

ASSOCIATION POUR DIABETIQUE DE MANTA LUCIANO DELGADO

Rapport de stage IMC 2010

Andrea Carcaterra, Bruno Herrera, Nils Perrin et Stéphane
Bernard

TABLE DES MATIERES

RESUME	page 3
---------------	---------------

INTRODUCTION	page 4
---------------------	---------------

EQUATEUR	page 5
-----------------	---------------

<i>Économie</i>	<i>page 5</i>
-----------------------	---------------

<i>Politique</i>	<i>page 6</i>
------------------------	---------------

<i>Santé</i>	<i>page 6</i>
--------------------	---------------

ACTIVITES	page 8
------------------	---------------

RESULTATS	page 15
------------------	----------------

DIFFICULTES	page 16
--------------------	----------------

CONCLUSION	page 18
-------------------	----------------

BIBLIOGRAPHIE	page 19
----------------------	----------------

ANNEXE	page 20
---------------	----------------

RESUME

A la fin de notre troisième année d'étude en médecine, pour notre stage d'immersion en communauté, nous voulions partir à l'étranger et profiter de cette occasion pour mélanger la pratique médicale à une expérience de vie individuelle. Nous espérions sortir de notre routine genevoise et être confrontés à une réalité et à des problèmes dans un contexte différent du nôtre, qui va de la gestion de notre groupe de quatre personnes dans un milieu inconnu à la prise en charge de patients ayant des mentalités et habitudes différentes.

Le diabète étant une maladie dont la prévalence a énormément augmenté au cours des dernières décennies dans le monde entier, nous trouvions intéressant de la voir d'un point de vue nouveau, c'est-à-dire dans le contexte d'un pays en développement, où même une maladie qui semble bien contrôlée en Suisse peut avoir des conséquences préoccupantes. Nous avons donc sauté sur l'occasion que nous tendait le Docteur Humberto Delgado et sommes partis en Equateur travailler pour l'association pour diabétiques de Manta "Luciano Delgado".

Notre travail s'est principalement centré sur la prévention. Voici notre rapport illustrant notre vécu pendant ces 6 semaines.

INTRODUCTION

Un an avant nous, durant les mois de mai et juin 2009, un premier groupe d'étudiants en médecine à la faculté de Genève est venu porter main forte à l'association pour diabétiques de Manta "Luciano Delgado".

Ainsi notre projet s'est inscrit dans la continuité de leur travail et dans le désir de poursuivre leurs efforts.

Etant donné l'absence d'un médecin référant sur place, notre but s'est confiné à la prévention. Pour mieux cibler notre travail, nous avons estimé nécessaire de connaître le public auquel nous allions nous adresser. Nous avons dédié nos premiers jours de stage à cela en faisant des entretiens avec les patients et à l'aide d'un questionnaire. Ainsi nous nous sommes rendu compte du faible niveau de connaissance des patients et de la nécessité de mettre l'accent sur l'instruction de base de la maladie.

Nous avons établi une liste de thèmes à aborder lors de réunion avec eux. Celles-ci débutaient avec une présentation interactive suivie de discussions.

Parallèlement et pour les soutenir dans la mise en pratique d'un volet primordial de la prévention qu'est l'exercice physique, nous avons organisé des marches sur la plage au bord de l'océan. Pour essayer de démontrer l'efficacité de l'exercice physique sur le diabète, nous avons pris leur glycémie avant et après l'exercice et nous les avons invité à porter un podomètre pour quantifier leur effort.

Nous décrivons également brièvement le pays, son histoire, sa politique, son économie et son système de santé afin d'illustrer le contexte dans lequel nous nous trouvons.

EQUATEUR

La République d'Equateur est un pays d'Amérique du Sud qui compte 13'927'650 d'habitants (2008) sur une surface de 283 560 km². Sa capitale est Quito et son nom vient de sa position sur l'équateur. Elle prit son indépendance sur l'Espagne le 24 mai 1822.

Economie

L'Equateur appartient au groupe des pays andins avec le Pérou, le Venezuela, la Bolivie et la Colombie. Le Pacte de Carthagène (1969) a permis l'harmonisation des politiques économiques et sociales.

L'Equateur, jusque dans les années 1970, s'est totalement dédié à l'agriculture en employant le 47 % de la population active. Ensuite l'exploitation pétrolière qui a démarré grâce au plan de développement industriel de 1965, a conduit à un changement de la physionomie de l'économie équatorienne. En effet, les exportations de pétrole représentaient plus du 50% du revenu du pays. La croissance rapide de ce secteur a permis, entre autres, la modernisation des infrastructures et des services publics. Toutefois, et nous pouvons en témoigner, il reste encore beaucoup à faire.

