

Editorial



Cette Journée d'Automne 2013 restera pour moi un souvenir inoubliable. Réaliser une « JA » chez moi à Monaco j'en rêvais, c'est fait et en plus dans ce lieu magique et magnifique du Musée Océanographique, pour ma dernière en tant que Présidente, je ne pouvais

espérer plus joli cadeau.

Quant au programme exceptionnel, concocter de main de maître par le talentueux Conseil Scientifique, sous la houlette de sa Présidente Jacqueline DELAUNAY, on ne pouvait espérer mieux. La richesse des sujets, la qualité des intervenants qui nous ont tous fait prendre conscience de l'importance de « bouger » de façon simple et efficace, mais aussi de façon plus intensive jusqu'à l'endurance. Ce message nous l'avons compris c'est à nos patients qu'il faut le faire passer avant tout.

Que ce soit du médecin du sport à la diététicienne, de la kinésithérapeute à l'éducateur sportif tous on su nous convaincre d'une chose « le principal est de bouger ».....

Grande première aussi lors de cette « Journée » nous avons du nous plier à des exercices... non sans mal parfois il faut le dire !!! Merci à tous pour votre participation!!! Comme quoi il faut le dire à nos patients que ce sont avec des mouvements simples mais répétés que l'on obtient des résultats. Alors faites les tests avec vos patients !!! et regarder les résultats avec eux ça les incitera à bouger autrement.

Voilà je voudrais en conclusion remercier toutes les personnes qui ont travaillées avec moi et auprès de moi durant ces 3 années.

C'était un énorme challenge, je pense l'avoir mené au bout, tant pour les membres de la SFD Paramédical que pour les patients au travers des actions menées pendant ces 3 ans.

UN GRAND MERCI A TOUTES ET TOUS.
BONNE CHANCE JOCELYNE !

Michelle JOLY
Présidente SFD Paramédical

Lettre n° 57

Sommaire

P.1

Éditorial.

P.2

Activité physique et diabète de type 2: de la physiopathologie de l'exercice à l'adaptation du conseil.

P.3

Activité physique et diabète : faisons le point !

P.4

Conséquence de l'activité physique et sportive sur le diabète de type I.

P.6

Impact de l'activité physique dans le diabète de type 1.

Implications nutritionnelles

P.8

Bouger Autrement, idées et résultats.

P.11

Activité physique: un passeport santé: oui mais comment?

P.13

Pied diabétique et sports : où est le problème ?

P.15

PASS Club DiabetAction.

P.16

A Chacun Son Traitement !

P.18

Allocation Recherche 2011

P.20

Évaluation Journée d'Automne.

P.24

Agenda

Activité physique et diabète de type 2: de la physiopathologie de l'exercice à l'adaptation du conseil.

Pr Martine Duclos Service de Médecine du Sport et des Explorations Fonctionnelles.

CHU Gabriel Montpied - Clermont Ferrand



L'activité physique est définie par "tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos". De ce fait, l'activité physique ne se réduit pas au sport, elle comprend aussi l'activité physique dans la vie de tous les jours, à la maison, au travail, dans les transports et au cours des loisirs .

Chez le diabétique de type 2 (DT2), les points fondamentaux sur les effets de l'exercice musculaire sont :

- pendant l'exercice la captation musculaire du glucose augmente et l'augmentation de l'utilisation du glucose pendant l'exercice est normale chez les DT2 ;
- la sensibilité musculaire à l'insuline est augmentée pendant plusieurs heures après l'arrêt de l'exercice;
- la diminution de la glycémie sera d'autant plus importante que la durée de l'exercice est longue;
- la glycémie diminue d'autant plus que l'exercice est réalisé en post-prandial; de ce fait l'activité physique est un bon moyen de contrôler la glycémie post-prandiale.

L'activité physique joue un rôle majeur dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les effets de l'activité physique dépassent le cadre des effets sur l'insulino-résistance et l'aide à l'obtention d'un meilleur équilibre glycémique car ils participent aussi au contrôle lipidique, du profil tensionnel et des co-morbidités associées au DT2, du risque cardiovasculaire et de la mortalité tout en améliorant la qualité de vie. Nombre des effets favorables de l'activité physique sur l'état de santé peuvent être obtenus en l'absence de modification du poids. Cependant, les effets favorables de l'exercice sont de durée limitée dans le temps, soulignant l'importance de la régularité de l'activité physique dans ce contexte et de son maintien à long terme. La pérennisation d'un mode de vie actif chez le patient DT2 nécessite non seulement une coopération entre différents professionnels de santé mais la mise en place de partenariats avec les acteurs de l'activité physique et sportive dans la cité.

Des stratégies associant une prise en charge supervisée de l'activité physique en groupe et un support (social, familial, associations de patients, réseaux diabète...) avec acquisition des compétences nécessaires à l'amélioration de l'état de santé et à la gestion du diabète en particulier (importance de l'éducation thérapeutique) apparaissent comme les meilleurs garants d'une adoption et d'un maintien d'une activité physique régulière.

Points importants

Effets d'une session d'exercice sur le métabolisme du glucose.

Au cours de l'exercice musculaire la captation de glucose augmente chez le sujet sain comme chez le diabétique de type 2. En d'autres termes, contrairement à ce qui est observé au repos, la captation musculaire du glucose au cours de l'exercice chez le diabétique de type 2 est normale. En effet, la contraction musculaire stimule le transport et le métabolisme du glucose dans les muscles sollicités au cours de l'exercice par des voies qui ne dépendent pas de l'insuline.

A cet effet se surajoute celui de l'insuline, sachant que l'augmentation du débit sanguin augmente la quantité d'insuline et de glucose arrivant aux muscles (et cet effet persiste plusieurs heures après l'arrêt de l'exercice).

Période post exercice : Elle est caractérisée par une augmentation de la sensibilité musculaire à l'insuline. Ainsi, une augmentation de la captation du glucose en réponse à l'insuline est observée pendant plusieurs heures après l'arrêt d'une séance d'exercice (quelque soit le type d'exercice : endurance, exercice contre résistance) chez le sujet sain comme chez le diabétique de type 2.

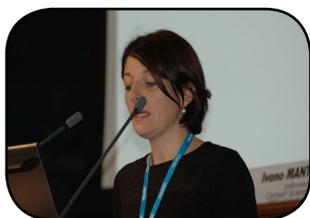
Effets de l'entraînement sur le métabolisme du glucose.

L'entraînement en endurance augmente la sensibilité à l'insuline chez le sujet sain ou insulino-résistant, normoglycémique ou diabétique de type 2. Rappelons que l'efficacité de l'entraînement en endurance sur le contrôle glycémique serait propre à chaque séance d'exercice, ce qui souligne la nécessité de répéter les séances de façon rapprochée. En effet, les effets favorables métaboliques de l'exercice musculaire (augmentation de l'insulino-sensibilité) sont de durée limitée dans le temps (maximum 30h) soulignant une fois de plus l'importance de la régularité de l'activité physique dans ce contexte.

Activité physique et diabète : faisons le point !

Dr Nelly Puech-Bret

Diabétologue - CHU - Toulouse



Le lien fort entre sédentarité ou faible niveau d'activité physique et le développement des maladies métaboliques n'est plus à démontrer. Une activité physique régulière permet de prévenir l'apparition du diabète de type 2 dans une population à risque. Or, le diabète de type 2 représente une véritable "épidémie" avec en France plus de 2 millions de personnes traitées et une augmentation constante de la prévalence. Le diabète de type 2 se caractérise par une insulino-résistance faisant le « lit » de la maladie et une altération progressive de l'insulinosécrétion. L'activité physique joue un rôle clef en améliorant l'insulinosensibilité ; de plus, le muscle en exercice est un consommateur important de glucose, avec un besoin minimal d'insuline.

