelqu'un. Vous avez cette possibilité-là.

Nazaire : Merci, beaucoup.

Chercheur : Mais s'ils vous demandent, « si vous avez quelqu'un », vous dites oui carrément. La seule chose, c'est vrai, il ne faut pas que ce soit un mineur, quelqu'un d'handicapé. Vous voyez... En plus votre situation justifie cette aide-là.

Nadège : D'accord.

Chercheur : Ce n'est pas elle qui fait à manger, non !!!, je vous aurai dit, que si c'est elle qui vous fait à manger, mardi si vous voulez, elle peut venir au moment de l'atelier.

Nadège : Nous sommes autonomes, je préfère rester comme ça.

Chercheur : Vous êtes autonomes, Dieu merci. Tant que vous pouvez avec les précautions qu'il faut... !

Nadège : Je me suis déjà conditionnée, mais le jour où je ne pourrais pas, je ne vais pas embêter mes enfants. Il y a des porteurs de repas, il y a plein de choses qui se font. Il y a des voisins, des voisines. On va s'organiser.

Chercheur : Oui, oui, c'est vrai, quand je disais ce que vous souhaitiez par rapport au système, c'est le système qui..., c'est quand les demandes viennent qu'on analyse.

Nadège : D'accord.

Chercheur : Monsieur, on a parlé un peu de vous pendant votre absence. C'est à vous de répondre maintenant. Je parle de diabète. Quand vous l'avez su ? Cela fait un jour, qu'est-ce que ça vous a fait ?

Nazaire : Un jour ? hier.

Nadège : La semaine dernière.

Chercheur : Cela fait huit jours ?

Nazaire : Pas longtemps. Il nous a fait faire des analyses du PSA.

Chercheur : C'est pour la prostate.

Nazaire : Alors je suis allé voir un médecin à Mangot Vulcin, c'est pour ça que je suis venu. Le PSA impeccable. Je lui dis « J'urine beaucoup, beaucoup »

Le docteur me dit, « Vous faites du sucre ». Je lui réponds « du sucre ! » Il me donne des examens à faire. Je suis allé le mercredi, le jeudi je suis descendu au laboratoire, ils m'ont donné les résultats le vendredi. Le docteur est venu à la maison....

Nadège : Il me dit « je ne comprends pas, il fait plus de 2 grammes de sucre ».

Nazaire : Je fais plus de 2 grammes....

Chercheur : Et vous étiez à jeun quand vous avez fait vos prises de sang ?

Nazaire : Oui, oui, mais je ne comprends pas, je n'ai pas de sucre ! Il est étonné et voilà.

Nazaire : Alors hier, je me suis piqué..., je fais 1g35

Chercheur : C'était quoi ? Le matin, le matin tôt ou après....

Nazaire : A jeun.

Chercheur : C'est correct.

Nazaire : Donc ça a beaucoup baissé. Demain matin, jeudi, c'est 3 fois par semaine.

Chercheur : Trois fois par semaine, il ne faut pas trop.... Et vous savez quel doigt faire ?

Nazaire : Il y a un doigt spécial ?

Chercheur : Non, il ne faut pas piquer ces deux-là mais ces trois-là. Pourquoi ces deux-là, parce que temps de prendre quelque chose, on utilise ces doigts-là. On appelle ça les pinces.

Nadège : Ah d'accord !

Chercheur : Donc il ne faut pas les fragiliser en les piquant.

Nazaire : Ok, c'est ça les pinces !

Chercheur : Il vaut mieux faire ces trois-là.

Nazaire : Merci beaucoup. Par contre c'est celui-ci que j'ai piqué.

Chercheur : C'est celui-là, qu'il ne fallait pas piquer....

Nazaire : Rires !, mais cela n'a pas d'importance !!!

Chercheur : Non, non, cela n'a pas d'importance. Ce n'est pas régulièrement.

Nazaire : Ça donne toujours le même résultat ?

Chercheur : Oui absolument...

Nadège : C'est à la longue.

Nazaire : J'ai compris.

Chercheur : C'est à la longue, mais il faut prendre l'habitude de ne pas le faire.

Nazaire : Merci beaucoup.

Chercheur : Puis pareil, vous faites pareil. Une fois par jour aussi... Changez régulièrement.

Nazaire : donc demain on va faire, vendredi, je ne sais pas et lundi.

Nadège : Ça a été un électrochoc pour nous.

Chercheur : Justement c'était ma question. Comment vous avez vécu ?

Nazaire : Vous savez, j'ai été étonné quand même. Mais choqué..., je ne sens rien de mal.

Chercheur : C'est le truc du diabète.

Nazaire : J'étais étonné, mais je suis « choqué », ce n'est pas le mot effectivement.

Chercheur : En tous les cas, ça vous a embêté, perturbé.

Nazaire : Cela m'a étonné mais pas choqué.

Nadège : Oui, si bien que le sucre..... ça a joué sur son mental.

Nadège : 2g80

Nazaire : 2g80 c'est..., donc je trouve que brusquement, la façon.... Il est resté
C'est déjà descendu, aujourd'hui, il doit être encore plus bas.

Chercheur : C'est au fur et à mesure que ça va descendre ; et ce qu'il y a c'est le sucre. Et puis j'ai vu que vous marchez dans la journée. Allez de là à là.

Nazaire : La marche n'est pas forte.

Chercheur : Même si ce n'est pas fort, mais aller et venir, le peu que vous pouvez faire, il faut le faire.

Nazaire : J'ai une rallonge, je peux faire le tour. Parfois je l'enlève.

Chercheur : Un petit moment !

Nazaire : Un petit moment, dès fois quand je marche, il me faut.... Si je vais dans le jardin derrière là, quand je descends en bas, j'ai un petit appareil.

Chercheur : Absolument, c'est ce que j'allais vous dire, il faut quand même....

Nazaire : C'est l'effort, j'ai un petit appareil que je peux mettre en charge. Ça fait 8h de temps. Je peux le brancher sur la voiture... Je suis autonome, je conduis ma voiture madame.

Chercheur : Je sais, je sais, j'ai vu, madame me l'a dit et c'est très bien.

Nazaire : Je suis bien

Chercheur : C'est bien. Je vous ai posé la question. Qu'est-ce que ça vous a fait sur le moment ? Ça vous a surpris ?

Nazaire : L'effort là, il ne faut pas que je fasse grand-chose. Le fait de me baisser, le temps que je remonte....

Chercheur : Vous êtes essoufflé....Je ne sais pas si je me trompe, mais vous acceptez d'autant plus votre maladie, madame est diabétique vous la voyez depuis 3 ans faire ses affaires.

Nazaire : J'ai découvert ça, il y a 25 ans peut-être (*il parle de sa pneumopathie*)

Chercheur : C'est la question que j'allais vous poser. Est-ce que vous avez travaillé dans les mines, dans la pierre ?

Nazaire : J'ai travaillé dans les carrières, concasseur dans les années 60....

Chercheur : En plus, il n'y avait pas de masque, des choses comme ça !!!

Nadège : Il n'y avait rien.

Nazaire : La roche reste coincée dans la machine, il faut prendre un piquet pour la décoincer....

Quand j'allais manger à midi, voire 13h, j'avais une épaisseur de poussière madame ;

Nazaire : Un jour au carnaval, j'allais me coucher sur mon lit, je ne sais pas dormir, je ne veux pas gêner mon épouse. Je suis allé dormir dans une autre chambre. Je n'arrivais pas à dormir. Je me suis assis, j'ai mis tout mon corps par terre et ma tête sur le lit. J'étouffais. Le lendemain, j'ai laissé tout mon travail et je suis allé voir mon médecin. Il m'a envoyé voir le pneumologue.

A chaque fois qu'il me voyait, il me disait « Monsieur, faites attention parce que le poumon est mauvais... »

Et je travaillais. Je faisais des maisons, j'avais une entreprise qui tournait. J'avais beaucoup d'employés donc malgré ça, quand j'ai laissé l'entreprise, j'ai remis ma carte, j'avais une clientèle très large.

On est fort.

Chercheur : On se sent bien.

Nazaire : Je n'avais pas mal.

Chercheur : Comme le diabète.

Nazaire : Je faisais mon jardin, « Couscouche, igname, dachine ». Je sais faire.

Chercheur : C'est passé en maladie professionnelle ?

Nadège : Mais non, on ne donne pas. Ça n'a pas été, pas du tout. Ça n'a pas été reconnu.

Nazaire : Maintenant oui.

Chercheur : C'est ça, c'est ça.

Nazaire : A cette époque non.

Chercheur : Même avec.... Ah vous êtes déjà à la retraite.

Nazaire : Il est déjà trop tard.

Chercheur : C'est ça.

Donc, on disait, je reviens sur la question de diabète, ce n'est pas un choc pour vous, mais vous étiez surpris. Et là aujourd'hui avec une semaine de recul, comment vous voyez demain avec la maladie, le diabète ?

Nazaire : La vie continue, je vis avec, je n'ai pas le choix. Je ne pense pas à ça. Je dors, je mange. J'ai diminué sur l'alimentaire parce que mon ventre s'enfle, j'ai faim ; avant de prendre une bouchée....

Chercheur : Vous n'avez pas d'appétit, mais... je vais lui expliquer ça.

Nadège : Tu vas redevenir comme un jeune homme.

Nazaire : Par contre, j'ai beaucoup de gaz.

Nadège : Ce n'est pas elle...

Chercheur : Non, non, il faut le lui dire aussi. C'est le nutritionniste. Il est en mesure, il vous fera un plan alimentaire. C'est-à-dire un modèle de repas, matin, midi et soir.

Nazaire : Modèle.

Chercheur : Non, il n'y a pas de soucis. Il donne une base.

Nazaire : Oui, oui

Chercheur : L'idée du gaz. Et vous n'êtes pas constipé ?

Nazaire : Aller, aller, le problème que j'ai moi, c'est quand je vais aux toilettes ce que j'ai, ce n'est pas dur mais il faut que je le force de sortir. C'est ça le problème.

Chercheur : Ok.

Nazaire : Et ça sort après.

Chercheur : C'est ça, il y a comme un bouchon qui n'est pas gros, mais il faut que le premier parte pour laisser le reste partir.

Nazaire : Et ce n'est pas dur. On mange convenablement ici.

Chercheur : Et vous buvez de l'eau ? Un litre par jour ?

Nazaire : Plus que ça.

Chercheur : D'accord, c'est bien.

En gros si je résume :

- Madame, depuis 3 ans, a accepté quand même la maladie avec les contraintes. L'alimentation, elle fait avec ce qu'elle a et souhaite quand même un accompagnement pour simplement mieux faire.

Nadège : Voilà.

Chercheur :

- Et monsieur, pareil, nouvellement diabétique, profite de l'expérience du diabète de madame et est tout à fait d'accord pour mieux faire. Pour diminuer déjà le sucre. Chose qu'il commence à faire....

Nazaire : Les fruits, les oranges, on fait du jus concentré le matin. Orange amère, orange. Quoi d'autre on met dedans ??

Nadège : C'est ça.

Nazaire : Il n'y a pas trop de sucre dedans.

Chercheur : Pure sans rien.

Nazaire : Pure

Chercheur : Sans ajouter de l'eau, c'est ce qu'il convient.

Nazaire : Juste un petit filet d'eau, juste pour rincer l'appareil.

Chercheur : Vous verrez avec lui. Vous lui poserez la question.

Par exemple : Vous pressez 5 oranges, on va voir la teneur en sucre des 5 oranges.... Vous avez vu !

Nazaire : Comment on fait pour savoir ça ?

Chercheur : Il va vous donner le papier.

Nazaire : Ok, ok.

Chercheur : Il va vous donner le support. Pour la teneur en sucre de la papaye, je ne sais pas si la papaye a beaucoup de sucre. Vous aurez la teneur en sucre de chaque fruit. Et comme ça, à la limite, vous allez voir si vous pressez 5 oranges pures, si elles vous apportent un taux suffisamment élevé en sucre.

Nazaire : A quel moment on va voir ça ?

Chercheur : Avec la feuille qu'il va vous donner. Donc vous n'allez pas mettre 5 dorénavant, vous allez en mettre 2, quitte à couper avec de l'eau.

Nadège : D'accord

Nazaire : On peut mettre 5 et couper aussi.

Chercheur : Et de l'étaler dans la journée au lieu de prendre les 5 en même temps.

Nazaire : Et ça ne sert à rien de laisser le jus comme ça, il change. Ça devient amer.

Chercheur : Oui, ça fermente. Pareil, il va vous dire tout par rapport aux agrumes. A quel moment manger les fruits. Parce qu'il y a des fruits fermentent à l'extérieur, ça fermente aussi à l'intérieur. Des fois, on a des gaz, des gaz, on se dit « qu'est-ce que j'ai mangé », c'est tout simplement, il y a 2 aliments qui se sont rencontrés et qui se disputent à l'intérieur.

Nazaire : Comme je prends beaucoup, beaucoup de médicaments le matin, beaucoup, beaucoup, je vais peut-être lui montrer tout cela.

Chercheur : C'est ça.

Nazaire : Je prends des médicaments avec le jus qu'on fait. Le plus souvent, on prend : abricot, de la papaye... qu'est-ce que nous mettons encore ?

Chercheur : Un smoothie, il est partisan du smoothie. Il est tout à fait d'accord.

Nazaire : On fait cela souvent. On ne met pas de sucre.

Chercheur : Il vous dira.

Nadège : avec un peu de lait

Nazaire : Lait de soja.

Chercheur : Lait de soja, amende, avoine.

Chercheur : Curcuma et gingembre, vous utilisez ça ?

Nazaire : Beaucoup de gingembre

Nadège : Des fois le Curcuma sur du pain.

Chercheur : Vous mixez ?

Nazaire : Comme une vinaigrette. Comme on vous disait, on fait beaucoup de vinaigrette avec du persil.

Chercheur : Avec du persil ?

Nazaire : On mange la vinaigrette comme ça ...

Nadège : Vous m'avez dit, vous venez avec le nutritionniste.

Chercheur : A quelle heure je vous avais dit ?

Nadège : 8h 30

Chercheur : D'accord, 8h30, on a quelqu'un à voir avant, il faut qu'il mange à midi, donc il faut que l'on termine...8h00 ce serait trop tôt pour vous ? Le temps que vous, vous....

Nazaire : Cela ne me dérange pas.

Chercheur : Donc on va venir à 8h00, cela nous libère pour l'autre personne, pour que son repas soit prêt pour midi.

(Fin 1 :05 :14)

4) Entretien connaissance et habitudes alimentaires de Chantal

Lieu : service de diabétologie CHLD Trinité le 11 juin 2021

Femme de 46 ans hospitalisée depuis deux jours pour diabète inaugural

Chantal: (...) Avec les artistes, ce qu'il y avait dedans, avec un grand verre de jus... C'est comme au réveillon, j'ai vu la réalité. La réalité c'est que (...). Mais, entre nous on est adultes, je ne vais pas vous mentir réellement dans ma tête, là, le matin quand je prends le petit-déjeuner, je ne vais pas vous mentir, je ne vais pas me lancer, je regarde le petit-déjeuner. Ce matin j'ai pris une demi-heure avant de manger.

CHERCHEUR: C'est ça. C'est ces choses-là qu'il faut dénouer. Parce que personne, enfin, je ne veux pas défaire ce qu'elle dit mais il ne vous est pas interdit de manger votre poulet avec vos trucs. Et puis il ne vous est pas interdit de... et puis la seule chose c'est à quel moment le manger et qu'est-ce-que je mets. Et c'est pourquoi j'aime travailler, avec le nutritionniste avec lequel je travaille, il est très bien pour ça. Il est très bien pour ça. Moi j'en tire beaucoup. Son assiette c'est, son truc c'est « je me fais plaisir, je me soigne ». C'est ça. « Je mange, je me fais plaisir et je soigne ». Donc après de rester là à presque pleurer devant le truc là, c'est un truc un peu cassé là. Vous avez-vu ? Et je pense que c'est le bon moment parce que vous rentrez là-dedans. Donc vous pourrez rentrer avec des bases, des bases correctes. Ça viendra.

Chantal: C'est déjà là?

CHERCHEUR: Non, non ça prendra le temps et votre temps n'est pas le temps de quelqu'un d'autre. Ça c'est intéressant... Donc si vous acceptez, on... On rentre là-dedans. Pas la situation, non de rentrer. Qu'on travaille avec vous par rapport à ça, je pense que ça peut vous aider aussi. Donc, je prends votre téléphone, et puis quand vous sortez, quand vous êtes prête, je viendrai... Aujourd'hui vous mangez comment le matin ?

Chantal: Euh, petit-déjeuner, qu'est-ce que je mange ?

CHERCHEUR: Oui, classiquement.

Chantal: Hum, du chocolat...je bois du chocolat...

CHERCHEUR: Pas forcément à l'hôpital, de manière habituelle.

Chantal: Ayayaye ! Hum, il y a tellement...

CHERCHEUR: Non non ce n'est pas grave. Justement c'est le « ayayaye » qui nous intéresse.

Chantal: Donc, pizza...

CHERCHEUR: Le matin, on est là ?

Chantal: Oui le gros matin.

CHERCHEUR: Non, non, pizza, oui...

Chantal: (Rires)

CHERCHEUR: Vous verrez qu'on peut manger pizza le matin

Chantal: Le matin c'est... Quand je vais au travail hein. Le matin si je suis chez moi personnellement, je ne mange pas. C'est toujours quand je suis dehors que je mange. Par exemple je prends la voiture pour aller au travail, faut passer dans un snack ou bien faut que je passe...

CHERCHEUR: Vous habitez au Robert, vous travaillez à Fort-de-France ?

Chantal: Au Vert-Pré...

CHERCHEUR: Vous travaillez au Vert-Pré...

Chantal: Donc euh... Sandwich bavette que j'aime énormément, bien garni, avec un grand verre de jus, d'1 litre. Le jus péyi, vous savez, c'est fait au Robert. Alors je prends ma p'tite bouteille, je mange la moitié du sandwich et je range le reste. Par contre le seul défaut, quand il est midi je rentre chez moi, je ne mange pas. Je mange uniquement à 16h.

CHERCHEUR: Donc vous faites... Qu'est-ce-que vous mangez à 16 heures ?

Chantal: Je grignote beaucoup...

CHERCHEUR: Quoi en grignotage ?

Chantal: Alors... je grignote alors tout ce qui est biscuits, beurre, vous savez le petit...

CHERCHEUR: Le petit beurre... Comme LU ? Comme le LU là ?

Chantal : Oui. Avec, du pain, euh... tout ce qui est biscuits. Ah ouais j'ai acheté, aïe mon Dieu, j'ai acheté, j'ai acheté trois paquets de biscuits, y'a trois dedans alors trois trois ; neuf. Faut que je dise ça à mon fils, parce que c'est là. Les biscuits là avec les fraises à l'intérieur...

CHERCHEUR: Je sais... c'est les p'tits ronds là, ouais ouais. Je sais, oui... Donc des biscuits... Vous prenez des fois des fruits ? A quel moment vous mangez des fruits ?

Chantal: Très peu de fruits.

CHERCHEUR: Ah, très peu de fruits, peu de fruits.

Chantal: Les glaces là, les glaces euh, maracudja, fraise...

CHERCHEUR: Le dernier qu'on a sorti là avec euh, cacahuètes, pas vraiment ? Non ?

Chantal: Non... maracudja...

CHERCHEUR: Peut-être des glaces, aux fruits.

Chantal: Je prends, je mange tout d'un seul coup.

CHERCHEUR: Glaces aux fruits hein je mets. Pas tellement sorbets, mais la glace.

Chantal: La glace oui.

CHERCHEUR: La glace, d'accord.

Chantal: Après, le pot vert là...

CHERCHEUR: Oui oui je sais.

Chantal: Bah je mange le tout d'un coup.

CHERCHEUR: C'est votre quatre-heure.

Chantal: Oui... enfin ça dépend. La glace c'est toute heure pour moi. Par exemple, je vais dans le friseur, je prends une cuillère, je pars avec le bac carrément.

CHERCHEUR: D'accord. Et le soir, vous mangez quoi ?

Chantal: Le soir... le soir, je mange par exemple, je suis très lentilles, ti-nain. Si c'est pas lentilles, ti-nain, c'est lentilles et des ignames, lentilles, fruit à pain.

CHERCHEUR: Des légumes péyi.

Chantal: Oui, avec beaucoup de queue de cochon, ou bien viande salée. Je suis très poisson.

CHERCHEUR: D'accord.

Chantal: Plus poisson frit ou bien au four hein.

CHERCHEUR: Au four...

Chantal: Le court-bouillon ça dépend avec quoi. J'aime bien le court-bouillon de poisson avec le fruit à pain. Un p'tit morceau d'avocat si c'était la saison et puis un p'tit morceau de piment. Mais bon.

CHERCHEUR: Un ti-nain lanmori concombres pour le...

Chantal: Ti-nain lanmori, mais plus le matin. Avec concombres hein.

CHERCHEUR: Ah non c'est très bien. Par exemple, quand je dis c'est très bien, y'a... Il y a des choses à faire. A vous aider. Y'a des choses à vous aider. Avec le temps qu'il faut. Ça peut prendre un an, mais y'a... il y a le temps qu'il faut derrière. Donc ça c'est l'atelier nutrition, et on a un autre atelier. Ce n'est pas une psychologue, c'est un coach de vie que j'aime bien. J'aime bien travailler avec elle, pour décoder des petites choses comme ça. Ok... donc on va vous laisser sortir vous installer, c'est vous qui nous direz. Hein, vous me direz, je vais vous appeler... Si vous voulez tout de suite... donc l'atelier nutrition ça se fait chez vous. Enfin là où vous êtes, on vient avec le nutritionniste, on discute et tout et après... il vous fait un plan. Un plan alimentaire et tout ça.

Chantal: quoi ?

CHERCHEUR: Non, il vous fait un plan alimentaire pour voir le suivi. Ok, c'est quoi votre téléphone Mme ?

Chantal: (pause) Comme c'est un nouveau numéro...

CHERCHEUR: Vous travaillez dans quel secteur d'activité ?

Chantal: Alors, je suis agent polyvalent, je suis normalement cariste.

CHERCHEUR: D'accord, et vous travaillez au Vert-Pré où ? Je suis du Vert-Pré.

Chantal: Ecosystem Master. En montant sur la route du Vert-pré. C'est sur la droite.

CHERCHEUR: Après Bois-neuf ?

Chantal: Vers les champs de bananes...

CHERCHEUR: Voilà.

Chantal: Y'a plusieurs champs de bananes hein

CHERCHEUR: C'est ça. Y'a Labonne...

Chantal: Vous voyez après là où c'est écrit « assistance maternelle » ?

CHERCHEUR: Oui voilà

Chantal: Vous continuez à monter vers, il faut continuer à monter, c'est une entrée cimentée. C'est dans le recyclage.

CHERCHEUR: Ah bon... d'accord, je ne savais même pas.

Chantal: Là j'ai un gros problème avec la vue. J'ai remis des lunettes, parce que je ne savais pas que j'étais, je suis diabétique, donc ma vue avait vraiment baissé. Donc j'ai refait tout avec, l'ophtalmo et là je remarque c'est trop fort. Je ne sais pas ce qu'ils vont faire pour moi.

CHERCHEUR: Si, en ramenant...

Chantal: Parce que là je paie toujours, mes lunettes sont déjà passées... les sous... et j'ai pris trois. Et les lunettes de vue...

CHERCHEUR: Oui oui, ils peuvent refaire la mesure et puis refaire.

Chantal: Je vais demander au médecin. Ma vue était vraiment basse, je n'arrivais pas à... faire n'importe quoi. Je n'avais pas pris ça au sérieux, c'est quand j'ai fait les analyses et tout. J'étais dans le jardin chez moi, au laboratoire, ils m'ont appelé, et sur le coup je me suis assise et ils m'ont dit que c'était le diabète. Il m'a dit c'est trop haut.

Chantal: C'est une bonne équipe ici parce qu'ils m'ont soutenue, ils sont passés vraiment tout le temps, moralement... tout. Parce que ce n'est pas partout qui est comme ça hein.

CHERCHEUR: Vous avez deux enfants ?

Chantal: Trois ! Deux filles. La plus grande, elle m'a appelé tout à l'heure-là, elle a 26 ans.

CHERCHEUR: C'est bien. 26, 24 et la dernière ?

Chantal: Le dernier, 12 ans.

Chantal: Et puis j'ai jeté la clé de la serrure.... donc voilà pour le reste.

CHERCHEUR: D'accord on fait comme ça, j'ai le numéro. Je reste en lien avec l'équipe et quand vous êtes sortie, je vous dis quand est-ce qu'on est prêt et puis on revoie par rapport à l'atelier.

Chantal: D'accord, donc je vous appelle ou c'est vous ?

CHERCHEUR: Non, c'est moi qui vous appelle. Je vais voir avec l'équipe. Donc on retient deux ateliers : la nutrition et on va voir par rapport au coach de vie. Vous avez quand même trois enfants. Ils viendront à Fort-de-France avec vous, chez votre maman ?

Chantal: Ah non, mais ma grande fille est chez elle !

CHERCHEUR: Ah d'accord !

Chantal: Ma seconde qui est venue tout à l'heure-là, celle qui est avec moi, normalement elle était à Fort-de-France avec ma mère. Mais depuis quelques temps, c'est elle-même qui a vu ça... elle a vu que je ne suis pas top top. Elle est remontée, ça va faire un moment qu'elle est là avec moi et c'est elle qui s'occupe de tout. Je ne vais pas vous mentir, tout ce qui est papier, Sécu sociale, elle m'a même déjà appelé pour me dire qu'elle a déjà payé le loyer.

CHERCHEUR: C'est bien parce qu'elle aussi je vais voir avec elle, je vais... Ok, donc là vous irez, elle est à la maison, elle va gérer avec son frère.

Chantal: Oui oui avec son petit frère.

CHERCHEUR: Et entre temps vous irez chez votre maman, vous requinquez un peu.

Chantal: Oui oui, me replaquer un peu, et puis quand je me replaque je... une fois que ce sera bien puisque bon... je vais voir parce que ma mère elle ne vit pas seule. Elle a des frères là avec elle.

CHERCHEUR: Ah d'accord elle ne vit pas seule. Donc on va voir.

Chantal: Et puis comme je ne l'ai pas vu depuis longtemps, ça va faire quelques temps... je l'ai vu dernièrement, comme je vous ai dit, le fait d'aller uriner tout le temps, et puis je n'étais pas bien, j'ai la nausée, j'ai ça... Alors elle me disait « Ou ka travay trop ! ». Je me disais c'était ça, mais pendant ce temps ça me mangeait déjà par le corps. Je savais pas, ma vue, j'avais des somnolences dans la voiture quand je conduisais. Quand je suis arrivée ici lundi, je dormais... Klaxon pour klaxonner, je me demande si c'est dormir...

CHERCHEUR: C'est le Bon Dieu qui vous a emmenée...

Chantal: Voilà ! Et je suis là hein... Et cette dame là je ne vais jamais l'oublier. Elle est restée avec moi... C'est pour ça que je dis que c'est une très bonne équipe, parce que... Venir me voir, me parler... Et puis ça a dû être aussi un choc...

CHERCHEUR: De vous voir comme ça ?

Chantal: Oui, le choc, je me suis dit « oula ». Je criais après ma mère des fois quand elle ne voulait pas prendre l'insuline, je me rappelle, ça m'a marquée. Et puis elle n'a pas pris l'insuline, son taux était à 3 et puis. Et hop, elle est tombée dans le coma. Donc ça m'a...

CHERCHEUR: Aussi vous avez pensé à cette situation..., Je comprends !

Chantal: Voilà, quand j'ai... Lundi quand on m'a annoncé ça, je me revois comme ma mère... Parce que j'ai quand même mon petit garçon.

CHERCHEUR: D'accord... On va, on va vous accompagner.

Chantal: D'accord.

CHERCHEUR: Bon courage, parce que, c'est un passage. Le gros est passé pour l'instant. Vous avez bien vu vous n'êtes plus seule.

Chantal: D'accord, merci beaucoup. Bonne journée.

CHERCHEUR: Bonne journée à bientôt.

Annexe 25 – Étude 7 -Sept ateliers d'éducation alimentaire à domicile de personnes DT2

1) Atelier éducation alimentaire d'Irène à son domicile

Patient DT2 :Irène	Date : 14 mai 2021
Intervenants : Nutritionniste et chercheur en observation participative	
Atelier théorique et pratique : <i>Je mange, je me soigne, je me fais plaisir.</i>	

Irène : Ce que j'attends vraiment, c'est de connaître ce qui se passe au niveau de la maladie du diabète, comment se nourrir, comment... enfin, tout ce qu'il y a.

Nutritionniste : Très bien. On va essayer.

Irène : Ça m'intéresse.

Nutritionniste : La priorité c'est quoi pour toi ?

Irène : Comment cuisiner. C'est important pour moi.

Nutritionniste : La priorité c'est toi. Cela veut dire que pendant deux heures je serai à l'écoute, je vais écouter si tu as des questions, etc. ok ? Bon... avant d'aller plus loin, j'ai... lu le dossier.

Chercheur : Le compte-rendu de ce dont on a discuté lors de l'entretien la dernière fois.

Nutritionniste : Donc un petit problème au niveau des reins. Conséquences du diabète.

Irène : Oui, aujourd'hui je prends des médicaments.

Nutritionniste : Alors, aujourd'hui quel que soit le cas des individus, j'ai créé un outil pour l'équilibre alimentaire. Faudra qu'on parte de là en disant que "quand je mange" et il faudra poser la question "Pourquoi tu manges Irène ?". Pourquoi tu manges ? Qu'est-ce qui fait que tu manges telle ou telle chose ?

Irène : Pourquoi je mange ? On m'a créée pour ça, Dieu m'a créée pour manger.

Nutritionniste : Pour manger, rien que ça ?

Irène : Non mais pas pour manger seulement, non. Mais tu m'as demandé pourquoi je mange.

Nutritionniste : Non mais qu'est-ce qui motive le fait que tu manges, ou qu'est-ce qui fait que tu vas manger telle ou telle chose ? Qu'est-ce qui fait que, voilà...

Irène : Parce que le cerveau me demande de manger. C'est ça ?

Nutritionniste : Je ne sais pas, c'est toi.

Irène : Je ne sais pas trop...

Nutritionniste : Je pose la question, je sais très bien que...

Irène : Non, parce que je sais que je suis un humain, il faut que je mange.

Nutritionniste : Très bien, mais pourquoi tu vas manger des ti-nains plutôt que de manger... Farine de gluten, farine de sarrasin ou je sais pas quoi.

Irène : Je mange des ti-nains le matin.

Nutritionniste : Oui, je sais mais pourquoi est-ce-que tu manges des ti-nains plutôt que de la farine de sarrasin...

Irène : Non, je mange le ti-nain parce que j'ai constaté que, en fait, en fin de compte, le ti-nain c'est plutôt plus un repas, qui est plutôt plus traditionnel pour moi, depuis mon enfance. Parce que mon père... ma mère, ils ont toujours consommé le ti-nain, et, on a gardé, je dirai que dans toute la famille on a gardé... Même mon frère qui est à côté-là, on a quand même gardé cette habitude. On mange plutôt le ti-nain le matin, concombres, tomates, laitue, ce qu'il y a... Très peu de pain le matin.

Nutritionniste : Très bien, alors, moi je disais que... Quel que soit, enfin avec mon expérience hein, chacun a son expérience. Que quand on parle d'un repas équilibré, par exemple pour toi, ça veut dire quoi un repas équilibré ?

Irène : Un repas équilibré... ça veut dire que tu as protéines, tu as les légumes verts, tu peux avoir aussi des racines, le pain, et y'a le pain aussi, un p'tit peu de pain quand même. Y'a les racines et puis y'a aussi les fruits secs, c'est ça ?

Nutritionniste : Bien sûr. C'est toi qui me dis !

Irène : Les légumineuses.

Nutritionniste : Des légumes secs. Oui.

Irène : Les légumes secs, parce que les noix, noix, les amandes, j'ai déjà mangé des trucs comme ça. J'en consomme parce que je ne mange pas beaucoup de viande.

Nutritionniste : Ok... Alors donc je disais, que parfois en discutant avec les gens, pour résumer ce qui motive les gens, il y'a quatre piliers, (...). Déjà y'a le pilier "plaisir", c'est à dire "je mange parce que j'aime". "Plaisir"...

Irène : "Plaisir" ah d'accord. Je peux prendre note ?

Nutritionniste : Oui oui, bien sûr, tu peux prendre des notes.

Irène : Il y'a combien de cases ?

Nutritionniste : J'ai dit quatre.

Irène : Donc deux fois quatre ça fait huit, ?

Nutritionniste : Oui voilà, ça fait huit. C'est ça... On va en parler, pour pouvoir structurer un repas équilibré. Donc, quatre piliers. Il y'a quatre choses qui vont nous motiver...

Irène : Non, je prends note hein, comme ça je vais suivre hein. Ah mais oui, je vais en parler autour de moi...

Nutritionniste : Ah mais j'espère bien

Irène : Je connais beaucoup de personnes qui sont diabétiques, dans la famille il y'en a beaucoup...

Nutritionniste : Donc j'ai dit le premier pilier

Irène : "Plaisir"

Nutritionniste : C'est le plaisir, le deuxième euh ; je mets le "niveau socio-culturel". Tu me parlais tout à l'heure de ti-nains, des parents, et par rapport à ta culture.

Irène : Socio-culturel...

Nutritionniste : Tu sais ce que c'est socio-culturel ?

Irène : Oui

Nutritionniste : Nous sommes dans une culture qui, par rapport à notre vie en Martinique et tout ça. Donc le troisième pilier, c'est le pilier « physiologique ». Physiologique qui se dit par rapport à mes problèmes de santé.

Irène : Oui.

Nutritionniste : Physiologique... C'est-à-dire, je suis diabétique euh, le problème des reins, je vais prendre du poids.

Nutritionniste : Donc, ça va ? Donc, le niveau physiologique, c'est-à-dire j'ai des problèmes de santé, dans mon assiette ça va se retrouver aussi. Donc le dernier pilier, le quatrième, c'est le pilier « psychologique ».

Irène : Psy ?

Nutritionniste : Oui, psychologique, voilà.

Irène : Ça veut dire que si on a des problèmes, il faut en parler.

Nutritionniste : Oui, il faut en parler mais ça veut dire qu'il y a des aliments qui font du bien psychologiquement. Pour certaines personnes un bout de chocolat ou un sorbet coco...

Irène : Ah, ah d'accord.

Nutritionniste : Donc je disais que l'assiette c'est tous ces critères, enfin quatre critères. Psychologique ça veut dire que des fois je ne suis pas bien dans ma peau, donc il y a des aliments qui me font du bien. De même, il y a des gens qui disent qu'ils font du riz doux (rires), du riz doux parce que ça rappelle ce que maman faisait avant. Donc c'est réconfortant de... donc dans l'assiette je dis on doit pouvoir trouver ça. Par exemple, tu m'as parlé de ti-nain lanmori. Donc ti-nain, lanmori, concombres avec un peu d'avocat à côté.

Irène : Je mange pas d'avocat.

Nutritionniste : Donc ok, on enlève le... pourquoi pas, on enlève l'avocat.

Irène : J'ai tout essayé, je n'arrive pas à manger.

Nutritionniste : Ti-nain, morue, concombres.

Irène : Concombres, parfois avec de la laitue, de la laitue et un p'tit peu de tomates par moments.

Nutritionniste : Imagine, que tu doives donner une note de plaisir, qui aille de 0 à 5. C'est-à-dire, si tu dois donner une note pour cette assiette. C'est-à-dire niveau plaisir...

Irène : Une autre assiette le matin ?

Nutritionniste : Non, l'assiette de ti-nains, morue, concombres. Tu dois le noter. Tu dis, je donne une note de 0 à 5 : 5 sur 5, 4 sur 5, ou 2 sur 5, etc.

Irène : Ah...le ti-nain 5 sur 5, j'aime bien...

Nutritionniste : On mettrait 5, pour le plaisir ?

Irène : Ah oui, ah oui.

Nutritionniste : Et pour le socio-culturel ?

Irène : Non c'est vrai, parce que quand je mange, quand je mange le ti-nain, je me sens bien. C'est vrai parfois, et par exemple quand le téléphone sonne, mes sœurs appellent, man ka di yo, mon Dié, fout sa bon, man la ka manjé, épi han, ou ka manjé ti-nain an. Non, non c'est un plaisir pour moi parce que... et puis le ti-nain quand je le mange, ça me tient bien.

Chercheur : Ça cale

Irène : Ça me tient bien jusqu'à 13h, midi et demi - 13h, je n'ai pas faim, je grignote pas, ça va...

Nutritionniste : Très bien, alors pour le socio-culturel, pareil, tu aurais donné une note aussi pour cette assiette de ti-nain... alors ?

Irène : Un autre aliment ?

Nutritionniste : Non non c'est le même, c'est la même assiette, c'est le ti-nain qu'on va juger, c'est-à-dire je vais dire mon appréciation pour le côté socio-culturel, je vais dire quelle note pardon, par rapport à ta culture, à quel niveau tu mets le ti-nain, morue, concombre ? 0, 5, 4, etc...

Irène : Oui oui. Alors je mets toujours le 5 parce que j'aime bien, hein.

Nutritionniste : Ok...

Irène : Non je garde toujours, parce que, je crois que c'est mon mon plat spécial.

Nutritionniste : J'aurais dû prendre autre chose alors... (rires)

Irène : Non je vais manger peut-être, non je mange tout, je mange de tout, c'est que... il arrive parfois le repas de midi, man ka di "tiens j'ai pas envie de manger. J'en ai fait un pour mon papa, mon mari, je dis "bon, j'ai pas envie de manger des pâtes, j'ai pas envie de manger d'ignames", man ka kité sa épi man ka di tiens man ké fè an ti-nain lanmori pou manjé.

Nutritionniste : Oui oui, pourquoi pas, j'ai une amie qui fait la même chose

Irène : En fin de compte, c'est le, c'est, je ne sais pas, j'aime bien.

Nutritionniste : C'est ton repas refuge, quand tu as ça tu es au top ! Donc je mets 5 aussi pour le côté plaisir et socio-culturel. Et au niveau physiologique aussi, ça veut dire que voilà par rapport à mes problèmes de santé, euh, l'assiette hein, ce n'est pas seulement les ti-nains, j'ai mis ti-nains, concombre, lanmori.

Irène : Oui

Nutritionniste : Quelle note tu donnerais par rapport à ton problème de santé ? Est-ce que ça fait 1 sur 5, 2 sur 5, 3 sur 5, ou 5 sur 5 ?

Irène : Moi je ne sais pas, comment je vais répondre ? Je ne vais pas aimer euh, j'aurais aimé me sentir mieux, mieux.

Chercheur : Non mais l'assiette, comment tu la considères par rapport à ta pathologie ? Qu'est-ce qu'elle t'apporte sur le plan physiologique ?

Nutritionniste : Tu penses que ça te fait, ça te soigne en même temps que tu manges ?

Irène : Oui oui, ça me...

Nutritionniste : Alors, quelle note tu donnerais, c'est-à-dire que...

Irène : C'est toujours 5 ?

Chercheur : Oui, c'est toujours 0 à 5

Nutritionniste : Oui tu peux mettre une note intermédiaire

Irène : Bon, je mets, peut-être 4

Nutritionniste : Très bien, et au niveau psychologique, c'est-à-dire que quand je ne me sens pas bien est-ce-que ça me stimule, est-ce-que ça donne le moral ?

Irène : Quand je ne me sens pas bien, je n'ai pas envie de manger. Ça arrive. Mais là je vais peut-être grignoter, si je ne me sens pas bien.

Nutritionniste : Ok...

Chercheur : Non, on reste sur l'assiette, par rapport aux ti-nains, l'assiette ti-nains, concombres, morue, tu l'as dit tout à l'heure hein...

Irène : Une bonne salade, je vais peut-être manger ma salade

Chercheur : Attends, tu n'as pas bien compris la question Irène. On reste toujours sur l'assiette, qu'est-ce qu'elle t'apporte sur le plan psychologique ? C'est-à-dire, tu l'as dit tout à l'heure, quand tu n'as pas envie de manger ça ou bien... par exemple, tu es embêtée, qu'est-ce-que ce plat-là, ti-nain, concombres, morue, est-ce-que ça t'apporte quelque chose pour te booster, te redynamiser ?

Irène : Oui, le ti-nain, oui. OK on met 5 ! hein.

Chercheur : Donc c'est ton refuge quoi.

Nutritionniste : Voilà, y'en a pour certains c'est le chocolat...

Irène : Je mets les notes moi ?

Nutritionniste : Non, enfin oui si tu veux, non mais simplement c'est pour dire euh...

Le nutritionniste dessine une assiette qu'il partage en 4.

“Pourquoi je fais ce tableau ?” C'est-à-dire que quand on est devant une assiette, tu vois , devant l'assiette de ti-nains, morue, concombres, ou n'importe quelle assiette que tu vas consommer, il faut pouvoir se poser cette question ; là pour dire quelle est la part du plaisir... Parce que souvent, les gens mangent, beaucoup de personnes vont manger seulement par plaisir, et on ne pense pas toujours au côté, “je suis diabétique, etc.”. C'est-à-dire que je vais faire le diagramme de l'assiette, on va porter une vue d'ensemble de ton assiette. Sur laquelle je vais mettre la note du plaisir, je vais mettre la note du socio-culturel, que tu as mis là, je vais mettre aussi la note de la physiologie et la note aussi de la psychologie. Donc souvent, pour beaucoup de personnes, la note maximum est au niveau du plaisir, socio-culturel bon, pour toi apparemment, c'est assez équilibré. Puisque tu associes bien plaisir et tout ça dans les mêmes notes à peu près. Pour certaines personnes qui ne connaissent pas leur physiologie, c'est-à-dire que physiologie c'est 2 ou 0 et puis le côté psychologique etc. Donc euh l'assiette équilibrée comme je le dis là, si tu fais attention, il faudrait que ça t'apporte du plaisir, mais pas seulement. Il faut aussi que ça soigne.

Irène : Oui, il faut aussi que ça me soigne.

Nutritionniste : Donc quand tu manges, il y a le plaisir, ça rappelle aussi ce que tu avais l'habitude de manger, donc ta culture, vaut mieux, parce que si tu veux manger cela le plus longtemps possible, vaut mieux que ça soit quelque chose qui te parle, que tu as l'habitude de manger, et puis après bon. Parce que souvent, les gens perdent le côté physiologique parce que souvent on ne sait pas toujours qu'est-ce qu'il me faut manger, est-ce-que si je mange farine de manioc, est-ce-que c'est bon pour moi ? Je suis diabétique, est-ce-que farine de manioc c'est bon ?

Irène : Oui, oui c'est vrai. Il y a des questions qu'on se pose, est-ce-que ça va faire monter le taux de sucre ?

Nutritionniste : Voilà, c'est pour cette raison que nous essayons d'apporter, ce complément pour que quand tu manges avec plaisir, tu ne culpabilises pas. Que tu sois en mesure de dire, “j'ai mangé cette assiette, ça me va jusque-là, peut-être qu'il faut que je mette autre chose à côté”. Tu comprends ce que je veux dire ? Donc c'est juste pour avoir une vision de l'assiette, pour apprécier ton assiette. Ça va ?

Irène : D'accord, oui ça va. Là j'ai compris.

Nutritionniste : N'empêche, il y a un monsieur qui me disait, “Monsieur (...) je pense à vous avec votre tableau là... Mais comme c'est bon, je mange quand même”. Je lui dis “Mais c'est pas grave, vous êtes conscient des éléments de votre assiette, vous mangez, vous prenez votre responsabilité donc vous savez que c'est plusieurs dimensions dans votre assiette. Mais ça lance le débat. C'est là où tu vas poser la question, qu'est-ce-que tu attends, comment tu verrais par rapport à ton problème de santé ?

Irène : Oui, j'aimerais bien à midi. À midi, je mange normalement à midi ; ma salade et mon repas. Et puis, si je veux prendre un dessert, ce sera peut-être un fruit, et puis rarement, quelque chose de sucré. Parfois si j'ai envie de manger une glace, je dis bon bah je vais me faire plaisir, à ce moment-là je vais manger une petite glace, je ne vais pas manger deux mais je vais manger une glace.

Nutritionniste : Tu manges la glace comme dessert ou bien comme goûter, en collation ?

Irène : Non, en dessert, je ne grignote pas entre les repas, ça fait longtemps que je grignote plus entre les repas.

Nutritionniste : Ça peut être une collation sans que ce soit un grignotage.

Irène : Non, à ce moment-là, quand j'ai bien mangé le matin, je ne grignote jamais. Peut-être que si j'ai envie de manger quelque chose, je vais prendre un fruit mais je ne vais pas manger quelque chose de... pas de gâteaux, pas de pain, pas de biscuits, je ne mange pas ces trucs-là.

Nutritionniste : Quand tu arrives à midi, ton taux de sucre est normal ?

Irène : Ouais, à midi c'est toujours dans les 1g, 0,90g, parce que je n'ai rien grignoté, donc entre les cinq heures, je mange à 7 heures le matin, alors à 7h, quand il est déjà midi, midi et demi, 13h, je vais me piquer, je sais que le taux de sucre est descendu.

Nutritionniste : Alors c'est quoi grignoter.

Irène : Alors moi, je n'arrive pas, avant je grignotais beaucoup mais comme j'ai appris à ne plus grignoter entre les repas, parce que j'ai constaté que quand je grignotais le taux de sucre restait assez élevé parce que je mangeais.

Chercheur : Qu'est-ce-que tu entendais par grignoter ? Qu'est-ce-que tu mangeais ?

Irène : Ah je mangeais ce que je rencontrais. Avant, mais comme je le fais plus.