La banane, aussi appelée l'or vert, est la principale culture et représente le premier produit d'exportation agricole. À cela s'ajoute le cacao, la canne à sucre, le riz, le maïs et la pomme de terre. La pêche et les fleurs vont compléter une liste assez longue de produits sur lesquels l'Equateur fonde son économie.

L'énorme potentiel économique du pays est assez mal exploité. Cela a conduit à l'accumulation d'une colossale dette extérieure du pays. Si on ajoute la corruption au plus haut niveau de l'État, on peut bien affirmer que les perspectives pour le futur sont peu encourageantes.

Le 46% de la population équatorienne vit en dessous du seuil de pauvreté. En 2000, la précarité a encore augmenté par la dollarisation de l'économie décidée par le président du moment, Jamil Mahuad, déclenchant une augmentation du coût de la vie et une grave crise économique. Le FMI a dû intervenir pour stabiliser l'économie équatorienne et éviter la faillite de l'Etat.

Politique

Après une longue période d'instabilités politiques, qui a vu une succession d'instaurations de dictatures militaires (55 dirigeants différents depuis 1900), la Constitution du 10 août 1979 fait de l'Equateur une démocratie. Le peuple, à travers son vote (obligatoire à partir de 18 ans et facultatif pour les analphabètes), désigne tous les quatre ans le Président de la République.

En 2008, les citoyens d'Equateur ont accepté à 64% le projet de nouvelle Constitution proposé par leur président Rafael Correa. Dans la lignée du Vénézuélien Hugo Chávez et du Bolivien Evo Morales, Correa y pose les bases du socialisme latino-américain du XXI^e siècle. Concrètement, cela signifie que l'économie est basée sur l'extraction du pétrole par les compagnies étrangères et sur la gratuité des services de santé et d'éducation.

Santé

L'Equateur est un des pays d'Amérique latine avec le plus d'inégalités après la Bolivie, Haïti, l'Honduras et le Nicaragua. Il y a un système d'assurance sociale financé par les cotisations des travailleurs et des assurances privées pour les plus riches. Cependant, environ un tiers de la population n'est couvert par aucune assurance. Le principal problème, que le ministère de la santé publique équatorien n'arrive pas à surmonter, est le manque de moyens. L'important déficit national et le manque de personnel médical (on estime le nombre de médecins en milieu rural à moins de 2 pour 10'000 habitants) minent les bases nécessaires pour établir un système de santé efficace.

PAYS	DENSITE/1000 HAB (en 2000)
EQUATEUR	
Infirmiers	17.00
Médecins	15.00
SUISSE	
Infirmiers	110.00
Médecins	40.00 (en 2006)

Source : OMS

Tab. 1 : comparaison entre Suisse et Equateur de la densité d'infirmiers et médecins par 1000 habitants.

L'espérance de vie est de 70 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes. Les dépenses totales consacrées à la santé par habitant pendant l'année 2006 sont de 297\$. En Suisse, pour faire une comparaison, en 2006, chaque habitant en moyenne a dépensé 4'312\$. Pour compléter le chapitre sur les chiffres du système sanitaire, la République d'Equateur emploie l'équivalent du 5,4% du PIB pour la santé. En Suisse, par contre, on utilise l'équivalent du 11,4%.

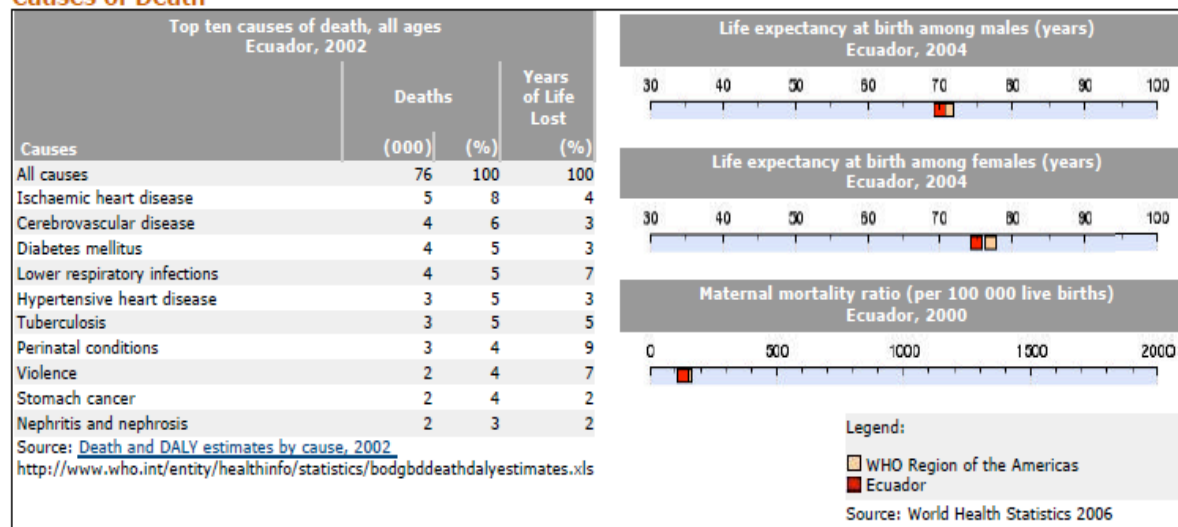
Les consultations que nous avons faites au début de notre stage à Manta ont mis en évidence le surpoids de la majorité des patients. En effet, nous avons calculé des BMI jusqu'à 32