Il semble donc que l'activité physique soit le meilleur traitement du diabète de type 2 ! En effet une activité physique régulière pendant 12 semaines permet une baisse d'HbA1c de l'ordre de 0.5 à 0.7%. Si la durée de l'exercice hebdomadaire dépasse 150 minutes cette baisse peut atteindre 0.89% !

Outre l'effet sur l'HbA1c, les chiffres de pression artérielle sont améliorés ainsi que le taux de triglycérides. Concernant le poids, l'activité physique permet de le contrôler.

Une perte de poids n'est obtenue que si l'activité physique est couplée à des mesures diététiques. Il est préconisé de mixer les activités d'endurance et de résistance afin de travailler le renforcement musculaire.

Le patient doit avoir des consignes précises afin de maintenir sa fréquence cardiaque entre 50 et 70% de la fréquence maximale théorique ($FMT = 220 - \text{âge}$). Le patient doit pouvoir être à l'aise et continuer à parler en cours d'effort.

Afin de débiter l'activité en toute sérénité, un bilan médical minimal est requis :

- s'assurer de l'absence de cardiopathie ischémique sous-jacente par la réalisation d'un test d'effort chez tout patient de plus de 45 ans et chez tout patient cumulant 2 autres facteurs de risque cardiovasculaire;
- s'assurer de l'absence de rétinopathie évoluée pouvant contre-indiquer les activités de résistance du fait du risque de saignement;
- vérifier l'état des pieds, et donner des conseils de chaussage;
- bien sûr, il faudra rappeler les règles de bonne pratique avec la nécessité d'un échauffement à la mise en route, l'hydratation, le kit de resucrage à avoir sur soi et la nécessité de consulter en cas d'apparition de symptômes inhabituels.

Concernant le diabète de type 1, l'activité physique permet une amélioration de l'équilibre glycémique et participe également à une bonne intégration sociale et au bien-être psychologique. Pour le diabétique de type 1, l'auto-surveillance glycémique devra être renforcée avant, pendant et après l'effort.

En effet :

- un exercice prolongé accroît le risque hypoglycémique pendant ou après l'effort, ce risque devra être compensé par un apport glucidique adapté de l'ordre de 15 à 20 g de glucides tous les $\frac{3}{4}$ heures et par un ajustement des doses d'insuline.

L'utilisation de la pompe à insuline peut dans certains cas limiter le déséquilibre glycémique.

- un exercice intense chez un patient diabétique type 1 très déséquilibré peut aggraver la situation métabolique, en favorisant une cétose.

Au total, l'activité physique est une composante essentielle du traitement du diabète. Les objectifs et ajustements thérapeutiques sont différents dans les 2 types de diabète.

Une pratique régulière permet de nombreux effets favorables sur l'équilibre glycémique, la pression artérielle, le contrôle du poids et l'amélioration de l'insulinosensibilité.

Toutefois, certains risques ne doivent pas être négligés.

Conséquence de l'activité physique et sportive sur le diabète de type I.

Dr. Stéphane BERMON

Institut Monégasque de Médecine et Chirurgie du Sport-Monaco



Il est communément admis que la pratique régulière d'une activité physique et sportive est bénéfique pour le patient porteur d'un diabète de type I (DID).

Le principal de ces bénéfices est probablement moins psychologique que de contribuer à un bon équilibre glycémique.

Cependant, cela ne doit pas occulter les risques associés à la pratique sportive chez le patient DID.

Les deux plus connus et pour lesquels il est utile de se référer aux recommandations de la S.F.D. (ALFEDIAM) sont l'hypoglycémie et l'hyperglycémie avec cétose.

Parmi les facteurs de variabilités de la glycémie à l'effort, il faut retenir :

- durée / Intensité Effort;
- timing / CHO (hydrates de carbone) et Injection Insuline(s);
- schéma insulinique (pompe?);
- taille, poids;
- niveau d'entraînement;
- site d'injection et la profondeur de l'injection;
- conditions environnementales.

Il ne faut pas oublier que chez le sportif DID, il n'y a pas de diminution des concentrations d'insuline pendant exercice. Le risque d'hypoglycémie à l'arrêt ou décours (6 h) de l'effort (Nuit ++/Efforts après midi ou soir) est donc réel et une vigilance particulière doit être portée lors des exercices ou entraînements réalisés en fin d'après midi ou en soirée.

La prévention de l'hypoglycémie s'effectue entre autres par :

- une augmentation des rations de CHO;
- une réduction des doses d'Insuline(s) : d'environ 30% pour les insulines lentes et de 30 – 50 % pour les insulines rapides;
- une programmation de l'activité physique;
- un début d'activité avec une glycémie comprise entre : 8 – 14 mmol/l (144-252 mg/dl);
- une autosurveillance d'autant plus stricte que le sujet est « nouveau » dans la pratique.

Pour ce qui concerne le risque hyperglycémique et cétoxisque, une glycémie supérieure à 15 mmol/L (270mg/dl) doit faire différer la pratique et inciter à une recherche de cétonurie.

Il existe toutefois une autre vulnérabilité chez le sportif DID. Celle-ci est plus méconnue et concerne l'appareil locomoteur. Comme tous les sportifs, le sportif DID est soumis au risque de micro-ou macro-traumatismes.

Il convient tout d'abord de se souvenir que le métabolisme osseux est affecté chez le DI. En effet, chez le DID les processus de glycation (rajout de molécules glyquées) sont accrus et ceci provoque par le biais des Advanced Glycation End Products (AGE) une réduction de la population ostéoblastes matures (construction osseuse) et une augmentation de l'activité ostéoclastique (destruction osseuse). Cette modification de la physiologie osseuse explique une ostéoporose relative et également des délais augmentés (de 50 à 100%) de consolidation des fractures chez le DID.

Pour ce qui concerne les microtraumatismes, les sportifs DID sont aussi exposés à une plus forte incidence et à des délais accrus de guérison pour ce qui concerne les tendinopathies. Ceci s'explique aisément par la possible micro-angiopathie diabétique responsable d'une moindre microcirculation intra-tendineuse, une nécrose cellulaire, une moindre production de collagène et protéoglycanes. Ceci se traduit cliniquement par

une raideur collagénique anormale notamment pour ce qui concerne les tendons d’Achille, épicondyliens et supra-épineux.

L’altération de la fonction micro-vasculaire est également responsable d’une cicatrisation quantitativement et qualitativement réduite des lésions musculaires et ligamentaires.

Enfin, le sportif DID est plus à risque pour ce qui concerne la cicatrisation et la surinfection des plaies cutanées (sports de contact, cyclisme,...), l’incidence des mycoses (sports de combat, piscine) et de décollement rétinien (boxe).

Ces aspects négatifs de l’activité physique et sportive sont souvent ignorés ou sous estimés. Ils ne doivent pas inciter à un abandon de l’activité, qui reste globalement bénéfique pour le DID, mais simplement à une meilleure surveillance et une plus grande vigilance en cas de traumatisme.



Impact de l'activité physique dans le diabète de type 1.

Implications nutritionnelles.

Séverine Olivié - Diététicienne Nutritionniste

D.U. Nutrition du sport - Monaco



Chez le patient atteint de DT1, l'apport de glucides exogènes est indispensable lors d'un exercice en endurance pour réduire le risque d'hypoglycémie, retarder l'apparition de la fatigue et optimiser la performance.