Nutritionniste : Imaginons, par exemple, moi je vois une journée, j'ai mangé le matin ti-nain, concombres, morue et puis fruits. Imaginons que je te dise de laisser les fruits pour 10h. C'est pas du grignotage.

Irène : *Ah si je veux laisser les fruits pour 10h.*

Nutritionniste : Ce n'est pas du grignotage. C'est ton petit-déjeuner, que tu as étalé pour qu'il y ait une collation. C'est pour ça que je distingue grignotage et collation. Pour ne pas tout mettre ensemble, parce que je peux toujours mélanger les fruits à autre chose.

Irène : *Et que je mange les fruits derrière*

Nutritionniste : Imaginons, éventuellement, je prends dans un bol, les ti-nains, j'écrase avec un peu d'huile bien sûr, je mets les concombres, je mets la morue et dans le même bol je purge une orange et j'attends que ça se tasse, ça risque de faire beaucoup et de fermenter !

Irène : *Ah faut pas mélanger le sucre, ce qui est sucré*

Nutritionniste : Non. Mais souvent il y a des gens qui ont des problèmes de ventre, de ballonnement, ce n'est pas du grignotage, c'est la même chose que je vais manger au petit-déjeuner mais je vais laisser une partie pour 10H. Pour beaucoup de gens, vaut mieux étaler des repas sur la journée parce que même dans mon livre en conseils diététiques en milieu hospitalier, certains diabétiques, on leur donne même jusqu'à cinq, six repas. C'est-à-dire un petit-déjeuner, une collation, un repas à midi, une collation et même certains, avant de se coucher, on leur donne encore pour maintenir une glycémie normale. Tout ça c'est pour dire qu'il ne faut pas se heurter sur le mot ; ce n'est pas du grignotage. Si ton taux de sucre est normal c'est bien, mais si tu sens que à un moment donné...

Irène : *Non ce n'est pas très normal, parce que ces temps derniers c'était pas très équilibré. C'est pourquoi on m'a donné l'insuline.*

Nutritionniste : Bon, tu vois, c'est ça aussi. Ça sert à ça aussi. Parce que l'insuline, ça permet de faire monter le taux de sucre dans les cellules. Si tu manges régulièrement tu n'as pas de pic. Bon, je dis ça aussi c'est pour te dire que si jamais tu as faim vers 10 heures, ne te bloque pas sur le mot "grignotage". Donc là c'est pas du grignotage, c'est juste une collation et c'est autorisé, c'est même conseillé.

Irène : *Ah bon ! c'est vrai alors.*

Chercheur : Par contre, Irène a dit "je prends un fruit, mais je prends pas quelque chose de sucré, je prends pas un gâteau, je prends pas un biscuit". Quelle différence tu fais entre le gâteau et le fruit ?

Irène : Non parce que pour moi, le fruit c'est du sucre naturel, mais pour le gâteau, ce qui est gâteau pour moi c'est l'ajout de sucre. Ça peut-être sucre de canne, sucre raffiné, du sucre.

Chercheur : Mais ça reste du sucre.

Irène : Mais le sucre du fruit.

Nutritionniste : Oui oui, ça reste du sucre mais en même temps il faut mettre une nuance, parce que dans le fruit c'est que du fructose. C'est le piège, parce que le fructose c'est aussi du sucre. Mais la différence c'est que quand on prend la glycémie, c'est le taux de glucose qu'on mesure, on ne mesure pas le sucre des fruits. On ne mesure pas le fructose. Mais le fructose est là aussi, il se transforme aussi en graisse si je ne l'utilise pas ! Il faut l'intégrer dans la comptabilité des sucres.

Le nutritionniste montre le document avec la teneur en sucre des aliments

Nutritionniste : Là j'ai mis sur ce tableau-là, les fruits, et les légumes et les féculents un peu plus bas. Ok ? Donc même si ici, le sucre c'est plutôt du fructose, donc les fruits, mais il y'a quand même du sucre, donc qui amène des calories. Donc tu vois par exemple là, la prune cythère, la pastèque est sucrée, on va dire qu'on ne mange pas la pastèque parce qu'elle est trop sucrée. La pastèque a presque deux fois moins de sucre, que la prune cythère et la pomme. Pourquoi ? Parce qu'il y a une partie du sucre de la prune qui est sous forme d'amidon. Quand tu fais du jus de prune, tu vois bien qu'il y a de l'amidon qui se dépose au fond. Souvent il y a cette confusion-là entre le goût sucré du produit et le total de sucre qu'il y a dans le produit. Je prends par exemple les légumes. Si je prends 100g banane jaune, je consomme 30g de sucres, mon repas a une densité de 30% en sucre. Si j'ajoute aux bananes 100g de

concombre qui est à 2% de sucres, les concombres vont atténuer le sucre de mon repas et apporter les fibres alimentaires.

Irène : Ah d'accord

Nutritionniste : Puisque je vais ramener des fibres, je vais ramener quelque chose qui va diluer le sucre. Mais comme on ne mange pas de biscottes avec une salade, on ne mange pas de biscuits avec une salade, donc le jeu consiste à combiner un produit de haut niveau de sucre avec un qui a un faible taux de sucre.

Irène : Ça veut dire que je choisis, le chou de chine, il y a 24% donc y'a pas beaucoup de sucre ?

Nutritionniste : Non, par rapport à ça, il n'y a pas beaucoup de sucre

Irène : Je peux l'associer avec n'importe quelle salade, là.

Nutritionniste : Oui, oui. Si je prends du Chou de Chine qui est à 24% et je le mets avec les courgettes qui ont 3% ou bien les concombres qui ont 2%, ça me fait 26 grammes pour 200 g de produits. La densité c'est-à-dire que si je ramène à 100, ça va me faire 26g de sucre pour 200 g de produit. C'est-à-dire si je ramène à 100g, j'aurai 13% de sucres parce que j'ai mis quelque chose qui va diminuer les sucres du chou de chine. Donc si je mets deux fois plus de courgettes ou bien de concombres je vais descendre encore plus bas mon sucre consommé.

Irène : Ah d'accord. Donc euh il y a les pourcentages là, mais on peut ajouter euh, il n'y a pas quelle quantité on peut manger ?

Nutritionniste : Non, ça veut dire que pour 100 g de brocolis, j'ai 3 grammes de sucre. Pour 100 grammes de banane jaunes j'ai 30 g de sucre.

Irène : Ah d'accord, c'est juste 100 g.

Nutritionniste : Oui, c'est une valeur, mais par exemple si tu manges 50 g c'est moitié moins.

Irène : D'accord

Nutritionniste : C'est-à-dire que ce sont des valeurs qui sont données pour 100g. Donc, ce sont des pourcentages, c'est 30%.

Irène : 30%, c'est 30g de sucres pour 100gr de produit ?

Nutritionniste : Oui. Si tu prends la moitié, tu divises par deux pour avoir la moitié de quantité de sucre.

Nous lui remettons son plan alimentaire avec des exemples de menus pour une semaine.

Irène : Celui-là, c'est à moi ?

Nutritionniste : C'est à toi.

Irène : Oui, parce que j'avais eu ça, il y a un moment, ça fait peut-être déjà quatre ans, mais je n'arrivais pas à suivre,

Nutritionniste : Le plan alimentaire ?

Irène : Ouais, le médecin n'était pas content. Chaque fois j'allais mais je sais, je sais que je faisais pas d'efforts hein. Et puis, j'ai décidé depuis en 2017, j'ai décidé de me prendre en main vraiment. Parce que j'avais fait 10 jours à l'hôpital et puis là j'ai dit ah non hein, il faut que je me soigne.

Nutritionniste : Bon, on parle là du sucre, mais tous les sucres n'ont pas la même valeur. Il y a des produits qui vont augmenter plus vite ton sucre dans le sang que d'autres. Avant on parlait de sucres lents et de sucres rapides.

Nutritionniste : Il y en a qui vont le faire monter plutôt lentement, donc euh on va classer les aliments là aussi par rapport à leur capacité à faire remonter la glycémie. C'est-à-dire que si je mange des biscottes, quel est l'impact sur le sucre dans mon sang, par exemple les ti-nains, quel impact. Qu'est-ce que je dois choisir si je ne veux pas que mon sucre augmente beaucoup ? Entre les biscuits ou bien alors quand je mange les bananes seules, peut-être ça va augmenter d'une manière, si je mets des légumes verts à côté on va aussi faire.

Irène : Oui mais les bananes, la banane jaune ? Parce que le ti-nain n'est pas sucré, il y'a que la banane jaune qui a du sucre ?

Nutritionniste : Mais les pâtes sont sucrées ou pas ?

Irène : Les pâtes ? Oui, il doit y avoir du sucre dans les pâtes.

Nutritionniste : Mais pourquoi tu me dis les pâtes ? L'amidon c'est du sucre. Le ti-nain n'a pas de sucre mais il a de l'amidon. L'amidon comme on disait ramène du sucre. C'est pour ça que quand on voit la valeur, on va prendre les ti-nains il y a 20%. Quand on voit la valeur des pâtes, il y a 24%.

Irène : Ah mais il n'y a pas beaucoup

Nutritionniste : Dans les ti-nains il y a quand même 20%.

Irène : Mais il y en a quand même

Nutritionniste : Il y en a moins mais il y a quand même 20%. Parce que souvent les gens disent que comme y'a pas de goût sucré y'a pas de sucre.

Chercheur : C'est ça, mais c'est ce que tu viens de dire Irène. Tu as dit "les ti-nains ne sont pas sucrés, les bananes jaunes sont sucrées". Et regarde la différence n'est pas grande hein. Ça veut dire qu'il y a aussi du sucre dans les ti-nains même s'il y a un peu plus dans les bananes jaunes.

Irène : Mais j'ai remarqué par exemple quand je mange, j'ai toujours essayé de faire ça mais bon, quand je mange le ti-nain, je vais essayer de me piquer deux heures après, mon taux de sucre est resté comme c'était le matin, ça ne monte pas.

Nutritionniste : Oui ça ne monte pas

Irène : Oui

Nutritionniste : Tu te piques combien de temps avant manger ?

Irène : Deux heures par exemple le médecin m'avait dit, mais le ti-nain c'est intact. En fait j'ai remarqué que quand je mange des ti-nains mon taux de sucre ne va pas monter facilement. Par exemple si, je sais que quand je prends le dextro à midi, quand je vais le prendre à midi, si je mange des pâtes à l'eau, mon taux de sucre ne bouge pas non plus.

Nutritionniste : Tu manges des pâtes complètes ou des pâtes normales ?

Irène : Ah des pâtes, panzani.

Nutritionniste : Non c'est possible parce qu'il y a des gens qui digèrent plus ou moins rapidement certains féculents.

Chercheur : Donc on va faire la différence, et c'est là une autre notion dont on parle aussi pour les diabétiques, c'est la notion de l'indice glycémique. Tu sais ce que ça veut dire ?

Irène : Oui, glycémie c'est quand on prend le matin, c'est ça ?

Chercheur : Ça c'est le dextro,

Nutritionniste : Ça c'est la glycémie. Tu fais le dextro, pour prendre le taux de sucre dans ton sang

Irène : Oui, le dextro.

Les explications lui sont données à partir d'un autre document

Nutritionniste : Voilà, l'indice glycémique c'est pour voir comment le produit va augmenter ton taux de sucre dans le sang. Par contre on va parler ti-nain, tu m'as dit que les ti-nains ça augmente pas beaucoup le sucre dans ton sang. Mais il y a des produits, si tu manges un gâteau par exemple ça aurait augmenté.

Irène : Oui, ça augmente, je sais que si je consomme du sucre, ça va monter hein

Nutritionniste : Donc c'est cette notion de l'index glycémique dont on va parler. Quand tu fais les tests au laboratoire, on te donne du sirop à boire.

Irène : Oui ! C'est désagréable lorsqu'on te fait boire de l'eau sucrée à jeun. Manman !

Nutritionniste : Oui parce que c'est très sucré. Bon, partons de là, on va donner

Donc, je disais, on va placer les aliments par rapport à leur capacité à augmenter ta glycémie. C'est ça qu'on appelle indice glycémique. On va donner par exemple, tu vois là ? Tu vois l'écran ?

Les explications sont données à partir de graphiques

Nutritionniste : On va donner le glucose avant, on va mesurer ta glycémie à plusieurs moments, donc on va voir que ça va monter, que ça va baisser. Le glucose on lui donne la valeur 100, donc c'est la référence. On va donner la carotte crue à manger, la carotte crue va monter à 16% de cette valeur-là. On va dire que l'indice glycémique de la carotte est de 16. La carotte cuite, on donne aussi à manger la même quantité, on voit que ça monte à plus de 47% de la valeur qui est indiquée ici. On va dire que l'indice glycémique de la carotte est de 47. C'est-à-dire qu'entre la carotte crue et la carotte cuite, le fait de cuire la carotte, ça la ramollit et son absorption devient plus rapide.

Irène : C'est vrai ?

Nutritionniste : C'est ce que je suis en train de dire.

Irène : Non mais pourquoi j'ai dit ça, c'est que j'aime bien la carotte cuite.

Nutritionniste : Oui pourquoi pas ?

Irène : Non je ne mange pas une grosse quantité

Chercheur : Pour nous, ce qui est important, c'est t'apporter la connaissance à partir de tes pratiques, pour que tu comprennes, et agisse en conséquence.

Irène : Ah oui

Nutritionniste : Oui ! il faut que tu saches. Je parle des carottes mais c'est aussi par rapport à la pomme de terre, les choux de chine ou les bananes. Tu vois bien que plus c'est cuit, plus ça ramollit. Quand c'est ramolli et ça se digère plus rapidement. La cuisson est une prédigestion. Quand tu cuis un aliment, plus tu cuis, plus tu augmentes ta capacité à digérer plus rapidement et tu augmentes la façon dont il va augmenter ton taux de sucre dans ton sang. Donc, on parle de l'index glycémique des aliments. La pomme de terre, par exemple est à 70, la pomme de terre en purée, parce que par exemple la purée on a déjà fait un travail, ça passe à 90. La pomme de terre en frites ça passe à 95. C'est-à-dire plus c'est friable, plus c'est digeste et plus ça va devenir un sucre rapide.

Irène : Ni an lo bagay nou ka manjé ki pa bon ! (*Il y a beaucoup de choses que nous mangeons et qui ne sont pas bonnes*)

Nutritionniste : On va continuer, donc si je prends un bout de gâteau seul, le gâteau va augmenter de beaucoup. Ou bien quand je prends les flocons d'avoine, tu as cette feuille ?

Les explications sont données à partir d'un document qui contient l'indice glycémique de certains aliments.

Nutritionniste : Donc la première colonne c'est le taux de sucre, comme sur le paquet qui est là. Ok ? C'est-à-dire que pour 100g de bananes jaunes, bananes créoles il y a 30 g de sucre, c'est ce qu'on a dit. Pour 100g de biscottes, c'est à 76 c'est ce qu'on a vu aussi. Cerises, champignons, etc, christophines, ok ?. La deuxième colonne c'est l'indice glycémique. Donc, le glucose étant la référence on donne la valeur 100, c'est la référence. Donc, je parlais de carotte tout à l'heure, la carotte cuite c'est 47, crue c'est 16.

Irène : Ah ouais quand même

Nutritionniste : Ainsi on va classer les aliments par rapport à leur capacité à augmenter le taux de sucre. Mais Dieu merci, on a vu, les légumes verts contiennent très peu de sucre, ça permettra de faire tampon pour diminuer la force des autres produits. Ok ? Donc là si je regarde mon tableau, il me dit qu'un gâteau ferait ça, un sirop ou un soda, les légumes verts font ça, ça n'augmente pas le taux de sucre, ça reste intact. Si je mange un gâteau et des légumes verts dans le même repas, les légumes verts vont tirer vers le bas le taux de sucre.

Irène : Donc si je comprends bien, faut toujours mettre les légumes verts, dans tout ce qu'on mange faut mettre les légumes verts ?

Nutritionniste : Si tu le fais, tu vois bien que les fibres absorbent et empêchent que le sucre se diffuse trop rapidement. Donc, cet impact-là permet de diminuer l'augmentation de ta glycémie. Et tu auras besoin de moins d'insuline. Puisque plus le taux de sucre augmente, plus on te donne de l'insuline. C'est pour ça que des fois quand ça tombe trop bas, on est en hypoglycémie. Alors que si ça se libère progressivement, tu as le temps de voir venir. Ça va ?

Irène : Oui, parce qu'il y a un moment, c'est vrai, comme je mangeais de la salade le soir, une soupe de temps un temps, je consommait moins de légumes verts à midi. Je mangeais normalement, et puis si j'ai envie de manger une petite salade, mais là j'ai compris qu'il faut que je mange la salade dans mon repas à midi.

Chercheur: Systématiquement

Nutritionniste : Systématiquement, si tu veux diminuer la force du sucre.

Irène : Sinon, avec ce que je vais manger le taux de sucre va monter.

Nutritionniste : Tu vois, c'est comme quand tu fais du poisson frit, tu mets du papier sopalin. Le papier sopalin absorbe la graisse ; les légumes verts amènent les fibres, ils font comme le sopalin et vont absorber le sucre et diminuer le taux de glycémie, et puis une partie sera fixée et éliminée dans la matière fécale même. Donc, tu ne profites pas de tous les sucres, c'est pour ça que je te dis que si tu manges un gâteau après avoir mangé un repas, tout le sucre n'ira pas dans le sang, une partie sera piégée par les fibres et éliminée. Alors que si tu manges un gâteau seul en collation, le taux de sucre va monter beaucoup plus rapidement. Donc l'enjeu pour les diabétiques c'est ça, d'ailleurs c'est pour tout le monde que ça devrait être comme ça. L'assiette, quand j'ai des clients qui veulent maigrir, je leur dis voilà "on

est en démocratie, je vous conseille, c'est-à-dire que tu prends ton assiette, tu partages en deux, tu mets ce que tu aimes, tomates, concombres, ki sa sa yé sa, ça c'est des légumes verts, je mets des féculents : ti-nains, pâtes, bananes jaunes ; et là je mets des protéines animales ou végétales : viandes, poissons, etc.

Irène : Il y a une quantité ?

Nutritionniste : Oui on peut parler quantité après, mais quantité tu vois bien que la quantité ça dépendra de toi, ton activité, si tu es beaucoup sportive ou pas. On va en parler, sans soucis. Mais ce qui veut dire simplement que si tu veux maigrir, tu augmentes la part de légumes verts ou bien si tu veux que ton sucre augmente moins. Tu augmentes la part de légumes verts et tu mets moins de féculents. Si tu veux grossir, on est en démocratie, on peut vouloir grossir, ça arrive, je leur dis carrément "vous réduisez les légumes verts, comme ça toute la partie qui est là, augmente du même coup. Pour les diabétiques c'est vraiment ce schéma-là. Après, on n'a pas dit qu'il fallait mettre les légumes verts à côté. Prendre un gratin de pâtes avec des épinards par exemple, j'ai les deux, ce n'est pas forcément des légumes verts à côté. Quand je cuis mon ragoût comme on le fait en Afrique, je mets beaucoup de légumes dans mon ragoût, et c'est des légumes verts que je mets et je mange avec mon riz etc.

Irène : Ouais, j'aime bien par exemple quand tu as des légumes, j'aime bien faire la ratatouille, je mange beaucoup.

Nutritionniste : Oui voilà, la ratatouille

Irène : Oui j'aime bien la ratatouille et je mélange avec la viande tout ça, poivrons etc.

Nutritionniste : Tu fais sauter même avec du poisson. La ratatouille, du poisson bien assaisonné tu déposes dedans, ça cuit dans le jus, et tu manges ça avec ce que tu veux. Donc c'est dans cet esprit-là. Moi, chez moi on fait avec des feuilles de manioc, feuilles de patate douce, feuilles de ki sa sa yé sa, feuilles de giraumon.

Irène : Je n'ai jamais mangé les feuilles, feuilles de patate douces

Chercheur : On les fait en tarte avec c'est très bon

Nutritionniste : C'est pour dire qu'il y a beaucoup de choses qui se perdent et j'ai noté ça en revenant, j'en ai peut-être déjà parlé, les menus traditionnels de la Martinique aux temps des plantations. Où on donnait des gros légumes, parce qu'on allait travailler dur et on prenait des légumes verts dans les jardins créoles pour se rafraîchir, des gombos, des herbages, tout ça. On recherchait mais on n'en avait pas tous les jours, pourtant c'est ce qui nous sauve, si je le fais tous les jours, je mange, je me soigne. Au lieu d'attendre d'être encrassée pour se rafraîchir, si je me rafraîchis au fur à mesure que j'avance, le concombre, avec le gombos, avec les épinards, avec les feuilles de patates douces et tout ça, ce sont des choses par rapport à leur couleur verte, riches en chlorophylle, qui...

Irène : Par contre, le chlorophylle, j'en prends,

Nutritionniste : Oui tu en prends mais tu, tu

Irène : Non non, je mange, je fais du jus vert

Nutritionniste : Avec quoi ?

Irène : Je fais avec euh, comment ça s'appelle ? Épinards, pas beaucoup hein mais épinards, je peux mettre du pourpier, laitue, persil, herbes amères, si j'en trouve hein, et puis euh, un p'tit peu de concombres et puis un petit peu de chou pommé, une petite feuille de chou pommé s'il y en a. Si c'est du vert. Je fais. Et puis je mets un petit peu de curcuma là-dedans.

Chercheur : Une question... par rapport à cette assiette, puisque c'est toi qui fais à manger pour ton mari et ton papa, comment tu verrais l'assiette de ton mari, qui travaille ?

Irène : En fait, mon mari, il mange comme moi hein...

Chercheur : Par rapport à ce qu'il fait, comment tu fais son assiette ? Vous mangez la même chose, comment ?

Irène : Oui, on mange la même chose, c'est que mon mari ne mange pas beaucoup, ce n'est pas un grand grand mangeur, et il travaille beaucoup hein, mais si par exemple je vais faire de la protéine, si j'ai pas envie de manger de la viande, il y a mon papa, je vais cuire de la viande normalement pour eux. Mais je vais faire mon steak végétal à part.

Chercheur : Ok, mais par rapport à la répartition dans l'assiette, comment sera son assiette ?

Irène : Ah oui, par contre euh, lui il va prendre beaucoup plus de féculents et de protéines que moi.

Nutritionniste : Tout à fait

Chercheur : C'est ce que nous souhaitons que tu comprennes.

Irène : Il mange moins de salade que moi.

Chercheur : Le repas est le même, mais en termes de quantité et de composition, quand tu vas prendre un carreau de fruit à pain, lui il va en prendre deux et pas forcément de légumes verts ou très peu.

Irène : Oui

Chercheur : Par contre, ton assiette sera grosse comme ça parce que tu auras mis du gombo, des courgettes, etc. Tu as compris. C'est ce que je voulais vérifier.

Nutritionniste : Ce que Monique dit est important, parce que souvent tu ne vas pas faire 10 000 repas à la maison. C'est le même repas que tu feras pour tout le monde, mais au moment de servir les gens, les quantités et le contenu des assiettes ne sont pas les mêmes.

Irène : Les quantités, ouais c'est vrai.

Nutritionniste : Comme je disais si tu es sportive, comme Monique disait, si tu travailles dur, il faut remonter la part de féculents parce que tu vas les dépenser. C'est pour ça qu'on disait que dans les habitations les gens travaillaient dur, et ils mangeaient beaucoup de gros légumes et ils les dépensaient. Pourquoi il y a tous ces problèmes de diabète ou autre, parce qu'on a gardé la même structure alimentaire qu'avant alors qu'on travaille moins. Donc tout ça fait que ce qu'on ne dépense pas, ça retourne dans le sang. Tu comprends ? Donc si je peux réduire déjà par l'entrée, c'est autant que je n'aurai pas à devoir dépenser plus loin. Sinon, il faut que tu fasses des activités. Je vois des gens qui vont en salle de sport pour pouvoir faire du sport, pour pouvoir bouger. Il suffirait de ne pas avaler beaucoup de calories au départ pour ne pas être dans l'obligation de bouger.

Irène : Donc, si je comprends bien, au niveau de l'obésité, le repas ça compte beaucoup. C'est-à-dire que ça dépend de ce qu'on mange.

Nutritionniste : Oui, en grande partie.

A l'aide d'un schéma le nutritionniste explique

Nutritionniste : On peut faire cette équation : ce que tu manges et ce que tu dépenses. Et la différence c'est ce que tu mets en réserve. Si tu manges quatre étoiles, et que tu dépenses les quatre étoiles tu n'as pas de réserve. Tu parlais d'obésité, l'obésité c'est ça, c'est-à-dire que trop de réserves inutiles, parce que je ne dépense pas tout ce que j'ai avalé. Parce que mon alimentation est trop riche, par rapport à mes activités, ou bien parce que je n'ai pas d'activité, si je suis sédentaire ou si j'ai des hormones qui peuvent jouer aussi. Mais on parle à la base c'est ça ; je n'ai pas dépensé tout.

Irène : J'ai quand même vu une différence au niveau de l'alimentation et tout parce que quand on était enfants, plus jeunes, bon je vais utiliser le mot "grignoter" mais ce n'est peut-être pas le bon, c'est peut-être pas grignotage mais les gens mangeaient moins, on consommait moins, on mangeait bien midi, matin, midi, soir, mais dans la journée on consommait moins parce qu'on n'avait pas le temps de se reposer, on était sur les arbres, on mangeait des fruits, on se promenait...

Nutritionniste : Tu allais dans les *raziés*⁹¹

Irène : On courait, on jouait à cache-cache, donc on n'avait pas le temps de consommer beaucoup de choses. Alors que j'ai remarqué que maintenant, euh c'est vrai, les gens sont assis, yo ka manjé (*ils mangent*).

Nutritionniste : Ils mangent que les mêmes choses. Tu vois, là où la mangue amène 16% de sucre, le biscuit amène 76% de sucre. La mangue est quand même moins sucrée, qu'un paquet de biscuits.

Irène : Oui

Nutritionniste : Ça veut dire que ce n'est pas interdit ce que j'ai mis ici. Mais c'est-à-dire que je vais le diluer avec, je vais le diminuer avec ce qui sera là. D'accord ? Le problème se pose des fois quand on prend du riz à 24%, où est-ce que j'ai mis le riz ? Il est écrit 25%, si je rajoute encore des lentilles, c'est-à-dire des légumes secs cuits, ça ne diminue pas beaucoup puisqu'ils sont déjà à près de 20%. Sauf si je fais moitié-moitié. Mais si je prends mon riz cuit et que je mets des courgettes ou je fais la ratatouille comme tu fais, je mets quelque chose par ici, ça va baisser beaucoup le taux de sucre qui est là.

C'est-à-dire quand on met deux féculents dans la même assiette, tous les diabétiques devraient se poser la question : qu'est-ce que j'ai comme occasion pour pouvoir brûler tout ce que j'ai mis comme sucre ?

⁹¹ C'est-à-dire sous les bois, dans les campagnes.

Chercheur : Allez on passe en cuisine et puis on va continuer à discuter et puis tu vas voir les possibilités, comment on peut réagencer ce que tu avais déjà prévu.

Nutritionniste : Bon par rapport à ça, qu'est-ce-que tu nous proposes aujourd'hui ?

Irène : Bin, combien de temps qu'on a ?

Nutritionniste : 1H

Irène : Non, je fais du riz, elle m'avait dit de faire un fond de tarte. Bon, si je n'ai pas le temps, je vais faire ma tarte hein, mais je vais faire

Nutritionniste : Tu veux faire un fond de tarte avec quoi ?

Irène : Juste une quiche, non mais comme je sais faire,

Chercheur : On va voir, en fonction de ce qu'elle a

Irène : Parce que j'ai des brocolis, j'ai du riz, j'ai du poisson et puis une bonne salade, pour ce midi

Nutritionniste : Oui oui ça va, mais imaginons que tu aurais fait ta tarte, tu l'aurais mangé avec quoi ?

Irène : Alors la tarte, si je fais pour ce soir, je vais manger avec une bonne salade de laitue et tomates

Nutritionniste : Oui, c'est-à-dire que comment ? Je dis que chacun fait son cinéma, quand on dit ça, ça veut dire que je ne suis pas un chef cuisinier, je fais à manger pour mon plaisir. Imaginons que j'ai une recette de quiche qui a beaucoup de choses grasses, je peux modifier. Si je sais que je dois mettre beaucoup de légumes verts, c'est-à-dire dans la quiche même, je peux mettre du poisson avec des épinards. C'est plus une quiche traditionnelle comme on dit, c'est une tarte entre les deux. Mais je peux partir de la recette et puis j'ajoute ce dont j'ai besoin moi.

Irène : Par contre, dans ma quiche j'aime bien mettre de la tomate

Nutritionniste : Oui, pourquoi pas, mais tu peux mettre épinards, brocolis, c'est bien avec

Irène : Par contre j'ai le poisson. Je peux faire la salade seulement, ce n'est pas un problème !

Chercheur : Tu veux faire la ratatouille, Robert va te montrer.

Irène : Qu'est-ce qui me manque ? J'ai du poivron, j'ai des courgettes.

Nutritionniste : Irène, tu es chez toi, tout ce qui est là on va faire avec, c'est tout, on ne va pas se poser 10 000 questions. Je t'ai dit ce n'est pas pour un concours de je ne sais pas quoi.

Irène : Je ne sais pas trop. Voilà, j'ai des carottes.

Nutritionniste : Alors, quand on fait, bon je suis comme j'dis, on va commencer par les légumes les plus durs. On va faire sauter, de l'oignon, on va commencer maintenant à mettre dedans les légumes qui demandent plus de temps de cuisson et on va mettre à la fin ceux qui cuisent plus rapidement.

Irène : Par contre, j'aurais bien aimé ces deux p'tites courgettes, je préfère les petites courgettes, on va les laver

Nutritionniste : D'accord, y'a pas de soucis. Et puis voilà, qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Tu as même du gingembre

La discussion se poursuit durant l'atelier pratique en cuisine

Irène : Par exemple, c'est vrai que le repas du soir est beaucoup plus léger, par exemple si je prends une soupe ou bien une soupe verte, par exemple, en parlant du calalou, combien de féculents que je peux manger avec ? Parce que comme je prends l'insuline, il faut un féculent.

Nutritionniste : Tu peux prendre ta soupe avec un petit bout de pain. Par exemple les jours où tu as fait ta tarte, tu prends une soupe verte avec la tarte, ça te fait un complément de féculent. Il faut apporter un peu de féculents pour que tu ne sois pas en hypoglycémie durant la nuit.

Irène : Ok ! Faut manger de tout mais il faut savoir.

Nutritionniste : Il faut savoir. Tu parlais de gâteaux tout à l'heure. Imaginons que tu as prévu de manger un gâteau pour ton plaisir. "Qu'est-ce que je mets autour du gâteau pour pas que ça augmente trop mon taux de sucre ?". Même pour le repas que je vais faire, y'a la farine, la graisse, le sucre, y'a de l'oeuf, si c'est un quatre-quart, je vais mettre moins de féculents dans le repas, je ne vais pas mettre de sucre, moins de graisse. Notre gâteau sera incorporé dans le repas, et il sera moins glycémique que si je le mange seul.

Irène : Donc si par exemple, comme tu dis j'ai envie de manger un petit bout de gâteau, mais que je n'ai pas vraiment très faim, je prends et puis je dis "bon, je vais manger une bonne salade". Je peux manger le gâteau quand même ?

Nutritionniste : Si tu prends une salade, oui. Si la salade n'est pas à quatre heures de ton gâteau, parce qu'il faut que la salade soit près de ton gâteau pour absorber parce que si

Irène : Ah d'accord, c'est le vert qui absorbe

Nutritionniste : Certains disent que le diabétique n'a pas droit de manger un gratin. Si tu fais un gratin de christophine, il n'y a pas beaucoup de sucre dedans. Par contre, un gratin de pommes de terre avec lardons, ce n'est pas la même chose.

Irène : Hé c'est bien...

Nutritionniste : Qu'est-ce qui est bien ?

Irène : Je me sens bien, le fait qu'on est à la cuisine, on est en train de cuisiner, ça me fait du bien. Ah oui moralement, je ne sais pas.

Chercheur : J'ai senti ça. C'est un cadeau que tu nous fais de nous dire ça.

Irène : Ah oui, je me sens bien là. Manman, c'est dommage que vous avez qu'une heure pour la cuisine.

Nutritionniste : Non mais ce sont des petites choses qu'il faut pouvoir créer. Imaginons que tu as quatre personnes avec qui tu t'entends bien, tu fais ça. Et vous partagez tout simplement. C'est ce que nous faisons avec toi. On partage des choses ensemble. Ça compte beaucoup ça.

Irène : Non j'ai une p'tite cousine à moi, on est tellement souvent ensemble. Man ka kité ti bren bay ? Ah ouais c'est super.

Nutritionniste : Bah ! C'est très bien, c'est très bien

Irène : Bon, là aussi, d'habitude je mets un p'tit peu de sauce tomate

Nutritionniste : Tu peux !

Irène : Juste pour donner un p'tit peu de couleurs.

Nutritionniste : Tu peux mettre pour que ton court-bouillon soit un peu plus coloré

Irène : Je mets toute la tomate ?

Nutritionniste : Tu sais, plus tu mets des légumes, mieux c'est pour toi, mais tu fais comme tu le sens

Irène : Par contre dans le poisson, j'aime bien mettre un p'tit bout de poivron,

Chercheur : Ça fait comme, une p'tite couleur de colombo de poisson.

Irène : Ah oui, j'aime bien.

L'atelier a duré environ une heure et à notre départ le repas était prêt à être consommé.

2) Atelier d'éducation alimentaire de Jean au domicile de JEAN

Patient DT2 : Jean Diabétique de type deux depuis Date de

l'atelier: 8 juillet 2021

Durée d'enregistrement : 1h16

Contexte : Jean vit en famille – Il participe seul à l'atelier.

Intervenants : Nutritionniste et chercheur en observation participative

Atelier théorique et pratique : *Je mange, je me soigne, je me fais plaisir.*

Présentation

Nutritionniste : Je suis nutritionniste la finalité pour moi c'est de trouver avec chacun ce qu'est une assiette équilibrée.

Dans une assiette équilibrée il y a quatre piliers :

- Le premier pilier c'est du plaisir.
- Le deuxième pilier c'est le pilier socio-culturel. Chacun sa culture, moi je suis Centrafricain je mange des chenilles alors qu'ici on ne peut pas demander à quelqu'un de manger des chenilles. Donc la culture va aussi dessiner notre assiette.
- Le troisième pilier c'est le pilier physiologique par exemple vous êtes diabétique, d'autres hypertendus donc là je dois aussi respecter cet aspect-là.
- Le quatrième pilier c'est le pilier psychologique. Il y a des personnes, quand elles ne sont pas bien, certains aliments leur font du bien. Par exemple un bout de chocolat ou du « di ri dou⁹²».

Jean : Le chocolat c'est moi (rires).

Nutritionniste : Vous n'êtes pas le seul.

Jean : Pas beaucoup deux ou trois carrés de temps en temps mais pas tout le temps.

Nutritionniste : Le chocolat amène des substances qui produisent, qui agissent au niveau hormonal et au niveau même du cerveau, c'est de la Dopamine. Dans tout ce que nous mangeons, le corps il sait pourquoi il est attiré par telle ou telle chose.

Par exemple : Je remets une assiette de « Ti-nain morue concombre ».

Jean : Oui j'aime ça.

Nutritionniste : Ou bananes jaunes épinards et poulet. Ce que je demande aux gens c'est de donner une note à votre assiette par rapport aux quatre piliers :

Une note pour le plaisir de zéro à cinq.

Une autre pour le socio-culturel de zéro à cinq.

Une note pour la partie physiologie.

Une note de zéro à cinq pour la partie psychologique.

Souvent l'assiette penche pour le plaisir, les autres on ne sait pas très bien. Je suis diabétique, je ne sais pas comment je dois manger pour ne pas aggraver ma maladie et mon hémoglobine glyquée par exemple. Vous pouvez avoir un coach mais c'est vous qui avez la boussole.

J'aimerais qu'on partage sur cet aspect-là pour savoir comment vous voyez votre assiette par rapport à certains critères.

Il n'y a rien de particulier avec notre parcours de vie mais il est important que chacun définisse son assiette.

C'est votre assiette, on va la faire ensemble mais au final ce sera la vôtre avec l'aspect plaisir et les autres piliers. Il ne faut pas qu'il y en ait un qui l'emporte plus sur l'autre.

Avez-vous des questions à ce moment-là de notre échange ?

Jean : Écoutez côté plaisir je mange ce que j'aime donc j'ai du plaisir à manger puisque j'aime

Socio-culturel disons que je ne comprends pas très bien ce que ça vient faire là.

Nutritionniste : Vous voyez, vous avez voyagé.

Jean : Oui effectivement j'ai voyagé j'ai vécu plus de 40 ans à Paris. Donc socio-culturel est-ce que ça joue sur mon alimentation je ne sais pas. Par exemple, je ne fais pas attention à ce genre de critères.

Nutritionniste : Vous voyez quand vous étiez en métropole vous avez dû manger plus de fromage.

Jean : Jusqu'à maintenant j'en mange.

⁹² Correspond au riz au lait antillais

Nutritionniste : ce que vous n'auriez peut-être pas fait si vous étiez resté ici à la Martinique. Donc la métropole a quand même agi sur vous.

Jean : Oui forcément absolument bien sûr.

Nutritionniste : Si je vous parlais de l'africain que je suis par exemple, une chose aussi banale que le Tinain, chez moi chez nous on ne mange pas les Ti-nains verts. On les laisse venir jaune et on les mange en dessert. C'est tout ça cet aspect culturel. Et puis on a une façon de manger.

Par exemple ici avant à la Martinique il y avait un rythme dans la semaine pour manger les lentilles et ceci et cela.

Jean : Ceci étant, cet aspect-là est-ce que ça joue vraiment sur l'alimentation ? oui mais Je ne dirais pas cinq je dirais quatre.

Nutritionniste : Oui pour les notes vous les donnez comme vous voulez. Par exemple, il y a des personnes quand je leur donne du brocoli, elles disent que ce n'est pas de chez nous.

Jean : Effectivement non.

Nutritionniste : Quand je leur donne des brocolis, culturellement ils ne l'ont pas intégré dans leur alimentation. Pareil pour la ratatouille, elles diront que la ratatouille elles n'ont pas l'habitude donc on ne fait pas. Vous voyez ?

Jean : Oui oui absolument.

Nutritionniste : Cet aspect qui fait que c'est un critère de choix dans mon assiette. Je choisis des choses qui me parlent.

Par exemple, il y a des personnes qui ont le souvenir du « diridou⁹³ » de leur maman. Quand elles font du riz doux le côté crémeux leur rappelle le côté du fond de casserole qu'on grattait et c'est tout ça qui détermine le choix de notre assiette.

Jean : Oui d'accord.

Nutritionniste : Mais on n'en est pas toujours conscient.

Jean : Bien évidemment.

Nutritionniste : Avec les personnes qui ont vécu « l'amiral Robert », elles sont impactées par ce temps de pénurie qu'elles ont connu et leur choix se fait parfois en fonction de cette histoire qu'elles ont connue.

Jean : C'est clair.

Nutritionniste : Par exemple manger du cochon à Noël, c'est aussi culturel.

Chercheur : J'interviens par rapport à la question socio-culturelle de Jean. Depuis que vous êtes revenu vous privilégiez la dinde ou le cochon à Noël ? Ou avez-vous toujours fait le cochon même en étant là-bas ?

Jean : La base ce n'était pas tellement la dinde mais le gibier, tandis qu'ici je privilégie le cochon.

Chercheur : En fait, cet aspect socio-culturel fait que nous déplaçons notre assiette avec nous.

Jean : Oui oui on fait avec le milieu.

Nutritionniste : Il y a aussi les voisins qui partagent. Ça aussi ça a un impact sur mon choix culinaire.

Chercheur : Par rapport à notre plat traditionnel de Noël : igname - haricots rouges - cochon. Ça va nous emmener vers le côté physiologique. Parce que le cochon j'aime, mais maintenant que j'ai une pathologie qui m'interdit certaines choses qu'est-ce que je vais garder. C'est pour cette raison que le pilier socio-culturel a un impact. Vous disiez au début que vous ne voyiez pas trop.

Jean : Oui je vois.

Nutritionniste : Je dirais même plus le socio-culturel, et quelques fois, est responsable de beaucoup de choses. On disait avant, sur les plantations les gens étaient nourris par des gros légumes, très peu de personnes avaient la possibilité d'avoir des légumes verts ou les salades. La grande majorité n'en avait pas. Donc finalement cette habitude est restée. Si on prend le plat traditionnel, on met plus de lentilles ou pois d'Angole, il n'y a pas de légumes verts.

Les légumes verts apparaissent seulement quand on fait une soupe. Quand on regarde les plats traditionnels du cabri par exemple pour le mariage ou plutôt le mouton pour le mariage, quand on regarde le livre de cuisine traditionnelle. On a ce type de repas. Mais on travaillait dur avant. On dépensait des calories et il y avait très peu d'accumulation de graisse ou de sucre dans le sang.

⁹³ Riz au lait

Maintenant les travaux sont plus allégés, on continue à manger des gros légumes, et en plus on ajoute du sucre avec les glaces et les boissons sucrées. C'est tout ça qui fait qu'il est important d'y réfléchir. Quand il y a un cas pathologique il faut se poser la question des légumes verts.

Nutritionniste : Vos analyses en tant que diabétique qu'est-ce que ça donne en ce moment ?

Jean : Disons qu'il y avait une augmentation assez importante de mon diabète que je n'ai pas su expliquer parce que je n'ai pas changé d'alimentation. Peut-être que c'est vrai que je fais moins de sport. Donc ça c'est déjà une cause. Mais sur le plan alimentation il n'y a pas eu de changement et du coup mon diabète est monté d'un seul coup. Ce matin j'ai mesuré, apparemment ça a l'air de redescendre. Ceci étant, j'explique cela, si ce n'est pas dû à l'alimentation, je pense que ça vient du fait que je n'ai pas tellement fait du sport.

Nutritionniste : Vous avez tout à fait raison de faire le lien.

(À l'aide d'un schéma sur le tableau) il y a ce qu'on mange et ce qu'on dépense.

Jean : Oui absolument.

Nutritionniste : Vos dépenses physiques agissent sur votre métabolisme. Si je garde la même consommation et que je réduis mes dépenses physiques je vais faire des réserves. Avant vous aviez une activité physique, qui faisait brûler le sucre. Là vous avez réduit l'activité physique. Si je mange quatre-étoiles et que je dépense les quatre je ne mets rien à réserver. Si je mange quatre étoiles et que je ne les dépense pas je les mets en réserve. Donc si vous avez des réserves ça veut dire que vous ne les dépensez pas suffisamment.

Soit vous êtes en capacité d'augmenter les dépenses ou alors on va réguler la consommation.

Jean : Ok voilà.

Nutritionniste : On va moduler la consommation. Et c'est là que la composition de votre assiette va rentrer en ligne de compte. Comment vous la composez ?

(Les explications sont données à partir d'un tableau avec les valeurs nutritionnelles des produits fruits et légumes)

Jean : Les fruits, je n'en mange pas trop j'évite. J'ai eu l'occasion de faire un malaise vagal après avoir mangé du melon. Depuis j'évite.

Chercheur : Vous ne mangez pas les fruits, je pense que vous ne les aimez pas ?

Jean : Depuis le malaise j'évite. Je peux prendre une pomme de temps en temps. Alors que lorsque j'étais gamin, comme tous les gamins de mon âge à cette époque, je mangeais énormément de fruits et n'importe quel fruit, j'aimais ça. Il se trouve qu'à un certain moment de ma vie je n'ai plus aimé. Comment expliquer je ne sais pas.

Même quand j'étais en métropole je faisais mon marché moi-même, je voyais de belles grappes de raisins de muscat, je les achetais mais huit jours après, ça se terminait à la poubelle.

Nutritionniste : Ok, on va laisser les fruits. J'ai juste une remarque. Le melon est un fruit particulièrement indigeste. C'est un « cucurbitacée » de la même famille que le concombre. Il comprend de la « curcubitacine » qui est un produit qui est toxique. On disait avant aux gens de ne pas manger de concombre le soir.

Jean : Je vous dirai que j'ai toujours mangé du concombre à n'importe quelle heure même le soir parce que je ne pensais pas au tort que ça pourrait me causer.

Nutritionniste : Ça ramène à ce que les anciens disaient ici avant. Lorsque l'on travaillait au champ, on rentre à la maison on était fatigué, le fait de manger du concombre avec le produit toxique ça pouvait poser des soucis digestifs. Bien sûr pas pour tout le monde. Mais la prudence était de ne pas manger le concombre le soir. Ça c'était dans la culture martiniquaise avant.

(Examen du tableau des équivalences du taux de sucre dans les légumes)

Jean : Ah bon, les Ti-nains 20 % de sucre quand même et pourtant c'est mon légume préféré

Nutritionniste : Il ne faut pas confondre le goût sucré et la teneur en sucre. Par exemple, les pâtes ne sont pas sucrées mais l'amidon se transforme en sucre. On fait de la farine de Ti-nain, la farine de fruits à pain, mais c'est de l'amidon, non du sucre. Et ça peut expliquer une augmentation de la glycémie. Il y

a des personnes qui prennent des biscottes pensant que la biscotte n'est pas sucrée. Mais dans la biscotte il y a 75 % de sucre. C'est l'amidon qui se transforme en sucre.

Chercheur : Jean, regardez le pain, parce que vous mangez systématiquement du pain dans vos repas.

Nutritionniste : Par exemple si vous prenez du pain blanc et vous ajoutez une salade de tomates pour 100 g de pain. La tomate n'apporte que 3 % de sucre. En additionnant les deux produits, la densité (ou les 200 g) sera diminuée en ajoutant de la laitue. Donc là, la laitue, la tomate diluent et le volume en sucre du repas va diminuer et en même temps j'aurai un apport de fibre.