kg/m². Nous pouvons aussi confirmer cette observation grâce au site de l’OMS. Ci-dessous, nous ajoutons leurs chiffres officiels. Si on considère la tendance de la population équatorienne à prendre du poids, nous pouvons tout à fait comprendre la grande prévalence du diabète de type 2 dans ce pays. Ce problème prend encore plus d’importance quand on constate que le diabète est la troisième cause de mortalité en Equateur après l’infarctus et l’AVC (selon l’OMS).

RISK FACTOR AND DEFINITION	FEMALE	MALE
BMI / Overweight / Obesity BMI ≥ 25 kg/m ²	52.6	41.7
BMI / Overweight / Obesity BMI ≥ 30 kg/m ²	16.8	6.7
BMI / Overweight / Obesity mean BMI (kg/m ²)	25.5	24.3
Tobacco Use daily user cigarette (general/unspecified)	1.4	6.1
Tobacco Use daily user smoking tobacco (general/multiple sources)	1.5	6.4

Tab. 2 : Valeurs qui nous illustrent les équatoriennes concernant l’obésité et le tabagisme.

Causes of Death



Tab. 3 : 1) Principales causes de décès en Equateur selon les statistiques de l’OMS 2002.
 2) Expérience de vie en Equateur selon le statistique de l’OMS 2004.

ACTIVITES

Tout au long du stage, nous avons travaillé dans le local de l'association, au centre ville de Manta. La direction de l'association a averti les patients de notre arrivée et leur ont demandé de venir à l'association pour que nous complétions leur dossier médical. En effet, dans la perspective de la venue du Dr Humberto Delgado au mois de décembre, ce dernier nous a demandé de mettre à jour leurs données personnelles. Cela consistait à prendre leur tension, glycémie, poids et taille et de noter leur traitement du moment. Nous avons donc établi une permanence à l'association pour que les patients puissent venir quelque soit le moment de la journée. Nous avons vite constaté que les patients venaient principalement dans l'idée de recevoir des médicaments. La plupart d'entre eux s'attendaient à rencontrer des médecins avec des médicaments. Il fallait alors leur expliquer la raison de notre présence tout en essayant de stimuler leur motivation malgré leur déception.

Nous avons profité de cette première rencontre avec chaque patient pour remplir le questionnaire que nous avons préalablement préparé (en annexe, avec traduction française). Le but principal recherché par ce dernier était de mieux connaître les personnes à qui nous avions à faire et de pouvoir cibler les sujets des discussions organisées. Nous souhaitons en savoir plus sur leur niveau de santé, leurs connaissances à propos de la maladie et leurs attentes envers nous.

La première observation que nous a permis de faire ce questionnaire fut que, dans l'association, un grand nombre de patients était analphabète. En effet, nous avons d'abord prévu de les laisser remplir le questionnaire eux-mêmes mais ce fut souvent impossible. Il fallait leur poser les questions oralement. Nous nous rendîmes compte qu'en plus d'être nécessaire cette manière de faire a été bénéfique. Non seulement nous obtenions des réponses plus détaillées mais en plus nous établissions une relation de confiance avec le patient dès le départ. Nous avons aussi pris conscience de la forte prévalence de la maladie dans une famille. Il est ressorti chez certains patients que tous les membres de leur famille étaient atteints. Nous avons été surpris par la bonne connaissance des messages de prévention malgré une très faible compréhension de la physiopathologie du diabète. Nous avons encore pu remarquer l'importance des conséquences financières dans la vie des malades. Citons cette réponse lapidaire à la question qu'est-ce que le diabète : « coûts économiques ». Le questionnaire nous a encore montré l'ampleur du problème du système sanitaire équatorien. Plusieurs patients avec une glycémie supérieure à 20 n'étaient, par exemple, plus traités à cause de problèmes économiques. Notons pour finir notre surprise quand aucun patient n'a pu nous citer un quelconque hobby. Toutes ces informations ont été d'une importance non négligeable quant à la préparation de nos activités. Par exemple, nous avons abordé le sujet de la grossesse suite à la demande d'un patient.