En revanche, pour des exercices brefs et intenses et/ou intermittents, l'apport de glucides au cours de l'exercice peut exacerber la survenue d'une hyperglycémie au décours de l'exercice.

Au-delà des objectifs de performance, la prise en charge nutritionnelle doit permettre d'optimiser le contrôle de la glycémie et assurer la prévention des blessures et des complications liées au diabète.

Les apports glucidiques, ils varient en fonction du type d'exercice (endurance vs résistance) et du niveau de pratique (sportif occasionnel/de loisir vs sportif de haut niveau) : de 50-55 jusqu'à 70% de l'apport énergétique total quotidien (AETQ), soit de 4 à 10-12 g/kg/j.

Les boissons énergétiques, d'apports glucidiques (BEAG) dont la composition est strictement définie par la réglementation, répondent aux besoins du sportif d'endurance en fournissant des glucides rapidement disponibles, de l'eau et des électrolytes.

Pour favoriser une bonne hydratation et une absorption intestinale optimale des glucides au cours de l'exercice, une BEAG doit répondre à certains critères d'osmolarité (hypo ou isotonique) et de composition en glucides (glucose/polymères de glucose et fructose).

Au-delà des règles d'étiquetage, l'usage des BEAG du commerce doit être adapté à chaque athlète (concentration glucidique, quantité et répartition des prises) compte tenu du type d'exercice, de sa durée et des conditions environnementales. La tolérance et la palatabilité de la boisson sont des facteurs déterminants et doivent être préalablement testés à l'entraînement. Pour assurer la vacuité gastrique au moment de l'exercice, le dernier repas doit être terminé trois heures avant le début de l'exercice. Si la glycémie est inférieure à 7 mmol/L (126 mg/dl), une collation (15 g de glucides) doit être proposée avant l'exercice. De même, s'il existe des antécédents d'hypoglycémie à l'exercice ou dans le cadre de la recherche de performance, une ration d'attente peut être proposée (de l'ordre de 0,25 g/kg/30 min). L'apport de glucides au décours de l'exercice permet de réduire le risque d'hyperglycémie tardive, commun à tout type d'exercices.

L'apport simultané de glucides et de protéines de lait dans les plus brefs délais (0 à 1h) suivant l'arrêt d'un exercice intense de forte sollicitation musculaire permet une recharge optimale des réserves de glycogène musculaire et une synthèse protéique efficace à des fins de récupération.

Les apports de protéines, ne doivent pas dépasser 20 g (effet plateau) et doivent être pris en compte dans les apports journaliers.

Les apports lipidiques, les apports en acides gras ont récemment été révisés par l'ANSES (2010). Pour la population générale, ils ont été augmentés (35-40% de l'AETQ). Sur le plan qualitatif, les recommandations sont basées sur:

- la réduction des apports en acides gras saturés athérogènes (acides palmitique, laurique et myristique) ;
- la limitation de la part d'acide oléique à 20% de l'AETQ ;
- la réduction du ratio n-6/n-3 (<5) ;
- la couverture des apports en DHA (250 mg/j).

1 Ne pas confondre avec les « boissons énergisantes » dont la composition n'est pas adaptée à la pratique d'une activité physique et peut exposer à des risques pour la santé (Recommandations de la Société Française de Nutrition du Sport sur la consommation de boissons énergisantes chez le sportif, juin 2008).

Aucune disposition spécifique à la population sportive n'a été émise. Sur le plan quantitatif, la transposition de ces recommandations est difficilement applicable pour les disciplines d'endurance (limitation du glycogène musculaire) ou pour les disciplines requérant une masse grasse faible.

Tant pour des objectifs de prévention santé que pour la recherche de performance, le patient atteint de DT1 pratiquant une activité physique doit être informé et orienté vers les sources alimentaires adéquates (nature des huiles, fréquence des poissons gras, lecture des étiquetages nutritionnels, etc.).

Le statut hydrique. Les pertes sudorales induites par l'exercice physique ne sont que partiellement compensées par la prise de boissons au cours de l'exercice et doivent donc être corrigées dans les 2 à 4 heures post exercice (environ 150% des pertes estimées). Un déficit hydrique chronique est un facteur de risque de blessures (tendinopathies), de diminution du débit sudoral (pouvant aller jusqu'au coup de chaleur dans des cas extrêmes) et un facteur de fatigue/contre-performance (diminution de l'endurance maximale aérobie).

Une bonne stratégie d'hydratation ne se résume pas à l'apport de boisson au cours/décours de l'exercice mais relève d'un apport hydrique journalier adéquat (nature, quantité et répartition).

Précautions vis-à-vis des pratiques amaigrissantes, certaines disciplines sportives (sports à catégories de poids ou à composante esthétique) sont particulièrement à « risques nutritionnels » :

- les régimes déséquilibrés et/ou d'exclusion exposent à des déficits/carences d'apports en vitamines, minéraux et acides gras essentiels. Les régimes hyperprotéinés sont particulièrement déconseillés chez le patient diabétique (risque rénal). De plus, ces régimes hyperprotéinés favorisent, du fait d'apports sodés excessifs, une fuite rénale de calcium et potentialise le risque de tendinopathies dans un contexte de dyslipidémies ;

- les régimes de restriction calorique (<30 kcal/kg de masse maigre) altèrent les fonctions métaboliques et hormonales et diminuent la performance. La restriction calorique basée sur la réduction des apports lipidiques est délétère pour le capital osseux (risque ostéoporotique accru chez le patient diabétique).

En conclusion, la stratégie nutritionnelle d'un patient atteint de DT1 pratiquant une activité physique ne se résume pas à l'ingestion de glucides au cours de l'exercice mais relève d'une prise en charge globale pour assurer une bonne prévention santé, réduire le risque de blessure et améliorer la performance.

Il faut être méfiant quant à l'usage trop systématique et injustifié de compléments alimentaires aux allégations souvent prometteuses sans preuve de leur efficacité ni de leur innocuité sur des marqueurs pertinents de santé. Un bilan alimentaire préalable doit évaluer les déficits et inadéquations d'apports qui doivent être corrigés par les aliments courants en première intention.

Dans certains cas (mauvaise disponibilité alimentaire, apports énergétiques faibles), le recours à des compléments alimentaires peut être proposé dans le respect des apports nutritionnels conseillés (pas de supplémentation).



La journée n'aurait pas été aussi réussie sans la présence des étudiants du master 2 « Nutrition Activité physique Prévention Éducation Santé » (NAPPES) de la faculté des Sciences du sport niçoise.

La SFD paramédical les remercie pour leur aide discrète mais très efficace .

Bouger Autrement, idées et résultats.

Sonia Lecapelain - Valbonne



1. Présentation :

Sonia Lecapelain, je suis éducatrice sportive BEMF (brevet d'état des métiers de la forme), avec un module complémentaire sport santé (personnes en surpoids et/ou diabétiques et risques associés).

2. Un travail en réseau :

Lors de ma formation, j'ai été sensibilisée au problème du diabète pour deux raisons:

- j'ai fait un diabète gestationnel
- mon père est diabétique Type 2

Premiers pas :

J'ai été sollicitée pour intervenir dans un programme bas normand, mis en place par le docteur Véronique Allali-Zerah (endocrinologue) en partenariat avec ROC (réseau obésité calvados) et DIAB CAEN au sein même du CREPS d'Houlgate.