Donc par rapport à ce que vous aimez, vous vous posez la question comment je vais manger ce que j'aime.

Jean : Ceci étant dit, je peux prendre du pain avec n'importe quel légume, par exemple du pain et des frites et puis mettre...

Nutritionniste : Du pain et des frites ?

Jean : Oui et mettre un peu de laitue par exemple.

Nutritionniste : Ça dépend. Imaginons que vous avez 7 kilos de poisson à frire, si vous avez une seule feuille d'essuie-tout pour absorber la graisse, le sopalin sera vite imbibé.

Nutritionniste : Ce n'est pas proportionnel. Si vous prenez beaucoup de féculents, c'est-à-dire beaucoup de frites, les fibres alimentaires qui sont dans la laitue seront vite débordées et elles ne vont pas jouer leur rôle comme il faut.

Jean : Donc, l'idéal serait que de manger des frites mais sans pain avec des tranches de tomates ?

Nutritionniste : Ou de la laitue beaucoup de laitue. Vous allez absorber la graisse des frites avec votre salade.

Jean : Donc on ne peut pas associer le pain blanc avec du riz par exemple.

Nutritionniste : Mais vous avez deux féculents.

Jean : C'est ça voilà.

Nutritionniste : Si vous avez des facilités pour les éliminer (rires, rires) je veux bien.

Jean : Pourquoi je vous dis ça c'est parce que je suis un gros mangeur de pain.

Nutritionniste : Comme beaucoup de Martiniquais.

Jean : Je ne vous cache rien.

Nutritionniste : Le pain ici, c'est un symbole. Il y en a même qui mange le pain avec du fruit à pain.

Jean : Mais je le faisais. Il y a encore quelques temps à table quels que soient les légumes : Ti-nain , fruit à pain, du riz, il me fallait du pain. Même pas le fait de le manger mais au moins de le tenir.

Chercheur : Je m'arrête sur ce point un moment. Est-ce que le médecin vous a expliqué ce qu'est l'hémoglobine glyquée ?

Jean : Oui

Chercheur : C'est comme une boîte noire. C'est un enregistrement de tout ce que nous avons mangé durant les trois mois précédents. Donc tout ce que vous avez mangé, le corps le sait et l'enregistre. Donc votre manque d'activité physique et votre alimentation, vous avez mangé les frites et le pain, le pain et le riz, votre corps l'a enregistré et ça s'est vu dans les examens.

Nutritionniste : C'est-à-dire que plus votre sang est riche en sucre, plus il va imprégner les globules rouges. C'est-à-dire qu'il y a un contact. C'est comme si vous mettez du papier dans de l'eau sucrée, le papier sera plus ou moins sucré par rapport à la quantité de sucre qu'il y a autour. Donc l'hémoglobine glyquée, c'est un examen qui est fait tous les trois mois parce que les globules rouges se renouvellent tous les trois mois et ça donne une idée et une moyenne de votre glycémie sur les trois mois. C'est-à-dire quand vous avez une hémoglobine glyquée à 9 ça veut dire que pendant trois mois vous avez une glycémie autour de 2,12 g par litre alors que la normale est de 1,26 g de sucre dans le sang. C'est pour cette raison qu'on dit que l'hémoglobine glyquée c'est un mouchard.

Jean : Ces temps derniers, mon diabète était monté à 2,98 g.

Chercheur : Effectivement, votre médecin m'a dit que vous avez une hémoglobine Glyquée à 9.

Jean : Donc, l'idéal serait d'avoir une Hémoglobine glyquée à 7 ?

Nutritionniste : L'idéal serait plus 6. C'est qu'il faut savoir, c'est que tous vos tissus s'imprègnent de ce sucre-là. Les vaisseaux sanguins, les vaisseaux capillaires et ça provoque des engourdissements. Plus il y a du sucre qui se dépose plus ça durcit les vaisseaux sanguins. Et c'est là que commence les complications.

Donc vous voyez, il faudrait ramener votre hémoglobine glyquée à 6.

(Illustration avec des images de différentes assiettes et leur valeur calorique)

100g de Frites = 400 cal. Équivalent de 120 g de poisson, 250 g de melon + 200 g d'épinards plus 10 g de beurre allégé.

Parce que les légumes verts diminuent le nombre de calories.

200g de frites + 100 g de saucisse + soda égal 1500 calories. Pour les brûler il faudrait six heures de marche.

Par exemple, 200 g de choux de Chine + haricots verts + une protéine et un fruit c'est un repas tout à fait adapté pour un diabétique.

Vous voyez l'impact des légumes verts.

Jean : De toute façon j'aime ça, j'aime les légumes verts.

Nutritionniste : Vous voyez, c'est là que ça devient intéressant parce que vous allez composer votre assiette.

Jean : J'ai compris, il faut supprimer le pain avec le riz (rises) parce que ça fait deux féculents.

Nutritionniste : Il ne s'agit pas de tout supprimer mais de composer son assiette intelligemment. Et surtout en connaissance de cause.

Nutritionniste : Vous connaissez la notion d'index glycémique ?

Jean : Non

Nutritionniste : C'est-à-dire que quand je mange un produit, ce produit va augmenter mon taux de sucre plus ou moins en fonction de son index.

(à l'aide de plusieurs exemples, le nutritionniste explique le principe de l'index glycémique)

Nutritionniste : Le glucose est pris comme référence.

On donne du sucre à boire et le glucose, on lui donne la valeur 100.

On regarde comment relativement les autres aliments vont faire augmenter le taux de glucose dans le sang.

Par exemple, on va donner la carotte crue à manger son index et de 16 /100. On va faire que la même quantité de carottes cuites. La carotte cuite passe à 47 % d'index glycémique

Jean : Pourquoi ?

Nutritionniste : Parce que la cuisson est une pré-digestion. Rappelez-vous il y a les sucres lents et le sucre rapide. Les sucres rapides vont aller rapidement dans le sang et inversement pour les sucres lents. Alors la carotte crue prend plus de temps à se digérer que la carotte cuite.

Donc on va classer les aliments en fonction de ces index cela. C'est-à-dire comment le produit est capable de faire monter votre glycémie.

Par exemple la même pomme de terre cuite est à 70 %, la pomme de terre en purée passe à 90 % et la pomme de terre en frites passe à 95 % parce qu'elle est précuite. La cuisson prolongée rend plus disponible le sucre qui va augmenter plus rapidement la glycémie.

L'index glycémique des légumes verts est plutôt bas donc quand je mélange les deux...

Jean : D'accord. Je vous ai posé la question parce que quand je mange des haricots verts je les fais cuire.

Nutritionniste : Il n'y a pas beaucoup de sucre dedans.

Jean : Donc l'idéal serait que, à chaque repas, on mette un peu de légumes verts ?

Nutritionniste : Systématiquement.

Beaucoup de personnes mangent par exemple les féculents à midi ils mangent les légumes verts ou la salade le soir.

Jean : Oui c'est un peu mon cas.

Nutritionniste : Alors que c'est comme s'il y avait un combat ; il faut que les deux soient en contact. Non les deux doivent être ensemble. Donc, à chaque repas, il faudrait qu'on amène le buvard.

Il faut méthodiquement et systématiquement des légumes verts.

Toujours se poser la question : je mange ça mais qu'est-ce que ça va donner à l'intérieur ?

(Le nutritionniste dessine une assiette qu'il partage en deux et fait varier les besoins en légumes verts, en féculents et protéines en fonction des besoins et de l'actif et de l'activité physique)

C'est vous qui avez la manette en main pour augmenter d'un côté, réduire de l'autre.

Jean : Les protéines, ça peut être du poisson ?

Nutritionniste : Viande, poisson, les œufs.

Chercheur : Jean, le matin, a gardé l'habitude des charcuteries. Il prend du saucisson, du jambon. Est-ce que tu peux lui dire quelque chose par rapport à ça ?

Nutritionniste : Le matin, ça peut être un œuf, une salade avec le reste du poulet ou de la sardine.

Jean : Le matin, je prends souvent du pain, du jambon ou du saucisson et avec du thé, et dans le thé je mets une cuillère à soupe de miel.

(Nous avons vu plusieurs bouteilles de miel effectivement sur un placard)

Nutritionniste : Oui, je dis souvent, c'est une erreur que l'on fait et de dire que le miel est naturel. Mais le miel c'est du sucre. Et il est aussi sucrant que le sucre de canne.

Par rapport à l'index glycémique, le sucre de canne est à 70 % et le miel est entre 60 et 80%. Parce que dans le sucre. Il y a une grosse molécule ; le saccharose Alors que dans le miel il y a deux petites molécules ; fructose et glucose qui sont beaucoup plus rapides donc le pouvoir sucrant du miel est supérieur à celui du sucre de canne. On dit souvent de privilégier le miel pour le diabète mais c'est faux.

Jean : J'ai toujours entendu que le miel était préférable au sucre.

Nutritionniste : Oui, il est préférable en tant que sucre parce qu'il n'a pas été industrialisé mais ça reste du sucre. C'est du sucre encore et c'est du sucre. Si vous avez des activités dans les heures qui suivent vous pouvez le brûler, sinon ça reste du sucre que vous stockez et vous augmentez votre taux de sucre dans le sang.

Ça fait partie des choses qu'il faut réguler. On vous donne tout ça comme information et après vous vous organisez. Vous équilibrez votre alimentation en fonction.

OK ?

Donc pour le petit déjeuner si vous aimez de la charcuterie vous pouvez très bien prendre du jambon du pain et si vous mettez une salade à côté au lieu de mettre du beurre la moyenne sera tirée vers le bas. Ça peut être aussi Ti-nain concombre.

Jean : Ou une salade de tomates.

Nutritionniste : Chacun écrit son scénario. Vous faites votre cinéma sur le principe de l'équilibre alimentaire.

Il ne s'agit pas de culpabiliser mais de maîtriser son assiette et son alimentation.

Chercheur : Quand on vous dit légumes verts vous entendez quoi ?

Jean : Haricots verts, tomates, laitue, carottes.

Chercheur/IDE : Il y a aussi à ne pas oublier christophine, giraumon, courgettes.

Jean : En fin de compte, hormis les haricots verts ça reste du coup que salade tomates, laitue légumes verts ça reste du cru ?

Chercheur/IDE : Qu'est-ce qui vous pose question ?

Jean : Les endives il faut les faire cuire ?

Chercheur : Oui

Nutritionniste : Il y a les brocolis, les asperges, le poireau.

Jean : Je disais il y a ceux qui sont crus et ceux qui sont cuits.

Nutritionniste : Oui mais les deux jouent le même rôle. La cuisson n'altère pas les fibres. Alors je vais vous expliquer avec la charge glycémique.

(à l'aide de tableau le nutritionniste explique ce qu'est la charge glycémique des aliments)

Nutritionniste : Si je prends la pastèque le taux de sucre est de 7 %.

Jean : Par exemple, lorsque je mange des haricots rouges, je mange avec du pain, il faudrait un peu de légumes verts à côté ?

Nutritionniste : Dans l'assiette il faut une portion de féculent. La portion de féculents ça peut être un peu de riz + un peu de haricots rouges, mais ça fait qu'une portion. Il n'y a pas beaucoup de riz mais beaucoup de haricots rouges donc les deux, ensemble, constituent ma portion de féculents et à côté je mets une portion de légumes verts que ce soit cru ou cuit.

Nutritionniste : Vous voyez, il n'y a rien d'interdit. Tout se joue au niveau de la composition du menu.

Chercheur/ide : Ça vous parle tout ça ?

Jean : Oui parce que ça m'amène à penser autrement. Au vu des éléments que vous m'avez apportés, comme dit Monsieur, ce sera à moi de composer mon menu.

Nutritionniste : Oui totalement. De toute façon vous avez mes coordonnées, si vous avez des questions vous pouvez me les poser.

Jean : Là, je vois que j'ai l'essentiel. À partir de là je peux me débrouiller.

Nutritionniste : Par exemple, dimanche qu'est-ce que vous mangez d'habitude ?

Jean : Ça peut être haricots rouges, ça peut être gratin de christophine, pas de légumes le dimanche. Ce que nous mangeons le dimanche ce n'est pas ce que nous mangeons en semaine.

Ce qui se passe je n'ai pas de discipline alimentaire parce qu'en étant diabétique je devrais manger à des heures régulières. Et pour moi ce n'est pas possible, parce que mon épouse, elle est pâtissière et je collabore en allant faire les courses en faisant les livraisons ; et lorsque que je pars, je n'ai pas d'heure de retour. Je peux rentrer à des heures tardives.

Nutritionniste : Tout ceci constitue un stress pour l'organisme. Vous avez une voiture, quand vous accélérez brusquement le moteur peut caler. C'est pareil pour le corps quand vous changez brusquement d'alimentation ; le corps, il réagit. En semaine on lui donne quelque chose, le dimanche pour lui donner autre chose il peut réagir.

Chercheur : Vous êtes sous insuline ?

Jean : Oui

Chercheur : Vous vous piquez vous-même ? Vous avez une infirmière ?

Jean : Je le fais moi-même. Au début j'ai eu une infirmière qui m'a montré.

Nutritionniste : C'est ce que je voulais vous dire ce matin et nous allons continuer la discussion devant le fourneau.

Chercheur : Effectivement, on va passer en cuisine pour la partie pratique. C'est-à-dire le repas du midi.

Atelier pratique durant la deuxième heure

Objectif : Montrer comment intégrer des légumes verts dans le menu.

Jean a prévu du poisson. C'est lui qui cuisinera aujourd'hui, son épouse étant à la pâtisserie.

Menu : Court bouillon de poisson et riz.

Le poisson a été cuit avec beaucoup de légumes (carottes, tomate, courgette, aubergine et beaucoup d'épices comme un colombo de poisson).

Jean y a mis du piment parce qu'il sera le seul à manger dit-il. Il pense que les autres membres de la famille vont goûter mais ne vont pas adhérer à ce type de repas.

Fin de l'atelier.

3) Atelier d'éducation alimentaire pour Nadège et Nazaire à leur domicile

Patients DT2 : Le couple

Date : 8 juin 2021

Durée d'enregistrement : 1h16

Contexte : Nadège DT2 depuis 3 années
deux semaine

Nazaire : DT2 diagnostiqué depuis

Invitée : Leur fille

Intervenants : Nutritionniste et chercheur en observation participative

Atelier théorique et pratique : *Je mange, je me soigne, je me fais plaisir.*

Nadège : *Pour moi, c'est parce que on ne sait plus ce qu'il faut prendre, ce qu'il ne faut pas prendre.*

Nutritionniste : Souvent c'est ça. Souvent les gens ne sachant pas, on leur dit Fortimel, Fortimel oui ça doit-être un secours si on ne peut pas faire autre chose.

Chercheur : Si on ne peut pas faire autre chose.

Nutritionniste : Imaginons que vous aimez manger un sandwich au, je ne sais pas : « Du pain avec le hareng saur » je dis ça comme ça... Est-ce que vous pensez que vous êtes autorisé à en manger à la place du Fortimel par exemple ?

Nadège : *Pour moi, je dis non.*

Nutritionniste : Et pourquoi ?

Nazaire : *Il y a du sel*

Nadège : *Il y a du sel, quand on a déjà pris le petit déjeuner, on ne peut pas prendre encore du pain.*

Nutritionniste : Oui mais qui...

Nazaire : *Il y a beaucoup de sel dans le hareng saur, il y a beaucoup de sel. On mange très peu de sel ici.*

Nutritionniste : Le hareng saur, c'est vrai pour le Martiniquais, il doit être salé, le Groin du cochon doit-être salé. Alors qu'on dit de dessaler avant de manger.

Nazaire : *Tout à fait.*

Nutritionniste : Donc je dis ça simplement pour vous dire que vous pouvez adapter. Vous avez des recettes traditionnelles, mais dans votre spécificité, si jamais, vous arrivez à dessaler suffisamment le Hareng saur... C'est une protéine. C'est du poisson ; Donc si le problème pour vous c'est le sel, je ne vois pas quel autre problème que cela peut poser. Cela permet de varier les champs du possible.

Nazaire : *La morue, quand on le met dans le fruit à pain, on le met dans l'eau au moins 2 jours. La queue et le Gouin, on le met à tremper au moins plusieurs jours. Quand on le fait bouillir il n'y a rien dedans. Il n'y a pas de sel ; Mais le hareng saur, on ne l'a jamais fait. On le met à tremper pareil ?*

Nutritionniste : Oui on le fait tremper avec du citron... pour le dessaler... je dis ça juste... parfois on s'arrête sur des choses alors qu'il y a d'autres solutions pour adapter à votre cas particulier.

Je me permets d'interpeler sur ces trucs car parfois on est bloqué parce qu'on veut le faire à la mode traditionnelle, mais on peut évoluer sur ce plan-là.

Nazaire : *Le thé depuis que je sais que je suis diabétique, je ne vais boire d'un trait... On boit au minimum 3 thé par jour. Et toutes sortes de thé. J'ai tous les modèles de thé ici.*

Nutritionniste : Oui, j'ai vu ça.

Nazaire : *Regarde ça, regarde ce que j'ai là : ça c'est du rickles, j'ai du basilic, j'ai... quel est le nom de l'autre encore !*

Nutritionniste : Curcuma

Nazaire : J'ai du curcuma, du gingembre

Nutritionniste : Il fait frais ici pour ça.

Nazaire : *Corona, Chikungunya ... qu'est-ce qui était passé, la grippe. J'ai un problème respiratoire, je fais attention. On fait du thé. Lorsqu'on me dit vacciné, je vais me faire vacciner, on avait dit un, maintenant c'est deux, c'est trois, c'est quatre, c'est cinq. Sans doute il va falloir le prendre tous les jours après.*

Nutritionniste : Je vais poser une question bête, pourquoi vous mangez du fruit à pain ? Pourquoi vous mangez le ti nain ? cela peut paraître simple.

Nazaire : Je ne mange pas de ti nain tous les jours, mais je mange du ti nain.

Nutritionniste : Pourquoi vous mangez le pourpier ?

Nadège : Le pourpier, cela fait partie des légumes verts, nous aimons, ça aide à la digestion.

Nazaire : Nous le mélangeons avec des épinards, des herbages du gombo...

Nutritionniste : Le gombo, vous pouvez le faire à l'eau par exemple.

Nazaire : On le fait en légume vert, quand on le fait... (Excusez-moi, je vais prendre de l'oxygène)
Quand on fait des pâtes rondes, on met du gombo dedans, tous les légumes verts dedans. On essaie de faire le minimum, le maximum, ce n'est pas possible.

Nutritionniste : C'est bien

Nadège : Nous avons quand même une petite base, mais nous ne savons pas toujours...d'agencer

Nutritionniste : On ne sait pas tout, c'est pour cela que nous sommes là pour le « brocantage » de paroles. D'ailleurs, j'en apprend par vous. On peut vous apporter un peu mais.... D'où l'échange.

Nadège : Je voudrais savoir si le « pourpier » se mange cru ? Est-ce qu'on peut faire du smoothie avec ?

Nutritionniste : Oui, j'ai des recettes de smoothie où on je mets du « poupié », « herbes couresse ».

Nazaire : ça fait baisser la tension

Nutritionniste : oui, tout est poison

Nazaire : C'est le dosage.

Nutritionniste : Cela dépend de la quantité ; C'est comme tout médicament, vous voyez ! c'est pour cela que je dis aux gens... Quand on me dit je fais de la tension... Si je suis hypotendu, je ne vais pas beaucoup en manger : mais si j'ai une tension élevée, je prends des médicaments et je peux en prendre pour ramener la tension à la normale.

Nazaire : Je sais que c'est très bon, on peut même faire de la salade avec

Nadège Est-ce qu'il y a un moment particulier que l'on peut le faire....

Nutritionniste : Avant quand on mangeait un peu plus riche, on faisait du rafraîchissement, on faisait du Calalou, des soupes vertes et tout ça.... On faisait la salade de concombre le matin.

Nazaire : Tout à fait.

Nutritionniste : Dans la même foulée de chose à faire, on peut faire des smoothies verts pour aider le foie.

Tout ce qui est coloré, vert est riche en chlorophylle, c'est un oxygénant. Tout ce qui est de couleur soutenue, Orange, et tous se sont des anti-oxydants, des polyphénols, anti-vieillissements, anti-cancéreux

Nadège : D'accord

Nutritionniste : Quand je fais des couleurs comme ça, je mange et je me soigne en même temps. Donc tout ce qui est vert c'est de la chlorophylle.

Nazaire : Alors si on prépare un smoothie le matin , On fait jus orange amère et sucré.

Nazaire : On a un appareil qui nous le donne, on le boit bien concentrer, est-ce que c'est bon ?

Nutritionniste : Pourquoi vous m'avez précisé orange amère ?

Nazaire : Parce que des gens nous donne des oranges amères, on mélange des deux.

Nutritionniste : Oui, traditionnellement, on parle d'orange amère qui ouvre l'appétit. C'est bon pour le foie, c'est bon pour beaucoup de chose aussi.

Nazaire : D'accord

Nutritionniste : L'orange amère particulièrement

Nazaire : D'accord

Nadège : L'orange amère d'accord

Nutritionniste : Pourquoi pas

Nazaire : Et l'orange sucré ?

Nutritionniste : Bon, on va parler là, du sucre des fruits, le sucre des fruits ça fait partie des fructoses

Nazaire : Peut-être que je parle de trop !

Nutritionniste : Non, non, pas du tout, au contraire ça me va....

Nazaire : Peut-être que je vous interromps trop !

Moi :: On est là pour vous.....On part de ce dont vous avez besoin....

Nazaire : Je pose des questions.

Nutritionniste : Il faut, je provoque les gens afin qu'ils posent des questions, pour que l'on puisse échanger la parole.

Donc, par rapport à mon expérience, par rapport à ce que j'ai vécu et que j'ai étudié, je dis pour la plupart des gens.... Le choix alimentaire : *Fwiyapen, Tinen, poupié*, tout ça, il y a quatre piliers :

- Le premier pilier : C'est le pilier plaisir, vous avez dit parce que vous aimez, vous mangez. J'aime, je mange, je n'aime pas, je ne mange pas. Ce pilier fait qu'on désire telle ou telle chose.

- Le deuxième pilier : Coté sociaux culturels, la culture, vous savez, quelque chose qui est aussi banal que le Ti nain, c'est comme ma maman qui est venue ici après combien d'année de vie, elle était étonnée que l'on mange le Ti nain, parce qu'en centre Afrique on ne mange pas le Ti nain en légume. On le laisse murir. Culturellement on ne cuit pas le Ti nain pour le manger, donc une chose aussi insignifiante

Nadège : Ah d'accord

Nazaire : Alors on l'appelle banane et quand c'est mûr, on l'appelle « fig »

Nutritionniste : Oui « Fig ». Donc la culture joue aussi.

Nazaire : Tout à fait

Nutritionniste : Il y a ceux qui ont fait un séjour en France qui vont mettre du fromage, donc ça fait partie de leur culture aussi...

- Troisième pilier : Le côté physiologique, c'est-à-dire par rapport à mon état de santé. Je suis diabétique, où bien un problème thyroïde, ou je suis hypertendu... Tenir compte...
- Et puis il y a le dernier pilier..... J'ai déplacé le côté psychologique

(La Fille de Nadège et Nazaire arrive et participe à l'atelier)

Nutritionniste : Donc je disais les quatre piliers.

La question que l'on se pose, la question que l'on devrait se poser au moment où vous allez manger. Pour exemple : « Je vous donne Ti nain, la morue bien dessalée, salade de concombre et un bon avocat ». Je vous demande de donner une note d'appréciation de 0 à 5... c'est-à-dire au niveau plaisir, quelle note je donne.

Nadège : Pour moi 5/5

Nutritionniste : Et au niveau sociaux-culturel, pour exemple : « C'est-à-dire dans ma culture ou pas, quelle note je donne. Je suis diabétique, quelle note je donne aussi pour ce repas et côté physiologique.... (vous voyez, je donne une annotation, je donne un jugement. Je juge mon assiette pour savoir si c'est satisfaisant au plaisir....

Cela peut être maximale au niveau plaisir et peut-être pas au niveau du diabète.... Vous voyez ? Donc j'évalue mon assiette et je donne un avis. C'est moi qui vais apprécier par rapport à mes connaissances pour dire aujourd'hui, j'ai mangé ça, ça me plait bien et en même temps, ça va bien pour mon diabète, où bien ça me plait bien comme maman faisait... Vous voyez ?

Et souvent les gens parlent de régime, ils ne savent pas quoi faire, ils s'arrêtent ; Mais une fois que j'ai adopté une assiette et une fois que cela me plait, pourquoi je vais m'arrêter ? ... Que ce soit pour le diabète ou la perte du poids..... si je réponds à tous ces niveaux positivement après ces notes, je vais utiliser pour ce que j'appelle le diagramme de satisfaction : « C'est-à-dire je vais tracer un schéma de mon assiette. (Le schéma est présenté sur une tableau)

Je vais porter la note du plaisir seulement, la note que nous avons vue ici, vous avez dit 5/5, la note maximale. La note socioculturelle par rapport à ma culture, la note du côté physiologique c'est-à-dire : Je suis diabétique, cela me va bien. C'est là qu'on va discuter tout à l'heure pour savoir si le plat répond bien au besoin du diabète sur le plan physiologique je ne me sens pas bien....., Je dis souvent au gens quand on n'est pas bien, on se rappelle comment le « diri dou » de maman était bon... ça c'est le côté....

Nadège : Émotionnel

Nutritionniste : Émotionnel, ce qui fait, je ne mange pas seulement des calories, mais aussi ces émotions. Ça va me faire du bien quand j'ai le « gros poils » où pas enfin bref... Tout cela est dans l'assiette et l'assiette et en fonction de ça, je dis chacun fait son cinéma. Je dis que chacun écrit son scénario

Nadège : Tout à fait

Nutritionniste : Vous écrivez votre scénario, s'il y a du plaisir, le plaisir, cela peut-être la couleur, cela peut être pleins de choses le côté socio culturel. La culture évolue, il y a 50 ans, la culture alimentaire n'est pas la même en fait, qu'importe

Nazaire : Tout à fait

Nutritionniste : Donc le côté physiologique ; Donc je suis diabétique, comment je dois manger pour répondre à mon diabète. Alors j'ai mis plaisir en avant, pourquoi ? Parce que pour moi, le plaisir n'est pas interdit au contraire, le plaisir c'est le moteur de la vie. J'aime les frites....

Tout à l'heure, je parlais de hareng saur

Nazaire : Tout à fait

Nutritionniste : J'aime le hareng saur, la question que je me posais, comment je dois manger les frites et le hareng saur pour que cela ne puisse pas dérailler mon côté diabète ? Vous voyez ! Je prends mes frites, je les mets là et je me dis avec quoi je vais manger mes frites ; Ou je prends un bout de gâteau si je suis diabétique, comment je vais l'intégrer dans mon régime pour que ce bout de gâteau ne me soit pas fatale. - Monsieur réfléchi au gâteau ?

Nazaire : Maintenant, j'ai diminué beaucoup

Nutritionniste : Effectivement, il faut diminuer

Nazaire : On peut manger un petit quelque chose, pas d'abus, non mais avant oui, on ne mange pas de gâteau.....

Nutritionniste : Bref, pour vous dire que je peux prendre mon plaisir, j'aime ça ; La question que je me pose comment je vais l'intégrer dans un tout pour que ce tout soit acceptable par rapport à mon côté physiologique Je suis diabétique, comment je peux manger mon fruit à pain, quel est son impact sur moi et comment je peux modifier

Nazaire : Excusez-moi, comment vous mangez, comment vous conseillez de manger le fruit à pain ?

Nutritionniste : Comment on peut manger le fruit à pain ?

Nazaire : Parce que je mange le fruit à pain, lorsqu'il est bouilli, il est mou, mou, mou. Je l'aime mou.

Nutritionniste : Justement....

Nazaire : Je l'aime mou avec de la sauce dedans.

Nutritionniste : Il n'est pas bon comme ça.

Ah ! ah ! ah !.....(rire général)

Nazaire : Allez-y, allez-y, continuez

Nutritionniste : Non, voilà, je vais aller là-dessus pour dire que

Un document qui indique la teneur en sucre des fruits et légumes est remis à chacun

Nutritionniste : J'ai fait un tableau avec le taux de sucre qu'il y a dans les aliments. Par exemple : Là j'ai mis le tableau avec les fruits. Tout à l'heure vous parliez d'abricot, votre smoothie avec abricot....

Nazaire : Banane, banane

Nutritionniste : ah ! ah ! ah !

Nazaire : Mais elle est mûre là. Allez-y, allez-y

Nutritionniste : Donc ça vous donne une idée. Alors j'ai mis le sucre total parce que dès fois les gens confondent le goût sucré d'un produit et le total de sucre qu'il y a dans le produit.

Nazaire : Kiwi, kiwi, on mange ça beaucoup

Nutritionniste : Donc je disais, on confond le goût sucré et le total de sucre d'un produit.

Par exemple : Le melon est sucré, même la pastèque est très sucrée par rapport à la pomme.... parce qu'il y a de l'amidon dans la pomme qui va se transformer en sucre par la suite.

Nadège : Ah !

Nutritionniste : Si on ne considère pas ça ! Oui, quand vous faites le jus de prune de Cythère, vous voyez bien qu'il y a de l'amidon qui reste au fond.

Nazaire : Tout à fait

Nutritionniste : C'est quoi cet amidon ? Donc c'est du sucre

Nadège : C'est du sucre

Nutritionniste : Ce n'est pas du sucre, mais il va devenir sucre après digestion ; Donc il va venir s'ajouter au total du sucre que vous avez déjà consommé.

Ça vous fait réfléchir !

Nazaire : C'est comme « l'envers », moussache,

Nutritionniste : Oui c'est de l'amidon

Nazaire : Oui c'est de l'amidon

Nutritionniste : C'est de l'amidon, c'est du sucre en potentiel.

Nadège : Alors, je reviens sur quelque chose, parce qu'on fait quelque fois une crème avec soit de la Barbade, soit avec *toloman*⁹⁴. Ce n'est pas bon ça ?

Nutritionniste : Le *toloman* pour répondre à votre question a 85% de sucre le *toloman* c'est....

⁹⁴ Le **toloman** est la fécule d'une plante appelée **toloman**, balisier rouge, ou encore canna indica.

En Martinique, la fécule des rhizomes est utilisée dans l'alimentation des nourrissons et des vieillards.

Nutritionniste : Je l'ai mis, il y avait un monsieur qui m'a appelé en me disant, « Monsieur » je sais que vous, vous intéressé aux produits locaux : Ma mère viendra vous voir de ma part avec mon frère pour lui parler du *toloman*, parce que tous les soirs.... Elle prend le *toloman* pour repas du soir ; Or elle est diabétique, le matin son taux de diabète flambe mais elle ne fait pas de rapport avec le *toloman* et le sucre qui augmente ».

Nadège : D'accord.

Nutritionniste : Maintenant, ceci étant dit, c'est le poids de la farine sèche. Tout dépend de la quantité que je vais mettre dans ma crème. 100g de *toloman*, de poudre de *toloman* amène 85g de sucre

Fille : C'est énorme

Nutritionniste : c'est l'un des plus concentré mais c'est déshydraté, quand je fais la crème, j'utilise peut-être 10g.

Nadège : D'accord même pas.

Nutritionniste : Voilà, donc il faut relativiser les choses. Le *toloman* c'est du sucre, c'est du sucre lent mais du sucre.

Fille : Tout cela pour 100g ?

Nazaire : Mais c'est quoi qu'il faille manger maintenant ?

Nutritionniste : on va y arriver....

Nazaire : Mais c'est avec ça que nous faisons notre crème !.

Nutritionniste : La farine manioc 81% ; Effectivement les gens

Comme j'ai dit, je peux prendre mon repas plaisir. Imaginons ! je prends ma farine de manioc avec concombre, comme si je faisais une espèce de « féroce⁹⁵ », mais si je mets, beaucoup de concombre à côté, ou bien je fais comme un taboulé. On met ma farine à gonfler

Nadège : D'accord

Nazaire : Un taboulé ! c'est quoi encore ?

Nutritionniste : C'est de la semoule dans laquelle on coupe des légumes (Tomate, concombre, petits pois).

Nazaire : D'accord

Nutritionniste : On peut faire la même chose avec la farine de manioc.

Nazaire : D'accord.

Nutritionniste : Si je prends la farine de manioc. Imaginez, je fais une sauce avec la tomate, concombre, j'assaisonne ça et à côté la farine manioc. Ça va diminuer la force de la farine de manioc.

Nadège : D'accord

Nutritionniste : Si je prends la farine manioc qui est déjà riche et j'ajoute quelque chose qui est plus riche, je potentialise, j'augmente

Nadège : Alors je vais vous dire ce que je fais avec la farine,

Nazaire : Farine manioc

Nadège : Surtout au petit déjeuner. Je peux prendre un yaourt nature, je mets ma farine dedans comme c'est trop épais j'ajoute du lait

Nazaire : Un peu de lait

Nutritionniste : Du lait de soja !

Nadège : Oui du lait de soja, j'ai avalé beaucoup de trop sucre quand c'est comme ça ?

Nutritionniste : On va voir aussi, non seulement vous avez avalé beaucoup de sucre mais ça dépend comment c'est friable parce qu'il y a l'index glycémique aussi). Il y a la quantité de sucre et tout ce qui fond Tout ce qui va fondre rapidement va augmenter beaucoup plus rapidement le taux de sucre. Parce que s'il y avait des fibres à côté... c'est pour cela que je parlais de légume vert, les fibres auraient amorti le sucre qui va se libérer.

Nazaire : Yaourt nature

Nadège : C'est un petit déjeuner

Nutritionniste : J'ai compris, c'est un petit déjeuner. Je vous parle de votre petit déjeuner en ce moment-là. Le petit déjeuner vous amène du sucre, plus de sucre, plus de sucre.

Nazaire : Le manioc amène du sucre dedans !

⁹⁵ Recette antillaise à base de farine de manioc, avocat, morue séchée dessalée... Il se consommait à l'époque au petit déjeuner des travailleurs des champs, aujourd'hui il est apprécié en apéritif.

Nutritionniste : C'est un amidon. Ne parlons pas de sucre, ça risque de troubler les gens, mais l'amidon, c'est du sucre potentiel.

Fille : Si elle prenait des fruits secs ?

Nutritionniste : Les fruits secs, vont vous amener de la protéine. Les fruits secs vont retarder la vidange gastrique. C'est-à-dire... Va se vider plus lentement. Pourquoi je dis cela ! tout ce qui est féculent, il ne séjourne pas longtemps dans l'estomac. La protéine ralentit le travail digestif ; mais quand je mange des choses comme des féculents, ils filent plus rapidement vers l'intestin où ils sont rapidement assimilés

Chercheur: Une question quand même, si elle prend à côté son verre de smoothie vert ?

Nazaire : Un verre de quoi ?

Chercheur :Un verre de smoothie vert, comme elle fait avec le *poupié*...

Nutritionniste : J'espère qu'il y a suffisamment de fibre pour ralentir... c'est l'ensemble qu'il faut considérer. C'est pour cela que je vous disais si vous mangez votre farine manioc avec des légumes dedans.

Fille : Tu mets des fruits dedans maman.

Nutritionniste : Des fruits ! peut-être pas des fruits.

Nazaire : Les fruits ! il y a du sucre.

Nutritionniste : Imaginons....

Nazaire : On a la pomme, il a du sucre, l'ananas a du sucre,

Nutritionniste : Tout dépend des quantités.... Pour vous dire, imaginons que j'aime la banane jaune ; Si je prends 100g de banane jaune, c'est à 30%).... 100g de banane jaune m'amène 30g de sucre....

Nazaire : Tout ce qui est %, c'est du sucre ?

Fille : Oui

Nutritionniste : Si je mange 100g de banane jaune, ça me ramène à 30g de sucre ; ok ! Si je lui mets à côté 100g de courgette

Nadège : D'accord

Nutritionniste : 100g de courgette me ramène 3g de sucre. Le total de mon repas : Il y a 33g de sucre pour 200g de produit.

Nazaire : Alors tout ce que nous mangeons, il y a du sucre dedans.

Nutritionniste : Même le concombre a 2% de sucre.

Moi :: Après, on le ramène à la quantité

Nutritionniste : Tout est relatif le concombre est à 2%, c'est ce que je suis en train de vous expliquer

Nazaire : Le concombre, il y a que de l'eau dedans !

Nadège : Oui mais s'il y a 2% c'est très bon.....

Nazaire : Il y a du sucre quand même

Nutritionniste : Oui, mais comme je disais tout à l'heure, c'est la quantité qui fait le poison.

Nazaire : Tout à fait

Nutritionniste : C'est la quantité qui fait le poison

Nazaire : Et la patate, elle est où la patate ?

Nutritionniste : Patate douce, elle est en quelque part par-là, 25%

Nazaire : Patate douce 25% ? Regardez là, j'ai un pied.

Chercheur: C'est bien !

Nazaire : Il faut que je l'arrache alors !

Chercheur : Mais non, ah !ah !ah !

Nutritionniste : Je disais, je prends la banane jaune, si je mange la banane jaune seule, j'ai 30% de sucre. Si j'ajoute la courgette 3%, cela fait 33% pour 200G de produit. La quantité pour 100g est tombée à 16,5%.

Nazaire : Courgette, comment il y a autant de sucre dedans ?

Chercheur : Il n'y a pas beaucoup, il y a que 3%

Nazaire : Oui mais ça augmente

Nadège : Il y a que 3

Nazaire : Il y a que 3, plus la banane ça augmente quand même.

Nutritionniste : Oui ça augmente quantitativement de la densité de mon produit... Mais relativement, les fibres vont jouer, ça va diminuer.... Si je mange par rapport à la banane seule, je vais diminuer le taux de mon repas. C'est mon repas qu'il faut considérer. La banane va rentrer dedans mais c'est mon repas seul aura 16,5%.

Fille : 200g
 Nutritionniste : 33% pour 200g mais 16,5% si je ramène à 100g
 Fille : Cela ne fait pas beaucoup
 Nutritionniste : Si je mettais 200g de courgette cela m'aurait fait 6g de sucre. Ça m'aurait fait 36g de sucre.
 Nazaire : ça dépend de la quantité.... Ok, ok
 Nutritionniste : Cela m'aurait fait 36g de sucre pour 300g de produit. Donc la densité va tomber à 12%.
 Fille : Tout à fait
 Nutritionniste : Je vais diluer la banane avec la courgette
 Fille : D'accord
 Nazaire : Je n'aime pas ça....
 Chercheur : Vous aimez autre chose
 Nazaire : ... la courgette
 Chercheur : Il y a le gombo, il y a le concombre...
 Fille : Il y a d'autres trucs
 Nazaire : Donnez-moi tout sauf la courgette
 Nutritionniste : Il y a des épinards etc....
 Nazaire : Epinard oui, herbage
 Fille : Tu n'aimes pas les légumes verts !
 Nazaire : Si, je mange, je mange
 Nadège : Il mange
 Nutritionniste : L'épinard à 3% comme la courgette. Il n'y a pas de problème
 Chercheur : Ou une grosse salade laitue avant
 Nazaire : Excusez-moi, je reprends ma fille. Ce n'est pas que je n'aime pas. Avant je n'avais pas de problème diabétique. Il y avait des légumes verts, je préfère le riz avec la viande, ou mon cochon..., maintenant je mange, je mange ce n'est pas que je n'aime pas.
 Nutritionniste : Le plaisir viendra après
 Nazaire : Je suis obligé....
 Nutritionniste : Le plaisir c'est le côté intellectuel de la chose). Avant on mangeait des herbes amères, pas parce que le goût était bon, parce qu'il avait une réputation de soigner... On finit par aimer parce que....
 Nazaire : Et puis le cerveau et le palais qui acceptent...
 Nutritionniste : Voilà, voilà ah !
 Nazaire : Comme le thé sans sucre, le café sans sucre, je n'arrivais pas, maintenant....
 Fille : Il y a des progrès.
 Nazaire : Que voulez-vous, il faut que tout rentre....
 Nutritionniste : Je vais finir par vous vendre mes courgettes alors... ah ! ah ! ah !
 Nazaire : Mon épouse va la mettre dans la nourriture, mais je n'aime pas les courgettes.
 Nutritionniste : On a été chez une dame, elle ne mangeait pas d'haricots verts. On a fait la cuisine et puis avant de partir, je lui dis : « Venez goûter madame un tel » Elle a goûté et elle a dit, si c'est comme ça, je vais manger alors.
 Nazaire : Je mange,
 Nutritionniste : Mais vous n'en raffolez pas.
 Nazaire : Non, je le tri parfois, je la lui donne... mais je suis obligé de la manger, je n'ai pas le choix
 Nutritionniste : Bon, là ça va ! on a compris là. Ceux qui sont là, ne sont pas interdit ; Comme ils sont plus fort en sucre, je vais l'atténuer en mettant d'autres choses à côté.
 C'est une combinaison des deux. Ça va ?
 Nadège : Oui
 Nutritionniste : Donc j'ai fait la même chose pour la farine de manioc.... Il est difficile de faire la même chose avec le toloman, mais rassurez-vous, rassurez-vous parce qu'avant on avait beaucoup d'activités physiques et quand on prenait, farine manioc avec féroce et tout ça ; On allait travailler dur après.
 Nadège : Oui c'est vrai.
 Nutritionniste : Donc c'était dans la culture. Cela avant, avait bien sa place par rapport au contexte qui avait. Il faut s'adapter simplement....
 Nazaire : Le chou de chine, en a 24%

Nutritionniste : Oui comme les patates

Nazaire : On a la châtaigne, biscotte...

Nadège : Tu sors de notre lot là.

Nutritionniste : non, non, il est en train de comprendre le taux de sucre dans les biscottes et tout ça...

Nazaire : Pourtant la biscotte c'est un pain, pourquoi il y a tout ça de sucre ? c'est de la farine.

Nutritionniste : La biscotte est plus concentrée par rapport au pain, il y a beaucoup plus d'eau. Dans le pain, il y a de l'eau, dans 100g de pain, il y a beaucoup plus d'eau que dans les biscottes. Les biscottes ont été déshydraté, donc ont été séchée. C'est-à-dire le poids de 100g, c'est peut-être 200g qui a fait 100g après avoir enlevé le poids de l'eau.

Fille : Tout à fait

Nutritionniste : Vous voyez ! ça ne vous remplit pas l'estomac mais c'est beaucoup plus concentré.

Nazaire : Mais c'est beaucoup, beaucoup, beaucoup. 60, *mannman* !!!

Nazaire : Ok, ok, on continue

Nutritionniste : on continu...

Nadège : Alors

Nutritionniste : Donc alors, on continue toujours la gestion du sucre, donc là je vais ai donné le tableau, c'est un peu le tableau que j'ai mis ici pour dire le taux de sucre dans les différents aliments.

Un autre document est remis avec l'index glycémique des aliments

Cela étant, ce qui vous intéresse plus encore, c'est comment le produit va augmenter votre taux de sucre dans votre sang.

Nadège : D'accord

Nutritionniste : Un peu, par rapport à cela, vous avez besoin plus d'insuline ou pas. Vous avez des produits qui vont augmenter lentement le sucre et d'autres qui vont être violents et qui vont augmenter plus rapidement le taux de sucre.

Nazaire : D'accord, ma question, tout à l'heure-là, on vous a dit, on fait de la papaye, des oranges, la banane, l'abricot ; et qu'est-ce que nous mettons encore dedans !!!

Nutritionniste : Figue

Nazaire : Figue, c'est banane, radis, du lait de soja, bon... parfois si nous avons...

Peu importe. Le taux est-ce que c'est bon ?

Nutritionniste : Au goût oui

Nazaire : Le matin, au goût oui, oui

Nutritionniste : Est-ce que c'est bon alors ! Il y a surtout du fructose, si vous prenez votre glycémie, vous n'allez pas voir grand-chose, parce que la glycémie c'est le taux de glucose que l'on mesure, mais le fructose amène quatre calories comme la glucose. C'est aussi du sucre qui se transformer en graisse si jamais je ne l'utilise pas. Donc il amène quand même du sucre.

Les explications sont données à partir d'un schéma.

Vous n'allez pas pouvoir le mesurer votre dextro si vous faites un dextro, parce que le dextro prend le taux de glucose dans le sang. Mais c'est du sucre qui s'ajoute au sucre.... Or, il faut diminuer le taux de sucre. Pourquoi il faut diminuer le taux de sucre ? pour la gestion du diabète....

Vous connaissez le diabète, il y a la cellule, l'insuline qui fait rentrer le sucre dans la cellule. Quand je mange, j'augmente le taux de sucre dans le sang, quel que soit le sucre ou glucose dans le sang. Quand il y a de la place dans la cellule le sucre peut rentrer. L'insuline ouvre la porte, le sucre peut rentrer. Le taux de sucre va baisser dans le sang. Si jamais ici, c'est rempli, quel que soit la nature du sucre qui a fait la graisse ; Si la cellule est grasse ; il peut avoir des difficultés que le sucre rentre, donc l'insuline peut ne pas être efficace. C'est pour cela que l'on dit pour le diabétique, il faut faire une activité physique pour bruler du sucre par l'activité et manger en conséquence.... Plus, plus je fais du vide là, plus je libère de la place et plus le sucre qui est dans le sang rentre dans la cellule

Nazaire : D'accord mais je n'ai pas compris. J'ai compris tout ce que vous avez dit là mais ce que je veux savoir,

Nutritionniste : C'est pour les fruits ?

Nazaire : Pour baisser le taux de sucre, puisque je fais un genre de panaché, il y a le sucre, il ne faut pas le faire alors ? ...Comment on fait pour baisser le sucre ? puisqu'il y a papaye.

Nutritionniste : En tous les cas, ce que vous faites ne baisse pas le taux de sucre.

Nazaire : D'accord, alors il ne faut pas le faire ?