Après la lecture des questionnaires nous sommes passés à la préparation de nos activités pratiques. Un des volets importants fut l'élaboration des présentations que nous faisons deux fois par semaine. Nous voulions clairement les centrer sur la prévention. Pour cela, il nous a paru nécessaire de commencer par parler des bases physiologiques de la maladie afin de pouvoir ancrer les messages de prévention sur des fondations solides. Ce fut le but de notre première présentation.

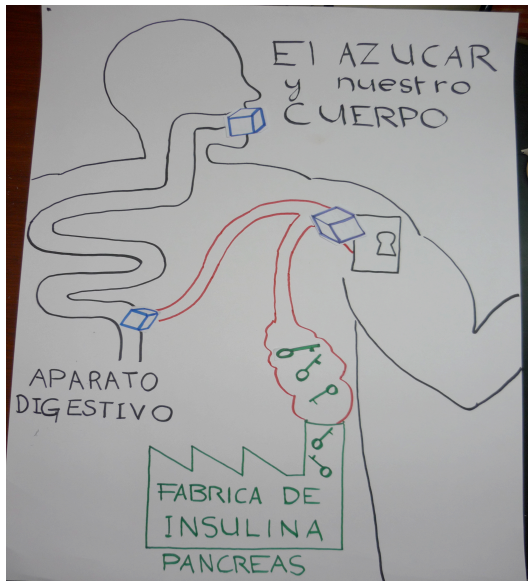


Photo 1

Tableau illustrant le circuit du sucre à partir de l'ingestion jusqu'aux muscles. Sans l'insuline (la clé) il n'y a pas d'absorption par les muscles.

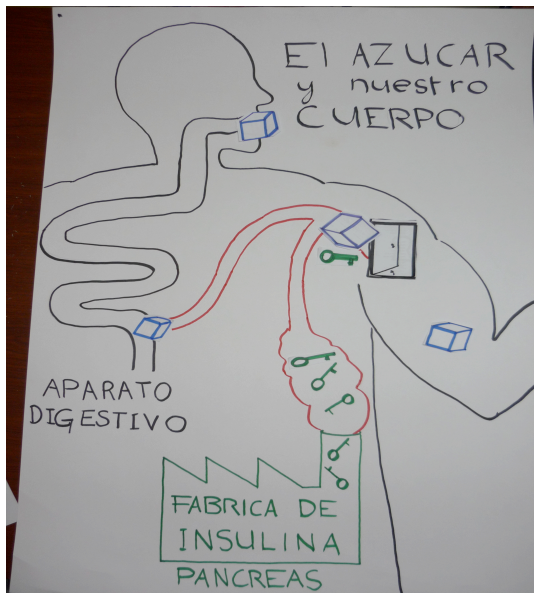


Photo 2

Tableau illustrant une des utilités de l'insuline (la clé). Elle permet l'absorption du sucre par les muscles (elle ouvre la porte).



Photo 3

Aggrandissement sur le muscle illustrant l'action de l'insuline. Le tableau illustre également la cause du diabète type 2 (dépôt de graisse) et l'action des injections d'insuline.



Photo 4

Image illustrant le déroulement d'une présentation.

Pour la deuxième présentation, nous avons pu aborder le sujet de la prévention en nous appuyant sur la première présentation pour expliquer les bienfaits de l'exercice physique et d'une alimentation équilibrée.

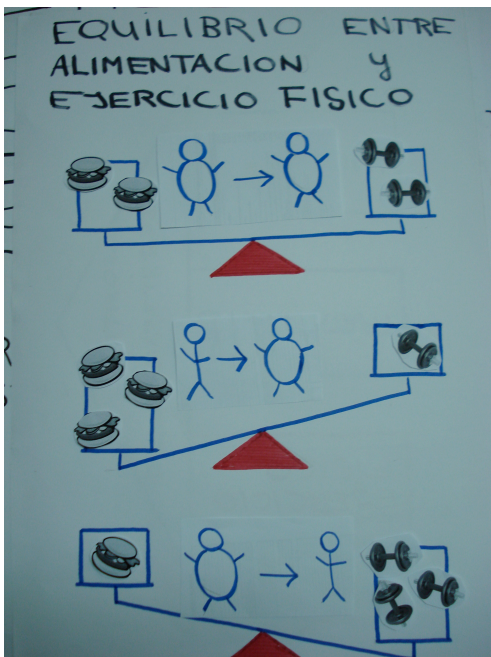


Photo 5

Tableau illustrant la balance entre l'alimentation et l'exercice physique. Pour perdre du poids, en plus d'un correct exercice physique, il faut réguler l'alimentation.