Dans un premier temps, mon intervention consistait à animer, encadrer, d'une manière ponctuelle, avec un référent et d'autres éducateurs sportifs, des patients sur différents ateliers, afin d'établir des groupes de niveau :

- tests de condition physique...
- tests des habitudes quotidiennes...

Prise en charge d'un groupe :

Il y avait trois référents, mais les patients participants au programme augmentant, (30 personnes par groupe, surtout type II), il a donc fallu créer un nouveau groupe, c'est là que j'ai eu mon propre groupe de patients.

3. Organisation :

Tout d'abord, le docteur Allali-Zerah avec son réseau de médecins orientait les patients vers le programme, une première liste était faite, nous la recevions avec un bilan médical, la prise de médicaments...

Un premier rendez-vous :

-une présentation du protocole:

- un rendez-vous par mois,
- une année ensemble,
- une ouverture sur une multitude d'activités physiques,
- une éducation alimentaire...

-un ensemble de tests de condition physique:

- Equilibre sur Balance Pad,
- Test de Flamenco et/ou Flamant aveugle,
- Test « d'endurance » avec 3 marches (avec cardio-fréquence mètre),
- Test « abdominal » sur chaise,
- Lancer de Medecin-ball ou de ballon de baskets...

-une éducation alimentaire en relation avec l'activité physique:

- Repère avant l'exercice (interprétation du test de glycémie...),
- Exemple : Quoi prendre et à quel moment le prendre ?
- A 90 mg/dl : sucre et collation (gâteaux secs, banane, fruits secs...),
- De 100 à 150 mg/dl : collation (sauf si repas pris récemment),
- De 150 à 250 mg/dl : effectuer l'exercice mais vérifier au bout d'une heure, de deux...
- Au-delà de 250 mg/dl : si acétone dans les urines = arrêter l'exercice, rééquilibrer le diabète...prise insuline...

-explication et distribution du « carnet de bord »

- Noter l'activité physique effectuée (au sein des associations, des centres de remise en forme et des piscines partenaires, chez soi...),
- Noter les sensations à l'activité physique,
- Noter les difficultés rencontrées...

Créer du lien... fédérer...

Nous servions vraiment de relais, de référent, entre le « monde médical » et leur quotidien.

Une fois qu'ils acceptaient le protocole, nous avions rendez-vous tous les mois, c'était un moment très attendu, apprécié où chacun pouvait partager les bons comme les mauvais moments.

Lors des rendez-vous mensuels, nous faisons autour d'un café une présentation de la journée, sauf cas exceptionnel (matériel spécifique) nous leur gardions la surprise pour ne pas qu'ils se fassent une mauvaise idée de l'activité.

«Je n'ai pas pu marcher cette semaine...»

Les « excuses » souvent évoquées dans la « non pratique » de l'activité physique, exemple la marche sont :

- la peur de l'hypoglycémie,
- la présence de complications aux pieds,
- se retrouver dans des lieux où il n'y a pas d'autres personnes diabétiques,
- manque de soutien familial, social...
- manque de connaissances des types d'exercices à effectuer,
- problème de santé,
- manque d'installation sportive locale,
- condition météorologique...

Nos réponses...

Créer la surprise...voir la frustration, pour éveiller leur curiosité...

Leur faire faire:

- Des sports de duels (sur tatami...),
- De la danse « country, rock...Zumba »,
- De la marche sur le sable, les pieds dans l'eau, en forêt...
- De la sophrologie,
- Du Tai-chi,
- Du bien-être (sauna, hammam...),
- De l'aqua-fitness,
- Du Pilates (Swiss-Ball...ballon paille),
- Renforcement musculaire en musique,
- Éducation aux postures...

Nous les incitions à pratiquer en dehors, la marche étant l'activité la plus accessible.

Nos conseils de base étaient :

- une fréquence > ou = à 3 fois par semaine,
- une durée de 30 à 45 minutes minimum,
- une intensité à partir de 40%...puis 50%...et 60%...de la fréquence cardiaque maximale (cardio fréquence mètre),
- une activité quotidienne (la promenade du chien, aller chercher le pain, monter les escaliers...).

Nous leur conseillions aussi de « jouer » afin d'avoir un but, par exemple avec un podomètre...objectif : 10 000 pas / jour.

4. Résultats :

Lors de la dernière séance, nous faisons les mêmes tests que le premier jour, afin de leur permettre de constater leur évolution, leur amélioration, de prendre note des améliorations à apporter...

Une année c'est long, mais cela permet de les aider à accéder à l'autonomie, de prendre et de tenter de garder des habitudes dans la vie quotidienne.

Nous avons eu de bons résultats, même si notre suivi s'arrêtait aux portes de nos groupes, de notre réseau, des cours organisés par les éducateurs comme moi, avec nos partenaires locaux sur notre région...

Sur un groupe de 30 personnes, nous avons en général 6 à 7 personnes qui abandonnaient en cours de route, pour les mêmes excuses évoquées précédemment...

Parfois nous les avons revus l'année d'après...

Mais nous avons eu tellement de belles victoires...

Exemple : La Rochambelle (course contre le cancer du sein, 10 000 participantes en 2011)

La course a lieu en mai...

J'ai eu la chance d'avoir une petite dizaine de personnes du groupe où j'intervenais en tant qu'éducatrice, qui a participé en mai 2010, ces personnes n'ont pas pu courir les 5 km, pour différentes raisons, mais elles se sont jurées de finir la course l'année d'après.

Elles avaient terminé leur année mais...

Elles sont revenues avec d'autres copines, en mai 2011, déguisées en rose et elles ont fini la marche, fières et heureuses !

Beaucoup de personnes ont pu intégrer des associations sportives...des clubs de marche...grâce à ce protocole, à ce groupe où pendant un an, elles ont partagé leurs joies, leurs difficultés, chaque accès à l'autonomie est une victoire !

5. Aujourd'hui...

Je suis toujours « concernée » par le diabète même si ma mutation m'a éloigné du projet, je suis évidemment convaincue de l'intérêt de ce genre d'initiative.

Pour que cela fonctionne, il faut un réseau « de terrain », il faut un partage des savoirs, des techniques, mais aussi un partage du temps...cela demande de l'investissement personnel, sinon comment motiver ces personnes « à bouger », il ne s'agit pas uniquement d'être porteur du projet, mais bien d'être « acteur » du projet.

Je ne connais pas (encore) les initiatives locales dans la région PACA, mais une journée telle que celle-ci ne peut que créer du lien entre les acteurs concernés par le diabète et ceux convaincus de l'intérêt de l'activité physique pour le bien être des patients.

Je voudrais aussi rassurer les personnes qui pensent que les diabétiques ne seraient pas bien pris en charge par des éducateurs sportifs, des « coachs », il y a des éducateurs qui sont sensibles à ce type de pathologie, mais qui ne savent pas comment répondre à la demande, par manque de connaissances...

J'ai eu la chance de faire un module complémentaire à mon brevet d'état, mais pourquoi ne pas généraliser la sensibilisation ?

L'accès aux activités physiques.

Il est certes « onéreux » pour certain foyer de s'inscrire dans une salle de remise en forme, de s'engager à l'année...

Mais en 2012, il y a des technologies qui peuvent aider à pallier d'un côté l'investissement financier et de l'autre la difficulté à franchir les portes d'une salle de remise en forme, d'une association.

C'est par exemple la Wii, qui permet de « pratiquer » une activité physique, chez soi, seul(e) ou entre ami(e)s...

Même si je reste convaincue que socialement intégrer un groupe, être soutenu, est l'une des meilleures méthodes, ce genre d'activité peut être un bon « starter ».