Nutritionniste : Non, je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire. Donc comment on fait pour baisser le sucre ! Si vous faites comme je vois souvent les gens qui prennent la tisane en disant que la tisane, ça fait baisser le taux de sucre. Non. Le sucre qui est là est déjà là. Comment on doit utiliser ce sucre-là.

Nazaire : D'accord

Nutritionniste : Comment je vais stimuler mon foie

Nazaire : Le fruit

Nutritionniste : Pardon !

Nazaire : Le fruit

Nutritionniste :. Il y a des tisanes que l'on vend sur le marché pour dire que cela fait baisser le sucre. Cela stimule le foie puisque le foie travaille plus pour pouvoir modifier le taux de sucre dans le sang . Si j'amène d'autre sucre, même des fruits ou autre, c'est autant de sucre. Je dis au...

Fille : En fait, la question de mon papa, ce qu'il veut savoir, comment intégrer son truc, son panaché,

Nazaire : Alors il y a du sucre comment...

Fille : Comment intégrer ça dans une journée...

Nutritionniste : On ne peut pas supprimer tous les sucres. Il n'est pas question de supprimer tous les sucres.

Nazaire : Mais vous avez dit... justement

Fille : Papa c'est une question de compensation. Si tu te fais plaisir en prenant ton smoothie le matin, tu compenses avec le midi. Le midi il faut que cela soit moins riche en sucre .Tout est une question d'équilibre en fait.

Nutritionniste : Tout est une question de balance.

Fille : Si tu te fais plaisir... c'est fibreux mais c'est du sucre. Mais le midi tu seras, tu vas être un peu moins gourmand, enfin moins....

Nazaire : Quand on prend ça, on ne mange pas le midi.

Nutritionniste : Ah bon !

Nazaire : C'est bourratif, c'est tenace

Nutritionniste : Quand vous prenez le smoothie, vous ne mangez pas le midi ?

Nazaire : Je mange à midi, mais si je mange à midi et je prends ça !

Fille : Non, papa c'est justement ce qu'il ne faut pas faire. Tu ne peux pas intégrer ton smoothie dans ton repas du midi.

Nazaire : C'est le matin que je prends ça.

Fille : Eh bien, c'est ce que l'on te dit

Fille : Si tu prends le matin, à midi, il se passe quand même 6h de temps, à midi

Nazaire : Pour faire baisser le sucre dans le sang comment fait-on ?

Fille : Non, ce n'est pas une question, ce n'est pas un aliment qui va faire descendre...

Nazaire : On ne peut pas ?

Nutritionniste : Il faut éviter..., il faut prendre dans l'autre sens ; Comment manger pour éviter que le sucre augmente trop.

Fille : Ne monte pas voilà

Nutritionniste : S'il monte trop, je serai amené de prendre plus d'insuline pour le faire baisser.

Nazaire : Parce que c'est le matin tôt que nous prenons ça. Le petit déjeuner à 6h.

Chercheur : Oui, l'autre question aussi sous-entendu de Nazaire, c'est quand il voit le taux , il additionne quand il a pris ça, ça et ça. Alors que vous, ce matin vous avez dit un petit bout de banane, il n'y a pas la quantité là. Quand vous avez pris un petit bout de banane, il n'y a pas les 24%. Il doit avoir 1% vous avez vu.

Fille : Là c'est pour 100g

Moi :: Là c'est pour 100g

Fille : Tu ne manges pas tous les 100g

Moi :: C'est cela, donc en fait, il y a moins. Il n'a pas tout ça à additionner.

Nazaire : il y a tellement de fruit

Nutritionniste : Donc pour répondre à monsieur, je fais des smoothies combinés, je prends un fruit et je mets par exemple des concombres.

Nazaire : Vous le coupez

Fille : Oui parfois, c'est super bon.

Nutritionniste : Cela permet de couper le sucre du fruit, donc je mets du céleri, l'aloès...

Nazaire : Aïe ah bon Dieu !

Nutritionniste : Par exemple : Imaginons, j'aime le melon, je crains que cela va augmenter mon taux de sucre, quand je mets à côté le concombre, je fais la moyenne entre deux.

Nazaire : Tout à fait

Nutritionniste : J'ai un produit sucre, qui n'est pas trop sucré.

Nazaire : ça balance

Nutritionniste : Vous m'avez parlé du liquide

Nadège : Non, le Fortimel

Nutritionniste : Le Fortimel que l'on vous donne, c'est pour diabétique ? Le smoothie pour diabétique doit-être adapté. A ce moment-là pour l'adopter, je vais diminuer le sucre qu'il y a dans les autres aliments en amenant, concombre, céleri, autres choses qui diminuent, herbe Couresse qui n'ont pas beaucoup de sucre. Vous voyez, il n'y a pas de problème à ce niveau-là.

Nadège : Est-ce que je peux faire un smoothie avec de l'aloès maintenant ?

Fille : Mais oui

Nutritionniste : Bien sûr.

Nazaire : tu le boiras toi-même

Nadège : Justement

Nutritionniste : A !ah !ah ! Il n'est pas amer.

Nadège : On va essayer pour voir

Nazaire : Non, non je connais ça

Nutritionniste : Faites votre expérience et on en parlera après. Donc c'est pour vous dire voilà, je sais bien, ce sont des vraies questions qui se posent. Est-ce que le fruit fait baisser mon taux de sucre ? Non, le fruit ramène d'autres sucres.

Fille : Il faut l'utiliser

Nutritionniste : Il faut l'utiliser, le dépenser, sinon il s'ajoute au taux de sucre, il s'ajoute à la graisse.

Fille : C'est comme un carburant

Nutritionniste : C'est comme un carburant, il faut que je le stock en quelque part.

Fille : Sinon ça encrasse le moteur

Nutritionniste : Je le mets dans la cellule, donc la cellule est encombrée et il n'y a plus de place pour que d'autres sucres rentrent pour que le taux de sucre baisse dans le sang.

Nadège : D'accord

Nutritionniste : C'est dans ce sens-là, qu'il peut participer à faire perdre du poids. C'est quand même du sucre. 1g de fructose amène 4 calories, comme 1g de glucose de sucre amène 4 calories

Nadège : D'accord

Nutritionniste : Donc on est sur des aliments naturels, c'est le côté naturel souvent qui trompe.

Fille : Oui c'est vrai

Nutritionniste : C'est pour cela que vous sursautez quand je vous parle du manioc.... Ça ne peut pas être ça le manioc... 80% amidon. C'est le côté naturel que l'on associe au diabétique et on se dit c'est bon. Mais c'est bon pour qui ? Ça dépend, le smoothie que vous faites là, ça doit être énergétique pour des gens qui ont besoin des bananes et tout cela oui, mais pour vous il faut pouvoir l'adapter à votre régime pour diabétique.

Fille : ...sédentaire

Moi :: Pour revenir au Fortimel, souvent il est prescrit effectivement aux personnes qui n'ont pas d'activité et qui n'ont pas d'énergie, pour un peu les booster.

Nutritionniste : leur amener des vitamines

Moi :: Vous avez déjà le smoothie et tout, donc, ça vient rajouter

Fille : Il faut choisir

Nutritionniste : Oui parce que souvent on le donne aux gens qui sont dénutris. Les personnes dénutris, bon la vitamine n'apporte pas de calories, mais la vitamine permet de booster mon corps pour être plus efficace ce qui fait, si je mange tout cela et j'amène la vitamine..... Si on le fait pour cela ok, il faut savoir..... , ça fait beaucoup de chose

Nadège : D'accord. C'est vrai, il y a un moment j'ai arrêté ça. Je lui donnais un concentré de carotte et de la betterave rouge. Je lui ai donné cela un certain moment. Quand même là, aujourd'hui je vois qu'il y a que 8%.....

Nutritionniste : C'est ce que je vous disais, souvent on confond le goût sucré d'un produit.

Nazaire : Mais si, c'est sucré la carotte

Nutritionniste : Vous voyez la carotte., la betterave, souvent la betterave c'est comme le gombo

Nadège : D'accord

Nutritionniste : Vous voyez, vous n'allez pas aimer le gombo, car le gombo n'est pas sucré. Comme je vous disais tout à l'heure en parlant des fruits, la pastèque à 7%. La pomme, souvent on mange une pomme pour être tranquille, la pomme est plus sucrée que la pastèque.

Nadège : Que la pastèque ?

Nutritionniste : La pastèque à un goût sucré. Tout le sucre est déjà sous forme de sucre perceptible.

Nazaire : La betterave 8% !

Fille : Ce n'est pas beaucoup papa, tu ne manges pas 100g de betterave. C'est pour 100g.

Nazaire : Quand tu me donnes la carotte et la betterave en même temps, c'est sucré.

Nadège : mais oui

Nutritionniste : Si je prends 50g de l'un et 50g de l'autre, cela fait 50g des deux. Cela me fait 4g de sucre.

Moi :: Ce n'est pas beaucoup

Fille : C'est pour 100g

Nazaire :tout additionné

Nutritionniste : Tout est sucre, mais c'est la quantité

Nazaire : Le concombre c'est de l'eau, il y a 2%

Nutritionniste : Non c'est pour cela qu'il faut connaître....

Nazaire : Le concombre c'est de l'eau... Tout a du sucre

Nutritionniste : C'est bien pour cela qu'il faut tout relativiser. Tout à du sucre. Il faut savoir amener les choses c'est tout.

Nazaire : Il est où le gombo ?

Nutritionniste : 8%

Nadège : La carotte n'a pas beaucoup d'amidon

Nazaire : Non mais c'est sucré.

Nadège : La betterave n'a pas beaucoup d'amidon

Nutritionniste :) Vous savez cela surprend les gens quand je parle d'amidon en parlant du gombo. Chez moi, on fait de la farine de gombo. On fait sécher le gombo, on le mixe et on fait une poudre avec...

Nadège : Ah ouais !

Nutritionniste : Que nous utilisons pour faire une sauce. Quand il y a beaucoup de gombo, on en récolte, on fait sécher

Nazaire : Puisqu'il y a toujours un surplus

Nutritionniste : Voilà, donc on fait sécher et on mixe, on obtient une poudre. Donc dans cette poudre-là, il y a une partie qui est amidon. Il y a la fibre, l'amidon et tout ça. Donc 8%, ça n'a pas un goût sucré mais l'amidon qui est là- dedans, bref... Nous avançons pour dire que ...d'autres notions.

J'ai dit que tous les sucres n'ont pas le même impact sur le corps. C'est pour arriver à votre fruit à pain.

Nutritionniste : Je l'ai mémorisé

Nazaire : Je mange tout, on parlait de fruit à pain

Fille : La façon de cuire....

Nutritionniste : (Bien cuit, c'est-à-dire, on va mesurer comment un produit va augmenter votre glycémie. On vous donne le glucose quand vous faites des analyses. On donne le sirop de glucose à boire et on voit jusqu'à quel niveau la glycémie. Votre taux de sucre augmente dans le sang. On vous donne la valeur 100. On le compte en référence

On va donner la carotte à manger dans les mêmes conditions. La carotte est crue, elle va augmenter le sucre à 16%. La carotte cuite est à 47%.

16% cette valeur donc..., la carotte crue est à 16%. La carotte cuite passe à 47%. C'est la même quantité, mais le fait de faire cuire la carotte est beaucoup plus digeste et va se transformer plus rapidement donc, elle va augmenter plus le taux de sucre que la carotte crue. Parce que la cuisson est une prédigestion. Quand je digère, le sucre sera plus disponible beaucoup plus rapidement, alors que, lorsque je mange la

carotte crue, il faut digérer. Cela va prendre plus de temps. Ça va aller « piam, piam⁹⁶ » Ca va aller se libérer plus lentement.

Donc plus c'est cuit, plus ça va augmenter la glycémie rapidement.

Nadège : D'accord, il vaut mieux manger cru

Nutritionniste : Non, sinon entre les deux

Fille : Al denté

Nutritionniste : Al denté. Donc, je vois par exemple la pomme de terre bouillie à l'eau, on est à 70 ; La même pomme de terre en purée, on passe à 90

Fille : manman !

Nutritionniste : La même pomme de terre en frite on passe à 95.

Fille : C'est l'amidon

Nutritionniste : L'amidon qui devient friable

Fille : Friable d'accord

Nutritionniste : Soit je cuis et c'est beaucoup plus digeste qui va augmenter plus rapidement, soit on frit, il devient friable. C'est pourquoi, les biscuits, biscottes sont friables. Ils ont un indice glycémique.....

Un document est remis pour illustrer la notion de charge glycémique

Nutritionniste : Donc il me reste un tableau là. Donc on a fait un tableau avec le taux de sucre dans les produits et l'index glycémique. C'est-à-dire, comment le produit augmente le taux de sucre dans le sang.

Nutritionniste : Donc c'est pour vous dire, voilà on va classer les aliments par rapport à leur impact. Quand je mange 100g de carotte, comment cela va augmenter ma glycémie par rapport à mon besoin en insuline. Vaut mieux manger ceux qui ont un index bas. C'est-à-dire qu'ils augmentent moins le taux de sucre dans le sang trop rapidement. Si jamais mes activités se trouvent là. Imaginons que j'ai la capacité de dépenser ça, si je mange un produit qui reste là-dedans, je vais tout utiliser. Si je mange un produit qui sort de-là, je vais tout dépenser ce qui est ici, et tout ce qui dépasse, je vais mettre en réserve. Si ma capacité physique se limite à ça, vaut mieux que je prenne un produit qui aille mieux là. Donc si les courgettes, mes courgettes vont diminuer le pic car cela va baisser le niveau de sucre qui va circuler dans le sang

Nutritionniste : Donc si j'ai fait.... Imaginons : Je fais de la provocation. Je mange un bout de gâteau, le gâteau va augmenter beaucoup mon taux de sucre. Si je mange en même temps un plat de légumes verts au cours de mon repas, imaginons que je mange les légumes verts avec du poisson. Les haricots c'est bas, si vous voyez l'index glycémique des haricots verts, qu'est-ce qu'il dit ?

Fille : 10

Nutritionniste : 10 et quand je combine les deux, c'est ce que j'ai voulu faire tout à l'heure. J'ai une valeur qui est médiane. Si je mange mon gâteau ou un produit sucre avec les haricots verts, j'ai une valeur.... cela me permet d'avoir un pic moins agressif... produit sucré, produit sucré, on va y arriver.

Nutritionniste : ça va ?

Nazaire : C'est plus équilibré

Nutritionniste : C'est plus équilibré

Fille : Voilà

Nutritionniste : Il s'agit d'équilibrer finalement

Nadège : Est-ce qu'il y a un index pour le gâteau ?

Nutritionniste : Non, alors je suis contre les desserts mais pour les diabétiques ; imaginons que vous mangez le gâteau seul en collation il n'y a rien pour le freiner, donc vous allez profiter « puff » ça va augmenter beaucoup le taux de sucre, ça va faire flamber la glycémie. Si vous le mangé après avoir mangé un plat d'haricots verts poisson comme j'ai dit. Les haricots verts vont amoindrir l'effet gâteau Combinaison ... si je le mange seul, il n'y a rien qui va l'arrêter.

Fille : Papa qui regarde de la canne à sucre

Nutritionniste : Oui, bon il y a déjà assez de choses qui fâchent ah ! ah ! ah !

Fille : C'est ça

⁹⁶ Doucement.

Nutritionniste : On va aller chercher, donc vous comprenez, donc comme je vous disais tout à l'heure, si mes activités physiques me permettent de dépenser ça de sucre, si je mange mon gâteau tout seul, je sors de mes capacités de tout utiliser. Si je fais mes combinaisons rester à un niveau qui est raisonnable que je peux gérer.

Nadège : Vous savez, euh, j'aime manger

Nutritionniste : Moi aussi

Nadège : Je me vois, dès fois, on a un pic dans la journée. On a envie de manger sucré

Nutritionniste : Oui

Nadège : Mais à ce moment-là, ce n'est pas parce qu'on a faim, on a ce besoin tellement fort ; Alors j'ouvre le réfrigérateur, je mange, je mange.

Fille : C'est comme une drogue

Nadège : Alors comment, je fais pour maîtriser ça. On va me dire de boire de l'eau ! je bois de l'eau, je vomie, je bois trop d'eau.

Nutritionniste : Vous savez, nous sommes des êtres de conditionnement. J'ai dit quand j'ai peur ou bien quand je suis triste, quand je suis stressé, vers quoi je vais me réfugier pour avoir du réconfort. Souvent cela peut-être ça. J'ai un problème qui me tracasse, pas forcément alimentaire mais j'ai mal là, je me sens vide là. Souvent mes clients, je les taquine, je leur dis, vous avez faim de quoi ? ah ! ah ! ah ! vous avez faim de quoi ?

Fille : En fait, par moment cela m'arrive, c'est comme ... le corps habitué, quand on le, quand on le...

Nutritionniste : Le prive

Fille : Voilà, c'est comme une drogue, tu as envie

Chercheur: C'est un besoin

Fille : C'est un besoin

Chercheur : c'est cette notion de besoin, mais quand on dit le sucre, il y a un autre besoin en réalité

Fille : Ah ! émotionnelle

Chercheur : Il y a effectivement un autre besoin qui est là

Fille : Ah ok. Je sais à quel moment...

Nazaire : Comme vous dites, c'est pareil, on ne boit pas de coca, ici on ne boit pas de coca. On a toujours du coca. Si quelqu'un vient on lui donne un punch, on lui donne... mais on veut qu'au moins... je vais chercher un petit vert de coca glacé afin de boire, même un verre.

Nazaire : Ton corps te demande ça.

Nutritionniste : C'est normal

Nazaire : Ton corps te demande ça. Il n'y a pas d'abus

Nutritionniste : Il n'y a pas d'abus

Nazaire : On ne boit pas d'alcool, on ne boit rien, coca

Fille : Comment gérer ça, c'est la question papa ?

Nazaire : Mais un jour il faut que je boive un peu de coca

Nutritionniste : Comment gérer ça ? Vous savez, nous naissons avec une certaine virginité, je dis souvent à mes amis... Mes amis « Pygmées » ne vont pas demander du chocolat dans leur crise. Mais quand on associe ma crise avec quelle que soit la nature avec un produit, le cerveau va demander.... Quelque chose à la place si c'est possible.

Il y a des gens qui fume machinalement car ils ont besoin leur nicotine. Des gens qui vont prendre du café ; Donc nous, nous conditionnons d'une manière ou d'une autre. Ce qui fait notre personnalité d'ailleurs. Je dis si je vais dans d'autres pays, ils n'ont pas les mêmes demandes

Nutritionniste : Je suis allé chez quelqu'un, je regarde dans le frigo, il n'y a rien, il y a 2 bouteilles d'eau dans le frigo, donc il n'est pas question de grignoter, son corps ne me demande rien.

Fille : Au super marché, tu n'achètes pas ce dont tu n'as pas besoin.

Nutritionniste : Ça, c'est plus compliqué.

Nutritionniste : Nous sommes des êtres de conditionnement. Le tout c'est se conditionné pour se déconditionner, pour être autonome.

Fille : Il faut que tu t'adaptes maman

Nutritionniste : Pour terminer ça, avant de passer en cuisine, si je prends le tableau qui est là.... 'Bon alléluia', je regarde la pastèque, la pastèque est à 75, l'index

Nadège : Oui

Nutritionniste : Non, la pastèque à 7% de sucre et son index glycémique est de 75. Cela veut dire qu'il augmente beaucoup le taux de sucre

Nadège : Ah oui

Nutritionniste : Oui mais comme il n'a pas beaucoup de sucre. Il y a des produits comme la pastèque, ça va monter la glycémie mais comme il n'y a pas beaucoup de sucre ça va retomber tout seul

Nadège : D'accord

Nutritionniste : C'est pour cela que j'ai mis la 3^{ème} colonne qui est la charge glycémique. La charge glycémique rend compte de ça. Ça va monter mais...

Fille : D'accord

Nutritionniste : ça va monter, mais comme il n'y a pas beaucoup de sucre pour soutenir la période hyperglycémique, ça va redescendre. Si je prends les biscottes par exemple,

Fille : Par contre c'est... comme les galettes de riz maman

Nutritionniste : Oui les galettes de riz

Fille : C'est une arnaque

Nutritionniste : Les biscottes vont monter et comme il y a 76% de sucre, ça va maintenir la période glycémique longtemps

Fille : On a l'impression souvent, on fait l'amalgame avec le bio...

Fille : et le sain, du beurre ...

Nutritionniste : ça va monter et maintenir la période glycémique. Donc il est beaucoup plus grave, même s'il a un index glycémique important... c'est pour vous dire que tout sucre, n'est pas sucre. Tous les sucres, n'ont pas les mêmes valeurs. Il y a ceux qui vont maintenir la période glycémique longtemps, ça va faire plus de mal aux diabétiques. Il y a d'autres, ça monte mais ça peut-être le goût sucré Comme la betterave il n'a pas beaucoup de sucre, ça va monter mais ça va retomber tout seul ; alors que d'autres vont maintenir la période glycémique longtemps

Nutritionniste : La 3^{ème} colonne vous donne des idées

Fille : Est-ce que mes parents pourraient s'aider, vous connaissez les applications « Lynka »

Nutritionniste : Il y en a tellement

Fille : Pour 'euh' ! les bons produits

Nutritionniste : Si vous voulez leur compliquer la vie oui

Fille : Oui d'accord

Nutritionniste : Ah ! ah ! ah ! non ils peuvent

Fille : ça pourrait les aider

Nutritionniste : S'ils sont dans cette culture là

Fille : ça va s'apprendre

Nutritionniste : Oui pourquoi pas...

Fille : Mais est-ce que vous trouvez ces applications fiables ?

Nutritionniste : Fiables non... des applications quelquefois, vous savez c'est comme les « nutri scores » et tout ça. Ça dépend ce que l'on met comme éléments de valeur.

Fille : D'accord

Nutritionniste : Vous voyez, ça s'est déjà assez compliqué

Fille : C'est ça

Chercheur : C'est du pas à pas

Nutritionniste : Si vous ajoutez encore d'autres trucs dessus ça... c'est pour ça que je suis resté au niveau du sucre.

Nadège : Alors, on compare le pain blanc au pain complet...

Nutritionniste : Oui

Nadège : J'ai beaucoup entendu que le pain complet était supérieur au pain blanc

Nutritionniste : Supérieur en quoi ?

Nadège : Je ne sais pas, mais qu'il était meilleur

Fille : Plus fibreux

Nadège : Qu'il était beaucoup meilleur que le pain blanc. Je ne vois pas sur ce tableau-là.

Nutritionniste : Le taux de sucre n'est pas très différent. Le pain blanc est à 58% de sucre

Nazaire : Il y a la farine qui est différente

Nutritionniste : Oui la farine est différente mais je dis aux gens, puisque vous voulez une réponse toute prête, supérieur à quoi ? si le pain complet n'est pas biologique. Si le blé a été traité, je préfère que l'on n'en mange pas. Non je vous donne des éléments de réponse ?

Nazaire : Ouais

Nadège : Le pain complet qui n'a pas été traité

Nutritionniste : Si le blé a été traité avec des pesticides

Nadège : Ah d'accord

Nutritionniste : Le son du blé est empoisonné. Si j'intègre le son du blé à la farine, j'ajoute plus de polluant.

Nadège : Il faut chercher la farine complète bio.

Nutritionniste : Si le pain complet n'a pas été fait avec du levain, parce que le levain, le temps que ça mûrisse il y a l'acide phytique dedans qui est détruit... C'est ce qui donne le goût acidulé. Si on le fait avec de la levure de bière qui pousse rapidement la pâte, on ne fait pas cette étape là, mais on reste sur l'idée que le pain complet est meilleur. Donc je vous dis c'est l'arnaque aussi.

Nadège : Ah d'accord

Nutritionniste : Tout dépend comment le pain a été levé, comment la pâte a été levée mais on ne rentre pas dans les détails là. Meilleur pour qui ? si vous avez une colopathie, si vous avez une irritation au colon, tout ce qui est riche en fibre, vaut mieux ne pas en consommer. Ça risque de vous irriter encore plus le colon... donc c'est pour ça.

Nazaire : Elle a été déjà opérée Nutritionniste

Nutritionniste : Quoi ?

Nazaire : Elle a été opérée

Nutritionniste : Oui, mais voilà, si elle a été opérée, si... Donc quand on lance des choses comme ça... ça prend du temps à expliquer aux gens. On dit le pain complet est meilleur, on prend des raccourcis, ce sont des raccourcis.

(Fin 1 :00 :04)

4) Atelier d'éducation alimentaire de Karine à son domicile

Patiente et aidant : Karine DT2

Date : 14 mai 2021

Contexte : Karine est DT2, hypertendue, fait du cholestérol, elle a un statut d'« aidant » pour sa mère et son oncle tous deux diabétiques.

Intervenants : Nutritionniste et chercheur en observation participative

Atelier théorique et pratique : *Je mange, je me soigne, je me fais plaisir.*

Le mère Ghislaine et la fille de Karine participent à l'atelier d'éducation alimentaire animé par le Nutritionniste .

La partie théorique

Nutritionniste : La patate douce ou encore la pomme de terre, le sucre qu'il y a dedans n'augmente pas beaucoup le taux de sucre dans le sang.

Karine : La pomme de terre a plus de féculent que ...

Nutritionniste : Ah ouais ! Ils ont le même taux. Mais ce n'est pas la même nature de... d'amidon. L'amidon de la patate douce aura donné du sucre beaucoup plus lentement. Donc, on dit au lieu de manger du pain, au lieu de manger de la pomme de terre, j'ai intérêt à manger de la patate douce. Donc en plus, si je mets des légumes verts à coté, c'est...

Karine : Il faut toujours avoir un légume vert, quoi ?

Nutritionniste : Toi, qu'est ce t'en penses ? Tu aimes les légumes verts ?

Ghislaine: Moi, je n'aime pas les légumes verts. C'est bizarre, hein !

Karine : Bon, légumes vert, sé pa salad, haricots verts, bahay konsa ?

Nutritionniste : Les herbages, tout ce qui a comme l'herbage. Tu as épinard, tu as tomate, tu as concombre, tu as laitue, tu as tout ça. Pourquoi, tu fais des grimaces, tu n'aimes pas ça ?

Karine : Il y a des courgettes et machin aussi.

Nutritionniste : Des courgettes, des tomates, des poireaux, des poivrons, ...

Karine : Les machins surgelés quoi, les...-

Nutritionniste : Oui, oui, tu peux acheter les brocolis surgelés, les carottes surgelées ...

Karine : Antouka, chak fwa w ka manjé fò w toujou gen légumes verts.

Nutritionniste : Bon, tu sais, parfois les gens, avant, quand ils faisaient les gros légumes, ils mettaient les herbages dessus. On cuit dachine, on met les herbages dessus, des épinards... Pourquoi on faisait ça ? Pourquoi on mettait les herbages sur les gros légumes ? Les poupiers, on les mettait sur les légumes et puis on mangeait avec. Pourquoi ?

Karine : Ah bon ? ...

Nutritionniste : Donc, ta question, c'est « Est-ce qu'il faut mettre des légumes verts? ». Est-ce que c'est obligatoire de mettre les légumes verts à chaque repas?

Karine : « Chaque fois faudra avoir des légumes verts ».

Nutritionniste : oui.

Karine : Toujou toujou toujou an salad, an machin

Chercheur : Mais oui

Ghislaine: Salade épi fruit

Nous distribuons une copie avec la teneur en sucre des fruits et légumes.

Nutritionniste : Ta maman lit aussi ?

Karine : oui

Nutritionniste : Donc là, je suis sur le tableau avec des fruits et des légumes. Le pourcentage, ça veut dire que 100 grammes ; 100 grammes de carambole amènent 9 grammes de sucre. 100 grammes de pastèques amènent 7 grammes de sucre, etc. C'est-à-dire pour 100 grammes de produits, le taux de sucre qu'il y a. Ok ? Quand on veut perdre du poids ou bien quand tu es diabétique ...

Ghislaine: Ah, il y a une quantité de choses qui sont bonnes là !

Nutritionniste : Ah oui, oui. Il y a beaucoup de choses, hein. Alors, je dis il y a ce que, Karine, tu vas consommer. Tu manges dachine, tu manges ki sa sa yé sa, tu manges tout ça. Et puis, il y a ce que tu dépenses. Si tu manges quatre étoiles et que tu dépenses les quatre étoiles, tu ne mets pas de sucre en réserve.

Karine : Tu fais quoi ?

Nutritionniste : Si tu manges quatre et que tu brules les quatre, tu n'as pas de stock.

Karine : Ah d'accord !

Nutritionniste : Bon, mais est-ce que tu vois ça ? Est-ce que tu es d'accord ? C'est-à-dire ce que tu mets en compte en banque, si tu dépenses tout, tu n'as pas de réserve. Mais, en toi aussi, si tu as des réserves, ça veut dire que tu n'as pas tout dépensé.

Chercheur : C'est pareil pour ce que tu manges, si tu manges beaucoup de graisse, de sucre ? Là, épi ou pa fè ayen ou rété asiz la. Donk sik la, grès la i ka rété la osi. Alors que si w ay fè jaden, si w ay maché, si w ay la la, i ka disparèt. I pa ka rété an vant ou. Tu vois ? E sé konsa yo ka di men poukisa man pa ka mégri ? Mais oui ou pa ka mégri paské ou manjé on lo bagay, é ou pa brennen ou pa fè ayen. Donk, i rété la. Enben kisa y ka réte la, wòb la, « L » la nou té di pou nowèl, sé pou sa ou pé pa mété y. Piské tout sik la, tout machen an ou manjé a, i rété la. Tu as vu un p'tit peu ? J'ai dit ça pour schématiser un p'tit peu pour toi, pour que tu comprennes le mécanisme parce que tu dis que ta tante mange toujours des légumes verts, mais elle a raison. Parce que le nutritionniste va t'expliquer comment ça fonctionne. Est-ce que tu vois ?

Karine : Humm !

Chercheur : Est-ce que tu as une question ... par rapport à ça ?

Karine : Donk, fo ou toujou dépansé sa w ka manjé a kwa ? Pou éliminé grès la ... *(Donc, il faut toujours dépenser ce qu'on mange pour éliminer la graisse quoi?)*

Chercheur : Ou konprann tout bagay la. *(Tu as tout compris).*

Chercheur : Pou éliminé grès la é pou éliminé sik la. Paské sik la ka vini grès. *(La graisse et le sucre ; parce que la sucre se transforme en graisse)*

Karine : Paské manjé a ni sik adan y. *(Parce qu'il y a du sucre dans les repas)*

Chercheur : Manjé a ni sik adan y. Puisque, regarde, lè yo ka di... tou sa la la, yo ka di w sa sé sik ki adan. Le 5% là, c'est du sucre.

Nous regardons ensemble le document avec la teneur en sucre des fruits et légumes

Ghislaine: Les avocats sont bons ... ?

Nutritionniste : L'avocat n'a pas beaucoup de sucre.

Ghislaine: un bout d'avocat ... Le melon, la pastèque ?

Nutritionniste : Pastèque c'est 7%, le melon 5% ... Et plus tu manges du sucre, plus il va falloir bouger. C'est-à-dire que si tu manges que des légumes qui sont faibles en sucre, tu n'as pas besoin de beaucoup d'activités physiques puisqu'il n'y a pas beaucoup de sucre. Mais si tu as beaucoup de sucre, il va falloir que tu les brules. Si tu es sportive, on dit aux gens de manger beaucoup de pâtes avant d'aller faire du sport. Tu as déjà entendu ça ?

Karine : Manger de pâtes ?

Nutritionniste : Oui

Chercheur : Pour les gens qui font du sport, hein ! ou pa janmè wè on gwo moun ka kouri. Je veux te parler de sportifs.

Karine : Sportif, sé moun ki ka kouri ? *(Un sportif c'est une personne qui court ?)*

Chercheur : Sé moun ki ka kouri. Ou pa janmen wè on gwo. Adan ekip foutbòl la, ou pa ka wè gwo moun konsa. Sé siklis la ki anlè lawout la, ou pa ka wè gwo moun anlè bisiklèt. *(Comme tu vois il n'y a pas de gros footballeur, ni de gros coureur cycliste...)*

Karine : Wè wè.

Chercheur : Tonton w ki ka fè bannann nan la, ou pa wè ki mannyè i sèk ? *(Ton oncle qui cultive la banane, tu as vu comment il est mince ?)*

Tu as compris le système ? Tu manges, mais il faut bruler puisque c'est ça fait les calories c'est ça. C'est important pou konprann sa pou konprann la suite, tu vois ?

Karine ou Ghislaine: Discours pas très perceptible

Chercheur : Paské nou, nou pa di pa manjé y hein. Paské lè nou ka manjé banane jaune, gadé tou sa y ka poté ba nou. Lè w ka manjé biskòt, ou ka di ou pa ka manjé biskòt. Ou préféré pen. Gadé tout sa sik i ka poté. *(Tu dis que tu préfères le pain aux biscottes, regarde le taux de sucre pour les deux)*

Chercheur : Cherche le pain sur le document. Regarde.

Nutritionniste : Biscotes, c'est très riche, 76 %. Ça dépend avec quoi je mange le pain.

Ghislaine: Une tranche de pain...

Nutritionniste : Imagine que je mange du pain avec une salade. Imagine le pain blanc, on a 58%.

Karine : Le pain blanc, le gros pain là qu'on achète là ?

Nutritionniste : oui le gros pain, la baguette. Le pain blanc, le pain ordinaire. Ce n'est pas le pain complet. Ok. Si je mange le pain, je mets du beurre dessus, avec de la confiture ... Ça fait sik épi sik.

Karine : Hum...

Nutritionniste : Si je mange du pain avec une salade, la tomate a 3 % seulement de sucre. La tomate va diluer ou va diminuer la force du pain. Tu vois ? Donc, le pain c'est une chose, tout dépend avec quoi je veux manger mon pain. Si je prends du pain et je mets des marinades dedans... tu rigoles, mais on le fait souvent.

Karine : Je sais

Nutritionniste : Si je prends du pain avec des marinades, tu vois bien que le pain plus la farine des marinades, plus la graisse, ça fait beaucoup par rapport à celui qui mange du pain avec une salade. S'il mange du pain avec du poisson et de la laitue.

Karine : Bon matin en man manjé pen épi marinad. (Rires) (*Ce matin j'ai mangé du pain avec des marinades*)

Nutritionniste : Ce matin tu as mangé ça ? (Rires)

Karine : Oui

Chercheur : Et tu as pris de la salade avec ?

Karine : Non. J'ai pris de la marinade

Rires collectifs

Ghislaine: C'est des acras qu'on dit.

Chercheur : Oui, c'est pareil.

Nutritionniste : C'est pareil !

Karine : Man pran on moso pen (*J'ai pris un morceau de pain*)

Chercheur : Ou mété konbyen akra adan ? (*Tu y as mis combien d'accras ?*)

Ghislaine: 4 Karine : 4

Nutritionniste : 4 (Rires) ...

Chercheur : Nous ne sommes pas là pour se moquer de toi. Mais est-ce que tu comprends ? Tu as compris puisque tu as fait le lien. Ou pran on lonch pen konsa ? (*Tu as pris un gros bout de pain ?*)

Karine : Non sé té en bout pen. (*Non c'était un bout de pain*)

Chercheur : On bèl bout pen. Ou pran on bèl bout pen ou mété 4 marinad adan. Marinad la i fèt épi kisa ? (*Tu as pris un bout de pain et 4 accras. De quoi sont faits les accras*)

Karine : Épi farin, lwil, bagay konsa. (*Farine, l'huile, des choses comme ça*)

Chercheur : Exactement! I fèt épi farin. Donk, sé féculent. Pen an sé féculent. I tcwit adan kwa ? (*Le pain et la farine sont des féculents et ils sont cuits dans de l'huile*)

Karine : Ouais

Chercheur : Sé grès. donk, ou wè sa w manjé bon maten an ? Ou bat on lo farin, ou mété on sik épi lwil adan épi w manjé y. Sé exactement menm bagay la. Tu as vu ? et tu n'as pas mis ni an ti konkonm, ni én ti gonbo... Ou pé manjé y. Mais ça aurait été bien que w mété an konkonm, an tomat, oubyen an salade adan. Nou pa di w pa manjé pen épi marinad. Men nou di w manjé on 1 ou 2 marinad adan pen an épi on gwo salad a koté y.

(*C'est comme si ce matin tu avais pris de la farine, tu y ajouté du sucre et de l'huile et que tu as tout mangé. C'est exactement la même chose. Tu n'as pas mis de concombre, ou de gombo... Nous ne te disons pas de ne pas manger du pain et des marinades. Nous te disons de manger 1 ou 2 marinades avec une grosses salades à côté*)

Karine : Voilà ! Épi on ti zin pen. (*Voilà ! Avec très peu de pain*)

Nutritionniste : Épi on ti zing pen (Rires)

Chercheur : Épi on ti zing pen. Ès ou ka santi sa posib sa m di w la ? (*Est-ce que tu trouves que c'est possible pour toi ?*)

Karine : oui

Chercheur : C'est possible. Parce qu'il ne faut pas croire ke se lè w manjé on lo a que ... lestomak ou li pa mandé w on lo hein. Tu as vu ? (*Ce n'est pas parce que tu as mangé une grande quantité que ton corps a vraiment besoin d'une grande quantité*)

Nutritionniste : Est-ce que tu as des salades ici ?

Karine : Non, des fois j'achète. Déjà, j'achète de la tomate, j'ai des concombres.

Ghislaine: On m'a apporté deux tomates

Karine : Parfois, je plante des concombres des fois.

Je regarde l'environnement et lui demande si elle a déjà planté des tomates aux alentours.

Chercheur : I ni place la ? Ou pa jen fè tomat la ? *(Il y a de la place ici, tu n'as jamais cultivé des tomates ?)*

Karine : Man pa ka fè ... *(Non je n'en ai pas fait)*

Chercheur : Gonbo a i ka pran la ? *(Et le gonbo, il pousse ici ?)*

Karine : Gonbo oui. Et les concombres aussi.

Chercheur : Konkonm ka pran la ! Tu vois ? ou ka mété konkonm la i ka pran.

Ghislaine: Le concombre, c'est deux euros konsa.

Nutritionniste : Ce n'est pas deux euros, deux pour cent Ghislaine: Deux pour cent.

Nutritionniste : Oui. 100 grammes de concombre amènent 2 grammes de sucre.

Karine : Ah bon !

Nutritionniste : Donc, il n'y a pas beaucoup de sucre dedans

Chercheur : Tu as compris ?

Karine : Oui tu veux dire comme légume vert ?

Nutritionniste : Oui oui.

Chercheur : Tu as vu ? Sa w ka di di sa? *(Qu'en dis-tu ?)*

Karine : Oui des fois je prends peut-être carotte, la laitue. Ça dépend !

Chercheur : Ouais ... Et tu prends de la mayonnaise aussi.

Karine : Non. Je ne consomme pas de la mayonnaise. Ni mayonnaise, ni ketchup.

Chercheur : En tout cas, est ce que tu as compris pour le principe du pain ? parce que tu disais qu'on te dit de ne pas manger. Est-ce que tu as compris ? On ne t'a pas dit de ne pas manger du pain. Men sé pa on lonch pen. Déjà, sé on piti pen... épi menm si w manjé épi marinade paské sa bon marinad dékouché, mété plis salad ki marinad. D'accord ? épi lè w fini : monté, désann, pou maché pour dépensé grès la. *(Tu peux prendre peu de pain avec les marinades en mettant plus de salad que de marinade et après tu marches, tu montes, tu descends pour dépenser la graisse).*

Karine : Non man ka monté désann anba la a plizyè fwa pa jou. *(Je monte et je descends chez mon oncle plusieurs fois par jour)*

Chercheur : Il faut peut-être plus que ça.

Karine : Plus que ça !

Nutritionniste : Non seulement plus que ça, mais ça dépend aussi de ce que tu manges.

Ghislaine: Le giraumon, c'est à 6 % malgré y ni sik adan. *(Il y a quand même du sucre)*

Nutritionniste : Oui. Le giraumon a 6 % seulement effectivement ... Donc, le diabétique peut manger du giraumon ... Si on fait le velouté le soir, le soir qu'est-ce que vous mangez ?

Chercheur : Hier soir, qu'est-ce que vous avez mangé ? c'est juste pour t'aider.

Karine : An ti boudin man té pran. *(Un petit boudin que j'ai pris)*

Nutritionniste : Quoi ? Boudin ?

Chercheur : Tu as mangé avec quoi ?

Karine : San ayen. *(Sans rien)*

Chercheur : Boudin an san ayen ? *(Du boudin sans rien ?)*

Karine : Wi Boudin blanc

Chercheur : Tout moun sé sa yo manjé ? Ta maman a mangé quoi ?

Karine : I pa manjé, *(Elle n'a pas mangé)*

Chercheur : I pa manjé sé pou sa i té à 0.62 *(elle n'a pas mangé c'est pour cette raison que son dextro était à 0.62 ce matin)*

Nutritionniste : Oui, oui, mais je me suis dit ça

Karine : Elle n'a pas mangé hier soir ... Mais, des fois sé on ti salad le soir

Ghislaine: Ce que je n'aime pas c'est les haricots verts. On m'a dit que c'est bon. Mais je n'aime pas.

Nutritionniste : Tu le fais cuire comment ?

Ghislaine: Je l'ai fait cuire à l'eau bouillante.

Nutritionniste : Si je disais de faire une sauce tomate avant de mettre les haricots verts dedans.

Ghislaine: Ah bon ?

Nutritionniste : Oui. Imaginons que je fais revenir avec un peu d'oignons, je mets la tomate dedans. Et je mets les haricots à cuire dedans avec des herbes Provençales avec de petits lauriers... Les haricots verts vont prendre un autre goût. Au lieu d'en manger comme ça bouillis à l'eau seulement tu le mets un p'tit quelque chose pour donner de la couleur. Donc, les gens n'aiment pas parce qu'ils ne savent pas comment cuire les légumes verts. Tu fais du colombo parfois ?

Karine : C'est rare. Colombos de ...

Nutritionniste : Colombos de cabri, colombos de poisson, colombos de poulet

Karine : C'est rare

Nutritionniste : C'est rare. Bon, imaginons que je fais un colombo. Je fais revenir mon poulet et puis je mets des légumes dedans. Je peux mettre christophine, je peux mettre ...

Karine : Je mets parfois des pommes de terre.

Nutritionniste : Tu mets pomme de terre, c'est encore un féculent. Si tu manges ça avec du riz, tu as deux féculents. Par contre, si je mets beaucoup plus de tomates...

Karine : Tomate comment ? Tomate pelée ou bien ...

Nutritionniste : Tomate pelée.

Chercheur : Ou tomate fraîche. Ce que tu as.

Karine : Tomate pelée, j'achète.

Nutritionniste : Oui, tomate que tu achètes soit le fruit même, soit la tomate en boîte pelée, pas le concentré de tomate. Les légumes que tu coupes, tu mets dans ...

Karine : Ah bon !

Nutritionniste : Oui ... Tu fais roussir le poulet et tu coupes dedans les légumes que tu veux. Et tu mets tes assaisonnements avec, et tu manges ça avec patates douces, avec du riz, avec le semoule.

Karine : Tout ça c'est en petite quantité, c'est pas ...

Nutritionniste : Quoi ? Karine : En petite quantité quoi ? Nutritionniste : Pourquoi ?

Karine : Si w ka manjé diri a, salad la. *(Si je mange le riz et la salade)*

Nutritionniste : Non mais si tu mets beaucoup de légumes verts, même si tu manges ...

Karine : Ou pa obligé pran on lo diri quoi. *(On n'est pas obligé de manger beaucoup de riz)*

Chercheur : Ou pé ni on gwo zasyèt konsa, men y ni on tou piti tchiyè diri épi an pil lédjim ver. *(Tu peux prendre une grosse assiette avec peu de riz et beaucoup de légumes verts)*

Karine : Voilà !

Chercheur : Tu vois ? mais ta maman, Ghislaine, i pa enmen haricots verts. C'est sûr que si y ka rien ki manjé y à l'eau i pa ni gou. Men, menm haricots verts ta la, kon Nutritionniste té ka di, ou ka fè y tchwit wousi épi tibren tomat et tou sa, gou a ka chanjé wi. I ka mandé w dôt, hein. *(En faisant les haricots verts autrement que bouillis à l'eau, avec des tomates par exemple, ta maman va aimer elle va en redemander)*

Karine : Ouais

Nutritionniste : C'est ce que j'ai dit. C'est pourquoi nous venons, c'est pour bokanté la parole. Les mêmes choses, tu peux les faire pour que ça soit agréable. Il y a la couleur qui change. Il y a le goût qui change. À ce moment-là pourquoi les haricots verts ? C'est bon pour le diabétique. Il n'y a pas beaucoup de sucre dedans. Si je prends du fruit à pain et je mets haricots verts à côté, je diminue la force du fruit à pain. Je mets haricots verts ou bien épinard ou bien je ne sais quoi hein.

Chercheur : Ou bien gombo

Ghislaine: J'aime l'épinard et le gombo

Chercheur : si tu aimes, profite ! Tu vois ?

Nutritionniste : Donc, systématiquement, aussi bien pour perdre du poids que pour le diabétique, il faut équilibrer ton assiette, imaginons que c'est ça l'assiette.

Je sais que tu vas sauter, mais j'ai la moitié de l'assiette avec des légumes verts. Ça te force hein ! La moitié de ... enfin le plus que tu peux, tu mets des légumes verts. La salade que tu as : gombo, épinard, etc. courgettes, etc. comme tu sens et l'autre moitié, tu mets tes féculents : légumes péyi, riz, pâte et tout ça. Et ta viande et ton poisson. Si tu veux perdre du poids, tu mets beaucoup de légumes verts. Si tu veux grossir, tu dimines les légumes verts.

Karine : J'ai compris.

Nutritionniste : Mais tu as compris...

Chercheur : C'est difficile ?