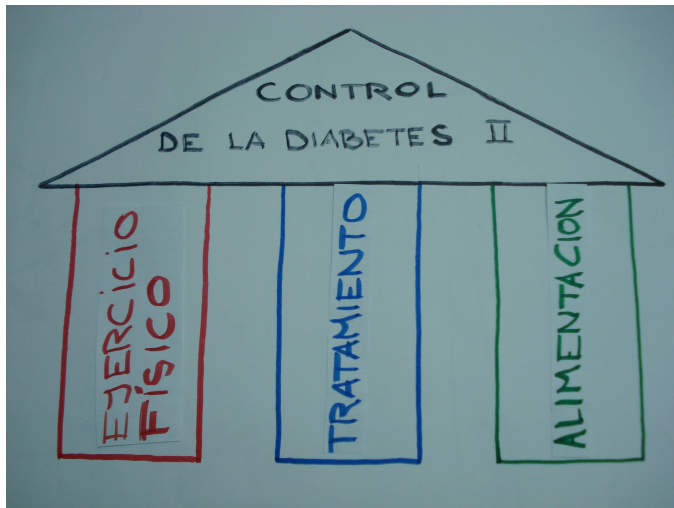


Photo 6

Tableau illustrant les trois piliers du contrôle du diabète. Si on corrige les habitudes alimentaires et l'exercice physique, l'absence de traitement n'empêche pas de contrôler le diabète.

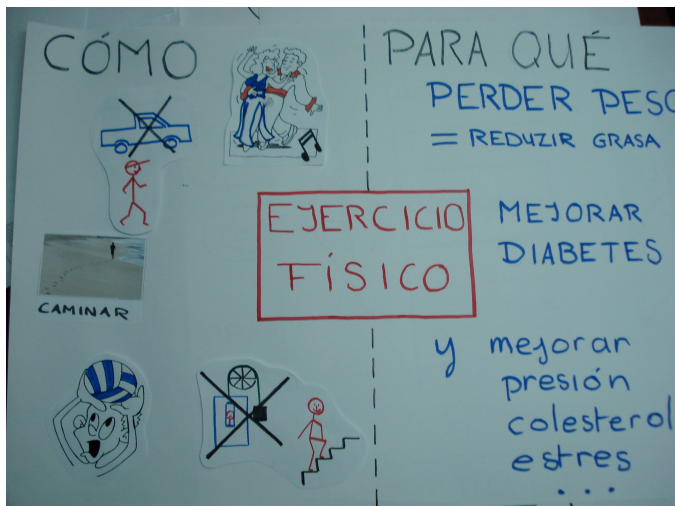


Photo 7

Tableau illustrant les différentes suggestions proposées aux patients comme possibilités d'exercice physique et les motivations principales pour lesquelles suivre ces conseils.

Enfin, il était à nos yeux encore important de présenter les symptômes et les complications du diabète. En effet, nombreux étaient les patients qui souffraient d'un diabète avancé. C'est d'ailleurs le sujet dans lequel les patients avaient le plus de connaissances, et cette discussion a été l'occasion pour eux de parler de leurs problèmes et de ceux de leur entourage.

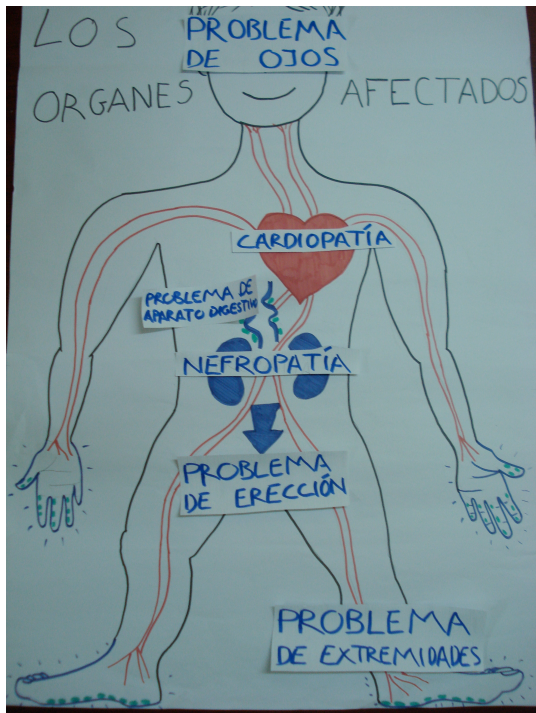


Photo 8

Tableau illustrant les différents organes qui peuvent être touchés par des complications dues au diabète.