Pour conclure...

Bouger autrement...mais surtout bouger quotidiennement !

Activité physique: un passeport santé: oui mais comment?

L'activité physique, une arme thérapeutique efficace et indiscutable; à la fois en termes de prévention du DT2 et d'équilibre glycémique des patients DT2.

Chantal Godefroid-Kinésithérapeute-Bruxelles



L'activité physique régulière doit faire partie intégrante de la prise en charge du diabète de type 2 (DT2), au même titre qu'une alimentation saine et équilibrée.

Les effets bénéfiques de l'activité physique régulière ne sont plus à démontrer tant dans la prévention du DT2 (diminution de 50% de l'incidence du DT2 chez les sujets à risques métaboliques élevés) mais également dans l'amélioration de l'équilibre glycémique du DT2 (amélioration du taux HbA1c de 0.6% à 0.8% en moyenne).

L'activité physique bien conduite permet également une augmentation de la masse maigre, une diminution de la masse grasse (surtout viscérale), une diminution de l'insulino-résistance, une diminution des facteurs de risque cardio-vasculaire tels qu'une baisse de la pression artérielle systolique et une diminution des triglycérides.

L'activité physique présente des effets aigus et des effets à distance des sessions d'exercices lorsque ceux-ci sont pratiqués régulièrement (effet de l'entraînement).

Les études ont confirmé l'intérêt des modifications du mode de vie (activité physique et/ou alimentation) chez des individus à risque de développer un DT2 (intolérants au glucose).

Il s'agissait d'études interventionnelles dont la durée était supérieure à 3 ans, randomisées avec groupe contrôle. Elles rapportent une réduction de 28 à 67% de l'incidence du DT2 chez les sujets intolérants au glucose après 3 à 6 ans.

Ces études interventionnelles permettent de confirmer de façon convaincante que l'activité physique représente un atout thérapeutique majeur dans le cadre d'une modification du mode de vie pour prévenir la survenue d'un DT2.

A noter que l'étude chinoise de DA QING a inclus un groupe exercice seul !

Comparé au groupe contrôle, après 6 ans, la prévalence du DT2 était réduite de 46% dans le groupe exercice versus 42% dans le groupe diététique plus exercice et, 31% dans le groupe diététique.

Ces études ont également montré que, par rapport au groupe contrôle, une intervention modifiant le mode de vie pendant 3 à 6 ans peut prévenir ou retarder la survenue du DT2 d'environ 15 ans.

Thomas et al. ont publié une méta-analyse des effets de l'activité physique régulière sur l'équilibre glycémique des patients. Quatorze études randomisées où les effets seuls de l'activité physique ont été analysées (377 sujets au total, âge moyen 60 ans, période d'intervention allant de 8 semaines à 12 mois). Par rapport au groupe contrôle, la pratique d'une activité physique régulière améliore significativement l'équilibre glycémique avec une diminution moyenne du taux d'HbA1c de 0.6 %.

La plus récente méta-analyse publiée permet de faire la distinction entre exercices supervisés et structurés (exercices en endurance et entraînement résistif, ou combinaison des deux types d'entraînement) versus conseils d'activité physique. Les résultats montrent que les programmes d'exercices structurés portant sur l'entraînement en endurance, en renforcement musculaire ou combinaison des 2 types s'associent à une diminution significative du taux d'HbA1c de (-0,51 à -0,89) pour des exercices structurés de plus de 150 minutes/semaine. Les conseils d'activité physique sont également associés à une diminution significative du taux d'HbA1c, mais à condition que ceux-ci soient associés à des conseils diététiques (-0,43).

La prescription de l'activité physique doit être adaptée aux possibilités des patients.

On doit encourager une première consultation chez un cardiologue afin de pouvoir déterminer en toute sécurité les intensités d'entraînement sur base d'une épreuve d'effort.

En plus de son rôle dans l'évaluation du risque d'ischémie myocardique, l'épreuve d'effort cardiorespiratoire permet une appréciation très précise des différentes étapes de l'adaptation à l'effort (respiratoire, cardiovasculaire et musculaire).

Une évaluation du niveau d'activité physique (Questionnaire de Ricci et Gagnon modifié), un questionnaire sur l'aptitude physique (Q-AAP-2002) mais aussi des tests de condition physique qui permettent d'une part, d'évaluer l'état de forme physique et, d'autre part de prescrire une activité physique qui correspond le mieux aux aptitudes des patients.

Les tests proposés lors de l'exposé sont issus du programme HEPA (Health Enhancing Physical Activity), programme inter fédéral de lutte contre la sédentarité et de promotion de l'activité physique pour la santé et de la fédération française EPMM sport pour tous.

L'équilibre sur une jambe les yeux ouverts,

La souplesse du tronc (inclinaison latérale) et la souplesse avant debout,

Test de force musculaire des MI (test assis-debout),

Test endurance aérobie (test de marche sur place),

Test résistif des membres inférieurs.

Quelles sont les recommandations en termes de prévention cardiovasculaire?

Les bénéfices cardiovasculaires de l'activité physique sont très nombreux (effets anti-ischémiques, anti-arythmiques, anti-thrombotiques, effets sur les facteurs de risque).

Comme tout traitement, l'activité physique doit être prescrite à une certaine dose, une certaine fréquence et dans la durée.

Un certain niveau d'effort: 50-80 % de la capacité physique maximale (en valeur relative).

Une dépense énergétique variant de 1000 à 1500 kcal/semaine au dessus d'un mode de vie sédentaire représente une zone clé.

Des bénéfices encore plus marqués sont observés avec une dépense énergétique comprise entre 1500 et 2000 kcal/semaine au-delà de l'état sédentaire. Au dessus de ce niveau, le rythme d'accroissement des bénéfices pour la santé semble atteindre un plateau.

La relation entre quantité d'activité physique et les bénéfices escomptés peut cependant varier d'un indicateur biologique de santé à un autre.

L'objectif est d'évoluer vers des intensités d'effort comprises entre 60% et 90% de la fréquence cardiaque maximale observée lors de l'épreuve d'effort.

Dans la littérature, il est décrit que c'est pour des exercices d'intensités modérées (50%VO₂ max) à intenses que l'on observe des modifications fonctionnelles dues à la réponse vasodilatatrice de l'endothélium vasculaire.

Une certaine durée: 30 minutes par jour, 5 à 7 jours par semaine.

Si la dose est supérieure, le bénéfice est supérieur!

Il est important de noter qu'une modification, même modérée, d'activité, peut produire une diminution importante du risque!

Un certain type d'activité: activité physique d'endurance améliorant la condition physique (VO₂), associée à une activité physique de renforcement musculaire améliorant la force musculaire, la tolérance aux activités quotidiennes et ainsi la qualité de vie.

La fréquence minimale recommandée est de trois séances d'exercice par semaine, avec pas plus de deux jours consécutifs sans activité physique.



Pied diabétique et sports : où est le problème ?