Nutritionniste : Mais tu as des problèmes avec les légumes verts.

Karine : Je les mange !

Nutritionniste : Ce n'est pas dans ta culture.

Karine : Je mange des fois mais pas tout le temps.

Chercheur : Oui, mais, c'est peut-être parce qu'elle ne sait pas agrémente.

Karine : Man ka manjé konkonm, choux à pomme

Chercheur : C'est le cuit que tu ne sais pas faire peut-être ?

Karine : Man pa djè enmen y tchwit la. *(Je ne les aime guerre cuit)*

Chercheur : Nou ké montré kouman yo ba y bèl koulè épi bon gou. *(Nous allons te montrer comment leur donner de la couleur et du goût)*

Karine : Man ka manjé y tchwit é men mwen enmen y kri aussi. Tout bagay kri méyé. *(Tout ce qui est cru est meilleur)*

Chercheur : Ou pé pran y kri aussi. Faudra w pran y... *(Tu peux les manger comme tu veux)*

Karine : Râpé épi fè y cuit manjé y. *(Rapé et cuit aussi)*

Nutritionniste : Oui. Imaginons que tu mets beaucoup de choux, tu mets un peu de tinain, et tu mets ton poisson. Oui, faut que tu ne mettes beaucoup, pas seulement comme une décoration, il faut mettre beaucoup de chou. Donc, souvent c'est ça. Il n'y a pas besoin de beaucoup de médicaments. Ton assiette est ton médicament.

Karine : Oui, oui !

Nutritionniste : (Rires) Est-ce que tu aimes faire la cuisine ?

Karine : Je me débrouille un peu.

Nutritionniste : Tu fais pour faire. Est-ce que tu aimes faire la cuisine ?

Karine : J'aime faire, bon !

Ghislaine: Comme il y a personne, c'est moi qui fais ...

Karine : Man ka fè y, ki moun ki kè fè y ? ... Epi sé bahay, anmatè, *(Je fais des choses d'amateur)*

Ghislaine: Ah, elle sait faire la soupe bonne.

Nutritionniste : (Rires) La soupe de quoi tu fais ?

Karine : La tripe, la viande.

Ghislaine: Mais la seule chose, elle met trop de viande dans la soupe. Trop de viande. Elle met tripe, elle met pied, elle met ci elle met ça. Mais c'est bon.

Rires collectifs

Nutritionniste : C'est bon. Définitivement, la soupe ... est ce que quand tu manges une soupe le soir, ça te suffit ? Ou bien tu mets quelque chose ...

Karine : Non non. Je mange comme ça. Sans rien.

Nutritionniste : Soupe avec pomme de terre et tout ça.

Karine : Légumes, soupe tout ça. Ni kawòt épi soup. Légumes soupe, quoi.

Chercheur : Non mais t'es pas obligée de mettre pomme de terre piské i za ni tout bagay adan. Tu as vu ? Pomme de terre là c'est un féculent, tu as vu ?

Nutritionniste : Donc, alors si pomme ...

Karine : Ok pa bézwen mété ponmtè piské c'est un féculent *(Ok pas besoin de mettre de pomme de terre parce que c'est un féculent)*

Chercheur : Paské des fois si w mété ponmtè, si w mété vermicelle ankò adan. Ou ka mété des fois vermicelle ? *(Tu y ajoutes des vermicelles ?)*

Karine : Nou ka mété vermicelle. *(Nous y mettons des vermicelles)*

Chercheur : Enben ou mété ponmtè ou mété vermicelle. Donk, sé kon si diré ou té ni on gwo zasyèt féculent piské i ni ponmtè i ni vermicelle adan. *(Tu as donc une grosse assiette avec deux féculents : pomme de terre et vermicelle)*

Ghislaine: Je vais essayer de faire du giraumon.

Chercheur : Même si des fois tu dis mwen mété an ti ponyen vermicelle, men ti ponyen vermicelle la sé sik. Mwen mété de ti ponmtè adan. Ponmtè a sé sik. Tu as vu ? *(Même si tu mets une poignée de vermicelle et une petite pomme de terre c'est du sucre)*

Ghislaine: On peut manger des carottes aussi

Nutritionniste : Oui. La carotte aussi c'est sucrant

Karine : Il y a déjà le giraumon.

Ghislaine: Il y a quelqu'un qui m'a dit la carotte ...

Nutritionniste : La carotte est sucrée. Mais la carotte n'a que 7 % de sucre. La carotte a 7 % de sucre. Donc, ce n'est pas beaucoup.

Chercheur : Où est le giraumont, il y en a pas ? Men, lè w mété giraumon, carotte, gonbo tou sa, bien additionné tout ça, sa déjà ka fè tibre. Épi lè w ajouté ponmtè a ki ni on lo, lè w ajouté ... tu vois ? regarde. Dans la pomme de terre, il y a 20 %. Une fois que tu as compris ça, tu fais ta soupe, dorénavant tu ne mets pas de vermicelle.

Karine : Pa mété vèmisèl. (*je ne mets plus de vermicelle ?*)

Chercheur : Mais non. Piské sé féculent ou ka ajouté.

Nutritionniste : Si tu mets du giraumon, le giraumont va épaissir la soupe.

Chercheur : Humm. Paské poukisa w ka mété vermicelle ? Sé pou épaissi y ? Ou pa ka mété y konsa. Il y a une raison. Pourquoi tu fais avec vermicelle ? Paské gran manman w té ka mété y, manman w té mété y ? (*Pourquoi tu mets les vermicelles, c'est pour épaissir ?*).

Karine : Man ka mété vèmisèl, man pa sav poutchi. (*Je mets les vermicelle, je ne sais pas pourquoi*).

Chercheur : Ou pa sav poutchi. Alò jodi a, Karine, ou sav que i pa bon pou dyabètik. Ou wè ? Donk, ou pa ka mété y. Moun té ka mété vermicelle peut-être parce qu'il y avait pas autant de choses, il y avait pas ceci, cela. Tu vois ? Mais maintenant tu comprends pourquoi il n'y a pas besoin de vermicelle dans la soupe.

Ghislaine: Fenouil c'est quoi ?

Nutritionniste : C'est un légume.

Chercheur : Quand tu fais à manger, il faut réfléchir à ce que tu mets dedans. Et tu penses à la robe que tu vas mettre à Noël, taille L. (*L'objectif de Karine est de perdre 4kg*)

Karine : Rires

Nutritionniste : Donc, tu vois. Ça veut dire que chaque fois qu'il y a un légume pays, chaque fois qu'il y a dachine, il faut que tu imagines qu'il y a un féculent ici, et pose-toi la question qu'est-ce que ici tu peux mettre à côté comme légume vert.

Karine : Ouais. Ok !

Nutritionniste : Tu as le choix. Tu as le chou pommé, tu as l'aubergine, etc. etc. Mais, il est vrai comme on sait pas toujours comment les cuire... Tu manges du couscous ?

Karine : Couscous

Nutritionniste : Couscous oui la semoule. Mais tu manges avec plaisir. Si on te donne des couscous, tu vas manger ?

Karine : De temps en temps mais pas trop souvent

Nutritionniste : Est-ce que tu en fais ?

Karine : Je fais des fois... Je fais. Épi vyann ...

Nutritionniste : Mais pas de légumes.

Karine : Man ka mété vyann jamais des légumes couscous

Chercheur : Ouais. De toute façon, on va passer à la cuisine. On va en discuter au fur et à mesure.

Nutritionniste : En tout cas, si tu veux perdre du poids, ...

Chercheur : Elle veut perdre,

Karine : Man lé pèd tibren pwa. (*Je veux perdre un peu de poids*)

Nutritionniste : Combien ?

Karine : Ah ! Au moins 10 kilos

Chercheur : La dernière fois, tu m'avais dit 8kg. Je vais coller ça pour toi sur ton cahier. Voilà !

Nutritionniste : Tu fais du riz des fois ?

Karine : Oui, tout le temps.

Nutritionniste : Imaginons que tu fais du riz avec des épinards dedans.

Karine : Mmm

Ghislaine: C'est bon l'épinard.

Nutritionniste : Mais du riz cuit avec des épinards

Karine : Ah c'est mélangé !

Nutritionniste : Les grandes personnes faisaient à manger avec. Quand je cuis le riz avec des épinards, le riz à moindre force. Les épinards vont diminuer le sucre qu'il y a dans le riz. Ou bien je mets des poireaux.

Ghislaine: Ah, j'ai du poireau là.

Nutritionniste : Du riz avec du poireau. Des blancs de poireaux en surgelés.

Karine : Des blancs de poireau ?

Nutritionniste : Oui, la partie blanche du poireau. Quand tu fais de la soupe, tu ne mets pas de poireau dedans ?

Ghislaine: Oui Karine : Je fais ça dans la soupe

Ghislaine: J'aime bien la béchamel.

Nutritionniste : Oui, tu peux faire une béchamel avec des cristophines. Ce n'est pas grave. La christophine n'a pas beaucoup de sucre. La béchamel amène la farine. C'est bien ça !

Chercheur : La béchamel avec pomme de terre, qu'est-ce qu'il te faut manger avec ?

Karine : Quoi ?

Chercheur : Quand tu fais la béchamel, c'est avec les pommes de terre ?

Karine : Wi, an ja fè béchamel morue, ponmtè épi lanmori. *(J'ai déjà fait de la béchamel de morue et de pomme de terre).*

Chercheur : Kisa w ka manjé épi y ? *(Qu'est-ce que tu as mangé avec)*

Karine : Ayen *(Rien)*

Chercheur : Voilà !

Nutritionniste : Voilà !

Chercheur : Parapò a sa nou fini di la, kisa désormais lè w pé fè béchamel, kisa pou w manjé épi la ? Parapò a sa nou fini wè a ? *(Par rapport à ce que nous avons vu jusque-là, désormais quand tu feras de la béchamel de pomme de terre, qu'est-ce que tu mangeras avec ?)*

Karine : Eben légumes verts.

Chercheur : Poukisa ? *(pourquoi ?)*

Karine : Pou suk la. *(pour le sucre)*

Chercheur : Paské béchamel la sé ponmtè. I plen féculent. I ni ponmtè, i ni farin. *(Parce que dans la béchamel il y a les pommes de terre comme féculent et aussi de la farine)*

Karine : Ah ouais d'accord !

Chercheur : Tu as compris ? c'est dans ce sens que je te dis quand tu fais à manger, réfléchis. Et tu peux... maintenant que tu as ça, tu peux regarder. Kilès ki ...

Karine : Sa man ka met adan béchamel la ? *(Ce que je mets dans la béchamel)*

Chercheur : Non, ou ka fè béchamel ou. Zòt ni labitud. Nou pa di w pa fè béchamel. Avec quoi tu fais ta béchamel ?

Karine : La morue Nutritionniste : La farine Chercheur : Tu mets de la farine, tu mets tout ça.

Karine : Du lait Chercheur : Voilà, du lait Nutritionniste : Du fromage Karine : Fromage

Chercheur : Voilà ! tout ça ni grès adan, Karine. Hein ? lèt la tou sa. Nou pa di w pa fè y. Mwen osi mwen enmen béchamel. Men a koté y, fè salad la. *(Il y a de la graisse dans tous les ingrédients. Nous ne te disons pas de ne pas faire de la béchamel, nous disons de manger à côté des légumes verts ou de la salade).*

Nutritionniste : Dis-toi bien que la salade va te rafraîchir. Quand on dit rafraîchir, avant on faisait des rafraîchissements. On faisait des soupes vertes. On faisait des calalous pour se rafraîchir. Pour éliminer les toxines, éviter comme on dit *l'inflammation*. Tu as déjà entendu ça?

Karine : Bien sûr!

Nutritionniste : On se rafraîchit aussi avec le concombre

Ghislaine: Le concombre, c'est bon comment manger le concombre

Karine : Le concombre râpé, en salade ? ... des œufs. Man enmen zé. *(J'aime les œufs).*

Chercheur : Oui... Ou enmen zé. Tu peux en manger sans abuser... tu les fais comment ?

Karine : Des fois durs.

Chercheur : Uniquement ?

Karine : Des fois, un peu au plat pour manger le concombre, quoi !

Ghislaine: Elle fait dans le plat.

Karine : Des fois, men ka pran y an omelet.

Nous lui remettons un plan alimentaire individualisé élaboré par le Nutritionniste suite à l'entretien réalisé pour connaître les habitudes alimentaires.

Chercheur : nous t'avons mis des exemples de repas par semaine. Regarde et dis-nous si ça te convient.

Karine : Kafé, tinen, konkonm,

Chercheur : Ou enmen sa ?

Karine : Oui oui

Chercheur : Voilà.

Karine : Yaourt sans sucre ?

Nutritionniste : Non, il faut prendre de temps en temps sucré, surtout yaourt nature. Si tu veux perdre 8 kilos ...

Nutritionniste : Les courgettes, c'est comme les légumes à soupe, des légumes à couscous par là

Karine : Courgettes

Nutritionniste : Ben oui, on peut faire des courgettes seules. Mais on peut faire aussi des légumes en couscous. Ou bien la ratatouille. Tu connais la ratatouille ?

Karine : Oui, je connais la ratatouille.

Nutritionniste : Tu manges ça ?

Karine : Je n'ai jamais mangé. Mais je ...

Chercheur : Parce que c'est vrai peut-être qu'il te faut au fur et à mesure ajouter de nouvelles choses à ton alimentation. Paské zafè ou ka manjé, anfen sé pa kritiké man ka kritiké w, lè w ka manjé menm bagay la menm bagay la, a an momen ou ni asé. (*Quand on mange tout le temps la même chose à un moment on s'en lasse*).

Karine : Ouais, ouais, c'est vrai.

Chercheur : Il y a des petits livres de recettes qui sont parfois facile à faire. Tu vois ? Par exemple, les tomates comme je t'ai dit, quand tu achètes les tomates, tu prends... tu peux prendre les vieilles pour faire ta sauce. J'ai vu qu'il y a des conserves dans les courses de ton oncle. Les conserves ont du sel et vous faites de la tension, donc il vaut mieux éviter. Tu vois ?

Karine : Achté y pito surgelé.

Chercheur : Achté y pito surgelé, hein

Nutritionniste : Oui oui

Karine : Cassoulet...

Nutritionniste : Cassoulet, non, non. Parce que la charcuterie, c'est du sel.

Chercheur : C'est vrai.

L'atelier pratique

Chercheur : Alors, qu'est-ce que tu as prévu de faire ce midi ?

Karine : J'ai déjà fait les choux de chine Chercheur : On va faire la viande... et du poisson,?

Karine : Oui, machen mwen mété pilon poulè (*Oui j'ai des pilons de poulet*)

Chercheur : Eben i bon aussi. Nou ka gadé y. Tu avais les légumes verts ?

Karine : Man ka mété cristofin anlè manjé a osi (*Je mis des christophines sur le repas aussi*)

Chercheur : Enben nou ka fè sa. On va aller en cuisine, on va faire. Tu avais trouvé des tomates ?

Karine : J'ai une boîte de tomates là

Chercheur : Voilà ! Pour donner la couleur. On va y aller. D'accord. Tu as des carottes ?

Karine : Pas de carotte

Ghislaine: On va à la cuisine ? Nutritionniste : Oui oui, je vais en cuisine.

Nutritionniste : Bon, tu as les pilons le poulet est déjà ... Tu as macéré ? Tu as du persil ?

Karine : Ouais Chercheur : Tu as de l'oignon ?

Karine : Non non Nutritionniste : Un peu d'huile s'il te plait Karine : Oui oui.

Karine : Lwil ta pa bon.

Nutritionniste : Un peu d'huile pour faire bouillir l'oignon. Nutritionniste : Je vais récupérer l'oignon qui est là.

Karine : J'ai une très bonne courgette
Nutritionniste : Je vais la récupérer, l'oignon ... Je mets de l'oignon dessus. ...
Karine : J'ai piment doux là Nutritionniste : Oui. Ça va donner du goût.
Chercheur : Tu as des lauriers ? Karine : Oui, j'ai des lauriers
Nutritionniste : J'ai mis l'oignon, de l'oignon pays, je vais mettre la tomate.
Chercheur : Voilà. I za ni bon lodè.
Ghislaine: Oh, tu m'as dit de bien préparer le haricot au déjeuner
Nutritionniste : Et bien justement, je vais te faire manger des haricots aujourd'hui à ma façon.
Ghislaine: Ah bon !
Nutritionniste : Donc, j'ai mis de l'oignon, oignon pays. Je vais mettre la tomate. Les haricots sont ... on va prendre une partie et laisser le reste au frigo
Karine : J'ai compris
Chercheur : Tu as compris.
Nutritionniste : Bon, j'aurais pu roussir mais je le fais comme ça. Parce qu'il y a des gens qui aiment bien le poulet relevé. On aurait pu faire roussir le poulet d'abord. Ce n'est pas trop tard.
Chercheur : Pour donner un peu de couleur ?
Nutritionniste : Ouais. Pour donner de la couleur, pour donner du goût. Et après, je vais xxx ... Parce que là il est presque cuit ... Je vais demander un peu de citron tout à l'heure.
Je le fais revenir pour lui donner de la couleur. Je vais le rôtir aussi parce que comme le poulet cuit vite. Je peux mettre dedans le poireau, le poivron et tout ça. Il faut bien un bon goût. Et je mets dans la sauce. ... Et on mange avec quoi ? Qu'est-ce qu'il y a aujourd'hui ? Dachine ?
Karine : Je vais mettre les cristophines là, comme ça. Chercheur : Voilà, dedans !
Nutritionniste : Tu peux mettre cristophine là. Tu vois ? Si tu mets les légumes avec la tomate, ça va avoir un autre goût.
Chercheur : C'est ça. Et t'es pas obligé de cuire avant. Tu as vu ?
Karine : Cristophine
Chercheur : Qui est cuit ?
Karine : San tchwit.
Chercheur : Tu peux garder pour faire une salade.
Karine : Ah d'accord ! Je vais faire pour ce soir.
Chercheur : Tu vas faire pour ce soir. Une salade de cristophine
Nutritionniste : Donc, tu vois ? même le brocoli qu'on n'aime pas beaucoup, si tu fais une sauce tomate, tu mets le brocoli dedans, ...
Ghislaine: Tu peux mettre le brocoli ?
Nutritionniste : Dans la viande ? Mais, évidemment,. Ça change le goût. Si tu fais une béchamel, comme tu peux faire une sauce tomate là, tu mets du brocoli dedans et tu mets ton poisson à côté ou bien ton poulet, avec dachine par exemple.
Chercheur : Par exemple, pareil. Ta maman n'aime pas les haricots verts, dans la béchamel que tu fais, au lieu de mettre des pommes de terre, tu mets haricots verts avec la morue. Et ça lui permet d'avoir les haricots verts différemment. Et en même temps, elle a sa ration des fibres.
Nutritionniste : Bon, Et tu peux faire la même chose avec de la tomate, des aubergines.
Karine : Aubergine la bon ?
Chercheur & Nutritionniste : Oui
Chercheur : Il n'y a pas trop de sel dedans.
Nutritionniste : Non. C'est bon.. On ne met pas trop de sel. C'est la fin. Donc, euh, tu fais du riz ou dachine ou etc. Aujourd'hui c'est dachine, c'est haricots verts, mélangé avec le chou-de-chine
Nutritionniste : J'ai mélangé finalement le poulet avec les légumes. Je vais mettre le haricot cuire avec. Comme là le poulet cuit vite. Si c'était une viande plus dure comme le cabri ou alors le mouton... il aurait fallu cuire plus longtemps.... Comme là le poulet va cuire vite,
Karine : Difé ya bon. (*Le feu est bon*)
Chercheur : Donc, Karine, qu'est-ce que tu as retenu de ce qu'on a dit ce matin. Alors, c'est quoi les légumes verts ? Énumère-moi quelques un.
Karine : Concombre, salade, Chercheur : Carotte Karine : Carotte

Chercheur : Brocoli Karine : Brocoli Chercheur : Cristophine.
 Karine : Cristophine Nutritionniste : Épinard Karine : Épinard
 Chercheur : Que tu peux cuire dans la viande ou dans le poisson, ...
 Nutritionniste : Si t'as un concombre trop mûr, j'en ai vu un Vous l'avez jeté ? Tu pourrais faire une daube avec.
 Karine : C'est pour faire des plants.
 Nutritionniste : Eh bien oui. Tu peux laisser pour faire des plants avec mais quand c'est trop mûr, au lieu de jeter, tu le cuis.
 Karine : Oui. En sauce. Chercheur : Ou bien en daube
 Nutritionniste : Là, ce n'est pas perdu, tu vois ? Tu récupères, tu enlèves les graines, tu coupes en morceau. Tu mets avec la tomate comme on a fait là. Tu mets la sauce dedans. Si tu mets de la viande, tu mets ton poisson avec
 Chercheur : Tu n'utilises pas beaucoup de carotte ?
 Karine : Oui, men m pa ka grajé kawòt non...
 Chercheur : Tu râpes. Karine : Voilà !
 Chercheur : Ouais. Mais c'est bon aussi ... Tu fais cuire, tu le fais crû. Mais, l'essentiel c'est d'en manger. Si tu peux mettre matin, midi et soir, c'est encore mieux. Mais, au moins une fois. Par exemple, ton sandwich avec la marinade, au lieu d'en prendre quatre, tu en prends deux. Pareil, le boudin c'est un féculent. Le pain c'est un féculent. Tu as deux féculents et tu n'as pas de légumes verts. Donc, forcément tout ça tu vas le mettre à la banque. Et où est ta banque ? où est-ce qu'elle est, ta banque ?
 Nutritionniste : Cette sauce-là ne pose pas problème puisqu'il n'y a pas beaucoup d'huile. C'est une sauce de légumes. Quand on dit qu'il faut pas manger de la sauce. Non. J'ai mis un peu d'huile au départ avec beaucoup de légumes. Donc la sauce n'est pas un problème. C'est une sauce qui va te faire du bien. Donc, quand tu fais ça, tu peux manger ta sauce ...
 Karine : Sans problème
 Nutritionniste : Avec plaisir. Et tu sais que ça va te faire du bien. ... Donc, j'ai mis dedans le...
 Karine : Du sel, c'est bon !
 Nutritionniste : Pour moi ça va. Mais tu vas goûter pour voir et tu verras si c'est bon pour vous. Tu... tiens ! gouttes toi-même et tu verras si... Je mange pas beaucoup de salé, donc.
 Karine : Pa ni sel non ! Chercheur : Poko mété twòp non. Pa w bliyé tansyon an dèyè.
 Nutritionniste : Est-ce que le goût sans le sel te plait ou pas ?
 Karine : Manké on ti priz (*Il manque une pincée*)
 Chercheur : Manké on ti priz . Pense à ta tension. Karine : Pas beaucoup non Nutritionniste : C'est toi qui vas mettre.
 Chercheur : Ne mets pas beaucoup non Karine. Prends l'habitude de ne pas manger beaucoup de sel.
 Karine : Sa man ka mété. C'est bon paské twòp sèl pa bon. (*J'en mets très peu parce que trop de sel ce n'est pas bon*)
 Nutritionniste : Est-ce que le goût de la sauce même... est-ce que tu peux manger quelque chose comme ça ?
 Karine : Oui c'est bon. Nutritionniste : Quelque chose de bizarre comme ça là ?
 Rires collectifs
 Karine : Très bon Chercheur : Et il n'y a rien d'extraordinaire dedans. Tu as vu ?
 Nutritionniste : On n'a rien fait. J'ai tout fait avec ce que tu as.
 Chercheur : Je suis sûre que si on regarde dans ton congélateur, on peut faire une multitude de repas. Tu vois ?
 Nutritionniste : Il y aura plein de choses. Karine : C'est très bon.
 Nutritionniste : Voilà ! Pas trop de graisse. C'est diététique. Tu vois quand on parle de diététique c'est ça. Le diététique, tu le fais toi-même. Tu sais ce que tu as mis dedans. Tu sais pourquoi tu as mis ça. Et tu sais que ça va te faire du bien. C'est ça la diététique, hein !
 Karine : Man préféré poisson a adan con ça. (*Je préfère le poisson dedans comme ça*)
 Chercheur : Voilà. Exactement. Ton poisson que tu as mis à macérer, tu fais exactement comme ça.
 Karine : Thon... Chercheur : Le thon frais ? Oui. C'est encore meilleur
 Nutritionniste : Tu laisses mariner Karine : Tremper, quoi ?

Nutritionniste : « Mariner », « macérer », « tremper » , ki sa sa sa, sé menm bagay la. (*C'est veut dire la même chose*)

Karine : Wi wi. Mais après, on peut mettre le curcuma après ?

Nutritionniste : Oui. On peut mettre ce qu'on veut. Oui oui.

Chercheur : Comme ça, ça te donne de la couleur. Tu as vu le p'tit tube d'herbe de provence là ? Tu achètes un tube comme ça. Mais pareil Karine. Tu peux planter un pied de curcuma.

Karine : Ouais

Nutritionniste : Non seulement tu manges, mais te soignes en même temps. Tu vois ça ? ça veut dire que tu manges. Tu te fais plaisir. Tu te soignes. Donc, ton assiette, tu ne vas pas craindre. Tu vas manger avec plaisir...

Karine : C'est bon. Nutritionniste : C'est bon ? Ben voilà ! Est-ce que tu pourras faire ça ?

Karine : Oui Nutritionniste : Très bien.

Chercheur : Je vais t'appeler de temps en temps. Et puis voilà. J'ai collé dans le cahier le plan pour la semaine. Tu vas regarder pour aller faire tes courses, tu vas noter ce qu'il te faut pour faire tes courses. Forcément, prends un petit peu pour goûter, tu as des habitudes à changer petit à petit.

Karine : Ouais ouais.

Chercheur : Bon ok. Et bien merci pour votre accueil. Hein, Ghislaine, tu vas manger ce midi des haricots verts et tu vas voir que tu vas bien aimer.

Karine : C'est vrai

Ghislaine: Ha ! Man pa sa manjé haricots verts. Ha !

Rires collectifs

Karine : Ou ké wè, ou ké mandé dòt (*Tu verras, elle va en redemander*).

5) Atelier éducation alimentaire de Pierre à son domicile

Patient DT2 : Pierre

Date : juillet 2021

Durée d'enregistrement :

Contexte : Pierre vit en Couple – Sa femme et sa fille participent à l'atelier.

Intervenants : Nutritionniste et chercheur en observation participative

Atelier théorique et pratique : *Je mange, je me soigne, je me fais plaisir.*

Au début de l'atelier, Pierre nous raconte que lors de vacances à Paris il y a 5 ans, à l'occasion d'un malaise et d'une hospitalisation en urgence, le diagnostic de diabète est posé avec une glycémie à 3,5 g. Pendant les 10 jours d'hospitalisation, il a reçu une formation. Au cours de laquelle là on lui disait comment manger et faire des exercices physiques.

Pierre : *j'ai tout le dossier là ce qu'il faut manger ce qu'il ne faut pas manger mais la France et la Martinique ce n'est pas pareil. Il n'y a pas nos fruits et nos boissons. Ils n'ont pas notre fruit à pain (rires)*

Chercheur : Effectivement ce n'est pas pareil

Pierre : *J'avais beaucoup maigri, lorsque je marchais je flottais.*

Chercheur : vous avez maigri

Pierre : *Ah oui ! Par contre là je vais nettement mieux maintenant. Depuis avant-hier, je fais à 1.13. 1.14 ce matin. Moi ce dont j'ai besoin c'est de savoir comment faire, comment équilibrer comment manger la salade. J'en ai mais à force de manger la même chose et ça n'a pas de gout et on n'a pas envie de manger*

Chercheur : C'est exactement ce que nous allons voir aujourd'hui. N'hésitez pas poser un maximum de questions. Nous sommes là pour vous

Pierre : *Je suis toujours un mouvement*

Nutritionniste : Tant qu'on est vivant, il faut bouger. Nous venons vous apporter des réponses aux questions que vous vous posez et même si vous n'en avez pas on va essayer de les suggérer. Vous nous avez dit que vous avez déjà fait 10 jours de formation dans le cadre de votre diabète.

Pierre : *Mais dernièrement avec le confinement au mois de décembre, janvier le sucre est remonté à 2 g et mon médecin traitant m'a donné un traitement*

Nutritionniste : Comme vous avez déjà une formation de base, je vais orienter le débat pour commencer mais ça va être un échange de parole sur ce qui nous pousse à manger.

A l'aide d'un schéma sur un tableau.

Que l'on soit diabétique ou pas, je décris les quatre piliers qui conditionnent notre façon de manger.

- Le premier pilier c'est le pilier plaisir: J'aime je mange, je n'aime pas je ne mange pas

- Le deuxième pilier c'est le côté socioculturel : c'est-à-dire par rapport à la culture, par rapport à la tradition, par rapport à mes habitudes. Par exemple je vais manger du brocoli parce que ça fait partie de mes habitudes ; je vais manger telle ou telle chose parce que ça fait partie de mes habitudes. Ce n'est pas forcément que la tradition, c'est aussi le fait quand on a voyagé on ajoute autre chose à ses habitudes

- Le troisième pilier est le côté physiologique ; c'est-à-dire par rapport à ma maladie, mes problèmes de santé. Par exemple je suis diabétique ou j'ai un problème de poids ou j'ai un problème de goitre, comment je dois manger pour que mon corps ne souffre pas trop.

- Le quatrième pilier c'est le côté psychologique. Il y a des aliments qui me font du bien. Par exemple quand je ne suis pas bien un bout de chocolat ou un peu les rideaux un petit qui psychologiquement.

Pierre : *Qui te met à l'aise.*

Nutritionniste : Exactement. C'est pour cette raison que j'ai dit que dans une assiette il y a ces quatre piliers mais on ne le sait pas toujours.

Par exemple si je prends le repas Tinain- morue, avec un bout d'avocat, je vous demande de donner une note de plaisir de zéro à cinq

Pierre : *Je donne mon avis ?*

Nutritionniste : Oui c'est ce que je vous demande

Pierre: *Ah je croyais que c'était donné aussi un autre repas. Je donne quatre*

Nutritionniste : Le côté culturel quelle note vous donnez ?

Pierre : *Quatre*

Nutritionniste : Et le côté physiologique c'est-à-dire je suis diabétique ce plat là qu'est-ce qu'il me fait par rapport à mon diabète ? Est-ce que c'est en harmonie avec mon diabète et ma santé ?

Pierre : *C'est là mon problème je vais donner du deux*

Nutritionniste : Et le côté psychologique ? C'est-à-dire quand je ne me sens pas bien est-ce que je me shoote avec—morue concombre avocat

Pierre : *Sur ce côté-là je pense qu'il me faut plus de l'aide*

Chercheur : Vous avez besoin d'un éclairage sur ce point-là ?

Pierre : *Ah oui*

Nutritionniste : L'assiette de Pierre penche plus sur le plaisir. À partir de votre repas plaisir, c'est vous qui voyez ce que vous mettez autour pour l'équilibrer. C'est vous qui la composez, vous avez la manette en main.

Pierre : *Mais ça peut gêner.*

Nutritionniste : Oui évidemment ! Parce que si vous aimez de la farine de manioc et vous ne mangez que ça, c'est là que commence la réflexion. Je ne supprime pas le plaisir mais dans quel contexte je vais le mettre pour que le repas ne me fasse pas du tort. Le jeu c'est ça.

On vous a parlé des sucres lents des sucres rapides, L'index glycémique et tout ça ?

Je vous pose la question : si je vous donne de la banane jaune et du pain blanc à votre avis lequel va amener beaucoup plus de sucre ?

Pierre : *Je dis que c'est le pain*

Nutritionniste : pourquoi ?

Pierre : *Parce que premièrement on ne peut pas gérer le pain parce que c'est un truc qui n'est pas fait de vous-même, vous ne savez pas ce qui est dedans. Je pense que le côté psychologique ça joue un très grand rôle. Par contre la même chose ça vient de chez nous vous savez comment c'est fait si c'est bio, s'il n'y a pas de produit chimique, si c'est trop mur, c'est plus sucré, si c'est moins mûr enfin vous pouvez équilibrer cette banane mais pas le pain*

Nutritionniste : Vous équilibrez la banane jeune ?

Pierre : *Équilibré ça veut dire si c'est trop mur je ne vais pas manger deux morceaux de banane, par contre si c'est moins mûr je peux manger deux morceaux*

Nutritionniste : Donc c'est le goût sucré qui définit votre choix ?

Pierre : Non c'est dans la tête puisque vous êtes contre le sucre. Tandis que dans le pain vous ne pouvait pas supprimer le sucre.

Nutritionniste : Et dans la banane alors ? Il faut savoir que dans la banane qu'elle soit mur ou pas mûr c'est la même quantité de sucre

Pierre : *Et n'est pas la même*

Nutritionniste : C'est ce que je dis c'est la saveur qui est différente mais la quantité de sucre est la même

Pierre : *Bonne nouvelle ce n'est même pas vrai et un créole entre parenthèses comprenez le créole*

Nutritionniste : Oui oui oui. Imaginons que je prenne une banane verte que je la mette là, je fais venir un huissier pour être sûr qu'on n'a rien ajouté. Je la laisse mûrir, elle aura la même quantité de sucre. C'est l'amidon qu'elle contenait qui se transforme en sucre

Pierre : *Le sucre était dedans*

Nutritionniste : Il était dedans c'est la transformation de l'amidon qui fera que le goût sucré sera plus perceptible

Pierre : *Donc le danger est toujours pareil qu'elle soit verte ou mûre*

Nutritionniste : Disons que non la vitesse de diffusion sera différente au niveau de l'index glycémique. La capacité à augmenter le taux de sucre sera différent. Elle se fera plus vite parce que la maturité va activer le goût sucré. Par exemple je prends un bout de pain que je laisse dans la bouche, le pain deviendra de plus en plus sucré parce que l'amidon du pain va se transformer en sucre. Ce sont des erreurs que l'on fait souvent. Le produit a la même quantité de sucre mais sous une forme différente. L'amidon c'est du sucre potentiel. Il va devenir sucre aussi. Souvent on choisit celui qui est moins sucré se disant qu'il y a moins de sucre, mais en fait non.

Nous distribuons la fiche avec le taux de sucre dans des fruits et légumes

Pierre : Voilà l'erreur dit-il entre parenthèses (en regardant les équivalences sur le document)

Nutritionniste : Je vais manger du pain ou je vais manger des biscottes parce que ce n'est pas sucré

mais les biscottes se digèrent et deviennent sucre et alimentent la faim. Une fois l'amidon transformé en sucre, le sucre entre dans le corps de la même manière

Effectivement comme vous l'avez si bien dit, le fait de manger la banane sucrée ça va alerter alors que la banane verte alerte moins mais y a le potentiel de sucre dans la banane verte qui va se libérer au fur et à mesure qu'il va s'hydrolyser. Grâce à ce tableau, on peut ainsi déterminer la valeur en sucre des aliments et aussi les calories. Donc vous voyez la banane mûre à moins de calories que la banane verte. Il ne s'agit pas de supprimer les repas plaisir mais de les associer intelligemment. Par exemple la banane jaune à 30 % de sucre, la farine de manioc à 80 % de sucre

Madame Pierre : Il y a tout ça ?

Nutritionniste : la farine de manioc c'est de l'amidon. Il n'y a pas de protéines. C'est-à-dire qu'on la laver. Encore pire dans le *toloman*⁹⁷, il n'y a pas de fibre. Encore dans la farine de manioc il y a des fibres. Vous voyez ce sont des choses qu'on ne maîtrise pas toujours

Par contre je peux prendre de la farine de manioc et des concombres parce que le concombre n'a que 2 % de sucre et la moyenne des deux va diminuer l'index glycémique. Donc il s'agit de faire des combinaisons. Si on prend la farine de manioc et les haricots rouges l'index glycémique va diminuer un peu mais pas de beaucoup. Le but est de diminuer mais pas de supprimer.

Pierre : Puisqu'on en a besoin

Nutritionniste : on n'en a besoin, mais il faut les modérer, les contrôler pour qu'ils ne puissent pas trop flamber le taux de sucre.

Pierre : *D'accord !*

Nutritionniste : Concernant les dextro glycémique, il y a des produits qui augmentent plus rapidement le taux de sucre dans le sang. Selon leur nature, selon le fait qu'ils soient cuits ou pas. Par exemple la pomme de terre cuite à la vapeur a un index qui est beaucoup plus bas, la même pomme de terre en purée a un index glycémique plus important, les frites également vont augmenter encore plus. Donc quand je cuis les aliments j'augmente leur force en sucre. Donc on parle de l'index glycémique

Pierre: La capacité de faire monter le sucre

Nutritionniste : Oui comment il va augmenter ma glycémie. Par exemple la carotte crue est à 16, la carotte cuite va passer à 46. Par rapport à la cuisson l'index glycémique augmente. Donc si le riz ou les pâtes sont trop cuits, ils vont faire augmenter plus facilement le taux de sucre dans le sang. La cuisson détermine la capacité du produit à faire augmenter ou pas le taux de sucre dans le sang. Donc il y a le produit mais il y a aussi la façon de cuire qui agit sur le taux de sucre.

Pierre : Donc un repas cuit à la vapeur a moins de sucre qu'une cuisson à l'eau

Nutritionniste : Si la cuisson à la vapeur donne des produits fermes oui mais si je l'oublie sur le feu vapeur ou pas il se ramolli et il sera bien cuit et son taux de sucre sera monter

Pierre : *D'accord*

Nutritionniste : Je peux cuire dans l'eau aussi et enlever avant que ça se ramollisse. Vous voyez la différence c'est que dans l'eau j'aurai une perte de minéraux qui seront dissous. C'est plus la consistance qu'il faut regarder.

Si je prends un légume vert à index glycémique bas 15. Et que je le combine avec un autre légume à valeur glycémique plus haute, la combinaison des deux va diminuer l'index glycémique. Quand je dis légumes verts ce n'est pas forcément à légumes verts cuits à la vapeur.

Nutritionniste : Nous sommes passés dans une famille et ils avaient un poulet et un paquet de légumes champêtre. Nous avons fait revenir le poulet avec des épices, du curcuma et nous avons mis à cuire les légumes dans le poulet. Ils ont fait un peu de riz pour manger avec. Donc là, les légumes ne sont pas

⁹⁷ Le *toloman* de son nom scientifique *Canna Indica* est une plante de la famille *Cannacées* originaire des Caraïbes et d'Amérique tropicale. En Martinique, la fécule des rhizomes était utilisée dans l'alimentation des nourrissons et des vieillards. C'est à partir de cette farine qu'est préparé ce qu'on appelle *toloman*.

simplement bouillis à l'eau, ils sont cuisinés et ils prennent le goût du poulet. Et après on peut manger avec ce que l'on veut du riz et des bananes jaunes. En fait nous avons gastronomisé les légumes verts

Pierre : au lieu de les cuire à Paris les manger comme ça

Nutritionniste : À la Martinique on ne mange pas beaucoup de feuilles contrairement à chez moi. Vous les utilisiez plutôt dans les soupes vertes. Mais il n'y a pas vraiment de cuisine où on met les légumes à cuire dedans.

Pierre : *Effectivement à part le Colombo ou la soupe*

Nutritionniste : Ou encore le couscous mais le couscous n'est pas traditionnel

Pierre : *On l'a adopté. Il y a que la soupe zabitant, sinon on le fait cuire les légumes verts à part*

La fille de Pierre est intervenue pour dire qu'en Afrique on cuisine beaucoup les légumes dans les repas.

Nutritionniste : Oui parce qu'ici sur les plantations les esclaves ont mangé beaucoup de gros légumes parce que les gens travaillaient dur. Aujourd'hui on a changé de profil, de mode de vie et on a toujours gardé les mêmes traditions. Et on a ajouté sur les dachines, farine de manioc et tout ça, des glaces, des sodas qui font flamber le taux de sucre.

On dit que c'est la tradition, c'est la culture, je respecte la tradition mais la tradition était dans un contexte où les gens travailler dur dans les champs. Et quand on enlève ça aujourd'hui le taux de diabète est deux fois supérieur à celui de la métropole. Pourquoi ?

Le nutritionniste sur le tableau fait des équations « dépenses/recettes » pour expliquer le stockage du sucre dans le sang.

Nutritionniste : Si je mange quatre étoiles et que je brûle les quatre, je mets zéro en réserve. Si je mange quatre-étoiles et que je dépense deux, je mets deux en réserve. Si j'ai des réserves je dois me poser la question qu'est-ce qui ne va pas. Est-ce que je mange assez ou trop?. Si j'ai trop de sucre dans le sang soit la régulation avec l'insuline se fait mal...

Pierre : *Mais quand même le corps demande ?*

Nutritionniste : Le corps demande quoi ?

Comme je dis aux gens, le corps des pygmées ne leur demande pas du chocolat. Le corps demande ce à quoi je l'ai habitué.

Pierre : *Le corps demande ce qu'il a l'habitude de manger*

Nutritionniste : Le corps demande parce que je l'ai programmé avec ça

Pierre : *Je dis ça parce que je ne suis pas médecin il y a un taux équivalent*

Nutritionniste : On n'a pas besoin d'être médecin. Par exemple quand je dis que tout ce qu'on mange monde se transforme en sucre, je n'ai pas besoin de manger du sucre directement. Le dachine devient sucre, le riz devient sucre, alors on n'a pas besoin de rajouter encore du sucre rapide. Vous voyez ?

Pierre : *Je ne le fais pas*

Chercheur : Quand votre corps vous demande du sucre, est-ce qu'il vous est arrivé de faire un dextro à ce moment-là pour voir si le corps a besoin de sucre ?

Pierre : *Mais moi je n'ai pas ce problème-là. Mais je me pose la question. Pourquoi je vous dis ça, je vais vous expliquer. Lorsque j'étais en France l'appareil avait un problème et ça me donner un taux très bas et je croyais qu'il me manquait du sucre et à ce moment-là je mangeais du sucre. Mais c'était faux, c'était l'appareil. C'est pourquoi je dis est-ce que c'était le corps qui demandait ou est-ce que c'est l'esprit.*

Nutritionniste : Ce qu'on peut se demander aussi, c'est si je suis en hypoglycémie

Pierre : *Et pourtant je reconnais que ce stage de 10 jours m'a appris à me connaître. Par exemple hier j'ai pris du champagne, ce matin je pensais avoir 1,50g, j'avais 1,23 g mais il ne faut pas que je me fie à ça. C'est l'esprit qui demande*

Nutritionniste : Non seulement l'esprit, mais le corps a d'autres solutions qu'on n'utilise pas toujours

Pierre : *Alors je vous écoute*

Nutritionniste : c'est-à-dire nous sommes des êtres hybride.

Pierre : *Je n'ai pas compris*

Nutritionniste : Comme les voitures qui peuvent utiliser aussi bien l'essence que l'électricité

Pierre : *Je n'avais pas compris le mot hybride j'avais même pas bien entendu le mot*

Nutritionniste : Quand je dois fournir de l'énergie je vais utiliser du sucre, comme je peux utiliser

aussi la graisse et troisièmement je peux utiliser les protéines les muscles. D'accord ?

Pierre : *OK*

Nutritionniste : Si j'habitue mon corps à utiliser du sucre, il va utiliser le sucre, alors que s'il n'y a pas de sucre, normalement il va utiliser la graisse

Pierre : *Oui c'est ça*

Nutritionniste : Mais j'ai tellement pris l'habitude d'utiliser du sucre

Pierre : *Qu'il va demander*

Nutritionniste : Quelques fois quand on a faim et on attend un peu, on voit que la faim passe, c'est parce que il y a un métabolisme qui va transformer la graisse en sucre et se transformer en énergie. Il faut laisser au corps le temps de faire cette réaction-là

Pierre : *D'accord*

Nutritionniste : Mais si je prends l'habitude de lui donner à chaque fois du sucre, à chaque fois qu'il me demande il va pas passer à l'autre réaction. C'est dans ce sens que je dis que le sucre protège la graisse. C'est-à-dire que le corps ne sais pas qu'il peut utiliser la graisse donc il utilise le sucre mais quand on entend un peu, on peut basculer sur la graisse. Mais si à chaque fois qu'il me demande je me jette sur la graisse, il s'habitue.

Pierre : *C'est ce qui m'était arrivé et pourtant ma réaction a été personnel après, mwen di ki memniè sa ka fèt cè pa possible. Lorsque j'ai pris le sucre, l'appareil aurait dû me donner un chiffre plus haut, mais non ça reste toujours en bas. Je me suis dit qu'il y a un problème ailleurs et j'ai changé d'appareil.*

Nutritionniste : Très bien. Mon objectif c'est de gastronomiser les légumes verts. C'est-à-dire ne pas les mettre comme une punition. Souvent quand on parle de légumes verts, les personnes vous disent que c'est pour les gens qui font des régimes. Alors que tous les légumes et fruits colorés sont je dirais des médicaments. Ils contiennent des nutriments, des anti-radicaux libres etc. etc.. C'est-à-dire que systématiquement si je peux faire par exemple un fricassée de poulet, je mets dedans des épinards

Pierre : *C'est ça*

Nutritionniste : ou alors je fais cuire la viande avec des feuilles de manioc. Mais ça ce n'est pas dans votre culture

Pierre : *Vous voyez ça, lorsque je fais de la viande je mets systématiquement des épinards avec sans savoir*

La fille de Pierre : Effectivement tu manges beaucoup d'épinard

Pierre : *Sans savoir je mets les épinards, le gombo. Ma femme me fait la remarque, je lui dis oui « tout ka allé an menm bouden an (tout va dans le même ventre). Je le fais bêtement*

Chercheur : C'est utile

Nutritionniste : Non on dit empiriquement. C'est-à-dire que sans avoir fait des études pour ça

Pierre : *Parfois mon médecin quand je lui parle, elle entend de moi des mots et elle dit que j'ai raison, mais elle ne veut pas me dire que j'ai raison (rire). Là on est ensemble avec le langage j'arrive à me retrouver.*

Nutritionniste : Il faut effectivement avoir une vision de la chose. C'est une bonne chose, parce que les fibres alimentaires absorbent la graisse donc systématiquement on en met dans les repas. Si je mange du riz seul avec du poisson frit, la graisse chauffée, le corps absorbe tout, alors que si je mets une salade à côté, elle servirait de buvard pour absorber une partie de la graisse. C'est-à-dire au lieu que le sucre passe rapidement dans le sang, il est absorbé par les fibres et se diffuse plus lentement dans le sang. Donc il y a un effet de régulation systématique et l'index glycémique va être plus bas

Pierre : *Je pense que c'est ce qui se fait chez moi. Je mange mes feuilles mélangées avec la banane avec les légumes et ça passe*

Nutritionniste : Vous avez tout à fait raison

Pierre : *Ma femme me regarde et se demande ce que je suis en train de faire mais je suis tout à fait à l'aise avec ça*

Chercheur : Nos parents faisaient les repas comme ça ils mettaient les feuilles sur les légumes

Pierre : Oui des herbages, même les feuilles de patates

Chercheur : mais on savait pas pourquoi il le faisait

Pierre : *non non*

Nutritionniste : Ils savaient qu'ils se rafraîchissaient avec les légumes verts. Ça leur servait de rafraîchissement

Pierre : *Je vais vous dire, j'ai été élevé avec mon grand-père qui faisait son repas et je regardais ce qu'il faisait, mais sans pour cela comprendre et je le fais actuellement toujours sans savoir et sans comprendre*

Chercheur : c'est une transmission

Nutritionniste : Là je vous donne des éléments de compréhension

Pierre : *oui oui ça y est c'est bon*

Nutritionniste : Pour compléter le « bon » que vous dites.