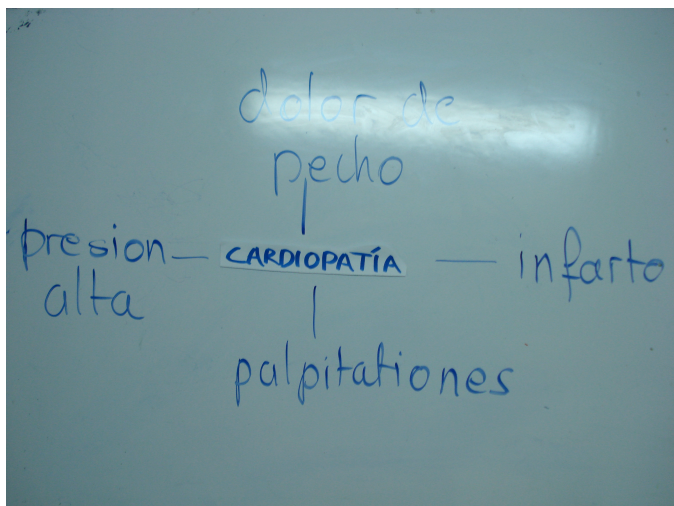


Photo 9

Tableau illustrant les symptômes principaux permettant au patient de reconnaître une cardiopathie. Notamment, pression élevée, infarctus et douleurs à la poitrine.



Photo 10

Tableau illustrant les mécanismes des complications causées par le diabète en fonction du temps.

Avec ces présentations, nous espérons aussi déclencher les discussions autour du sujet abordé. Nous avons remarqué que le côté humain de ce rassemblement était très important à leurs yeux. Certains patients sont revenus au rendez-vous suivant où nous abordions le même sujet principalement dans le but de partager un moment convivial.



Photo 11

Les marches à la plage.

Nous abordions donc la théorie avec ces discussions, mais nous voulions aussi essayer de mettre en pratique les conseils donnés lors des conférences. Comme il est extrêmement difficile de s'inviter dans la vie quotidienne des gens pour changer leurs habitudes alimentaires, nous nous sommes concentrés sur la promotion de l'activité physique. Un petit groupe de patients avaient continué à marcher régulièrement après le travail du groupe précédent. Cette constatation réjouissante nous a poussés à continuer dans cette direction.



Photo 12

Un peu de stretching après une longue marche.

Nous avons alors invité tous les membres de l'association à se joindre à ce groupe pour trois marches par semaine le matin le long de la plage. Ces marches étaient associées à des exercices de stretching. Pour leur montrer l'efficacité au moins à court terme de l'exercice physique sur la glycémie, nous faisons une ponction capillaire avant et après l'effort. Ce test leur tenait réellement à cœur. D'une part, évidemment, pour avoir une information sur leur état mais aussi simplement pour avoir l'impression d'être pris en charge. L'utilisation de podomètres distribués au début du stage aux patients nous a permis d'obtenir pour chaque marcheur les kilocalories dépensées. Nous les avons converties en grammes de graisse perdus. Ainsi, par ces deux moyens techniques, nous espérons les avoir convaincus expérimentalement des bienfaits de l'exercice physique. De plus, de nombreux liens sociaux sont nés des rencontres faites pendant les marches. Ceci étant, nous espérons avoir pu leur montrer le côté agréable d'une dynamique de groupe. Le plus important était mettre en évidence la possibilité d'intégrer facilement l'activité au quotidien.

RESULTATS

Initialement, nous souhaitions montrer une diminution du poids et une amélioration de la glycémie suite à nos conseils et à leur mise en pratique. Malheureusement, ce ne fut pas réalisable pour différentes raisons. Tout d'abord, le nombre de patients était limité réduisant la possibilité de tirer des conclusions significatives. De plus, étant donné la faible amélioration de leur glycémie attendue, nos mesures n'étaient pas adaptées. En effet, nous prenions leur glycémie sans savoir précisément s'ils étaient par exemple à jeun ou en période postprandiale. Quant au poids, nous avons pu le mesurer à notre arrivée mais nous n'avons pas eu l'occasion de peser à nouveau les patients à la fin du stage. Néanmoins, s'il n'a pas été possible de quantifier les bénéfices de notre travail, nous en sommes satisfaits. Nous avons pu agrandir un groupe de marche dans lequel chaque patient s'y sent bien et qui visiblement perdurera. Suite au feedback des patients après la dernière conférence, il est évident que les messages principaux de prévention sont passés.