Brigitte Haiblet-Podologue - Nice



Les incitations du monde médical à la pratique d'une activité physique régulière, souvent relayées par les propositions du monde associatif de patients, et la très récente position de l'Académie de Médecine sur la prescription sport-santé sur ordonnance, représentent un élément thérapeutique majeur dans la prévention des complications du patient diabétique. Toutefois ces activités d'amateur, inhabituelles, si elles sont mal encadrées peuvent occasionner des petites blessures chez un patient, qui peut ou non être dans un cadre de pied à risque. Deux situations à risque sont à repérer: la présence de troubles neuropathiques périphériques sensitifs avec la perte de la sensation plantaire et le pied artériopathique. Le pied artériopathique isolé (sans neuropathie associée) lui est au contraire dans l'exaspération de sensation douloureuse, et par conséquent s'exclut de lui-même de l'activité physique du fait de la relative impotence fonctionnelle. Cela nécessite clairement de guider le soignant vers des recommandations de dépistage des facteurs de risque, et l'organisation des premiers soins, mais aussi de l'orienter vers des mesures de prévention et d'accompagnement personnalisés dans l'activité de sport.

Sport: facteur de risque pour le pied ?

Le pied dans le sport est mis à rude épreuve; en effet il va devoir adapter sa position en fonction des facteurs extérieurs, les dénivelés du terrain et le relief des sols. Il doit s'adapter aux contraintes induites par la gestuelle sportive, lors de l'impact et de la collision avec le sol par exemple, mais aussi aux contraintes dues à la durée, la fréquence de l'entraînement. D'autres contraintes comme les déformations articulaires entrent en conflit avec la chaussure, peuvent potentiellement entraîner des micro-lésions cutanées et des micro-traumatismes ostéo-articulaires comme les fractures de métatarsiens et musculo-tendineux, comme les entorses ou tendinites.

Tableau clinique des micro-lésions cutanées.

Lors de la pratique d'un sport, la peau surchauffe rapidement. La sécrétion importante de transpiration (sur pied sans complication de neuropathie) modifie la texture de la peau, qui en se ramollissant favorise l'apparition d'ampoules. L'environnement très occlusif de la chaussure facilite la macération, provoque secondairement la prolifération de mycoses interdigitales ou du pied d'athlète. Le choc direct de chaussures (trop courtes) peut provoquer un hématome sous les ongles. Les frottements à répétition épaississent la couche cornée et développent des callosités, des durillons, des cors. L'absence ou la mauvaise coupe d'un ongle peut entraîner un ongle incarné à risque de surinfection.

Complications pour qui ? Décodage des facteurs de risque.

Un extrait du Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot- International Working Group on the Diabetic Foot 2011 nous précise que: « + de 50% de la population DT2 dépistée a une neuropathie et des pieds à risque ».

La pratique d'une activité physique devient, pour ces patients atteints de neuropathie périphérique, un facteur de risque supplémentaire de micro-lésions. Il est évident que si l'ancienneté du diabète est supérieure à 5 ans sur un DT2, le soignant part à la recherche des signes de la neuropathie et met en place l'éducation thérapeutique adaptée à son cas et à sa pratique de sport. L'apparition de ces troubles de la sensibilité est souvent redoutable car le pied n'est plus informé des agressions extérieures, ce déficit de la perception au toucher peut être prédictif de blessure non décelée. L'altération sensitive se complique avec la perte du sens de position articulaire dans l'espace, entraînant des troubles de l'équilibre et de la marche.

L'atteinte des muscles provoque des déformations articulaires au niveau des têtes métatarsiennes, fixe les orteils en griffe (amyotrophie des muscles intrinsèques interosseux) et crée des surcharges d'appuis à risque. L'altération végétative favorise une hyper-sécheresse qui fragilise fortement la peau en l'exposant à des crevasses.

Le livret de la SFD (Recommandations 2005) "Prévention et traitement local des lésions chez les patients diabétiques " recommande de compléter le dépistage par l'éducation thérapeutique à la prévention des conduites à risque pouvant entraîner des micro-lésions.

Les messages de prévention sont centrés sur la préparation de la peau par l'application (plusieurs jours avant et le jour même de la sortie) de produits d'hydratation anti-frottement, et d'une coupe des ongles pour éviter les traumatismes de l'ongle incarné ou de l'hématome sous-unguéal. La chaussure de sport doit être pensée en volume en respectant la forme du pied. L'industrie de la chaussure de sport offre à présent, un grand choix en fonction de différents critères de poids, de forme, de volume et du sport pratiqué. Cependant chez un patient à risque l'auto-examen des pieds, ainsi que le contrôle intérieur des chaussures, avant et après les activités de sport, restent essentiels pour éviter des blessures.

Prise en charge des micro-lésions: premiers soins .

En phase aiguë sur pied sans complication, les recommandations d'usage seront celles de la population générale avec un descriptif du contenu de sa trousse de secours en cas de micro-lésions et démonstration des gestes pour traiter les ampoules et protéger la peau.

Les soins de terrain pour les ampoules, pour nous podologues, varient selon le niveau de frottement, au stade des rougeurs, on fera l'application d'une crème anti-échauffement avec une protection cutanée.

Symposium SFD Paramedical
Montpellier - Mercredi 27 Mars 2013

16h15 – 18h15 : LE DIABETE AUTOUR DU MONDE

Modération : Pierre Lefèbvre, Odile Lautier

Atlas mondial du diabète

Pierre LEFEBVRE (Liège)

Diabète de la France du bout du monde : Les Iles Françaises.

Bernard BAUDUCEAU (Paris)

Afrique et diabète : la fin d'un paradoxe.

Stéphane BESANCON (Association ONG Santé Diabète, Bamako, Mali)

De la HighTech à la prise en charge : le Japon.

Lucille DIMEO, infirmière (Saint Mandé)

La différence inacceptable : l'Inde.

Delphine ARDUINI (World diabetes tour)

Table ronde et discussions

PASS Club DiabetAction.

Parcours d'Accompagnement Sport Santé vers le Club.

Frédéric Le Cren - Paris



Le Pass-Club DiabetAction comprend notamment un programme d'activités physiques structuré et progressif intégrant des exercices aérobies et musculaires spécifiques afin de permettre une augmentation des capacités physiques, de la qualité de vie et, in fine, l'accès à une pratique sportive pérenne en milieu associatif. Ce programme comprend également des séances d'éducation à la santé qui encouragent une modification des comportements vers un mode de vie plus actif et une limitation des activités sédentaires.

Cette démarche, proposée par la Fédération Française EPMM Sports pour Tous, en partenariat avec des associations de patients (Association Française des Diabétiques ; Union Sports et Diabète), des réseaux de santé et des professionnels de santé s'inscrit dans le cadre du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 et dans le PPNS 3.

Ses objectifs :

- Augmenter les capacités physiques : aptitude aérobie et force musculaire,
- Contrôler son poids,
- Améliorer la qualité de vie,
- Lutter contre la sédentarité,
- Prévenir des complications.

Evaluation - Le programme, élaboré à l'origine au Canada à l'Université de Montréal, a été complété par l'équipe « Sport santé » de la Fédération Française EPMM Sports pour Tous. Il a été ensuite évalué par un comité scientifique (Pr. Marie Eve Mathieu de l'Université de Montréal, Pr. Martine Duclos du CHU G.Montpied, Pr. Georges Strauch de l'USD, Pr Jean François Gautier de l'Hôpital Saint Louis et SFD, Dr Fatima Kartout de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, Dr Jean-Luc Grillon de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale de Champagne Ardenne).

Objectif dominant	Test initial (T1)	Programme par semaine	Test final (T2)
Renforcement des capacités physiques et Prise en compte des éléments favorables à une meilleure santé	Oui (test d'endurance, force, souplesse, équilibre)	1h d'activité physique sportive variée en groupe	Oui (test d'endurance, force, souplesse, équilibre)
		30' d'échanges thématiques	
		2 x 30' d'activité physique à domicile	
Cycle de 12 séances (3 mois)			

A Chacun Son Traitement !