À l'aide d'un tableau et d'une courbe le nutritionniste explique le principe de l'équilibre alimentaire

Si je mange du riz tout seul l'index glycémique va augmenter. Si je mange des légumes verts tout seul également l'index glycémique sera trop bas. Si je mange les deux en même temps, il y aura un équilibre. Donc par rapport à mes besoins, je choisis. Donc, dans ce que votre grand-père faisait, il y a cette sagesse de la population

Pierre : *Et qu'il ne disait pas*

Chercheur : Je pense qu'il ne savait pas, il faisait parce que ses parents, ses grands-parents le faisaient. C'est ce qu'on appelle la transmission culturelle

Pierre : *mais oui, c'est vrai*

Nutritionniste : Vous savez on ne peut pas tout dire, et on ne peut pas tout comprendre. Il y avait des gens en Afrique ou ici qui étaient chargés de soigner les gens. Ils avaient comme une délégation de pouvoir et on leur faisait confiance. On ne demandait pas pourquoi. On vous disait « c'est bon pour toi ». On faisait un rafraîchissement ; le lundi par exemple salade concombre, eau de coco, et dans la semaine il y avait un rituel pour l'alimentation. Pourquoi ? C'est la sagesse populaire qui avait retenu ça et la communauté l'a adopté. Il n'y avait pas à se justifier ni à demander des explications pourquoi, pourquoi ...

Pierre : *Exactement. Lors ce que j'ai commencé mon régime, avant je m'étais lundi, mardi, mercredi... et après tout marchait bien et pourtant ce n'est pas à l'école qu'on nous a appris ça.*

Nutritionniste : A l'école on n'apprend pas tout. Moi je suis content, parce que quand j'étais petit, nous les garçons on jouait au football et les filles faisaient la cuisine. Ma mère disait non, garçons et filles tout le monde mangent donc tout le monde cuisinent. Maintenant je suis nutritionniste, le fait que dans ma culture on m'a appris à faire à manger, j'ai intégré les deux. J'ai complété le côté culturel avec ce que j'ai appris dans ma formation et j'ai ajouté le côté Martiniquais que j'ai appris ici.

Pierre : *C'est normal vous êtes en Martinique*

Nutritionniste : Il s'agit de consolider vos connaissances et les faire grandir. Ce n'est pas que celui-là fait mieux que l'autre ; pour moi chacun fait son cinéma. Je vous donne des éléments pour écrire votre scénario et vous faites ce qui est bon pour vous

Pierre : *Je vous ai très bien compris*

Nutritionniste : Dernièrement j'ai fait un atelier pour des diabétiques, il y a une dame qui voulait manger du gâteau. On a fait le menu et nous avons réfléchi ensemble comment intégrer le gâteau dans le menu. Donc, pour le côté plaisir elle avait le gâteau dans son menu en faisant attention pour que son taux de sucre ne flambe pas. Donc elle amorti avec un repas qui lui permettra de trouver l'équilibre.

Pierre : *Hier ici on a fêté l'anniversaire de mon petit-fils, j'ai bien calculé ce que je mangeais sans savoir*

Nutritionniste : vous le saviez mais pas de façon universitaire. Il y a la connaissance non scolaire. Je refuse de dire que nos parents ne savaient pas. Quand on s'asseyait près de deux ils nous donnaient des petites bribes de connaissance. Il n'y avait pas des gens comme à l'école pour vous enseigner les choses.

Pierre : *Ils avaient une façon de dire les choses et de vous faire confiance. Quand on était intéressé, ils disaient les choses.*

Nutritionniste : Quand je suis arrivé ici en Martinique mon grand-père avait une boucherie, il allait aussi dans les chams avec un mulot, je l'accompagnais et j'ai beaucoup appris avec lui ; c'était une vraie bibliothèque. Maintenant, quand j'explique certaines choses aux gens, par exemple sur le temps de l'amiral Robert, ils me disent « tu étais là » ? Je leur dis non je n'étais pas là, mais y a eu quelqu'un qui a pu me l'apprendre et je suis en mesure aujourd'hui d'expliquer certaines choses. Parce-ce qu'il me les a apprises et j'ai bien compris.

Donc pour les diabétiques il y a les médicaments mais il y a surtout l'assiette à comprendre.

Pierre : *Moi je dis que c'est un support*

Chercheur : Il y a l'assiette et il y a aussi l'activité physique, mais pour vous ce n'est pas un problème puisque que votre jardin est à côté de la maison et que vous jardinez tous les jours.

Pierre : *Ah oui j'utilise ma fourche, je sarcle, je plante....*

Nutritionniste : Oui et votre corps le sais

Pierre : *Oui je me sens bien. Par exemple je vais au jardin de huit heures à 10h et à un moment mon corps me dit stop, arrête ; je n'ai pas besoin de réveil, mon corps me parle. Et après une fois que je rentre, je ne fais plus rien mon corps refuse parce qu'il a déjà donné. Il y a les médicaments mais il y a aussi l'état d'esprit.*

Nutritionniste : Maintenant que nous avons bien discuté, nous allons passer en cuisine pour faire à manger

Pierre : *Oui j'ai prévu de la viande de bœuf avec de la salade, vous me direz*

Nutritionniste : Comment vous pensez faire le bœuf ?

Pierre : *Comme vous m'avez expliqué maintenant on peut faire le bœuf et faire revenir la salade dedans.*

Nutritionniste : Vous dites salade, quelle salade ? laitue... ?

Pierre : *Oh non ! Pas laitue. Haricots verts, un mélange de légumes où il y a des courgettes aubergines...*

Chercheur : C'est vrai qu'il y a le langage. Ici quand ont dit salade, c'est souvent salade de laitue, de tomates, concombres...

Pierre : *Oui c'est vrai*

Nutritionniste : Je comprends très bien parce que ça fait 40 ans que je suis ici, je connais la signification de chaque mot. Par exemple les personnes disent *je prends thé*. Donc est-ce que c'est du thé ou une infusion les gens vous disent mwen ka fé dité . Dité ki sa . Alors que le thé c'est une plante qui vient d'une plante. Alors que je peux faire une infusion de thé, comme je peux faire une fusion de basilic, ou de babine-chatt.

Nutritionniste : le mot légumes est aussi compliqué, parce que le riz c'est légume, les lentilles c'est légume, les légumes verts et des légumes donc parfois c'est compliqué d'expliquer les légumes

Pierre : *Même les haricots rouges c'est des légumes*

Nutritionniste : oui des légumes secs

L'atelier cuisine se déroule pendant 20 minutes

Nutritionniste : je vous ai dit chacun fait son cinéma

On fait un assortiment de légumes avec le bœuf et vous ferez avec du riz, des bananes jaunes, ce que vous voulez. Ça donne un petit ragoût de légumes sans laisser cuire les légumes trop longtemps

Nous faisons ensemble

Pierre : J'ai tout compris, ce qui me manquait ce n'était pas beaucoup de chose . Vous m'avez donné votre plus mais je peux mettre mon plus après.

Nous profitons pour regarder les résultats de l'hémoglobine glyquée. Résultats en 2020 autour de 10 et 9.

Nutritionniste : Vous savez à quoi sert la surveillance de l'hémoglobine glyquée ?

Pierre : *Non pas vraiment*

Nutritionniste : L'hémoglobine glyquée est un mouchard. C'est la moyenne de la glycémie sur les trois derniers mois.

Pierre : *Je dois faire un contrôle le mois prochain*

Chercheur : Nous vous remercions pour votre accueil et nous vous rappellerons dans un mois pour échanger avec vous sur la mise en œuvre de cet atelier et répondre à vos questions à ce sujet.

6) Atelier éducation alimentaire de Laura à son domicile

27 avril 2021 de 9h à 11h à son domicile dans le sud

Présents :

Médecin référent dans le suivi de la drépanocytose de Laura depuis plus de 10ans

Nutritionniste qui voit Laura pour la première fois. Il a pris connaissance de ses habitudes alimentaires par l'intermédiaire du compte rendu du diagnostic éducatif que j'ai réalisé 15jour avant.

Chercheur : observation participative de l'intervention éducative

Nutritionniste : Nous sommes là pour échanger. Je viens proposer d'autres possibles Tu peux ne pas être d'accord justement il faut remettre en question. Pour ne pas dire tu fais parce que untel a dit mais parce que tu n'as pas compris. Donc tant que tu n'as pas compris tu m'arrête. OK ?

Laura : D'accord.

Nutritionniste : Alors on va faire à manger tout à l'heure. Tu as prévu de faire de la morue ?

Laura :J'ai mis à dessaler hier et là j'ai mis sur le feu.

Nutritionniste : Tu as mis sur le feu pour cuire ? Ce n'est pas grave si ça cuit mais ce n'est pas la peine de gaspiller le gaz. On fera cuire tout à l'heure.

Laura : D'accord. (Elle éteint le feu)

Nutritionniste : Tu as aussi haricot vert et courgette est-ce que tu as de la tomate ?

Laura : Oui j'ai aussi de la tomate.

Nutritionniste : C'est comme tu veux on peut improviser et faire des courgettes à la tomate c'est simple à faire. On peut aussi faire la morue sautée avec beaucoup d'oignon .Je dis ça comme ça ce n'est qu'une proposition. Avec les haricots verts on peut faire une béchamel. Tu fais ça souvent ?

Laura : Non. Je faisais auparavant mais plus maintenant.

Nutritionniste : C'est pour ne pas manger les haricots vers blogodo comme ça... au bout d'un moment c'est lassant de manger toujours les mêmes choses.

Chez moi en Afrique les garçons jouaient au foot et ma mère disait qu'il n'était pas question que les garçons s'amuse et que les filles fassent la cuisine. Donc très tôt j'ai appris à faire à manger. Je ne suis pas un cuisinier mais je sais faire à manger ; c'est dans ce sens que je dis qu'on pourrait faire une béchamel pour ne pas manger les haricots verts blogodo comme ça nature ou à la vapeur.

Laura : Oui c'est vrai.

Nutritionniste : Et comme ça avec les ingrédients tu écris ton scénario et tu fais ton cinéma.

Rire

Nutritionniste : Avant de parler diabète. Nous allons parler d'une assiette équilibrée. Dans une assiette équilibrée pour moi il y a 4 piliers

(sur un petit tableau effaçable, il dessine

Plaisir de manger	Dimension socio-culturelle	Besoins physiologiques	Besoins psychologiques
1 ^{er} pilier	2 ^{ème} pilier	3 ^{ème} pilier	4 ^{ème} pilier

Le premier pilier est celui du plaisir de manger. Tu as choisi la morue parce que tu aimes la morue.

Laura : Ah oui j'aime la morue ;

Nutritionniste : *Le deuxième pilier c'est le côté socio-culturel de ton repas. Pour toi qu'est-ce que ça veut dire que représente pour toi le côté socio-culturel ?*

Laura : Socio(hésitation)société

Nutritionniste : Et culturel ?

Laura : Culturel (hésitation)

Nutritionniste : Nous sommes en Martinique nous avons une culture ; quand on danse le *bèlè* c'est la culture, la pêche c'est une culture parce qu'on ne la fait pas de la même manière partout. Chaque peuple a une culture qui sou tend la vie de la population. Dans une même société il y a plusieurs couches sociales. Les gens de la ville ne font pas comme les gens de la campagne. C'est tout ça que je mets dans le socio-culturel.

Laura : D'accord

Nutritionniste : Et j'y tiens parce que parfois quand on n'est pas bien, on se réfugie dans quelque chose qu'on aime comme par exemple le « diridou de maman » (riz au lait de maman)

Nutritionniste : Il y a un plat que tu aimes que tu pourrais placer dans le socio-culturel ?

Laura : Les vermicelles (rire)

Chercheur : (nous sommes 2 comme ça alors)

Nutritionniste : Voilà quand tu vois les vermicelles il y a le côté plaisir et le côté socio-culturelle également

Le troisième pilier c'est le côté physiologique. C'est-à-dire qu'on a un problème de santé, je suis drépano, je suis diabétique, j'ai un problème de poids, ma nourriture doit respecter aussi cet aspect-là. Je dois aussi emmener une solution à ça. Je mange, je me fais plaisir et je me soigne. Si tu peux associer ça, manger, te faire plaisir et te soigner, pourquoi tu changerais l'assiette ? Dis-moi !

Laura : Avec l'âge il faut savoir changer aussi.

Nutritionniste : Oui avec l'âge la physiologie change. A 20ans tu ne manges pas comme à 50ans. En plus avec la ménopause joue. On ne donne pas à un bébé la même chose qu'à un papi. Donc tu as raison avec l'âge le côté physiologique change.

Chercheur : Quand tu dis que ça change ce sont les besoins qui changent.

Nutritionniste : Oui les besoins du drépano ne sont pas les mêmes que pour une autre maladie. Par exemple il y a des maladies qui sont plus présentes chez les noirs que chez les blancs il faut en tenir compte. Alors que souvent on fait comme-ci nous étions tous caucasiens, nous pouvons être français pas tous pareils.

Donc tu es une personne unique on va t'aider à faire cette assiette pour toi..

Il y a le quatrième pilier qui est le côté psychologique

Chercheur : par exemple Laura tu m'as parlé d'une période difficile de deuil suite au décès de ta nièce et à ce moment-là tu n'avais plus envie de rien... à ce moment-là une assiette de vermicelles au lait ça peut te servir ça peut aider ça peut te faire plaisir.

Nutritionniste : Il y en a pour qui c'est du chocolat, il y en a d'autres c'est le petit PUNCH

Médecin : oui ça c'est bon

Nutritionniste : oui quand c'est bien placé c'est bon.

Nutritionniste : je vais te présenter une assiette par exemple « *steak frites avec une salade* » ou encore « *tinain morue concombre avec avocats* »

Laura : oui ça c'est bon (oui)

Nutritionniste : je vais te demander de donner une note d'appréciation de plaisir de 0 à 5

Laura : le Tinain morue ?

Nutritionniste : oui le Tinain morue avec avocat il ne faut pas oublier l'avocat

Laura : je donne 5

Nutritionniste : le côté socioculturel. Est-ce que tu te sens dans cette assiette

Laura : ah oui je mange ça (rires)

Nutritionniste : Quelle note alors de 1 à 5 tu aurais mise?

Laura : 5 (rire)

Nutritionniste : 5 aussi ? d'accord maintenant pour le côté physiologique. Tu es diabétique en surpoids est-ce que ça répond à tes besoins de santé. Quelle note tu vas mettre ?

Laura : je vais mettre 4

Nutritionniste : et le côté psychologique c'est-à-dire tu ne te sens pas bien et tu manges ce plat combien tu mettrais pour cette assiette? Est-ce que ça va te réchauffer est-ce que ça va te faire du bien ?

Laura : hésitation

Nutritionniste : j'ai trouvé qu'il y avait toutes ces choses-là qui nous mobilise autour de l'assiette Même si on refuse de croire que le chocolat me fait du bien mais en fait on le sait... le corps se sent bien. C'est souvent difficile parce qu'on ne donne pas de note à ces choses-là mais ce n'est pas grave

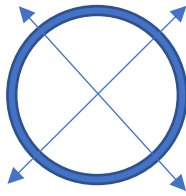
Laura : oui mais il faut manger quand même

Nutritionniste : oui il faut manger mais quand on est déprimé il y a des petites choses qui nous font du bien

Laura : je vais mettre 3

Nutritionniste : d'accord on fait l'assiette et je vais utiliser ses notes là pour tracer le diagramme qui correspond à ton assiette. C'est-à-dire que je fais une croix et je vais mettre les cinq notes plaisir, socioculturel, physiologiques, et psychologiques. Toi tu as une assiette assez équilibrée, elle est presque

ronde. Mais beaucoup de personnes vont plutôt manger par le plaisir. C'est la note du plaisir souvent qu'il emporte.



Nutritionniste : si je prends mon produit plaisir je me dis qu'est-ce que je vais mettre avec vous qu'elle soit équilibrée. Et surtout pour que ça soit acceptée par rapport à mon état de santé quoi

Nutritionniste : j'anime un atelier et il y avait une dame il y avait au menu plusieurs choses et au dessert un morceau de gâteau quatre-quarts. Elle disait qu'on peut tout enlevé mais qu'il faut garder le gâteau parce que ça faisait longtemps qu'elle n'avait pas mangé de gâteau quatre-quarts. Exercice consiste à dire qu'on part du gâteau, il y a déjà la farine, le sucre, le beurre de la margarine

Laura : et des œufs

Nutritionniste : voilà. Si je suis raisonnable je dirais j'ai déjà tout ça dans mon gâteau comment faire le reste du repas. il y a un féculent donc dans le reste du repas je vais m'arranger pour avoir moins de féculent. Pareil je peux dire aussi que j'ai déjà du sucre, j'ai déjà de la graisse donc j'équilibre mon repas en partant de mon bout de gâteau. À ce moment-là je peux équilibrer avec le reste. Je peux prendre des haricots verts avec une autre protéine comme ça je prendrai moins gras puisque le gâteau va m'apporter les féculents, le gras, le sucre. L'équilibre se fait sur un menu entier donc on compte aussi le dessert

Laura : J'aime manger mon dessert(rire) ce n'est pas bien?

Nutritionniste : Alors tu aimes manger ton dessert. Imagine que tu prendes du riz, des concombres, de la viande tu mets tout ça dans un bol et tu purge une orange dessus c'est ça ton menu et tu attends que ça se passe. Ça risque de fermenter.

Les occidentaux nous ont dit qu'il faut manger avec le dessert mais avant nos ancêtres même nos parents ils ne prenaient pas de dessert avec le repas. Dans les champs dans les *razières* ils mangeaient des fruits en dehors des repas. Par exemple ils pouvaient manger un saut de Bassignacs⁹⁸ mais à 16h, mais pas tout de suite après le repas de midi... Si je mange les fruits seul en dehors des repas ça va... mais en même temps que le repas, ça risque de fermenter. Donc si j'ai déjà un problème de ventre je vais l'accentuer. Et ça on n'en parle pas tellement parce que la diététique nous a dit qu'il faut manger un produit laitier, un féculent, un *ki sa sa é sa* et on met tout ça ensemble comme si l'estomac avait plusieurs poches séparées. Non l'estomac a une seule poche et tout se retrouve là-dedans. Et quand tout se retrouve là-dedans ça fait un seul mangé cochon et ça peut surrir.

Laura : Et la digestion dans tout ça ?

Nutritionniste : justement la digestion devient compliquée. Tu as pris des cours de diététique ?

Laura : non mais comme j'ai été à l'hôpital la diététicienne m'a expliquée certaines choses

Nutritionniste : oui parce que la digestion y a plusieurs niveaux de digestion. L'équilibre peut se faire sur la journée. Ce que je n'ai pas pris à mon petit déjeuner, je peux le prendre en collation. Je fais un bémol pour les diabétiques parce que tout ce qui est fibre alimentaire les desserts, les fruits, il vaut mieux les prendre pendant le repas. Mais pour les autres personnes qui ont des problèmes de ballonnements il vaut mieux dissocier les choses donc il n'y a pas de concentration et pour qu'il n'y ai pas de fermentation

Nutritionniste : il y a un monsieur qui m'a dit que tous les dimanches il pense à moi il pense à mon assiette équilibrée mais puisque quand c'est bon il mange quand même le tout !

Laura : Oui moi le dimanche je mange beaucoup mais Le lundi je recommence à manger en petite quantité

Nutritionniste : et tu crois que ça va tout arranger ?

Laura : hésitation

Nutritionniste : tu vois ce que tu dis là beaucoup de personnes le font. Dans la mesure où dans la semaine ceux qui travaillent, le dimanche ils se reposent avant de repartir. Quand on est habitué le corps à fonctionner de cette manière le week-end comment tu crois qu'il va réagir ? Le corps prend ça comme un choc c'est un stress. On peut très bien le week-end manger au couscous si je grossir je prends

⁹⁸ Variété de petits mangots très sucrés

beaucoup de semoule Avec très peu de soupe de légumes et si veux maigrir je prends beaucoup de légumes avec beaucoup peu de semoule. C'est le même plat.

Chercheur : par exemple ce dimanche qu'est-ce que tu as mangé ?

Laura : gratin de christophine, Du poulet au four et glace....

Nous avons cherché et trouvé glace vanille pacane

Nutritionniste : (Fait un dessin sur le tableau) pour les diabétiques il ne s'agit pas d'être maigre mais si on perd du poids c'est bien. Si je mange quatre étoiles et que je brûle les quatre je mets zéro en réserve. Si j'ai des réserves ça veut dire que je n'ai pas brûler tout ce que j'ai mangé. C'est-à-dire que mon corps n'a pas utilisé tout ce que je lui ai donné... Il y a la dépense physique et la dépense métabolique. Si je suis un grand sportif je vais brûler les calories et il aura des tablettes de chocolat comme abdos(rire) Mais si je suis sédentaire je vais faire des réserves de graisse avec ce que je mange.

Laura : nous Martiniquais on a l'habitude de manger et après on va s'installer dans un fauteuil

Nutritionniste : Des fois c'est la télé qui nous regarde parce qu'on s'endort devant la TV

Chercheur : par rapport à ce que tu dis Francine ce schéma là qu'est-ce que tu en conclus

Laura : il faudra consommer moins

Chercheur : ou ?

Nutritionniste : dépenser plus . C'est comme un compte en banque je rentre plus que je dépense. Si je rentre et que je ne dépense pas assez j'ai des réserves. Si c'est de l'argent c'est une bonne chose mais la ce n'est pas le cas, c'est la graisse et on a intérêt à ce que la graisse ne stagne pas trop. .

Chercheur : je fais allusion aux personnes qui épargnent leur argent alors qu'il y a des besoins par exemple la réparation de la maison mais elles ne s'en occupent pas et épargnent. C'est pareil pour nous mais notre réserve c'est...

Laura : c'est le ventre

Chercheur : oui c'est le ventre

Nutritionniste : quand on est jeune, le métabolisme est haut. Quand on arrive à la cinquantaine, le métabolisme change encore avec la ménopause. Moi je dis que le sucre protège la graisse. Comment le sucre protège la graisse d'après toi ?

Laura : Le sucre protège la graisse et bien c'est à ce moment-là qu'on a tous les problèmes de santé arrivent

Nutritionniste : c'est ça c'est à ce moment-là que qu'arrivent tous les problèmes de santé, comme le diabète, la Graisse qui se dépose autour du cœur. Moi j'ai dit le sucre protège la graisse c'est-à-dire quand je fais des activités physiques donc on va d'abord utiliser le sucre. Et après il va utiliser la graisse si le sucre vient à manquer...et après les protéines, les muscles etc. Tant qu'il y a du sucre dans le sang le corps ne va pas utiliser la graisse.

(Nutritionniste distribue un document avec le taux de sucre contenu dans les fruits et légumes les plus consommés localement)

Nous faisons des commentaires par rapport Au tableau

Médecin : c'est la saison des mangues ; j'ai tout de suite regardé les mangues ; 16% quand même

Nutritionniste : il ne s'agit pas de supprimer des choses de son alimentation. Par exemple si je veux grossir je vais choisir les aliments qui ont plus de 20 % de glucides / 100 g et si je veux maigrir je vais choisir ceux qui ont entre zéro et 5 % de glucide.

Nutritionniste : si je prends 100 g de choux de Chine soit 24 g de sucre si j'associe 100 g de courgettes à 3 % le total de mon repas est à 27 % de sucre pour 200 g de produits.... En ajoutant la courgette à la Dachine je baisse la densité de calories de mon repas

Nutritionniste : donc dans mon assiette je mets la moitié de légumes verts l'autre moitié des féculents et mes protéines. Mais comme j'ai dit il n'y a pas de dictature c'est toi qui as la manette en main.

Laura : dans ce cas il faut manger plus de légumes verts alors ?

Nutritionniste : c'est selon si tu veux grossir ou maigrir. Si tu veux maigrir tu as bien compris qu'il te faut manger beaucoup plus de légumes verts et courgettes etc. si je veux grossir je fais l'inverse je mets beaucoup de féculents...tu as la manette ; c'est toi qui va faire les courses.

(Nutritionniste raconte une anecdote concernant garagiste il y a une trentaine d'années sachant qu'il était nutritionniste lui demandait conseils concernant la consommation des légumes verts à manger systématiquement avec les légumes pays. Il a mis en pratique et depuis il en est satisfait).

Nutritionniste: C'est toi qui décides de l'objectif que tu te donnes. Il ne s'agit pas de supprimer mais tu donnes une qualité à chaque produit et après tu choisis Tranquillement. Tu augmentes la dose de

légumes verts. Mais on ne va pas manger de légumes verts *blogodo* comme ça. Par exemple les épinards tu peux les faire de différentes manières et les manger avec différentes choses. Tu peux faire avec de la poudre d'amandes au lieu de mettre la crème fraîche

Laura : j'aime beaucoup la crème fraîche

Nutritionniste : tu peux mettre la crème fraîche mais c'est pour éviter de mettre la graisse animale. Tu vas manger ?

Laura : Oui je vais manger. j'aurais essayé avant et si j'aime je vais manger

Nutritionniste : On va passer maintenant aux aliments plus pour diabétiques. on dit diabétique mais c'est pour tout le monde qui devrait manger ainsi. Il y a une notion dont on parle et qu'on ne comprend pas toujours, c'est la notion d'index glycémique. On t'en a parlé ?

Laura : non

Nutritionniste : la charge glycémique .C'est-à-dire que je parlais du sucre tout à l'heure, pour les diabétiques, les aliments augmentent le taux de sucre dans le sang et plus le taux de sucre augmente plus on a besoin d'insuline.

Médecin: je peux intervenir ?

Nutritionniste : oh oui bien sûr

Médecin :en fait Laura a un traitement pour éviter les crises de drépanocytose

Laura : oui j'ai recommencé

Médecin : tu as recommencé c'est très bien. C'est un traitement qui réduit la fréquence des crises et métabolisme de la drépanocytose diminue donc les personnes grossissent. C'est un point de discussion que nous avons souvent Laura et moi. Et nous l'avions déjà avant que le diabète soit découvert. Donc tout ce que tu dis n'est pas seulement pour le diabète mais aussi pour la drépanocytose

Nutritionniste : même les personnes qui sont sous corticoïde ou sous hypotenseur tous ces médicaments qui diminuent le métabolisme . Parce qu'on essaye de réduire le métabolisme et en fait ce métabolisme compte pour les deux tiers de nos dépenses et les dépenses physiques ne comptent que pour un tiers en moyenne. Par exemple le cœur qui bat 24 heures sur 24 ;toutes ces actions là quand on les diminue on ralentit les capacités spontanées à utiliser des calories. Donc on est amené plus facilement à prendre du poids et à stocker de la graisse parce que tu brûles moins.

Nutritionniste : je reviens à l'index glycémique (il explique à l'aide d'un schéma sur le tableau en prenant l'exemple de l'hyperglycémie provoqué et index glycémique de la carotte crue et de la carotte cuite)

Le nutritionniste montre sur plusieurs schémas avec une animation sur l'ordinateur) après les explications sur les équivalences, dans une ambiance détendue nous faisons une projection sur la perte de poids de Laura suite à la consommation de légumes verts.

Nutritionniste : La malta a un index glycémique supérieur au glucose, c'est pour cette raison qu'on la boit pour en avoir de l'énergie. 100 g de frites c'est comme si on avait mangé 10 morceaux de sucre et avec ça plus d'1 cuillère 1/2 d'huile.

La façon de cuire les aliments a une importance par rapport à l'index glycémique par exemple la pomme de terre grillée est à 70, la pomme de terre en purée... qui est déjà prédigérée passe à 90, et la pomme de terre frite passe à 95. C'est pour cette raison qu'il vaut mieux cuire les pâtes et le riz al denté.

Si tu manges les frites avec des légumes verts l'index glycémique va descendre et le taux de sucre monte moins rapidement et je vais rester dans une zone acceptable

Médecin : et tu auras du plaisir

Nutritionniste : Évidemment donc tu vois que rien n'est interdit. Tu pars de ton assiette plaisir et tu dis qu'est-ce que tu mets autour pour diminuer le taux de sucre l'indice glycémique

Si toi tu n'as pas beaucoup de d'activité physique et que tu manges quelque chose avec un index glycémique élevé tu vas brûler une partie seulement et le reste tu mettras en stock. En fait on peut s'autoriser à manger un peu plus on te fait de l'activité physique

Nutritionniste : Des questions?

Médecin : tu me regardes

Chercheur: je t'ai vu acquiescer

Laura: Alors moi je ne fais pas du tout de sport

Nutritionniste : c'est ta religion qui t'interdit ça ?

Laura : (rires) non

Nutritionniste : c'est quoi le problème ? Tu sais Tant que tu es vivante profite-en. Je me permets de te le dire. Par le temps qu'il fait quand on peut bouger les articulations c'est déjà du bonheur. Prends une chaise dans la maison, tu t'assoies confortablement en calant le dos sur le dossier de la chaise... tu fais monter les jambes. Mets la musique et danse. Tu mets la machine à laver en panne et tu laves à la main. L'activité physique ne veut pas dire aller courir dans ton quotidien. Dans ta vie de tous les jours, marche, fais des petites choses rien que ça. Et ça va diminuer les médicaments que tu prends.

Laura : Justement je suis allée voir le docteur X il m'a donné des exercices à faire avec le kiné

Nutritionniste : tu les fais ou pas ?

Laura : je n'ai pas encore commencé à cause du Covid

Nutritionniste : tu peux le faire même chez toi Tu bloques la porte le Covid ne rentre pas

Médecin : tu as le respiflow ou pas ?

Laura : oui je l'ai eu

Médecin : tu peux faire déjà ça

Nutritionniste : donc tu comprends. ne pense pas que ce soit une fatalité ; projette-toi dans six mois et demande-toi comment tu veux être ; comment tu seras dans six mois ; tout ce que tu dis là ce sont des outils que tu vas utiliser pour te sculpter le corps en six mois. C'est comme si c'est une gamine qui rêve même si tu as des petits problèmes dis-toi dans six mois j'aurais aimé ne plus avoir de douleur et puis tu te rêves et tu te sculpte en même temps

Chercheur : tu as des questions Laura?

Laura : non ça va pour le moment

Nutritionniste : est-ce que tu peux redire tout ce que je t'ai dit ?

Médecin : par exemple tu viens me voir en consultation et tu me dis comment l'atelier s'est passé

Laura : alors on a parlé de la glycémie. D'une assiette équilibrée comment il faut consommer, comment il faut dépenser, c'est tout

Nutritionniste: c'est déjà pas mal (il raconte une personne venue le consulter à son cabinet et qui quelques jours après donnait des conseils diététiques à d'autres personnes parce qu'il avait compris et il transmet. Alors qu'avant puisqu'on lui avait dit de manger 2 légumes il prenait deux légumes pays dans son assiette. Quand il a compris comment faire il était heureux et s'est mis à transmettre à enseigner aux autres autour de lui).

Chercheur : c'est bien parce que Laura a retenu les mots-clés c'est-à-dire : glycémie, assiette équilibrée, comment consommer, comment dépenser. Elle a vraiment retenu les grandes lignes. Ce sont des mots clés que tu peux noter sur ton cahier.

Nutritionniste : par exemple la pizza

Laura : je fais souvent la pizza avec la salade par contre

Nutritionniste : raconte l'histoire d'une dame qui était venue le voir en consultation à qui il avait fait un plan alimentaire ; la dame revient des années après sans perdre 1gr. Elle dit n'avoir pas suivi le plan parce que il y avait des légumes pays, choux de Chine , fruit à pain, banane jaune et ça ne faisait pas sérieux)

Laura : parce qu'elle n'avait pas ajouter les légumes verts

Nutritionniste : certaines personnes pensent qu'il y a des produits miracles pour maigrir

Nutritionniste je vais parler rapidement de l'épi génétique (il fait brièvement le lien entre ADN et épigénétique en faisant une analogie entre interrupteur et la lumière et Prend l'exemple des pigmés en Afrique) Quand tu prends le chemin, le secours viendra en route alors prend le chemin.

Si tu as des questions de toutes façons tu auras mes coordonnées tu pourras me les poser questions.

Nutritionniste : tout à l'heure on va faire à manger on va utiliser de l'huile est-ce que l'huile a une importance pour toi ?

Laura : j'utilise de l'huile surtout l'huile d'olive

Nutritionniste : pourquoi ?

Laura : parce que la diététicienne que j'ai vue m'a toujours dit que qu'elle avait moins de graisse

Nutritionniste : je savais ça ; c'est le piège (il sort un livre et explique que toutes les huiles ont le même nombre de calories pour 100 g c'est-à-dire 900 calories. Après c'est la composition en acides gras saturés qui peut changer mais ce n'est pas au niveau des calories. Il y a aussi la notion de résistance à la chaleur. Mais elles ont toutes le même la même valeur calorique

Nous passons à la cuisine ? là on va faire de la cuisine on va continuer à discuter tu pourras poser les questions

60 :00 Nutritionniste :met son tablier et tout le monde passe en cuisine

Menu: Courgettes à la tomate et morue sautées avec de l'oignon

Aspect économique faire une quantité importante et possibilité de mettre des parts au congélateur et en sortir chaque jour pour accompagner les féculents.

C'était un moment de *bokantag*⁹⁹ de paroles, de recette, et de pratiques culinaires (jus de feuilles de fruit à pain, tarte de feuilles de manioc, des recettes d'Afrique et des Antilles)

Médecin: Plutôt que de donner des recettes toute faite il serait pertinent de transmettre des informations de base qui feraient partie de l'éducation populationnelle.

Nutritionniste : Oui par exemple les fruits colorés ont des vertus dont on ne parle pas (papaye etc) Quand on connaît les vertus, il y a le plaisir de manger mais aussi l'attendu intellectuel, la connaissance. Quand on comprend on applique plus facilement. on fait souvent des choses de façon théorique mais il faut penser à soi.

- L'aspect culturel de l'ajout de l'huile dans le repas.
- Répétition de pratiques sans connaître le sens
- La transmission générationnelle (l'histoire du jambon)

Qu'elles sont tes impressions par rapport à l'atelier Laura ?

Laura est plutôt intravertie mais manifeste sa satisfaction. Donne son accord pour la suite du programme. Nutritionniste lui transmettra un plan alimentaire et nous poursuivrons le programme d'auto-soins à domicile sous forme de « Nid d'apprentissage » avec l'infirmière.

⁹⁹ Bokantag mot créole qui signifie « échange »

Annexe 26 – Étude n°7 Nid d'apprentissage de Karine « Apprendre à maîtriser les risques cardio-vasculaire »

Date à vérifier	Durée : 1h 30
Atelier « Apprendre à maîtriser les risques d'accident cardio vasculaire »	
Éducateurs : Chercheur et avec une infirmière libérale (ce n'est pas l'infirmière de la famille).	
Pour rappel Karine est diabétique, hypertendue et en surpoids (118 kg), taille = 168 cm.	
IMC = 41	
Son objectif : perdre du poids, environ (8 kg)	

Scénographie

La mère de Karine (également diabétique) et sa fille (25 ans) (et sa petite-fille (3 ans) participent à l'atelier. Nous sommes toutes assises autour d'une table sous la véranda d'une petite maison à la campagne dans un environnement verdoyant. Le climat est détendu.

Déroulement

L'atelier se déroule au lendemain de la fête des mères. Nous rentrons en relation en discutant du repas de la veille.

Chercheur : Donc, tu me disais que pour la fête des mères vous avez mangé ?

Karine : Du mouton

Chercheur : Du mouton ! Tu avais fait une entrée ?

Karine : Oui, avec la salade, concombre, betterave, carotte, laitue, tomate. J'ai mis du machin, après il y a avait des haricots verts.

Chercheur : Tu as mis haricots verts.

Karine : Et puis il y avait du fruit à pain, chou de chine, *yanm*.

Chercheur : Tou sa ki bon. (*Le meilleur*)

Karine : Oui.

Chercheur : (Rires) Et au dessert ?

Karine : Et puis, on a fait un gratin.

Chercheur : Ah ! De quoi ?

Karine : De christophine. Au dessert, mwen mété zannanna. (*j'ai ajouté de l'ananas*)

Chercheur : L'ananas du jardin ?

Karine : Oui, du jardin.

Chercheur : Vous avez mangé ça vers midi et l'après-midi vous avez pris quelque chose ?

Karine : Oui. On a fait... les gâteaux dans l'après-midi.

Chercheur : Dans l'après-midi !

Karine : Oui. Il y avait du gâteau.

Chercheur : Et le soir du coup, tu as dîné quoi ?

Karine : Je n'ai rien mangé, par contre.

Chercheur : Tu n'as rien mangé, hier soir ?

Karine : Ah non !

Chercheur : Et tu avais bien...

Karine : J'ai bien mangé hier après-midi... je n'ai rien mangé le soir.

Chercheur : Et tu as fait ton dextro hier soir ?

Karine : Non, c'est le matin que je fais.

Chercheur : Ce matin tu as fait c'était combien ?

Karine : Un gramme 22.

Chercheur : E ben i té bon kanmenm !? (*Eh, ben, malgré tout, c'était bon !?*)

Karine : Oui !

Chercheur : Et ce matin, du coup tu as pris quoi au petit-déjeuner ?

Karine : Concombre.

Chercheur : Concombre ! Avec quoi ?

Karine : Concombre avec des œufs.

Chercheur : Et tu as pris avec quoi ? du pain ?

Karine : Un petit bout.

Chercheur : Non, non, mais c'est bien. Ou té ké pé menm manjé lèrestan, si té rété ledjim ou té ké pé manjé'y a la plas pen-an, pa egzanp. *(Tu aurais même pu manger le reste, s'il te restait des légumes, tu aurais pu, par exemple, les manger à la place du pain.)*

Karine : Ah !

Chercheur : Si'w rété fwiypen, yanm, ledjim yè oswè-a, ou ka manjé'y. I ka ranplase pen-an. Ou pa ka pran'y anplis di pen-an, men ledjim dékouché-a ou ka manjé'y, i bon tou. Ou ka manjé'y épi konkonmlan. *(S'il te reste du fruit-à-pain, des légumes de la veille, tu les manges. Ils remplacent avantageusement le pain. Tu ne les prends pas en plus du pain, mais tu peux manger un légume de la veille, il tout aussi bon. Tu y ajoutes du concombre.)*

Karine : Ouais !

Chercheur : Le jus, tu as pu diminuer un peu sur le jus ?

Karine : Ouais ! An ka bwè mwens...(J'en bois moins...)

Chercheur : Tu bois un peu moins ?

Karine : Ah, ouais !

Chercheur : Ou té ja pa ka djè bwè soda-a ? *(Tu ne buvais déjà pas de soda ?)*

Karine : Non, non. C'est rare.

Nous débutons l'atelier en présentant à Karine le livret qui lui est destiné et lui expliquons le principe. Elle y adhère. Il s'agit du livret nid d'apprentissage « Apprendre à maîtriser les risques d'accident cardio-vasculaire ».

Nous demandons à Karine les résultats de son bilan sanguin qu'elle a longuement cherché en vain.

Nous passons en revue son traitement (pour son hypertension-hypercholestérolémie-diabète)

Chercheur : Tu les prends tous les matins, Karine ?

Karine : Oui, oui.

Chercheur : Tu prends tout ça ?

Karine : Ben, si !

Karine a une injection d'insuline une fois par semaine. Néanmoins, elle refuse d'admettre qu'elle a de l'insuline.

Karine : Et puis j'ai un machin, je crois, qui me fait mal.

IDEL : Ah ! Tu as quoi ?

Chercheur : Le machin, c'est quoi ?

Karine : La piqûre, une fois par semaine, oui.

Chercheur : Et tu sais c'est pourquoi le médecin te l'a prescrit ?

Karine : Non. Pou suk-la... Sé pou suk-la pa monté otan *(C'est pour que le sucre ne monte pas)*

Chercheur : Pou sik-la pa monté otan ! *(Pour stabiliser ton taux de sucre.)*

Karine : Sé sa i di mwen, wi men man pa sav *(C'est ce qu'elle m'a dit, je ne sais pas)*

Chercheur : Ah ! C'est le médecin qui te l'a dit ?

Karine : Sé an « pharmacie »-a *(C'est à la pharmacie)*

Karine : Tou lé simenn *(Toutes les semaines).*

Chercheur : Tu le fais toi-même ?

Karine : Non, l'infirmière qui fait.

Chercheur : Pourquoi ? Tu as peur de faire toi-même ?

Karine : I di mwen sé enfirmyè-a ki pou fe'y. *(Elle m'a dit que c'est l'infirmière qui doit la faire)*

Chercheur : Tu le prends quel jour ?

Karine : Tous les vendredis.

Chercheur : Tous les vendredis. Tu as une heure particulière à laquelle tu prends ?

Karine : Le soir vers 5 heures, 4 heures. Ça dépend.

Nous lui donnons un deuxième livret parce qu'elle n'a pas retrouvé celui que nous lui avons laissé la fois dernière.

Chercheur : Peux-tu nous expliquer ce que représente cette page ?

Karine : Ça, sur cette image.

Chercheur : oui

Karine : Ta-a sé san-an, attends ! *(Là c'est le sang).*

Elle explique le principe de formation de la plaque d'atérôme.

Karine : Là, c'est la graisse qui est dessus, c'est ça ?

Chercheur : Ouais.

Karine : Là, c'est le sang.

Chercheur : Voilà ! si on résume : nous avons des artères dans tout le corps. É nòmalmàn san-an ka pasé adan « fluide » ; kòmisi sé té an «tuyau», adan tout kò-nou, nou, nou ni «tuyau». *(Et normalement, le sang circule dans un fluide; comme s'il s'agissait d'un tuyau dans tout notre corps, nous, nous avons des tuyaux.)*

Karine : Ouais ! E dé lè «au niveau du sang», il y a la graisse aussi qui ... *(Et quelquefois au niveau du sang ...)*

Chercheur : C'est là le problème.

Karine : Ki ... adan san-an *(Dans le sang)*.

Chercheur : Ki ka pozé ... Dapré'w koumannyé grès-la ka fè rété adan san-an ? *(D'après toi comment la graisse reste dans le sang ?)*

Karine : C'est quand tu manges.

Chercheur : Voilà.

Karine : Sa'w ka manjé-a ka rété adan san-an. *(Ce que tu manges reste dans le sang)*.

Chercheur : C'est ça. C'est exactement ça.

Karine : I fo jwenn an rimèd pou'y pa rété an san-an, pou'y pa bouché «les vaisseaux». *(Il faut un remède pour que la graisse ne reste pas dans le sang pour boucher les vaisseaux)*

Chercheur : Ou ka di an rimèd. Dapré'w, èskè sé «forcément» an rimèd ? Parapò a tou sa nou za wè... *(Tu dis un remède, est-ce vraiment un remède, par rapport à ce que nous avons déjà vu ?)*.

Karine : Sé antouka... manjé, machin quoi ? Pa manjé twòp grès. Tout bagay tala osi. *(C'est en tout cas ne pas manger trop de graisse, toutes ces choses-là aussi)*

Chercheur : Hum ! C'est ça.

Karine : Pis lè'w manjé bagay ta-a, i ka machen san'w. *(Puisque quand tu manges cette chose-là, elle te machin le sang.)*

Chercheur : I ka machen san'w c'est-à-dire ? *(Elle te machin le sang, c'est-à-dire ?)*

Karine : Non, grès-la ka rété, ka bouché bahay-ou. *(La graisse reste et bouche)*

Chercheur : D'accord.

Karine : Manger bien, quoi !

Chercheur : Hum ! Mais bien, c'est quoi ? Est-ce que bien, sé anpil ? *(Est-ce que manger bien c'est manger beaucoup ?)*

Karine : Non, on peut manger bien.

Chercheur : Alors, bien, c'est quoi ?

Karine : Byen, sé salad, mwens grès, mwens lasòs. Tout bahay tala. Surtout de la salade. Plus de salade que... Fo pa manjé twòp grès pou y bouché «les vaisseaux». *(C'est de la salade, moins de graisse, moins de sauce, toutes ces choses-là pour ne pas boucher les vaisseaux)*

Chercheur : Tout à fait.

Karine : Éviter les graisses.

Chercheur : Tu as compris. Hum ! C'est exactement ça, hein IDEL ?