DIFFICULTES

Il est très important de discuter des difficultés que nous avons rencontrées lors de notre stage. En effet, d'un point de vue personnel, celles-ci nous ont le plus appris sur le milieu social dans lequel nous vivions. Le fait de les identifier le plus tôt possible a parfois permis d'adapter nos activités.

De nombreux patients étaient analphabètes alors que d'autres non. Lors des conférences, nous devons trouver un compromis pour satisfaire ces deux groupes. Nous avons ainsi utilisé beaucoup d'illustrations et de schémas simples tout en écrivant également certains mots clefs. La préparation des conférences était difficile et longue car dans un milieu comme la médecine, il n'est pas toujours aisé de tout imaginer. De plus, dans une association pour patients pauvres le niveau de scolarisation est très faible. Il fallait, pour toute explication, simplifier le discours au maximum. Ainsi, la préparation de chaque conférence s'est transformée en un grand défi. Il n'a pas été rare de voir des patients s'endormir très peu de temps après le début des conférences, d'une part à cause de leur âge avancé mais peut être surtout par leur manque d'habitude à suivre des cours. Nous devons vraisemblablement aussi remettre en questions nos aptitudes pédagogiques. Certains thèmes abordés lors des conférences étaient délicats à nos yeux. Nous avions par exemple en tête la pyramide alimentaire constituée par des mets communs à nos régions. Il fallait donc adapter nos conseils à un régime alimentaire totalement différent. Un certain temps d'adaptation a été nécessaire pour placer, par exemple, le ceviche ou l'encebollado sur la pyramide.

Pour donner un enseignement efficace, il faut se baser sur les connaissances préalables et les représentations des patients. Dans notre association, nombreuses étaient les fausses idées que nous avons tenté de mettre en évidence puis de corriger. Citons deux exemples fréquemment rencontrés. Pour beaucoup de patients l'insuline avait de graves effets secondaires : « l'insuline ça rend aveugle et ça fait la gangrène ». Une peur excessive du sucre fait aussi parti de ces idées reçues. Par exemple, nous avons rencontré une femme qui même en hypoglycémie refusait de prendre le moindre carré de sucre par peur des conséquences. Nous espérons avoir pu faire évoluer ces idées tout en sachant qu'il est extrêmement difficile de les chasser et que nous en avons découvertes qu'une infime partie.

Au-delà des difficultés rencontrées pour effectuer nos activités, nous avons fait face à d'autres obstacles. Une frustration importante a été de constater que nos messages de prévention arrivaient trop tard pour certaines personnes. Nous nous sommes rendu compte que, dans cette association, il serait primordial de retrouver l'aspect médical à proprement dit en plus du volet préventif. En effet, face à des personnes ayant une glycémie supérieure à 15 mmol/l nous aurions souhaité leur apporter les traitements nécessaires en plus de nos conseils.

Nous avons aussi fait face à des patients qui refusaient de voir la vérité en face et qui ne croyaient pas aux valeurs élevées de leur glycémie. Il était difficile de vouloir les convaincre de cette vérité sans pouvoir leur offrir une réelle solution.

Au niveau administratif il y a également des éléments à travailler. Nous avons été déçu du faible nombre de patients avertis de notre arrivée dans l'association. Avec un retentissement plus important, la portée de nos activités aurait pu être meilleure.

Pour finir, plus généralement, le fait que trois personnes du groupe sur quatre ne parlaient pas l'espagnol était embarrassant. Il y eu beaucoup de problèmes de communication. Souvent les

patients qui n'avaient pas été compris semblaient vexés vraisemblablement à cause de l'impression de ne pas avoir été écoutés. Il était d'autant plus difficile de se comprendre car les patients ne parvenaient pas à faire des efforts pour permettre aux non hispanophones de comprendre leur discours. Heureusement, au fil des jours, ces problèmes se sont adoucis. Que ce soit les patients ou nous-mêmes, chacun a plus ou moins réussi à s'adapter.