Ou comment apprendre son traitement en jouant....

Françoise MAUGER

Équipe paramédicale de l'hôpital du Val d'Ariège du service du Professeur Denat.
PRIX Outil pédagogique SFD paramédical-Abbott 2012



L'idée de création de ce jeu a été fortuite : un ami de la famille, âgé de 62 ans, diabétique pléthorique de type 2 depuis environ 6 ans, s'apercevant de l'oubli de la prise de son traitement de midi, l'a pris, sans aucune hésitation, à 16 h....

Le contexte conceptuel : l'observance thérapeutique.

L'observance thérapeutique ne se résume pas à la seule prise des médicaments ; elle concerne toutes les recommandations données par le médecin à son patient notamment les règles d'hygiène alimentaire et l'activité physique.

La non observance thérapeutique est un réel problème dans la prise en charge des maladies chroniques et notamment du diabète. Selon les études, elle concerne au moins 30 % voire 50 % des patients.

A titre d'exemple, plus de 80 % des diabétiques ne suivent pas correctement la diététique, 50 % oublient de prendre un médicament au moins une fois par semaine et seulement 7 % sont observants à toutes les recommandations. **En moyenne, on estime que 1 patient sur 2 suit toutes les recommandations prescrites.**

Une mauvaise observance thérapeutique entraîne des effets néfastes pour le patient : diminution de l'efficacité du traitement avec escalade thérapeutique, apparition du risque de complications et de rechutes plus graves pouvant nécessiter des hospitalisations.

L'objectif visé : « Améliorer les connaissances du patient sur son traitement »

- Savoir nommer son traitement anti-diabétique (le différencier des autres prescriptions),
- Connaître le mode d'action de chaque médicament (oral ou injectable),
- Connaître les modalités de la prise de chaque médicament (oral ou injectable),
- Savoir réagir en cas d'oubli ou d'erreur d'une prise de médicament (oral ou injectable).

Le public concerné :

Ce jeu s'adresse à tout patient diabétique de type 2 acceptant d'être éduqué avec une préférence peut être pour les patients récemment découverts : en effet, la non observance thérapeutique est plus élevée chez les « jeunes » diabétiques...

L'organisation du jeu :

Il s'agit d'un jeu de cartes composé de 4 familles :
Médicament - Mode d'action - Prise - Oubli/Erreur



Les cartes de famille « médicaments » sont vierges, les autres proposent des solutions. Le dos de chaque carte comporte une partie d'un smiley de couleur différente (correspondant à chaque famille de médicaments oraux ou injectables, la couleur des smileys ayant été choisie de manière arbitraire).

L'utilisation du jeu :

Le jeu peut être utilisé de manière individuelle mais nous préférons un groupe de 4 à 6 patients.

Le patient doit reconstituer le puzzle : médicament – action – prise – oubli/erreur

Pré-requis : l'équipe d'éducation donne un échantillon de boîte de chaque médicament ou, avant la séance, mettra en commun tous les traitements des patients.



L'éducateur invite chaque patient à retrouver son propre traitement anti-diabétique ; il échange chaque boîte de médicament avec la carte « médicament » correspondant à la bonne famille (biguanide, sulfamide...) ; le patient inscrit sur cette carte (vierge) le nom de « son » médicament et a donc devant lui la 1ère carte de chaque puzzle à compléter.

L'éducateur demande ensuite de retrouver pour chaque médicament, le mode d'action, la prise, l'oubli/erreur en disposant chaque série de cartes correspondante au centre de la table au fur et mesure de l'avancée du jeu. Une fois chaque puzzle reconstitué (4 cartes), le patient retourne les cartes : le smiley est d'une même couleur, c'est gagné !

En cas d'erreur sur une (ou plusieurs) partie(s) du smiley, l'éducateur intervient pour corriger et/ou commenter. La séquence peut être rejouée si nécessaire.



Des réponses erronées se sont glissées dans le jeu. Une série supplémentaire est disponible (en cas de nouvelle famille de médicaments).

A la fin du jeu, chaque patient peut recopier son propre traitement sur un « mémo » avec possibilité de noter les horaires de la surveillance par glycémie capillaire.



Nos références bibliographiques :

Etude ENTRED 2007

Docteur Gérard REACH- médecine – volume 2 – n°9 411-5 novembre 2006 – concepts et outils

La clinique de l'observance – Docteur Gérard REACH



Comme chaque année, le laboratoire Abbott, partenaire de ce concours, diffusera une centaine d'exemplaires du jeu au niveau national.

Allocation Recherche 2011
SFD PARAMÉDICAL - LIFESCAN

ÉVALUATION DES PRATIQUES DE CORRECTION DES HYPOGLYCÉMIES SUR LE PÔLE
CARDIO-VASCULAIRE DU CHU DE TOULOUSE

Service diététique – CHU RANGUEIL :

Emilie DE HARO - Karine ESPITALIER - Valérie ROSSIGNOL - Arlette TONNELE



Notre projet a porté sur l'évaluation des pratiques de correction des hypoglycémies des patients diabétiques, hospitalisés sur l'ensemble du pôle cardio-vasculaire et métabolique du CHU de Toulouse, excepté le service de diabétologie.

Nous sommes parties du **constat** que cette prise en charge pouvait être très différente d'un service à un autre et qu'elle était majoritairement « non protocolisée », contrairement aux pratiques d'un service spécialisé. Notre **objectif** était donc d'harmoniser les pratiques.

Les services que nous avons inclus dans cette étude sont les services de cardiologie traditionnelle, chirurgie cardiovasculaire, médecine et chirurgie vasculaire, médecine interne – HTA, soit 11 unités (ce qui représente environ 230 patients). Entre 30 à 50 patients diabétiques sont hospitalisés chaque jour dans ces services. Ils ne sont pas tous susceptibles de faire des hypoglycémies, mais c'est un chiffre qui nous avait paru assez important pour évaluer les pratiques.

La **première étape** de ce projet a été de faire, d'une part, l'évaluation des pratiques en relevant les hypoglycémies sur une période de 15 jours (1). En parallèle, nous avons élaboré et distribué aux IDE un questionnaire individuel afin d'évaluer les connaissances (T1).

La **seconde étape** a été consacrée à la formation du personnel soignant. Nous avons demandé la participation volontaire de 2 à 3 personnes par unité pour former un groupe pluridisciplinaire de « référents » comprenant cadres de santé, infirmiers et aides-soignants. Après leur avoir présenté les résultats des évaluations, nous avons redéfini ensemble le protocole de resucrage, en collaboration avec le service de diabétologie, et discuté du protocole déjà existant.

Protocole

- Hypoglycémie $\leq 0,60$ g/l
- Resucrage: **15 g de glucides** soit
 - ▶ 3 sucres
 - ▶ 1 barquette de confiture ou miel
 - ▶ 1 verre de jus
 - ▶ 3 ampoules de G30 si patient à jeun
- Précision: si hypoglycémie pendant l'action de l'insuline rapide (moins de 4h après l'injection) rajouter 2 biscottes
- Surveillance:
 - ▶ 15 minutes après le resucrage
 - ▶ puis 1 à 2 h après

Analyse des résultats :

Analyse de l'évaluation pratique (1)

- 27 hypoglycémies dépistées sur 15 jours
- 80% d'hommes
moyenne d'âge = 70 ans (48 à 88 ans)
majoritairement traités par insuline
- glycémie = 0,62 g/l (0,45 g/l à 0,88 g/l)
- 38% avant 7h, 22% en milieu de journée, 40% en fin de journée

Analyse de l'évaluation pratique (2)

- **Resucrage:**
autant de réponses différentes que d'hypos
40% ont été resucrées avec 15 g HCO
- **Délais de contrôle:**
28% à moins d'une heure
44% entre 1 et 2 heures
28% à plus de 2 heures

Analyse des résultats (1)

Questionnaire individuel

- Distribution de 123 questionnaires aux infirmières du Pôle
 - ▶ T1= 65 questionnaires recueillis soit 53% de retour
 - ▶ T2= 49 questionnaires recueillis soit 40% de retour
 - ▶ Année de diplôme: 1978 à 2011, dont 55% de diplômés entre 2007 et 2011.