IDEL : Yes. Manjé byen-an, sé manjé « sain ». Kisa'w ka antann pa la ? *(Manger sain qu'est-ce que tu entends par là ?)*

Karine : Salade !

IDEL : C'est que de la salade ?

Karine : Non... Très peu de salade !

IDEL : Très peu de salade ?

Chercheur : Beaucoup de salade !

Karine : Non ! Fò nou manjé salad, men fò nou manjé an bahay bò'y : an ti mòso lédjim, an diri. Non ? *(Il faut manger de la salade mais aussi à côté un petit morceau de légume ou du riz)*

Chercheur : Voilà !

Karine : Ou pé ké manjé yen ki salad ! *(On ne va pas manger que de la salade)*

Chercheur : Sé sa ! *(Bien sûr !)*

IDEL : An konprann. *(J'ai compris)*

Karine : Ou pé ké manjé yen ki salad, salad, salad... Faut manger équilibré ! (*Tu ne mangeras que de la salade, salade, salade ...*)

Chercheur : Voilà ! Équilibré !

Jeanne : ... Yen ki salad an ka fè. (*La mère de Karine confirme qu'elle fait de la salade*)

IDEL : Ou ka manjé salad aprézan ? (*Tu manges de la salade, maintenant ?*)

Chercheur : Ah bon ! Dépi i fè atèlyé-a, Jeanne, ou ka santi i ka fè'y «différemment». (*Tu trouves que depuis l'atelier elle fait différemment ?*)

Karine : Mais si, temps en temps !

Chercheur : De temps en temps

Karine : An ti léti, an ti ledjim ver. (*Une petite laitue, un petit légume vert*)

Chercheur : D'accord. Hum ! On voit que tu as bien compris le principe. On a bien compris le principe. Épi, ou épi Jeanne, zòt ka di nou zòt ka fè'y. Donc, c'est exactement. Adan kò nou nou ni anlo «artères», tout kò ni osi, an «artère» sé adan ou ka fè «prise de sang»-an. Men, lè'w ka manjé, ou anplwayé mo-a, ékilibré, lè'w pa ka manjé ékilibré, ou ka manjé sik, ou ka manjé sèl i ka transfòmé / mofwazé an grès. I ka fè an ti boul. Si'w ka ni on lo aktivité, ou ka monté ou ka désann, ou ka nan-nan kon sé siklis-la é tou sa, grès-la ka fonn. Pa ni pwoblèm. Men, lè'w adan... ou sou plas ou ka gadé la, obyen, pa egzanp, ou ni on janm kasé ou pé pa alé fè sa'w ka fè é tou, kidonk, grès-la, i ka rété la, i ka rété kolé anlè pawaa kon an wobiné ou ni ; i ka fè lakras épi i bouché. Épi «à la longue» i ka bouché, i ka bouché, i ka bouché épi jiska an moman i ka bouché «artère»-la épi ni on ti moso grès ki ka pati adan san-an. Hein ? Pis i ka woulé, i ka détaché adan san-an. E sa'w pé fè alé tala ? (*Et puis, toi et Jeanne, vous nous certifiez que vous le faites....A l'intérieur de notre corps, il y a beaucoup d'artères, tout corps a des artères aussi, c'est dans une artère que l'on fait des prises de sang. Mais, quand tu manges - tu as même employé le mot, équilibré, quand tu ne manges pas équilibré, tu manges du sucre, tu manges du sel, ces deux ingrédients se transforment en graisse. Ils deviennent une petite boule. Si tu pratiques des activités physiques, tu montes et descends régulièrement, tu te nourris comme les cyclistes et tout ça, la graisse fond. Ça roule / ou ça va de soi. Mais lorsque tu es dans ...tu restes sur place à ne rien faire, ou, par exemple, tu t'es cassé une jambe et tu ne peux te déplacer à ta guise, donc la graisse s'accumule, elle reste collée sur la paroi des artères comme sur celle d'un de tes robinets; ça s'encrasse et se bouche. Et à la longue, il se bouche, se bouche, se bouche à un tel point qu'à un moment il bouche une artère et un bout de graisse se mélange au sang; Hein ? Puisqu'il circule et se retrouve dans le sang. Alors, que peux-tu faire à ce moment-là ?*)

Karine : I ka bouché «les vaisseaux». (Elle bouche les vaisseaux)

Chercheur : I ka bouché «les vaisseaux». Très, très bien ! (Elle bouche les vaisseaux...)

IDEL : Anpèché san-an «circuler comme il faut». (*Et empêche au sang de circuler correctement, comme il faut.*)

Chercheur : E ti mòso ta la ki ka... (*Et c'est ce petit bout qui...*)

Jeanne : I ka fè AVC (*provoque un AVC*)

Karine : AVC.

Chercheur : Super... Vous avez vraiment compris que c'est à force effectivement de manger mal, trop salé, trop sucré, que le sucre se transforme en graisse, hein. Si on a des activités pour les brûler il n'y a pas de problème.

Fille de Karine : Il y a les toxines aussi. (*C'est la fille de Karine qui participe*)

Chercheur : Voilà ! Les toxines, quand on dit les toxines, ce sont les graisses, hein. Absolument, pour parler vulgairement, on dit «brûler les toxines». Dans toxines, qu'est-ce que tu entends, Fille de Karine ?

Fille de Karine : Toxine.

Chercheur : Dans toxine, on voit ce qui est toxique. Tu vois ? Toxine, c'est toxique. Quelque chose qui est toxique, c'est quoi ?

Fille de Karine : Ce n'est pas bon !

Chercheur : Ce n'est pas bon. Très bien ! Tu as vu ? Donc brûler les toxines, brûler les graisses et c'est pourquoi on dit bouger, manger, bouger. Tu entends la publicité : bouger, manger ! Et c'est pour ça, c'est justement pour ne pas laisser s'encrasser, pour ne pas stocker ce qu'on mange.

Karine : Menm lè'w ka maché osi. (*Quand on marche aussi*)

Chercheur : Exactement !

IDEL : Marcher, c'est bouger, hein.

Chercheur : Voilà ! Maché sé boujé. (Marcher, c'est bouger.)

IDEL : Ou pa obligjé alé kouri, alé lwen. Ou ka maché. (*Tu n'es pas obligée d'aller courir, ni aller loin*)

Chercheur : Tout à fait !

Chercheur : Parè'y, man wè an golèt la. Lè'w ka tjouyi fwiypen-an sé yon spò osi, hein. Ou di mwen ou ka fè dachin, lè'w ka fè dachin ou ka sèklé, «tout à fait». Tou sa, sé boujé (*J'ai vu que tu as une « gaulette ». Quand tu cueilles les fruits à pain, quand tu fouilles les dachines, quand tu sarcles, tout ça, c'est bouger*).

Karine : Wi, wi, wi ! Délè an ka sèklé bannann, an ka netwayé bannann... Mwen ka monté désann pliziè fwa la-a. (*Oui, oui, oui, parfois je sarcle et je nettoie les bananiers, je monte et descends plusieurs fois*)

Chercheur : Tout à fait ! Tou sa sé man... ou ka boujé (*Tu bouges en faisant ça*).

Karine : D'accord.

Chercheur : Donc, Jeanne ni rézon. Jeanne épi Fille de Karine té di AVC sé ti mòso grès-la ki ka anni chapé, li ka pati adan san-an, hein, pa egzanp, lè i ni lavalas, on gwo wòch ka pasé i ka bouché kannal-la. Enben AVC-a sé sa. (*Jeanne et la fille de Karine ont raison de dire que l'AVC c'est un petit morceau de graisse qui s'échappe et passe dans le sang*).

IDEL : AVC-a sé lè i alé bouché an «artère»w ki nòmalmann ka alimanté tèt la, «le cerveau en sang». D'accord ? Lè kayo-a déplasé épi i alé bouché an «artère» ki pou mennen san-an andidan tèt-ou ; sé la ou ka fè on AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Men, si sé adan tjà-a i alé blotjé, la, sé yon «infarctus». Ou wè ? Ou ka ba'y diféran non men, sé menm mékanism-la... (*Quand le caillot se déplace il vient se placer dans la tête, dans le cerveau, c'est à ce moment-là qu'on fait l'AVC. Si c'est dans ton cœur, c'est un infarctus. Tu vois ? On lui donne différents noms mais c'est le même mécanisme*).

Chercheur : Tou dépan koté-a (*Tout dépend de l'endroit où se trouve le caillot*).

Karine : Crise cardiaque ?

IDEL : Voilà, crise cardiaque. Si i alé blotjé o nivo poumon-an, ou sav «artère pulmonaire»w-la, yo ka di ou ka fè an «embolie pulmonaire». Sa ka dépann ki koté i alé bouché. Men, sé la ou ka rann kont kò'w sé yen ki bagay grav kanmenm, pas lè yo di ou fè anboli, ou malanpwen osi. Lè ou fè on AVC sé grav, infarctus sé grav. Kidonk, sé dé bagay ki ka mennen an lo dézagréman. D'accord ? (*Si le caillot se bloque au niveau du poumon, au niveau de l'artère pulmonaire, on dit que c'est une embolie pulmonaire. Tu te rends compte que l'AVC, l'infarctus ou l'embolie, ce sont des complications graves*).

Karine : C'est de même, menm si ou pran lé médikaman, sa ka bahay-ou kanmenm, hein ? (...même si tu prends les médicaments, ça t'arrive quand même, hein ?)

Chercheur : A ton avis, ki avantaj... ? (*Quel avantage ?*)

Karine : Non, men, médikaman ou ka pran-an ! (*Le médicament que l'on prend !*)

Fille de Karine : Mé médikaman-an, sé pa bon non plus, puisque ça entre dans ton machin épi sa maché dans l'estomac (*Mais le médicament n'est pas bon non plus puisque ...*)

Karine : I bon kanmenm ... I ka machen'w kanmenm médikaman-an (*C'est bon quand même... ça te machin quand même le médicament*)

Chercheur : Machen'w, c'est quoi ? (*Machin, c'est quoi ?*)

Jeanne : Non, sé pa toujou lè ou pran médikaman-an... Ou ka manjé mal (*Ce n'est pas toujours en prenant le médicament... tu manges mal*).

Karine : Ou ka pran'y tou lé jou (*Tu le prends tous les jours*).

Fille de Karine : Mais ça reste dans l'estomac, le médicament.

Chercheur : Non non.

Karine : Médikaman-an ka fè travay-li, kanmenm, hein ! (*Le médicament fait son travail quand même*).

Chercheur : Fille de Karine, si le médicament restait dans l'estomac, son estomac serait déjà comme ça. Vu le nombre de médicaments que prend ta maman. Donc, ils ne restent pas dans l'estomac.

IDEL : Ça ne reste pas dans l'estomac. É òganiz-ou ka dijéré y. (*Et ton organisme le digère*)

Chercheur : Et ça passe dans ton sang. C'est avec justement le travail des artères pour emmener dans tout le corps... Par exemple, si tu prends un médicament pour la douleur parce que tu as mal à la tête, ça passe dans l'estomac mais ça va faire son chemin là pourquoi ? parce que tout kò nou sé « artères ».

Karine : Kò nou ni pliziè «artères», wi (*Notre corps a plusieurs artères, oui*)

Chercheur : Wi, nou ni pliziè «artères» (*Oui nous avons plusieurs artères*)

IDEL : Ou ni «artères cérébrales», ou ni «artères» ki ka mennen, aorte-la ki ka mennen san an tjà-a, ou ni «artères», sa yo ka kriyé *mésentérique* ki o nivo di tou sa ki entesten, «artère»-la ki ka désann an

janm-ou, ou wè y. Chak «artère»-w ni branch i ka alé. (*Il y a les artères cérébrales, l'aorte qui amène le sang au cœur, les artères dites mésentériques au niveau des intestins, d'autres qui vont dans les jambes. Chaque artère a sa branche où il va*).

Fille de Karine : Hum !

IDEL : San'w pou sirkilé an tout kò'w. Kidonk, an fonksion di la «artère»-la ka mennen san-an i ni on non. D'accord ? (*Le sang circule dans tout le corps, en fonction de là où l'artère l'emmène, il y en a ou pas. D'accord ?*)

Fille de Karine : D'accord !

Chercheur : Essaie de trouver un schéma. Voilà, un schéma par exemple, on va prendre celui-là, tu vois, tout ce qui est en rouge ce sont des artères. On a une grosse artère qui part du cœur, et tourne ... tu as vu ça quand tu étais au CM1, CM2.

IDEL : C'est vrai ? C'est celui-là ? Je ne sais pas. Je ne me rappelle pas.

Chercheur : Si, si. Ou en sixième.

Rires

Fille de Karine : Sixième, cinquième.

Chercheur : D'accord ! Tu vois, donc, dans tout notre corps, même là, par exemple, lè'w pitjé la, ou ka fè lakouti. Lè'w pitjé la, kisa'w ka wè ka soti la ? Si'w pitjé kò'w épi zédjui-a ? (*Par exemple quand tu fais de la couture et que tu te piques le doigt avec l'aiguille qu'est-ce qui sort ?*)

Karine : Sang.

Chercheur : Sang. Eben sé an ti «artère» ki ka mennen san-an la. Je vais lui montrer. Tu vois, les artères, c'est tout ce qui est rouge au plan. Ça part de notre cœur et ça l'emmène partout, partout jusqu'au petit bout du doigt. (Eh, ben, c'est une petite artère qui amène le sang à cet endroit.)

Fille de Karine : Et ça circule.

Chercheur : Alors, quand tu as pris un médicament, et bien il passe dans les artères là comme ça. Tu vois ?

Karine : Même dans les yeux.

Chercheur : Même les yeux.

Karine : Man ka sonjé, mwen té piti, piti... zyé-mwen té vini wouj wouj. (*Je me rappelle quand j'étais petite mes yeux étaient devenus rouges, rouges*)

Chercheur : Exactement.

Karine : Doktè-a di mwen an machen ki pété (*Le docteur m'a dit que c'est quelque chose qui a éclaté*).

IDEL : Un petit vaisseau ?

Karine : Piti piti piti... On ti véso (*Petit petit petit ... Un petit vaisseau*).

Chercheur : Exactement ! Hein ! Sé «artère»-la, yo ka pati di tjè'w, mais ça va partout dans le corps, partout dans le corps, partout, partout. Et c'est pourquoi dé fwa ou ka wè bout lanmen'w blé. Défwa sé pas «artère»-la pa ka «irrigué». (*L'artère emmène le sang partout et parfois on voit le bout des doigts bleu. C'est parce que l'artère n'irrigue pas*).

Jeanne : (Rires) Chat-la, lè i kenbé an zandoli, i ka koupé latché'y... (*Quand le chat capture un anoli, il lui coupe la queue*).

Rires collectifs

Chercheur : Exactement!

Jeanne : I ka vini blé. (*Il devient bleu*).

Chercheur : C'est ça, donc, pour aider les artères dans le ... c'est pourquoi il faut faire de l'activité physique. Hein, quand tu es là, tout le temps là ou pa ka brennen (*tu ne bouges pas*). Kidonk, grès la ka rété la é i ka bouché'y (*Donc, la graisse s'accumule et les bouche*). Tu as compris le mécanisme ? Fille de Karine disait par rapport aux médicaments, tu as bien répondu que c'est nécessaire. Men sa ki pi natirèl pou évitè... médikaman-an (*Mais que peut-on prendre de naturel pour éviter ...le médicament ?*) c'est quoi à votre avis ? Pour éviter que ça bouche, et pour diminuer les médicaments ?

Karine : Manger équilibré !

Fille de Karine : Épi boujé. (Et bouger.)

Chercheur : Voilà, tout à fait ! Hein, sur le plan ...

Karine : Ou di ke suk-la ka ba'w grès ? (*Tu as dit que le sucre donne de la graisse ?*)

Chercheur : Suk-la ka transfomé an grès (*Le sucre se transforme en graisse*)

IDEL : Lè'w manjé twòp sik... Dakò ? (*Quand tu manges trop de sucre*)

Fille de Karine : Dans les pâtes, tout ça.

IDEL : Voilà ! Sé pa lè ou pran an karé sik la sèlman. Fòk ou adisyone sik-la ou ka met adan sé kafé-a, lè'w manjé *féculent* kòm pat, diri, menm dachin, tou sa, sé amidon sé sik osi. «Organisme» nou bouzwen sik. Pas tou sa'w ka fè, ou ka konsomé sik sé «énergie». D'accord, sèvo'w bouzwen sik pou'y fonksyoné. Men, lè'w ba'y twòp i ni on pati i pé pa sèvi pas ou ba'y twòp. Tout parti-a ou pé pa sèvi-a, ou pé pa dépanse é ou pa fè spò, òganiz-la ka estoké'y an grès. Sé pa an sik i ka estoké an grès, sous forme de graisse. D'accord ! Kidonk, sé pa tout sik-la ou ka manjé-a ki ka'y estoké an grès. Sé sa'w manjé an twop. D'accord ! (*C'est l'addition de plusieurs sucres comme le café, les pâtes, la dachine, c'est de l'amidon. Le sucre est nécessaire, c'est de l'énergie. Tout ce qui n'est pas dépensé est stocké et se transforme en graisse*).

Chercheur : Sik la sé énéji. C'est une forme d'essence. Ou bizwen'y. (*On en a besoin*)

Karine : Ou pé pa ka ni twòp non pli. (*On ne peut pas en avoir trop non plus*)

IDEL : Voilà.

Chercheur : I ka estoké'y pou si an ka ou pa ba'y dimen. Men, dimen ou ka riba'y ankò. Apré dimen ou ka riba'y. Kidonk, pannan tan-an, estock-la ka fè on gwo estock. (*Le corps stocke au cas où tu ne lui donnerais pas le lendemain, mais tu lui en donnes le lendemain et aussi le surlendemain et ça fait un gros stock*)

Chercheur : Donc y a deux raisons pour éviter de stocker, c'est l'activité et manger équilibré.

Ce n'est pas pour vous juger, Jeanne, qu'est-ce que tu as mangé ce matin ?

Jeanne : Bon maten-a man pokò manjé. (*Ce matin, je n'ai pas encore petit-déjeuné*)

Chercheur : Ou pa ankò manjé ? (*Tu n'as pas encore mangé ?*)

Jeanne : J'ai bu mon p'tit café, du bonbon.

IDEL : Mais tu as déjà pris l'insuline ?

Jeanne : Oui

Chercheur : Qu'est-ce que tu as mangé après ?

Jeanne : Excusez-moi, man ni an « perte de mémoire ».

Chercheur : Ah ouais ! Alors, qu'est-ce que tu as mangé ce matin, Karine ?

Karine : Pen épi omlet.(Pain et omelette)

Chercheur : Pen épi omlet.(Pain et omelette)

Fille de Karine : Ah oui ! Le pain aussi.

Karine : Pen épi salad. (Du pain et de la salade)

Chercheur : Kisa'w mété adan kòm salad, lédjim vè ? (*Qu'est-ce que tu as mis dedans comme salade, des légumes verts ?*)

Karine : Kawòt (*Carotte*).

Chercheur : Ou fè on ti salad kawòt akoté-y ! C'est important hein et c'est pourquoi nou ka rivini a sa nou té di-a : le pain, elle peut manger du pain, elle est obligée de manger quelque chose.

IDEL : Men lè'y mété salad la akoté'y sa byen. (*Quand elle a mis la salade à côté c'est bien*)

Chercheur : Alors on va schématiser encore. Par exemple, disons que le pain c'est de l'eau et de la farine, hein ? Quand elle met l'omelette à côté, ce sont des œufs et de l'huile. Mais quand tu vas mettre un peu de légumes verts, elle a mis des carottes, c'est très bien, ça sert de buvard, de sopalin. Et ça absorbe la graisse. Quand c'est arrivé dans l'estomac, quand les artères vont prendre, c'est déjà dilué. Et les artères vont emmener quelque chose de dilué. Les artères ne vont pas emmener seulement l'eau, le sucre et la graisse. Puisque le sopalin a déjà absorbé beaucoup, tu vois ? Tu vois l'image un petit peu ?

Karine : Kawòt-la sé an bagay ki ja sikré . (*La carotte c'est quelque chose de sucré*)

Jeanne : Kawòt-la sikré menm (*La carotte est vraiment sucrée*)

IDEL : Non. Fò'w pa gadé sa. Kawòt-la plen fib, sé sa ki ka entérése nou adan kawòt-la sé lo fib-la ki ka'y absòbé yon pati di sik pen-an ou ka manjé-a. (*Ce n'est pas ce qu'il faut regarder. La carotte a beaucoup de fibres et c'est ce qui est intéressant et les fibres absorbent une partie du sucre contenu dans le pain que tu as mangé*).

Chercheur : Tu vois ?

IDEL : Menm si i sikré... (*Même si c'est sucré ...*)

Chercheur : Kisa'w té ké santi ou té ké pé fè pou endé'w pèd pwa ? (*Qu'est-ce que tu pourrais faire pour t'aider à perdre du poids ?*)

Jeanne : Makayé.(

Fille de Karine : Grignoter ? Makayé, sé « grignoter ».

Karine : Men, non, ou pa ka makayé ! (*Mais non, tu ne grignotes pas !*)

IDEL : Tout la jounen ou ka makayé ? (*Toute la journée tu grignotes ?*)

Jeanne : Lè'w wè i katrè, sentjè, an ja pran on sandwich, wi. (*Vers 16h-17h je prends un sandwich oui*)

Chercheur : Jodi-a ? (*Aujourd'hui ?*)

Jeanne : Sa dépann, délè man pa ka pran ayen ! (*Ça dépend quelquefois je ne prends rien*).

Karine : Délè, pen, bagay konsa ! (*Parfois du pain, des choses comme ça*)

Jeanne : Pis yo pa di'w fè «collation», kouman yo ka di'w? Lè'w wè koté twazè katrè ou pran on kolasyon... (*Parce qu'on dit de prendre une collation vers 3h ou 4h*).

Chercheur : Ce n'est pas obligé !

IDEL : Kolasyon-an sé si ou pa manjé asé a midi, épi ou ka manjé ta *le soir* pas kolasyon-an pou rantré adan rasyon lajounen-an, *c'est-à-dire que* si'w byen manjé a midi ou ka byen manjé *le soir* ou pa bizwen kolasyon. Men, si'w ka santi ou pa manjé anpil le midi *que le soir* manjé-a poko paré, *entre les deux*, ou pé ajouté on ti bagay. (*La collation c'est si tu n'as pas bien mangé à midi ou si tu vas manger tard le soir. La collation rentre dans la ration de la journée. Si le soir ton repas n'est pas prêt tu peux ajouter un petit quelque chose*).

Jeanne : Ou pran ti pòm, an bannann (*Une petite pomme ou une banane*).

IDEL : Oben an yawout (*Ou un yaourt*).

Karine : An patjé biskui (*Un paquet de biscuits*).

Chercheur : Alors, Karine di an patjé biskui. An nou gadé sa ki adan patjé biskui-a. (*Karine dit un paquet de biscuits. Regardons la composition du paquet de biscuits*)

Karine : Ah oui, sé pa biskui sikré, hein. (*Oui mais ce n'est pas du biscuit sucré*)

Chercheur : Peu importe !

IDEL : Biskui Premium. Ah, i salé, hein ! (*Le biscuit Premium qui est salé*)

Chercheur : Wi, men kisa ki adan'y ? Karine, épi kisa biskui a fèt ? Di mwen, esplitjé mwen, dapré-w épi kisa biskui-a fèt ? (*Oui mais qu'est-ce qui a dans le biscuit ?*)

Karine : Féculent, sé... (*Féculent*).

Fille de Karine : Il y a du sel.

IDEL : Kisa ka fè biskui ? Pou fè an biskui, kisa yo ka sèvi ? Menm biskui salé-a, ou ka palé- a, fòk ou koumansé pa mété farin. (*Que faut-il pour faire le biscuit ? On commence par mettre de la farine*)

Karine : Wi, ou ka mété farin (*Oui on met de la farine*).

IDEL : Farin-an sé kisa ? (*La farine c'est quoi ?*)

Karine : Féculent.

IDEL : Féculent. Épi kisa ki ni a koté « féculent »-an ou ka manjé adan biskui-a ? (*Du féculent, Qu'est ce qui a d'autre ?*)

Karine : Sa ka dépann. ... Grès (*Cela dépend ...graisse*).

IDEL : Nou pati anlè biskui salé-a (*Nous restons sur le biscuit salé*).

Karine : Nou ni sèl (*Il y a du sel*).

Fille de Karine : Le biscuit a du sel là-dedans.

IDEL : Kisa ankò ? ... Dapré'w, di sa'w pansé. Nou pa la pou noté, pou jijé, mé nou ka diskité (*Quoi d'autres ...Nous ne sommes pas là pour vous noter, pour vous juger mais pour discuter*).

Chercheur : Sé pou nou endé'w konprann sa ou ka manjé-a (*C'est pour vous aider à comprendre ce que vous mangez*).

Fille de Karine : On ne met pas des œufs dans le biscuit ?

Karine : Biskui-a sé féculent. An pa sav mwen ! (*Le biscuit c'est féculent. Je ne sais pas moi*)

Ou pa ka manjé pétèt tou an patjé biskui, ni senk. Ou pé manjé dé, épi ou kité lérèstan pou apré (*On ne va pas manger tout le paquet de cinq biscuits, on peut en manger deux et laisser le reste pour après*).

Chercheur : Alò, ki diférans ki ni ant manjé an bannann épi manjé dé biskui ? Alors, quelle différence il y a à ton avis, entre manger une banane et manger deux biscuits ?

Karine : Bannann-an sucré (*La banane est sucrée*)

Chercheur : E biskui a ? (*Et le biscuit ?*)

Karine : Biskui a pa sucré (*Le biscuit n'est pas sucré*).

IDEL : Fòk ou pa konfonn gou sucré-a épi sik-la. Pas lè'w manjé dachin-an i pa sikré (*Il ne faut pas confondre le goût sucré et la quantité de sucre. La dachine n'est pas sucré*).

Karine : Wè ! Men, i ni sik kanmenm (*Oui ! mais elle a du sucre quand même*).

Chercheur : Biskui-a sé menm bagay-la (*Le biscuit, c'est la même chose*).

Karine : Kòm man ka di'w, ou pé ké manjé senk ti karé biskui, i ni sik adan. Ou ka manjé pétèt dé. *(Comme je dis, on ne va pas manger cinq petits carrés de biscuit mais on peut en manger deux).*

Jeanne : Atansyon ! yo di'w biskui-a ni suk adan'y. *(Attention ! On t'a dit qu'il y a du sucre dans le biscuit)*

Karine : Men, ou pé ké manjé'y otan *(Mais on ne va pas en manger autant).*

Chercheur : Peu importe la quantité Karine. Ce n'est pas une question de quantité. Pa egzanzp si'w ka di mwen i katrè, mwen bizwen... man anv i manjé dé biskui. Eben mwen ka pran on ti salad épi 4 fèy léti mwen ka manjé biskui-mwen épi'y. Qu'est-ce que ça fait ? quelle différence il y a ? *(Par exemple si à 16h tu as envie de manger deux petits biscuits, tu prends 4 feuilles de laitue avec).*

Fille de Karine : I bon tou *(C'est bon aussi).*

Karine : Ès ou konprann ou ké manjé sé bahay ta-a épi sa ? Mais non ! *(Est-ce que tu crois qu'on peut manger les biscuits avec la salade ? Mais non !)*

IDEL : Karine, si'w pa lé manjé salad léti épi tomat, ou pé manjé an pòm... *(Karine, si tu ne veux pas manger de la salade de laitue ou de tomate, tu peux manger une pomme...).*

Chercheur : *Eh bien, à ce moment-là, ou ka manjé on fwi.* *(A ce moment-là tu manges un fruit)*

IDEL : Fwi-a ni fib, li tou. *(Le fruit contient des fibres également)*

Chercheur : Tu sais, parce que à chaque fois... par rapport à ce qu'on vient d'expliquer, quand le sucre se transforme en graisse, toi, tu as mangé tes deux biscuits, ou pa ni ayen pou frennen'y. I ka pasé nan tout san'w i ka dépozé grès-la. Alò si'w pran an pòm, oben an frésinèt épi'y, i ka ralanti'y *puisque'il y a les fibres...* An prensip, pa kité'y alé tousèl «féculent»-an. *(Ils passent dans le sang et se transforment en graisse parce qu'il n'y a rien pour les freiner. Alors que si tu manges une pomme ou une frécinette¹⁰⁰ avec, les fibres vont ralentir le passage. En principe, ne laisse pas le féculent aller tout seul).*

IDEL : A, fòk nou ké wè ankò épi'w, kisa ki ni fib adan. Voilà ! *Pour absorber...* sé sa ki ... lè'w manjé sik, on bagay sikré tousèl, i ka fè to sik-la monté konsa : « Bim ». Tandis lè'w manjé'y épi pwotéyin, obyèn fib akoté'y i ka anpéché sik-la monté konsa..., i ka ralanti *c'est-à-dire que* sik-la ka difizé pli lentement... *(Nous reverrons avec toi les aliments qui contiennent des fibres. Parce que lorsque que tu manges un aliment sucré tout seul, la glycémie monte d'un seul coup. Alors que quand tu le manges en même temps que les fibres ou les protéines, le sucre se diffuse plus lentement).*

Fille de Karine : Ça reste stable.

IDEL : Voilà ! Sik-la ka rantré adan òganiz-la an mannyè pi dous. Tandis lè'w manjé biskui-a tousèl, i ka monté kon flèch, to sik-la. *(Alors que quand tu manges les biscuits tout seuls le taux de sucre monte en flèche)*

Fille de Karine : Pas trop haut, pas trop bas, ouais.

IDEL : D'accord ! Fòk ou manjé on bagay ki ka fè *buvard* pou frennen sik-la ou ka manjé-a. Alors, sé ou salad, légumes verts ou fwi oubyen on ti pwotéyin. On yawout menm épi y. Ou ka pran dé biskui, manjé on yawout san sucre épi'y. *(Il faut manger quelque chose qui serve de buvard c'est-à-dire la salade, les légumes verts, les fruits ou un peu de protéine. Tu peux prendre avec les deux biscuits un yaourt sans sucre)*

Karine : Yawout san suk ? *(Yaourt sans sucre?)*

IDEL : Oui

(Rire collectif)

Chercheur : Tu manges le yaourt sans sucre?

Karine : Non

Chercheur : Tu ne manges pas ?

IDEL : É, ès ou enmen lèt ? Ou ka bwè lèt ? *(Est-ce que tu aimes du lait ? Tu bois du lait ?)*

Karine : Non, non, non, même pas. Tanzantan man pé pran yawout hen. *(De temps en temps je prends un yaourt)*

Chercheur : Han ! Tu mets du sucre dans le yaourt ?

Karine : Non, non, non. Men, i ja sucré ! *(Il y a déjà du sucre)*

Chercheur : Mais, nature, tu prends pas du tout ?

Karine : Non, non. Jamais. Mwen pa ka manjé'y. Yawout sucré, man ka manjé'y. *(Non non jamais. Je ne le mange pas. Le yaourt sucré je le mange).*

¹⁰⁰ Variété de banane dessert.

IDEL : Man ka pwopozé'w, apré ou ka adapté silon sa'w enmen-an. Yawout san suk la ou ka koupé on bannann ou ka mété'y adan. (*Je te fais une proposition, tu l'adaptes selon ce que tu aimes. Tu coupes une banane et tu la mets dans le yaourt non sucré.*)

Karine : Ah bon ?

IDEL : An menm tan i ka plen'w, pas yawout plis bannann sa ka plen'w, an menm tan ou ka ni mwens sik ka antré an san-an ki si'w manjé biskui-a. Kidonk, sa sé pa egzanp on pwopozisyon kolasyon. (*En même temps ça te remplit et le yaourt avec la banane passent plus lentement dans le sang. C'est une proposition de collation.*)

IDEL : I ké mwen sikré ki yawout vaniy-la ou achté-a. (*C'est moins sucré que le yaourt vanille que tu achètes*)

Karine : É sé on kèsyon labitud osi. (*Et c'est une question d'habitude aussi*)

IDEL : Voilà ! Exactement !

Karine : Lè-ou pa janmen fè'y ou pa janmen éséyé... (*Quand on ne l'a jamais fait, on ne l'a jamais essayé...*)

IDEL : C'est ça !

Jeanne : Ekzakteman, sé sa man ka di Karine... Ou ka pran on mòso melon, on zoranj, surtout zoranj (*Exactement, c'est ce que je dis à Karine... Tu prends un morceau de melon, une orange, surtout de l'orange.*)

Chercheur : Karine té ka di on bagay ka palé ba kò'y, hon. Sé on kèsyon labitud (*Karine parlait d'elle en disant que c'est une question d'habitude.*)

IDEL : Exactement !

Karine : Fòk-ou aprann manjé bagay-la pou abityé kò'w ...(*Il faut qu'on apprenne à manger quelque chose pour que son corps s'y habitue...*)

Chercheur : Tout à fait ! ... Par egzanp ou enmen mango! Jodi-a ou pran'y épi mango, apré ou pé pran'y épi an mòso pòm... Et tout doucement comme ça, tu vas t'habituer à manger. Tu vois ? Parce que c'est important sa'w di-a, sé on kèsyon labitud. Men, sé pa tout labitud-nou ki bon. Eskè ou dakò épi sa?... (*Par exemple tu aimes le mangot, tu peux essayer avec le mangot aujourd'hui, après ce sera de la pomme. Parce que toutes nos habitudes ne sont pas bonnes.*) Parce-que regarde, tu n'avais pas l'habitude de manger des légumes verts. À ton avis, pourquoi tu adoptes cette habitude-là ?

Karine : Sé pou santé-mwen. (*C'est pour ma santé*)

IDEL : I ka plè'w ou pa ? (*Ça te plaît ?*)

Karine : Pou santé-mwen, sé tout...(*C'est pour ma santé c'est tout...*)

Fille de Karine : Je n'aime pas.

Chercheur : On fwa ou konprann sa'w ka fè-a sé pou santé'w, kidonk ou ka fè'y. Pas pa oubliyé ou ni 10 kg pou pèd, kidonk ou ka rété anlè sa ... Pou kisa nou ka akonpanyé-w ? (*Une fois que tu as compris que c'est pour ta santé donc tu le fais. Parce que n'oublie pas que tu souhaites perdre 10 kg, donc reste sur ça... Pourquoi nous t'accompagnons ?*)

Karine : Pou pèd tibren pwa (*Pour perdre un peu de poids.*)

Chercheur : Kidonk, nou ka gadé sa an tèt, épi nou tout pou sa : pou pèd ti bren pwa. ... tu vois ? (*Donc nous gardons toutes ça en tête : pour perdre un peu de poids.*)

IDEL : Ou byen ou ka kasé 2 biskui-a adan an ti vè lèt. I ka bon ! (*Tu peux aussi écraser les deux biscuits dans un verre de lait. C'est bon aussi !*)

Karine : Wi, wi, wi (*Oui, oui, oui.*)

IDEL : I ka bon. Ou ka konsilyé sa'w enmen épi sa ki bon pou l'organisme-ou. Sé sa pou'w éséyé touvé, en fait. (*Tu concilies ce que tu aimes et ce qui est bon pour ton organisme. C'est ce qu'il te faut essayer de trouver.*)

Chercheur : Man konprann... Kidonk, épi kisa fò'w pa manjé biskui-a. Dakò ou ké manjé dé, épi kisa pou'w paré manjé'y pou'y pa fè sik-la manjé'y. Nou di'w apéprè kisa ou pé manjé épi'y é kisa ou pé évité manjé.

Jeanne : Évité di manjé...

Karine : Antouka, avan'w manjé biskui-a fò'w toujou manjé on bahay...(*En tout cas, avant de manger le biscuit il faut toujours manger quelque chose...*)

Chercheur : Par egzanp, nou di'w ou pé manjé yawout-la, men, pa épi konfityé, sa diféran. (*Par exemple nous t'avons dit que tu peux manger un yaourt mais pas avec de la confiture, c'est différent*)

Karine : Ah non ! An pé ké manjé sé bahay-tala épi sa (*Je ne vais pas manger ces choses-là avec*)

IDEL : Fo pa ajouté sik anlè sik (*Il ne faut pas ajouter du sucre sur du sucre*).

Karine : Non, non, non. Man pa ka manjé biskui épi Nutella, bagay konsa piès. (*Je ne mange pas le biscuit avec du Nutella pas du tout*).

Chercheur : Eh bien c'est très bien !

Karine : Ah non ! On ne mange pas ça.

IDEL : Dépi sé biskui i ni sik li déjà adan'y. (*Dans tous les biscuits il y a du sucre*)

Karine : Ou pa ka manjé biskui bahay ta-a épi ta-a (*On ne mange pas le biscuit avec ces choses-là*)

IDEL : D'accord, d'accord.

Chercheur : Et bien très bien !

Karine : Mété Nutella adan'y, non, non, non.

IDEL : Konfiti, Nutella, myèl, é...(*Confiture, Nutella, miel ...*)

Karine : Non, non, non.

Chercheur : D'accord.

IDEL : Eh bien, c'est normal, de toutes les façons, nou la nou ka viv-li, de tanzantan ou oblijé gouté, ou ka manjé biskui, *en fait*, nou ka éseyé fè'w konprann lè'w manjé'y koumannyè pou'w manjé'y. *D'accord ?* Nou pé ké di'w janmen pa manjé biskui pas kanmèm fò'w gouté ti bren plézi tanzantan men, lè'w manjé sav koumannyè ou pé manjé'y. (*Nous ne te disons pas de ne plus jamais manger de biscuit, parce qu'il faut un peu de plaisir de temps en temps, mais savoir comment le manger*).

Nous prenons le livret « Apprendre à maîtriser le risque cardiovasculaire »

Chercheur : Ta tension, on a trouvé 13/8. Qu'est-ce tu vois écrit là ?

Karine : Ah ! Tension artérielle.

Chercheur : Tu mets le résultat ici.

Karine : 13/8.

Chercheur : Donc à 13/8, alors quand c'est total supérieur à 13, inférieur à 14 donc tu as... voilà là tu as combien de points ?... Tu arrives à voir ? C'est petit ?

Karine : Supérieur à 13

Chercheur : Ça te donne ?

Karine : 8.

Chercheur : 8 points ... Donc, tu mets ton nombre de points ici. Donc, on a vu que ... Le cholestérol, où est-ce que j'ai mis ça ?

Karine : Cholestérol sé grès.

IDEL : 0-35 d'accord.

Chercheur : ... regarde le nombre de points... Ta ligne, c'est ça.

Karine : 3 points.

Chercheur : Après ? ... 8 points.

Karine : 8 points.

Chercheur : Alors, la taille, on avait dit 168.

Nous continuons sur le livret à noter le nombre de points en fonction des résultats de Karine.

Chercheur : Tu es à 49 points sur 60. Donc, il te manque combien de points pour arriver à 60 ?

Karine : 11

Chercheur : 11. Très bien. Donc, 49 ton total de points.

Alors, il y a plusieurs actions là par rapport à ton alimentation. Et ça on l'avait déjà fait. Moins salé. Si tu décides de manger moins salé, ça va te donner 3 points. ...est-ce que tu manges salé ?

Karine : Pas tellement, non.

Chercheur : Alors, là, il y a une deuxième action. C'est quoi ? lis-la !

Karine : Alors, je mange des légumes crus, puis un fruit à chaque repas.

Chercheur : Ouais. Pour le moment, on ne va peut-être pas utiliser le fruit mais je mange des légumes verts, légumes cuits... Ça va agir sur la tension, sur le cholestérol et ça peut te faire gagner 5 points. Donc, tu vas voir est-ce que tu prends ça comme action. « Je diminue la sucrerie et j'arrête le grignotage », tu as dit que tu ne grignotes pas. Non, non, on ne prendra pas cette action-là. « Je prends des repas équilibrés », donc si tu choisis ça, tu vas gagner pour la tension, le cholestérol, le triglycéride, la glycémie et le tour de taille. Puisque on a vu que tu as 0 point pour le tour de taille, c'est-à-dire que ton point de tour de taille est trop bas.

Karine : C'est zéro ?

Chercheur : C'est zéro, oui.

Karine : Ça fait 39.

Chercheur : Voilà ! Ça fait 39.

Karine : Je mets 39 ?

Chercheur : Oui. S'il te plait.

Alors que la normale c'est 60. Donc, tu as combien de points à gagner ? 20 points ? 21 points.

Karine : T'avais mal compté.

Chercheur : Ouais, J'avais mal compté ...

IDEL : Ou sav poutji ou a 0 pou tour de taille la ? Man ka espliké'w sé pou'w rann kò'w kont. La, ou sav *tour de taille* la sé la. É la, ki sa ou ka estoké la ? Sé grès. (*Tu sais pourquoi tu as zéro pour le tour de taille ? Je t'explique, qu'est-ce qui est stocké à ce niveau ?*)

Karine : Grès (*Graisse*).

IDEL : É grès ta-a ka vini, kon nou wè toutalè-a, twòp sik-la, dakò pis sik-la nou ka estoké'y an grès. É grès-la nou ka estoké, alò nou ka estoké grès plizyè koté. Nou ka estoké grès *au niveau du foie, au niveau des muscles, et au niveau de ce qu'on appelle les cellules adipeuses* é tou sa ka la, sé grès. Kidonk, grès-la ki la sé pi danjéré-a, ta-a ki an vant-ou-a. Parce que lè y ka pati an san-an, i ka alé dirèkteman adan *artère-la* ki ka alé ora tjà-a. (*Cette graisse comme nous l'avons vu provient du sucre et nous stockons la graisse à plusieurs lieux, le foie, les muscles. La graisse au niveau du ventre est dangereuse parce que plus proche du cœur*).

Chercheur : Qu'est-ce que tu peux dire par rapport à ça ?

Karine : Lè'w ni twòp grès an vant-ou, i ka aji koté ? (*Quand tu as trop de graisse autour du ventre, ça va où ?*)

IDEL : Lè i ni twòp grès épi grès ta-la... lè'w ka éliminé ... lè grès-la ka pati an san-an, sé sa yo ka kriyé ...

Karine : Embolie pulmonaire

Chercheur : Accident ...

Fille de Karine : Accident

Chercheur : Lè grès-la ka pati an san-an, i ka pati an sikilasyon-an ki ka alé alantou tjà-a. Voilà, Cardio tou sa la. (*Quand la graisse part dans le sang dans la circulation, elle va autour du cœur*)

IDEL : Sé ta-la ki danjéré o nivo tjà-a. Sé pou sa ou a 120, yo mété zéwo ba'w nèt... Sé pa pou fè'w pè, non, man ka di'w sa, sé jiskont pou'w rématjé tou sa ni on sans. (*C'est là que c'est dangereux au niveau du cœur. C'est pour cette raison que tu obtiens zéro pour le tour de taille.*)

IDEL : Tu as de belles notes partout. Mais là, tu prends un zéro, je voulais que tu comprennes pourquoi.

Chercheur : Et elle prend un trois aussi côté triglycéride. C'est-à-dire en graisse. Tu as 3.

IDEL : Les triglycérides, c'est sous forme de triglycéride qu'on stocke les graisses. Quand on cherche le taux de triglycéride dans le sang, c'est pour avoir la quantité de graisse que tu as stockée. Et c'est pour ça que là, tu as trois aussi.

Chercheur : Et puis, le tour de taille, on te dit la normale qu'on devrait avoir là, c'est 85. Toi tu es à 120.

IDEL : Donc, tu as eu zéro. C'est là-dessus qu'il faut qu'on cible...

Chercheur : Alors, regarde là où les images t'amènent des points.

Karine : Je mange des légumes et un fruit à chaque repas.

Chercheur : Ça t'amène 1 point.

Karine : Je mange des légumes cuits.

Chercheur : Là, je prends des repas équilibrés, ça t'amène aussi 1 point. Mais, ça joue sur la tension, ça joue sur tout.

Chercheur : Je limite l'apport en graisse, ça t'amène 2 points. Tu vois ?

Karine : Je limite l'apport de graisse.

Chercheur : Ça peut te faire gagner 7 points... Tu choisis ça comme action ?

Karine : Ouais.

Chercheur : Parmi les autres, qu'est-ce, est-ce que tu peux prendre une autre action ?

Karine : Celui-là.

Chercheur : Celui-là. D'accord ! combien de points tu vas gagner ?

Karine : 5 points.

Chercheur : 5 points, donc ajoute ! D'accord. Est-ce que tu t'arrêtes à deux actions ou bien tu vois qu'il y a une autre que tu peux prendre, que tu peux faire ?

Karine : Manger équilibré !

Chercheur : Équilibré ? Ouais, combien de points ça t'amène ?

Karine : 5 points.

Chercheur : 5 points. Mets 5. Tu as vu, Karine, avec... alors, mon total de points est de 39. Écris avec le crayon : 39. Et mon total de santé bonifiée sera donc de ... qu'est-ce qu'on vient de dire ?

Karine : J'ai 17...

Chercheur : Ça te fait 39... et 17. Ça te fait quoi ? oui, vas-y ! 39 et 17, Ça te fait combien ?

Karine : 56

Chercheur : Tu as choisi 3 actions.

Karine : Oui.

Chercheur : En faisant ces trois choses-là, regarde, tu es déjà presque à côté de 60. Tu vas gagner des points.

Karine : Ouais. Hm !

Chercheur : Ce qui veut dire dans un mois, tu auras peut-être perdu un des kilos. Tu es d'accord avec ça ?

Karine : Oui, oui.

Chercheur : On se reconcentre un petit moment. Tu es partie à 39.

Karine : Ouais.

Chercheur : Ton objectif c'est perdre du poids et IDEL t'a expliqué là où tu as zéro. C'est là qu'il te faut perdre. Donc pour le faire, tu as ces trois actions là ...

IDEL : Il faudra que tu les gardes bien en tête pour les faire au quotidien.

Chercheur : Exactement, et j'ai mis des croix là ...

IDEL : Elle garde tout dans le livret ou on lui écrit.