CONCLUSION

Avant notre départ, nous nous étions fixé comme objectif de faire un travail de prévention du diabète en Equateur dans l'association pour diabétique de Manta « Luciano Delgado ». Nous avons réussi à mettre en place toutes les activités prévues pour atteindre ce but, c'est-à-dire faire des présentations et organiser des marches. Rétrospectivement, en posant un regard critique sur notre stage, nous réalisons que nos ambitions étaient partiellement utopiques. Au fur et à mesure, nous nous sommes rendus compte que le public n'était pas celui attendu et par conséquent, notre message était mal adapté. Nous étions, la plupart du temps, face à des patients dont la maladie était déjà très avancée et dont la seule aide efficace à ce stade serait un suivi médical régulier et approprié. Le fait de ne pas pouvoir réellement les aider nous a frustrés. Heureusement, très vite, nous avons constaté l'importance, à leurs yeux, d'un autre aspect : l'attention qu'on leur portait. Ils étaient très reconnaissants que des étudiants étrangers viennent s'intéresser à eux alors qu'ils se sentent abandonnés par le système de santé équatorien. De notre côté également ces échanges ont été très enrichissants. Nous avons ressenti de l'amitié envers eux et un agréable sentiment d'appartenance à un groupe qui nous liait. Nous avons été très touchés notamment par la fête de départ qu'ils nous ont préparée ainsi que par une invitation à manger chez eux. Le point fort de ce stage n'était donc pas les résultats concrets mais clairement le côté humain.

De notre point de vue, ce stage a atteint les objectifs que nous estimons être ceux de l'IMC à l'étranger ; c'est-à-dire un apprentissage qui ne se limite pas seulement à des notions purement médicales mais qui consiste en une confrontation à un environnement complètement différent et où il faut faire face à des difficultés pour s'intégrer.



Nous avons appris qu'un problème de santé doit être envisagé dans son contexte. Une glycémie mesurée à huit mmol/l en Suisse est préoccupante alors que dans l'association certains se félicitaient de ce résultat en comparaison à la glycémie à vingt de leurs voisins.

Au vu de l'expérience vécue, nous sommes très satisfaits de notre stage. Dans l'idée de continuité qui nous avait déjà poussés à reprendre ce projet, nous espérons vivement qu'un groupe nous succédera l'année prochaine. Nous conseillons ce stage d'une part pour l'expérience enrichissante et d'autre part pour le souffle apporté dont a besoin l'association pour se maintenir.

BIBLIOGRAPHIE

- www.wikipedia.org
- www.diabetesmanta.com
- www.who.int
- Comprendre son diabète et son alimentation, A.Golay et J.P.Assal, Médecine&Hygiène, 2003.

ANNEXE

Questionnaire (espagnol-français)

Nombre (*prénom*):

Apellido (*nom*):

Fecha de nacimiento (*date de naissance*):

Profesión (*profession*):

Estado civil, hijos (*état civil, enfants*):

Peso (*poids*):

Talla (*taille*):

Intereses / deportes / actividades (*intérets /sports / activités*):

Desde cuando es usted diabético? (*Depuis quand êtes vous diabétique?*)

Se mide su glycemia a menudo? Si lo hace, cuantas veces a la semana / al mês?

(*Prenez-vous votre glycémie souvent? Avec quelle fréquence ?*)

En general, a cuanto está su glycemia? (*A combien est votre glycémie*)

5-10 10-15 15-20 20-25 25-30 >30

Tiene un tratamiento? (*Avez-vous un traitement?*)

Cuál es el tratamiento y con que frecuencia? (*Quel est-il? Posologie*)

Como se procura (toma) sus medicamentos? (*Comment vous procurez vous vos médicaments ?*)

Fuma tabaco? (*Fumez-vous du tabac?*)

Conoce a alguien en su familia o entorno que tenga diabetes? (*Connaissez-vous quelqu'un dans votre famille ou votre entourage qui est aussi diabétique ?*)

Que consecuencias tiene su enfermedad sobre su vida? (con su familia, en el trabajo, en sus actividades, ...) (*Quelles conséquences à la maladie sur votre vie? Avec la famille, au travail, etc... symptômes, complications, ...*)

A causa de su enfermedad, se preocupa usted más por: (*A cause de votre maladie, faites vous plus attention à :*)

-su alimentación? Como? (*votre alimentation? Comment?*)

-hacer más ejercicio físico? Como? (*faire suffisamment d'exercice physique? Comment?*)

-otras cosas? (*Autre chose?*)

Para usted, que es la diabetes? (*Pour vous, qu'est-ce que le diabète*)

Que piensa usted que podría hacer uno mismo para mejorar la diabetes? (*Que pensez-vous qu'une personne peut faire pour améliorer son diabète ?*)

Hay un tema en particular que le gustaría abordar en una de las charlas? (*Y a-t-il un sujet en particulier que vous voudriez aborder lors des tables rondes?*)

⋮

Gracias