Chercheur : C'est à elle... son livret.

Karine : je vais mettre dans ça.

Chercheur : Tu vas mettre dans ça... et puis tu le mets en quelque part. Fille de Karine et Jeanne, c'est valable pour vous aussi... Il y a trois actions à faire : je mange plus de légumes verts, je prends des repas équilibrés et je limite l'apport de graisse. C'est ce qu'il y a à faire.

Karine : Konsènan lè on moun ka griyé vyann yo ? *(Et quand on fait griller la viande ?)*

IDEL : Vyann-an lè ou wousi'y i ka ni grès, ou ka obsèvé, ou ké mété'y san mété luil adan fétou-a, i ka ladjé grès ou ka mété ti-tak dlo chak lè ou wè i koumanse kolé épi ou ka fè li san luil la. *(La viande roussie a de la graisse. Tu peux la faire cuire sans y mettre de l'huile et ajouter de l'eau au fur et à mesure)*

Karine : Vyann-an ja ni grès. *(La viande a déjà de la graisse)*

Chercheur : Et c'est pour ça, qu'on dit d'utiliser une cuillère à soupe d'huile. Comment tu utilises l'huile ?

Karine : Anpé luil Non ! Man ka mété ti tak luil adan chodyè-a. *(Je mets un peu d'huile dans la chaudière)*

Chercheur : Alors, ou ka mété ti bren, ti tak, adan chodyè-a. Ti-tak-la sé an tjwiyè pa plis. É menm pou omlet ni twòp, *regarde, c'est noté là* : une cuillère à soupe pour 100 grammes de riz par repas. Sé pa vidé'y kon sa. Tu as vu ? *(Il est conseillé d'utiliser la cuillère à soupe comme mesure pour éviter de verser l'huile au hasard)*

Karine : Marinad. *(marinades)*

Chercheur : Lè'w ka fè marinad ou ka mété o mwen on dimi lit luil pou'y byen won. Donc, il y a déjà ... c'est pourquoi on te dit de manger de la marinade au moins une fois par semaine. Pas plus, tu vois ? D'accord ! *(Quand tu fais des marinades tu mets au moins ½ litre d'huile pour qu'elles soient bien rondes).*

Karine : Ki pa bon. *(Ce qui n'est pas bon)*

Chercheur : Exceptionnellement. Hein !

IDEL : Tanzantan ou vlé fè kò'w plézi ou ka manjé'y, men, fo pa manjé'y trop souvent. *(De temps en temps tu peux te faire plaisir mais ne pas en manger trop souvent)*

Chercheur : Mais oui, la sauce tout ça.

IDEL : Kidonk, lè'w ka fè sòs-ou, éséyé..., kon'w di la sé labitud, éséyé fè'y san mété luil adan chodyè-a épi ou ké di mwen pwochen kou-a nou vini-an, ou ké di mwen si gou-a té mwen bon. *(Donc quand tu fais de la sauce, essaie de la faire sans huile et tu me diras la prochaine fois si le goût change)*

Jeanne : Pa egzanp, ou lé manjé pwason ou pé fè on blaf. (*Par exemple, quand tu veux manger du poisson on peut le faire en blaff*)

Chercheur : Exactement.

IDEL : Men, ou pé fè koubouyon ou mété'y bouyi an chodyè-a lonyon-an tou sa rivini épi on ti tak dlo. (*Tu peux faire le court-bouillon et dans ta chaudière tu fais revenir l'oignon avec un peu d'eau*)

Karine : San mété luil ? (*Sans mettre de l'huile ?*)

IDEL : San mété luil ! ... É ou ka mété luil-ou, aprè lè'y près tjuit. Yo ka fè séra¹⁰¹ a lafen épi lay épi sitwon-an. Ou ka mété'y adan koubouyon-an a lafen ... (*Sans mettre l'huile. Et après tu mets de l'huile à la fin de la cuisson. Tu fais un « séra » avec de l'huile, de l'ail et du citron*)

Karine : Antouka, lè'y tjuit (*En tout cas quand c'est cuit*).

IDEL : Sé pou sa man di'w fòk ou pa éliminé pla an sòs-la pas sé pa pla an sòs-la pwoblèm-an. Men, sé sòs-la ou ka mété *au départ*. Ou ka wousi'y épi ti-tak dlo pou'y pa kolé. Ou ka wousi'y, épi apré ou ka mété tomat-ou, ou ka mété ledjim vert, ou si'w ni *aubergine* (milonjèn)..., bahay konsa ek pwawwon. Ou ka lésé an piti difé, ou ka wè i pa bizwen luil. (*Ce n'est pas le plat en sauce le problème, mais c'est ce avec quoi tu as fait la sauce au départ. A la place de l'huile tu peux mettre un peu d'eau pour éviter que ça colle. Après tu ajoutes des tomates, aubergines... légumes verts, poivrons. Tu laisses cuire à petit feu. Tu n'as pas besoin d'huile*).

Karine : Antouka lè ou ka wousi bahay-ou.

Fille de Karine : Tu fais une petite ratatouille !

Karine : Je comprends

Chercheur : Tu as compris ?

Karine : Man ké fè'y konsa ! Sé vré, sé lè bagay-la ja ni grès épi nou ka mété luil andidan'y ankò. (*Je vais le faire comme ça. C'est vrai quand la chose a déjà de la graisse, tu n'as pas besoin d'ajouter de l'huile*)

Chercheur : Ah oui, men tout vyann ni grès. (*Dans toutes les viandes il y a de la graisse*)

Fille de Karine : Même dans le poulet !

Chercheur : Parèy, ni an lèt bagay ki pa bon osi, sé (*Pareillement, une autre chose à déconseiller, aussi*) des fois pour faire prendre de la couleur, on met du sucre pour caraméliser. C'est du sucre que tu ajoutes.

Fille de Karine : Je mets du sucre pour caraméliser de la viande.

Chercheur : Mais oui, et bien regarde c'est du sucre que tu mets, en plus, il est caramélisé. Donc, il est brûlé et pour la santé ce n'est pas bon. C'est du charbon. Tu es en train de manger du charbon.

Fille de Karine : Oui, j'ai déjà vu.

IDEL : Tu vois ? Ça c'est toxique.

Chercheur : Ok. Bon, on vous laisse manger... Tu vas emmener pour ton oncle ?

Chercheur : Ok, d'accord. Donc, Karine est-ce que tu peux faire un petit résumé de ce qu'on a vu aujourd'hui ? Enfin, je dis Karine mais Jeanne et Fille de Karine aussi.

Karine : Oui, oui ! Alimentation. Manger équilibré.

Jeanne : Nous avons vu que le sang ... passe par le cœur ... aux poumons, ça va dans les artères, dans la tête. Nous avons vu que s'il y a un caillot, si on ne se soigne pas, on mange mal, ça va faire un caillot épi...

Karine : I ka bouché véso (*Ça bouche les vaisseaux*).

Jeanne : Et nous avons vu que le vaisseau et bien ça vient du cœur, et on peut faire un AVC, embolie pulmonaire...

Karine : Antouka, fòk san-an fluid, (*En tout cas il faut que le sang soit fluide*)

IDEL : Épi pa ni pyès obstak anlè chimen'y. (*Et puis qu'il n'y ait aucun obstacle sur sa route*)

Chercheur : É pou san-an fluid, kisa qu'il faut faire alors ? (*Et pour que le sang soit fluide que faut-il faire ?*)

Karine : Sé ... manjé mwens grès. (*C'est manger moins de graisse*)

Fille de Karine : Manger moins gras, tu veux dire.

Jeanne : C'est bien ça !

¹⁰¹ Séra : finition de l'assaisonnement dans la cuisine antillaise

Karine : An légume vert, pou tou sa'w ka manjé i pa pou ni twòp suk kanmenm. (*Dans tout ce qu'on mange il ne doit pas y avoir trop de sucre quand même.*)

Chercheur : É sa, sé on bagay kè ou pé fè, sa ? (*Et c'est quelque chose que tu peux faire ?*)

Karine : Quoi ?

Chercheur : Ou ka santi sé on bagay kè ou pé fè, sa pa difisil pou'w fè. (*Est-ce que c'est possible et que ce n'est pas trop difficile pour toi ?*)

Karine : Pas sé pou kò mwen menm, wi. C'est pour ma santé hein.

Karine : An ka manjé an salad (*Je mange de la salade.*)

Chercheur : Kisa sa té pé pòté ba'w, pèd tibren pwa ? (*Qu'est-ce que ça peut t'apporter de perdre du poids ?*)

Jeanne : Mwen adan'y osi, hein !

Karine : Pou santé mwen osi, maladi tou sa. (*C'est pour ma santé aussi, la maladie tout ça*)

Chercheur : Sé pou ? (*C'est pour ?*)

Karine : Pou kò mwen menm, mwen pa sav mwen ! (*Pour mon corps, je ne sais pas moi!*)

Fille de Karine : Pour ne pas aller à l'hôpital.

Chercheur : Et jodi jou koumannyè ou ka santi kò'w adan kò'w ? Koumannyè ou ka viv kò'w kon'y yé a ? (*Aujourd'hui comment tu vis ton physique ?*)

Karine : Lè'w ka pèd pwa ou ka santi ou myé. (*Quand on perd du poids on se sent mieux*)

Chercheur : Parce que tu sais que c'est pour ta santé. J'ai entendu, mais est-ce qu'il y a quelque chose. Parce que ça fait plusieurs fois que tu nous le dis et on comprend bien. Est-ce qu'il y a une autre raison ?

Chercheur : Et je te pose la question à toi Fille de Karine, pourquoi tu aimerais qu'elle maigrisse ?

Fille de Karine : Pour changer.

Chercheur : Pour changer comment ?

Fille de Karine : Pour changer son machin... physique.

Chercheur : Pour changer de physique.

Jeanne : Pou'y sa myé abiyé (*Pour qu'elle s'habille mieux*)

Karine : Mes vêtements.

Chercheur : D'accord. Donc, c'est une des raisons.

Fille de Karine : Ouais. Pour que tu changes ...

Karine : Pou abiyé pi byen, pli katalòg (*Pour être mieux habillée + chic*)

Jeanne : Elle était mince.

Karine : Ou ka òganizé, ou ni dé lenj pou mété, lè i twò piti, sa pa ka fè'w byen (*Quand tu mets des vêtements qui sont trop serrés ce n'est pas bien.*)

Chercheur : D'accord. Donc, en fait, sé koté fizik-la, quoi ? Ok. Sé par rapò ou menm ou byen moun ka wè'w ? (*C'est ton physique. Par rapport à toi-même ou par rapport à comment les autres personnes te voient*)

Karine : An an ! Pou kò mwen. Mwen pa ka fè ayen pou moun (*Pour moi-même. Je ne fais rien pour faire plaisir aux gens*)

Chercheur : Sé pou kò'w ? C'est très bien. Kidonk, tou sa ou ka fè-a sé pou'w. (*C'est pour toi. Donc tout ce que tu fais c'est pour toi.*)

Karine : Pou kò mwen (*Pour moi*)

Chercheur : Et ça peut t'aider à manger comme il faut... Effectivement, ça aide... c'est très important ! Donc, en fait, c'est pour ton épanouissement personnel. C'est ça ? Pour parler en bon français. C'est pour que tu sois plus épanouie avec ton corps, c'est ça ?

Karine : Et ouais.

Chercheur : D'accord. Merci beaucoup ! Nous allons vous laisser manger.

Karine : Mais tu es quoi comme machin ? Tu es ?

Chercheur : Quoi ?

Karine : Ou sé... ?

Chercheur : Mwen sé quoi ? Va jusqu'au bout !

Karine : Tu n'es pas infirmière non ?

Chercheur : Comment tu me vois justement par rapport à ça ?

Karine : Non, men, travay-ou sé quoi é... ? (*Ton travail c'est quoi ?*)

Réponse en créole et français

Chercheur : Quand on est infirmière on l'est toute sa vie. Après j'ai travaillé dans un service de diabétiques.

Karine : A l'hôpital ?

Chercheur : À l'hôpital. Et j'ai vu l'importance d'accompagner les personnes diabétiques comme toi. Aujourd'hui je suis à la retraite et c'est ce que je fais.

Karine : Ah !

Chercheur : Je continue à faire des études. Je suis retournée sur le campus pour un dernier examen pour aider les diabétiques et les personnes qui ont d'autres maladies. Parce que des fois à l'hôpital on n'a pas toujours ce temps-là. Tu as vu comment on fait avec vous. L'infirmière qui vient faire l'insuline de ta maman n'a pas tout ce temps pour s'asseoir pour vous expliquer les choses comme nous le faisons. Je continue à soigner mais différemment. Tu as compris ?

Karine : Antouka, ou ka aprann toujou, *quoi ! (En tout cas tu apprends toujours, quoi)*

Jeanne : Qu'est-ce qu'elle fait là ?

Karine : J'ai compris. Endé moun (*Aider les personnes*). Et la dame aussi est....

Chercheur : Non, elle c'est autre chose.

IDEL : Moi, je suis infirmière libérale.

Karine : Infirmière libérale.

Chercheur : Voilà !

Jeanne : Ah ! tu travailles libérale. Sa vlé di ou ... (*Qu'est-ce que ça veut dire*)

IDEL : Comme ton infirmière qui vient ... C'est R.... qui vient chez toi ?

Jeanne : Ah bon ! Tu connais R..... bien ?

IDEL : Oui.

Jeanne : Elle est gentille.

Chercheur : Est-ce que vous sentez que ce que nous faisons avec vous, ça vous apporte des choses ?

Fille de Karine : Oui, oui. Ni bahay nou pa konnèt. (*Oui il y a des choses que nous ne connaissons pas*)

Karine : C'est bon, c'est bon ... Oui.

IDEL : On ne change pas tout d'un coup. C'est petit à petit que vous essayez de comprendre pourquoi il faut manger ceci, comme ça. Et quand vous avez compris vous pouvez essayer.

Chercheur : Et tu vois, effectivement, c'est exactement ça. Parce que c'est la 4^{ème} fois que nous venons ici et à chaque fois vous apprenez un petit quelque chose. Ce n'est pas une critique mais on va encore revenir sur la différence entre le goût sucré et le taux de sucre dans les aliments comme les féculents. Donc nous allons encore revenir dessus.

Karine : Ouais.

IDEL : Antouka, man ka touvé zòt za retyenn on lo bagay. *C'est très intéressant pas la zòt réyisi ridi-nou kanmenm sa nou wè éi zot. (En tout cas, je trouve que vous retenez beaucoup de choses. C'est intéressant parce que vous avez réussi à nous redire tout ce que nous avons vu avec vous).*

Chercheur : C'est très bien.

Karine : Man ka éséyé fè kon, sé repa-a kon'y ka alé-a *quoi !* Si bagay-la ja ni grès, sé pa lapenn ajouté grès adan'y. (*J'essaie de faire les repas comme il faut. S'il y a déjà de la graisse ce n'est pas la peine d'en rajouter*)


IDEL : Mais, ne te décourage pas. Fais ça tranquillement san pété tèt-ou, (*sans te tracasser / te mettre martel en tête*) d'accord.

Chercheur : Nous vous laissons pour aujourd'hui. Karine pense à tes trois actions : consommer des légumes verts, diminuer l'apport de graisse, manger équilibré.

Karine : D'accord.

Chercheur : Rendez-vous le mois prochain.

Annexe 27 – Appel à candidature offre de formation 40h dispensation ETP



Martinique

DOSSIER DE CONSULTATION

Réf : 2019DMA00016

Achat d'un dispositif de formation FPTLV:

Sur la thématique suivante:

- **Education thérapeutique du patient - ETP**

Date limite de réception des offres: Vendredi 08 Mars 2019 à 16 h 30

Le présent dossier de consultation comprend le cahier des charges et le règlement de consultation indiquant tous les éléments à fournir pour que l'offre des candidats soit étudiée.

Pouvoir adjudicateur

Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)

- Délégation régionale ANFH commanditaire et signataire de l'accord-cadre:

ANFH Martinique
Zone Manhity – Immeuble Jamesby
97232 Le LAMENTIN

Figure 61 :
Extrait cahier des charges appel à candidature pour formation ETP en Martinique

Article 6 - Profil des formateurs pressentis

L'Organisme s'engage à confier l'animation de toutes les sessions de formation organisées dans le cadre de l'accord-cadre à des formateurs disposant des qualifications et expériences suffisantes pour animer des actions de formation sur des thématiques du domaine concerné auprès d'un public adulte.

A ce titre, les organismes candidats à la présente consultation s'engagent à vérifier et garantissent la véracité des compétences et des expériences communiquées au commanditaire en réponse à la présente consultation pour chacun des formateurs proposés dans l'offre.

Les formations seront dispensées par les formateurs pressentis par l'Organisme dans l'offre validée par le commanditaire à l'issue de la consultation. Aucun changement d'intervenant ne sera effectué sans l'accord préalable du commanditaire.

En cas de force majeure (maladie, accident, ...) telle que définie à l'article « Cas de force majeure » des conditions contractuelles applicables aux achats de prestations de formation (cf. annexe 1), l'Organisme peut proposer au commanditaire de faire intervenir un autre formateur aux dates prévues et/ou proposer au commanditaire de reporter la session de formation à une date ultérieure avec le même formateur.

Le commanditaire peut refuser ces propositions. En tout état de cause, le commanditaire n'est redevable du prix de la session de formation qu'après son exécution effective par l'Organisme.

En cas de changement d'intervenant accepté par le commanditaire, l'Organisme doit proposer au commanditaire un autre intervenant ayant un profil équivalent de formateur et présentant a minima les mêmes compétences. Ce changement d'intervenant ne présentera aucune conséquence en terme de coût pour le commanditaire.

Le prestataire s'assurera de répondre aux recommandations de la HAS (2007) et permettra de préparer les soignants aux compétences des éducateurs définis par l'article 84 de la loi HPST et le décret n°2010-906 du 2 août 2010, actualisé par l'arrêté du 31 mai 2013, relatif aux compétences requises pour dispenser et coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

Il permettra ainsi de répondre à la nécessité de formation en ETP désormais rendu obligatoire pour tous les intervenants en ETP par l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Il devra justifier d'une expérience d'accompagnement des acteurs locaux dans ce domaine.

Une connaissance du territoire de santé de la région Martinique et reconnue par l'Agence régionale de santé, est également souhaitée.

Annexe 28 - Tableau : Caractéristiques des deux types d'ateliers d'ETP d'après (Authier, 2018).

Indicateurs	Ateliers traditionnels	Ateliers d'apprentissage et d'autonomisation
Sollicitation des conceptions	Oui, le plus souvent par questions fermées situées en début d'atelier ou juste en amont de l'étude d'une nouvelle connaissance	Oui, le plus souvent par questions ouvertes situées tout au long de l'atelier
Le soignant tient compte des conceptions	Non ou très peu. Quelques soient les réponses des patients le soignant déroule les étapes prévues de son atelier	Oui, le soignant profite de l'expression des conceptions par les patients pour demander l'avis des autres et ainsi favoriser les interactions pairs à pairs
Présence de conceptions non sollicitées	Très peu, et plutôt dans des moments informels lorsque le soignant ne maîtrise plus la chronogenèse. Ces conceptions s'expriment beaucoup à la fin de l'atelier	Oui tout au long de l'atelier. Le soignant va favoriser leur expression en montrant aux patients qu'il les écoute et en tien compte
Processus pédagogique de la pyramide de l'ETP	Les processus les plus observés sont : Type : soignant / savoir / pathologie Type : soignant / patient / savoir	Le processus les plus observés sont : Type : patient / pathologie / savoir
Temps de parole	Très en faveur du soignant. Le soignant parle plus de 70 % du temps de l'atelier. La parole des patients se concentre sur un ou deux d'entre eux au détriment des autres. La place laissée aux patients est faible	Les temps de parole sont répartis entre le soignant et les patients. Le soignant veille à ce que tous les patients puissent s'exprimer. La place laissée aux patients est importante
Temps durant lequel du nouveau savoir est délivré	La quantité de nouvelles connaissances apportées durant l'atelier est très importante. C'est essentiellement le soignant qui va verbaliser ces connaissances. Le soignant ne laisse pas de place aux patients et ne tient pas compte de leur savoir expérientiel	La quantité de nouvelles connaissances est limitée. Elles sont verbalisées plutôt par les patients et validées par le soignant. Le soignant laisse de la place aux patients et tient compte de leurs savoirs expérientiels
Types de savoirs	Savoirs majoritairement de type « savant » ou « vulgarisé ». Non contextualisés	Savoirs majoritairement de type « savoirs au niveau des patients ». Contextualisés
Problématisation des savoirs	Inexistante	Souvent présente
Temps de réflexion	Les moments de silence durant lesquels les patients peuvent élaborer des éléments de réponses ou assimiler ce qui vient d'être annoncé sont présents en très faible quantité. Le soignant couvre et maîtrise tout le temps la chronogenèse.	Les temps de réflexion sont conséquents. Le soignant s'impose de ne pas parler durant de « longues » minutes ce qui favorise la réflexion et la prise de parole de certains patients.
Littératie en santé	Le soignant pose de nombreuses questions permettant l'accès à l'information durant la séance. Peu de questions ont trait à la recherche d'éléments de compréhension tant pour le soignant que par les patients. L'expression de prises de décisions de la part des patients est inexistante.	Le soignant et les patients posent des questions permettant l'accès à l'information non seulement en lien avec la séance mais également en lien avec leur contexte de vie. Les patients posent également des questions en lien avec des éléments de compréhension contextualisés. Nous avons observé la présence dans de l'expression de prises de décisions des patients en relation avec leur contexte de vie.

Annexe 29 – Évaluation formation 40h dispensation ETP

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU FORUM PAR LES PARTICIPANTS SEMINAIRE LA MARTINIQUE des 15, 16, 17 et 20 et 21 FEVRIERT 2017

16 participants – 16 évaluations

ITEMS	SATISFACTION
1- Déroulement de la formation	
1.1 J'ai le sentiment d'avoir pu progresser d'un forum à l'autre	94 %
1.2 Il existe une articulation cohérente entre les différents forums	94 %
1.3 Les méthodes pédagogiques proposées pour l'éducation thérapeutique sont applicable à mon contexte	88 %
2 - Conditions de travail	
2.1 La documentation fournie par l'IPCCEM a été suffisante	85 %
2.2 Les conditions de travail ont été satisfaisantes	62 %
Commentaires : Salle trop petite : 11 citations Climatisation dans le dos : 1 citation	
3- La formation IPCCEM	
3.1 Globalement, la formation IPCCEM est pour vous satisfaisante	94 %
3.2 La formation IPCCEM a répondu à mes attentes	94 %
3.3 La formation IPCCEM m'a permis de développer des compétences pour participer à un programme d'éducation thérapeutique	91 %
3.4 La formation IPCCEM a permis un échange d'expériences des participants sur l'éducation thérapeutique	94 %
3.5 La formation IPCCEM m'a permis de repenser ma relation au patient et mes pratiques éducatives	94 %
3.6 La formation IPCCEM m'a permis d'interroger ma pratique de soignant	85 %
3.7 La formation IPCCEM m'a apporté de nouveaux savoirs et a renforcé ceux que je possédais déjà	88 %
3.8 La formation IPCCEM m'a permis de repartir avec des acquis professionnels utilisables	94 %
3.9 Je recommanderai la formation IPCCEM à mes collègues	98 %
3.10 Pour compléter ma formation IPCCEM, je souhaiterais aborder les thèmes suivants : ETP pour les patients diabétiques : 1 citation Formation des coordinateurs : 1 citation ETP pour les aidants : 1 citation Pratique des entretiens pour le diagnostic éducatif : 1 citation Mettre en place des échanges entre les professionnels formés : 1 citation Suivi par l'AMDET : 1 citation	
4- Les ressources pédagogiques mises à disposition	
4.1 J'ai consulté le forum D mis sur le site de l'IPCCEM Jamais : 13 Rarement : 2 Quelques fois : 1 Fréquemment : 0	
4.2 J'ai consulté des articles et différents textes mis sur le site de l'IPCCEM Jamais : 9 Rarement : 4 Quelques fois : 3 Fréquemment : 0	
Commentaires : Tout ce qui m'intéressait a été abordé : 1 citation En route sur le chemin de l'ETP, je suis équipée : 1 citation	

Annexe 30 : Évaluation étude n° 7 - 3 à 4 mois après les ateliers d'éducation alimentaire

Robert BOUANDA

Docteur en Nutrition et Alimentation

97200 Fort de France - Martinique

Tel : 0596 60 27 36

bouanda.rob@wanadoo.fr

Entretien post-atelier

Personne aidée	Angèle
Date de l'atelier de nutrition	13 février 2021
Date de l'entretien post-atelier	25 mai 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Agnès
<p>J'ai appelé Agnès, la fille d'Angèle la bénéficiaire, une première fois, le mardi 25 mai aux environs de 9h45. Comme elle ne répondait pas, je lui ai laissé un message pour me présenter et expliquer l'objet de mon appel. Elle m'a appelé une demi-heure après pour me dire qu'elle est occupée et nous avons convenu d'un rendez-vous aux environs de midi.</p> <p>Ce qui ressort de l'échange est que la famille met en pratique les idées que nous avons développées pendant l'atelier et Angèle, sa maman mange bien les légumes verts qui apparaissent plus fréquemment aux menus.</p> <p>Angèle est sujette à une constipation chronique qui ne s'améliore pas. Agnès dit que cela est certainement dû en partie au fait que sa maman a de plus en plus peur de se mettre debout, et de ce fait ne bouge pas beaucoup. La sédentarité accentuerait la constipation. Je lui ai demandé si Angèle consomme du gombo, des épinards et du giraumon régulièrement, sous une forme ou une autre. La réponse est positive, elles (les filles d'Angèle) récupèrent même l'eau de cuisson du gombo que Angèle consomme dans la journée comme boisson, mélangé au jus de feuilles de moringa ou au jus de tamarin.</p> <p>A la question de savoir s'il y a un point particulier sur lequel elle aurait aimé avoir des éclaircissements, Agnès dit qu'elle n'a pas de question et d'elles suivent au mieux les recommandations alimentaires, sans difficulté majeure. Comme il n'y avait plus rien à se dire, nous nous sommes quittés après pratiquement un quart d'heure d'entretien.</p>	

Fait à Fort de France le 26 mai 2021

Entretien post-atelier

Personne aidée	Ronald
Date de l'atelier de nutrition	15 juillet 2021
Date de l'entretien post-atelier	16 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Ronald
<p>Au téléphone Ronald a été peu bavard. Il n'a rien de spécial à dire. <i>On fait de son mieux pour appliquer les consignes et les règles diététiques pour diabétique. Ce n'est pas tous les jours possible !</i></p> <p><i>Les restrictions du fait de la Covid ne facilitent pas les choses, on est stressé mais on fait avec !</i></p> <p>Ronald dit ne pas avoir de question particulière, il faut suivre le "régime" c'est tout !</p> <p>L'entretien a duré 5 minutes</p>	

Fait à Fort de France le 16 août 2021.

Entretien post-atelier

Personne aidée	Pierre
Date de l'atelier de nutrition	05 juillet 2021
Date de l'entretien post-atelier	16 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Pierre
<p>Au début de l'entretien, Pierre a tenu à rappeler qu'on apprend à tout âge. Il avait déjà des connaissances sur l'hygiène alimentaire du diabétique au cours des formations en milieux hospitaliers en métropole, mais l'atelier de cuisine que nous effectué avec lui lui a fait voir qu'il n'avait pas tout compris et il n'avait pas les données des produits locaux ; il a pu compléter ses connaissances en la matière. Et même s'il n'applique pas tout, tous les jours à la lettre, son médecin est bien contente du résultat : son taux de sucre a bien baissé et il se sent mieux. <i>"Il y a des gens qui parlent sans connaître, mais il faut utiliser son cerveau pour mieux vivre"</i> dit-il.</p> <p>Il dit qu'il croit qu'il a compris comment bien gérer son assiette et en est bien content.</p> <p>L'entretien a duré une dizaine de minute.</p>	

Fait à Fort de France le 16 août 2021.

Entretien post-atelier

Personne aidée	Irène
Date de l'atelier de nutrition	14 mai 2021
Date de l'entretien post-atelier	13 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Irène
<p>Mise à part le stress dû au confinement, ça va dans l'ensemble. Et pour réduire l'angoisse, Irène dit qu'elle ne regarde presque plus les nouvelles à la télévision. Elle prend régulièrement ses tisanes en prévention contre la Covid.</p> <p>Elle a vu le médecin le mois dernier, le taux de sucre est bon et même la vitamine D qui avait tendance à être un niveau bas est remontée.</p> <p>Elle applique la consigne d'augmenter les légumes verts dans les menus et tout le monde mange avec plaisir car les préparations sont colorées et donnent envie de manger.</p> <p>Irène est contente d'être parvenue à ne plus consommer du sucre comme au paravent, mais ça n'a pas été une mince affaire : sa maman faisait beaucoup de confitures à la maison, elle a toujours aimé manger sucré. <i>"le plus gros combat est celui de laisser le sucre "</i> dit-elle, <i>"ce n'est pas facile"</i>. Mais Dieu lui a parlé en 2017 alors qu'elle était hospitalisée dans le service de diabétologie avec des problèmes au niveau des reins. Le discours de l'endocrinologue, chef du service lui fait prendre conscience de l'impact du sucre sur sa santé. Elle a compris que Dieu ne répondait pas à sa prière demandant la guérison parce qu'elle ne respectait pas la loi de la vie. Elle a demandé pardon à Dieu et depuis elle fait attention à ce qu'elle met dans son corps.</p> <p>La séance de l'atelier cuisine lui a fait un grand bien et elle est très heureuse de parler avec moi ce matin sur les sujets d'hygiène alimentaire !</p> <p>L'entretien a duré quelques 35 minutes.</p>	

Fait à Fort de France le 13 août 2021

Entretien post-atelier

Personne aidée	Paul
Date de l'atelier de nutrition	08 février 2021
Date de l'entretien post-atelier	25 mai 2021 : J'ai appelé et laissé un message à Paulette, l'épouse de Paul, l'invitant à convenir d'un rdv pour l'entretien post atelier. Sans de réaction !
	28 juin 2021 : appel à Pauline , fille de Paul, pour un rendez-vous fixé au 02 juillet à 9 h.
Interlocutrice /interlocuteur	Paulette
<p>Quand j'ai appelé le 02 juillet 2021 à l'heure convenue, Paulette était disponible. La première chose qu'elle a dite est qu'elle est contente de l'atelier, car elle a perdu 4 kg depuis notre passage, sans souffrance particulière et sans grosse privation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle mange mieux • Elle ne grignote plus comme elle le faisait auparavant. • Elle est "moins attirée par les sucreries " <p>Au niveau de la famille, " on essaie de suivre au mieux les recommandations et conseils même si ce n'est pas toujours facile", dit-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les repas sont plus variés. L'atelier lui a donné des idées de recettes ! <i>Il n'y a plus de "gros repas" le soir.</i> • Les légumes verts sont plus fréquents aux menus. <p>A la question de savoir s'il y a un point en particulier sur lequel elle aimerait revenir ou approfondir, Paulette dit qu'elle n'a pas de question et que tout est clair, il s'agit seulement de mettre les conseils en application et de persévérer. Mais si jamais elle avait un point à éclaircir, elle a mes contacts.</p> <p>L'entretien téléphonique a duré à peu près ¼ d'heure.</p>	

Fait à Fort de France le 03 juillet 2021

Entretien post-atelier

Personne aidée	Line
Date de l'atelier de nutrition	08 juin 021
Date de l'entretien post-atelier	13 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Wendy , fille de Line
<p>J'ai eu Wendy au téléphone aux environs de 8 h50. Elle dit que depuis l'atelier, elle fait au mieux pour intégrer les légumes verts aux menus, malgré cela elle n'a pas perdu les kilos qu'elle a en trop. Comme, à ses dires, elle est "<i>tout le temps stressée</i>", <i>est ce que ce n'est pas le stress qui la fait enfler ?</i> Je lui ai dit que l'introduction ou l'augmentation de la consommation des légumes verts ne suffit pas pour perdre des kilos stockés depuis des années, il faut examiner d'autres facteurs influant la prise de poids.</p> <p>Son frère, porteur de trisomie 21 a des problèmes au niveau des reins, mais, "<i>il n'aime pas boire de l'eau</i>".</p> <p>La maman souffre de ballonnement et elle est souvent constipée. Mais là aussi, la consommation d'eau est très faible, elle ne sait pas quoi faire pour changer la situation. Le taux de sucre n'a pas vraiment changé.</p> <p>Depuis l'atelier, elle a augmenté la fréquence des légumes verts dans les menus de tout le monde, elle a même "<i>inventé des recettes intégrant des légumes verts</i>", et c'est bon !</p> <p>L'entretien a duré ¼ d'heure</p>	

Fait à Fort de France le 13 août 2021.

Entretien post-atelier

Personnes aidées	Nazaire et Nadège
Date de l'atelier de nutrition	08 juin 2021
Date de l'entretien post-atelier	13 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Nadège
<p>J'ai eu Nadège au téléphone, il était 8h05. Elle dit qu'elle pensait m'appeler car il y a quelques jours, son mari, Nazaire a eu la glycémie à jeun qui est montée à 1,80g/l. Ils n'ont pas conscience d'avoir fait "d'imprudence". Elle se demandait si ce n'était pas à cause de la soupe qu'ils avaient au menu la veille au soir, composée de beaucoup de giraumon et de carotte ? Le lendemain la glycémie à jeun est redevenue, autour de 1,22 g/l.</p> <p>La situation de crise sanitaire, due à la Covid, la met particulièrement en colère ; elle se demande si le stress qui en découle n'influe pas sur le taux de sucre dans le sang, parce qu'elle observe des fluctuations inexplicables de la glycémie.</p> <p>Nadège dit que depuis l'atelier, elle crée des plats avec beaucoup de légumes verts. Dans ses plats de viande elle ajoute des légumes tels que du pourpier, des épinards et du poireaux. La veille de notre entretien, elle a fait une tarte au poisson avec courgettes et brocolis, c'était très bon.</p> <p>Elle essaie de faire des smoothies régulièrement avec les fruits et les légumes verts, mais elle demande ce qui pourrait les remplacer si elle n'a pas le temps de faire la préparation. Je lui ai répondu que les smoothies ne sont qu'une façon de consommer fruits et légumes verts et que cela revient même quand elle consomme suffisamment de légumes verts et de fruits dans la journée, sous une forme ou une autre.</p> <p>Elle est très contente de l'entretien, elle a pu parler de ses interrogations et elle a même rit un peu, en dépit du temps morose du fait de la pandémie à la Covid.</p> <p>L'entretien a duré un peu plus d'une demi-heure, Nadège avait des questions à poser ! elle a ajouté à fin que nous pouvons lui envoyer d'autres informations et consignes, si nous en avons qui peuvent être intéressantes pour sa famille, par la boîte aux lettres de leur fille.</p>	

Fait à Fort de France le 13 août 2021

Entretien post-atelier

Personne aidée	Mathilde
Date de l'atelier de nutrition	21 mai 2021
Date de l'entretien post-atelier	13 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Maurice , le mari de Mathilde puis Mathilde elle-même.
<p>J'ai d'abord appelé sur le téléphone de Maurice, ce dernier n'était pas à la maison. Après présentation je lui demande s'il y a des changements au niveau alimentaire depuis notre passage. Il dit qu'il ne voit pas en quoi les choses ont changé, mais qu'il vaut mieux appeler son épouse qui est à la maison.</p> <p>Quand j'ai eu Mathilde en personne, elle a commencé à me dire <i>"qu'elle fait des efforts, mais le sucre ne descend pas."</i> Puis elle ajoute <i>"je ne peux pas suivre le régime, ça coûte cher d'acheter les salades, je ne touche pas gros"</i>. Elle m'apprend que son médecin traitant lui avait déjà prescrit un régime alimentaire pour le diabète qu'elle n'a pas pu suivre faute d'argent. Elle a parfois des légumes verts, quand elle peut faire des provisions, sinon elle fait avec ce qu'elle a chez elle !</p> <p>Quand j'ai voulu savoir ce qui coûte cher dans le "régime " conseillé, elle répond <i>"les salades coûtent cher et elles ne se conservent pas longtemps !"</i></p> <p>Comme elle n'avait pas de question ou de sujet à approfondir, nous nous sommes quittés après un entretien qui a duré quelques 8 minutes.</p>	

Fait à Fort de France le 13 août 2021

Entretien post-atelier

Personne aidée	Karine
Date de l'atelier de nutrition	14 mai 2021
Date de l'entretien post-atelier	16 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Karine
<p>Karine n'avait pas grand-chose à dire <i>"Pour le moment ça va. On se débrouille comme on peut. Quand on a les moyens, on achète haricots verts, brocoli et d'autres salades. Le taux de sucre n'est pas très bon ces jours-ci. En cette période de Covid on ne se sent pas très bien avec tous ces décès dans la famille !"</i></p> <p>Elle n'avait pas de question ou de point à éclaircir.</p> <p>N'ayant pas grand-chose à dire, l'entretien a duré quelques 6 minutes.</p>	

Fait à Fort de France le 16 août 2021.

Entretien post-atelier

Personne aidée	Jean
Date de l'atelier de nutrition	08 juillet 2021
Date de l'entretien post-atelier	13 août 2021 (par téléphone)
Interlocutrice /interlocuteur	Jean
<p>Pour des raisons de confinement à cause de la Covid, la famille a dû arrêter son activité autour de la production de pâtisseries. Cela a entraîné à un état de stress permanent et de fatigue. Pendant l'atelier, alors que nous étions en cuisine, Jean disait que le repas que nous préparions était pour lui seul, les nombreux enfants qu'il y avait dans la maison ce jour-là ne goûteraient même pas ce genre de plat, qu'il disait, il pouvait se permettre de mettre beaucoup de piment dans la sauce. Là maintenant, selon ses dires, non seulement tout le monde veut goûter ce qu'il cuisine, mais tout le monde en mange et trouve bon les plats. Les légumes sont préparés avec de petits dés de lardons et du poisson qui les rendent appréciables à la vue et bon au goût.</p> <p>Jean dit qu'il poursuit l'expérience de cuisiner avec beaucoup de légumes divers. Il est très content de ce que nous avons fait pendant l'atelier, il a pu ainsi compléter les connaissances qu'il avait sur le régime alimentaire du diabétique, surtout en faisant une place aux produits locaux</p> <p>Il me dit que, maintenant que je connais le chemin de chez lui, je serai le bienvenu si je passe par là.</p> <p>L'entretien a duré ¼ d'heure.</p>	

Fait à Fort de France le 13 août 2021.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 - REPÈRES THÉORIQUES-ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN CONTEXTE CULTUREL	14
1 ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	15
1.1 <i>Éducation, apprentissage et développement des compétences</i>	16
1.2 <i>Fondement de l'ETP – Définitions - Paradoxes</i>	24
1.3 <i>Différentes voies de mise en œuvre de l'ETP</i>	39
2 PRENDRE EN COMPTE LA CULTURE	49
2.1 <i>2.1 La culture, définitions, approches</i>	50
2.2 <i>Créolisation et Créolité</i>	56
2.3 <i>Compétences culturelles dans les soins</i>	62
2.4 <i>L'alimentation comme fait culturel et social</i>	66
CHAPITRE 2 - EXPLORATION DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CONTEXTE CRÉOLE	77
3 DEUX CONTEXTES À DÉCOUVRIR - MARTINICAIS ET RÉUNIONNAIS	77
3.1 <i>Contexte martiniquais</i>	79
3.1.1 <i>Contextes sociale</i>	79
3.1.2 <i>Le contexte sanitaire</i>	86
3.1.3 <i>Observations et entretiens exploratoires de l'ETP en Martinique</i>	94
3.2 <i>Le contexte réunionnais</i>	106
3.2.1 <i>Contexte social et sanitaire</i>	106
3.2.2 <i>L'alimentation liée aux facteurs sociaux</i>	112
3.2.3 <i>Enquête de terrain et stage à La Réunion</i>	114
3.3 <i>Deux contextes contrastés et éléments de problématisation</i>	138
3.3.1 <i>La Martinique et La Réunion : des contrastes structurels</i>	138
3.3.2 <i>Place de la culture et éléments de problématisation</i>	149
3.3.3 <i>Question de recherche et hypothèses</i>	160
CHAPITRE 3 - DÉVELOPPER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CONTEXTE MARTINICAIS	162
4 MÉTHODOLOGIE	162
4.1 <i>Une recherche interventionnelle</i>	163
4.1.1 <i>Le protocole de recherche</i>	166
4.1.2 <i>Déroulement de la collecte de données des sept études de la recherche</i>	168
4.1.3 <i>Populations étudiées</i>	171
4.2 <i>Une recherche intervention en ETP à partir des 7 études</i>	178
4.2.1 <i>Étude N°1 : Alimentation des Martiniquais</i>	179
4.2.2 <i>Étude N°2 Formations 40h dispensation ETP en Martinique</i>	188

4.2.3	Étude N° 3 : Quatre évènements autour du diabète de type 1	196
4.2.4	Étude N°4 : Observation des deux programmes d'ETP autorisés pour DT2	204
4.2.5	Étude n°5 - Réflexion sur le suivi des diabétiques de type 2 hors programme.....	217
4.2.6	Étude N° 6 – Programme d'ETP à visée expérimentale en contexte	226
4.2.7	Étude n° 7 Éducation alimentaire et nid d'apprentissage à domicile pour DT2	234
4.3	<i>Analyse et discussion des résultats à la lumière des hypothèses de recherche</i>	<i>246</i>
4.3.1	L'analyse des résultats au niveau macro contextuel	247
4.3.2	L'analyse des résultats sous l'angle du meso contexte de l'ETP	254
4.3.3	L'analyse du micro contexte de notre recherche	259
4.3.4	Mise à l'épreuve des hypothèses.....	271
4.3.5	Limites de la recherche.....	277
CONCLUSION	278
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	284
LISTE DES ILLUSTRATIONS	301
TABLE DES ANNEXES	303
	<i>Annexe 1. Genèse du concept de culture</i>	<i>310</i>
	<i>Annexe 2. Modèle transculturel de Purnell : compétence culturelle.....</i>	<i>311</i>
	<i>Annexe 3 - Arrêté zonage offre insuffisante ou difficulté accès aux soins</i>	<i>312</i>
	<i>Annexe 4 – Questionnaire aux référents ARS hexagone et DOM- enquête 2016 _ Master ETP</i>	<i>317</i>
	<i>Annexe 5 - Entretien avec le directeur de l'Institut régionale d'éducation nutritionnelle à La Réunion</i>	<i>319</i>
	<i>Annexe 6 - Entretien avec D.F pharmacienne CHU de La Réunion – ETP Insuffisance cardiaque</i>	<i>329</i>
	<i>Annexe 7 - Atelier ETP psychologue HDS service de diabétologie CHU La Réunion</i>	<i>335</i>
	<i>Annexe 8 - Atelier Insulinothérapie - Adaptation des doses</i>	<i>346</i>
	<i>Annexe 9 - Atelier ETP diététique HSD service diabétologie CHU réunion</i>	<i>354</i>
	<i>ANNEXE 10 - Entretien avec quatre infirmiers service diabétologie CHU La Réunion.....</i>	<i>362</i>
	<i>ANNEXE 11- Recherche- politique et stratégie de lutte contre le diabète à La REUNION.....</i>	<i>375</i>
	<i>Annexe 12 - Entretien avec chargé de projet de l'exposition EXPODIA St-Denis La Réunion</i>	<i>379</i>
	<i>Annexe 13 - Questionnaire sur comportements alimentaires des Martiniquais (2017).....</i>	<i>383</i>
	<i>Annexe 14 - Étude n° 3 - évènements diabète type.....</i>	<i>384</i>
	<i>Annexe 15 - Observation et entretien programme ETP DT2 de ville.....</i>	<i>389</i>
	<i>Annexe 16 – Résumé des ateliers d'ETP - DT2 en HDS diabétologie – CHU Martinique – Intervenantes : infirmière et diététicienne.....</i>	<i>396</i>
	<i>Annexe 17: Atelier ETP podologie HDS service de diabétologie CHU de Martinique</i>	<i>400</i>
	<i>Annexe 18 – Étude n°4 : entretiens : coordonnateur, interne, diététiciennes programme ETP DT2 CHU Martinique</i>	<i>406</i>
	<i>Annexe 19 — Étude n°5 : Grille d'entretien avec les patients diabétiques (place de la culture).....</i>	<i>409</i>
	<i>ANNEXE 20 - Étude n°6 - Expérimentation fonction de coordinatrice et Module expérimental d'ETP.....</i>	<i>410</i>
	<i>Annexe 22- d'évaluation du module d'expérimentation d'ETP pour DT2</i>	<i>444</i>
	<i>Annexe 23 – Étude n° 7 : grille d'entretien connaissance de la personne et ses habitudes alimentaires ..</i>	<i>448</i>

<i>Annexe 24 – Trois entretiens de connaissance des DT2 et leurs habitudes alimentaires.....</i>	<i>450</i>
<i>Annexe 25 – Étude 7 -Sept ateliers d'éducation alimentaire à domicile de personnes DT2.....</i>	<i>471</i>
<i>Annexe 26 – Étude n°7 Nid d'apprentissage de Karine « Apprendre à maîtriser les risques cardio-vasculaire »</i>	<i>531</i>
<i>Annexe 27 – Appel à candidature offre de formation 40h dispensation ETP.....</i>	<i>547</i>
<i>Annexe 28 - Tableau : Caractéristiques des deux types d'ateliers d'ETP d'après (Authier, 2018).....</i>	<i>548</i>
<i>Annexe 29 – Évaluation formation 40h dispensation ETP.....</i>	<i>549</i>
<i>Annexe 30 : Évaluation étude n° 7 - 3 à 4 mois après les ateliers d'éducation alimentaire.....</i>	<i>550</i>

FIN