Analyse des résultats (2)

Questionnaire individuel

- « *Selon vous, quand estimez-vous qu'un patient est en hypoglycémie?* »
La majorité des réponses se situent entre 0,60 et 0,80 g/l
- ▶ hypoglycémie \leq 0,60 g/l
T1= 41,5 %
T2= 70%

Analyse des résultats (3)

Questionnaire individuel

- « *Dans ce cas que faites-vous pour corriger cette hypoglycémie?* »
- ▶ Le resucrage est effectué de manière immédiate et systématique
T1= 77% se fait de manière non quantifiée
T2= 100% des réponses sont quantifiées
- ▶ La nature de la correction :
15g de glucides et/ou glucosé si patient à jeun
T1 = 20% T2=51%

Analyse des résultats (4)

Questionnaire individuel

- « *Après correction de l'hypoglycémie, que faites-vous ?* »
- ▶ 99% contrôlent la glycémie
T1= 43,8% entre ½ heure et 1 heure
T2= 100% avant 1 heure
dont 43% dans le 1/4h qui suit

En conclusion, ce travail en groupe pluridisciplinaire a permis des échanges constructifs au sein du pôle. Nous avons observé une amélioration des connaissances après l'action de formation, même si la participation a été un peu plus faible à la seconde évaluation, cependant, les réponses ont été plus précises.

Dans la suite du projet, un outil a été créé (plaquette individuelle) et sera remis à chaque IDE. Il permettra la pérennisation des connaissances et aidera à l'optimisation de la prise en charge des patients. Enfin, une évaluation des pratiques sera réalisée dans 6 mois.

Hôpitaux de Toulouse

HYPOGLYCEMIE ET RESUCRAGE

LE CHIFFRE
Glycémie inférieure ou égale à **0,60 g/l**

CONDUITE A TENIR
Resucrage immédiat avec :

3 sucres
morceaux ou sachets

15 g de Glucides
Soit

1 barquette de confiture 1 barquette de miel

1 verre de jus

Service diététique
Cardio Vasculaire Rangueil

Hôpitaux de Toulouse

PRECISION

Si hypoglycémie pendant l'action de l'insuline ultra rapide (moins de 4 heures après l'injection) :
rajouter 15 g de glucides au resucrage soit :

2 biscottes OU 2 biscuits

½ petit pain

Si patient à jeun
Administrer 2 à 3 ampoules de G 30 %

SURVEILLANCE

Contrôler la glycémie après le resucrage

15 minutes puis 1 heure à 2 heures

Avec le soutien de l'allocation recherche de la SFD Paramédical et la société LIFESCAN

Evaluation Journée d'Automne.

Ivano Mantovani - Monaco



Cette année, la Journée d'Automne de la SFD Paramédical s'est déroulée le 23 novembre 2012 au Musée Océanographique de Monaco.

Cette rencontre a été l'occasion d'aborder un sujet passionnant relatif à la pratique d'une activité physique par des patients diabétiques mais pas seulement ! Puisque le principal est de bouger !

Un franc succès a été rencontré réunissant pas moins de 239 participants dans un cadre exceptionnel. Si la plupart des participants était membre du corps infirmier

(75.7 %), force est de constater qu'une grande majorité d'entre eux (72.3%) n'était pas encore membre de la SFD Paramédical.

D'où l'importance de réunions telles que celle du 23 novembre dernier afin de sensibiliser les soignants des thématiques pragmatiques avec des répercussions concrètes.

Il faut signaler que c'est la première fois qu'il y a une aussi forte implication des participants quant à leur ressenti sur l'organisation de l'événement. En effet, 59.4% des personnes présentes ont répondu au questionnaire de satisfaction. La corde à sauter offerte à chaque participant en retour de l'évaluation a sans doute contribué à atteindre ce résultat mais nous ne pouvons que nous en réjouir puisque ce cadeau offert par la SFD Paramédical est un bon moyen de pratiquer une activité physique comme le suggère le thème de cette journée.

La satisfaction des personnes présentes a donc été soulignée par cette évaluation qui a recueillie une note de 8 sur une échelle allant de 1 à 10.

L'ambiance, le thème ainsi que l'accueil ont remporté tous les suffrages comme en atteste le score de 91,9 % de participants satisfaits sur ces points.

Les orateurs ont une nouvelle fois démontré leur dynamisme et ont su transmettre l'intérêt d'une activité physique qu'elle soit simple ou plus complexe. L'essentiel étant de toujours respecter le rythme du patient diabétique selon sa motivation et ses capacités.

Pendant la journée nous avons exploré les avantages mais aussi les possibles difficultés rencontrées lors d'un exercice physique plus ou moins intense.

Par rapport à la thématique abordée, il est intéressant de relever que 43% des professionnels sont prêts à se mobiliser pour que l'exercice d'une activité physique soit d'avantage préconisé au sein de leur service.

Ce score nuancé démontre que la motivation personnelle du soignant quant à la pratique d'une activité physique interfère dans son discours et donc dans sa capacité à transmettre l'envie de faire du sport.

Les résultats de cette journée sont, une fois de plus, enrichissants pour la Société Francophone du Diabète Paramédical. Ils sont un vecteur permettant d'avancer et d'évoluer en termes de réflexion professionnelle.

Enfin, les participants se sont exprimés sur les sujets qu'ils souhaiteraient voir traiter lors des prochaines journées de la SFD paramédical, parmi lesquels les plus plébiscités étaient :

Diabète et grossesse – Diabète gestationnel.

Diabète de l'enfant – Diabète de l'adolescent.

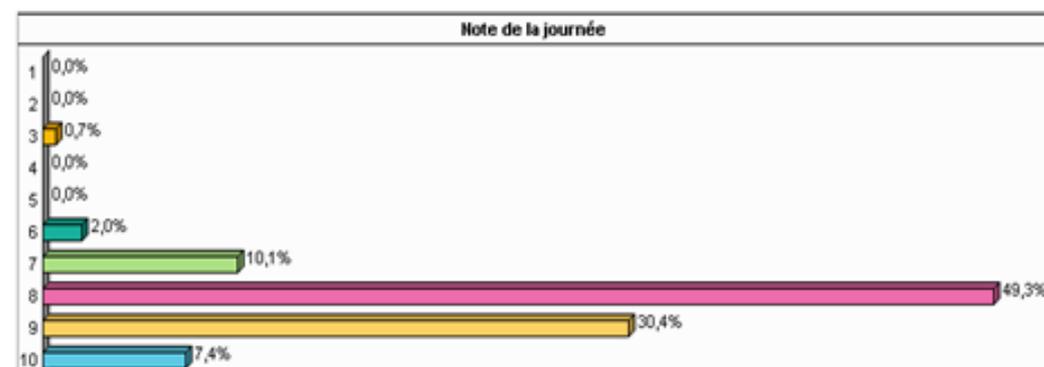
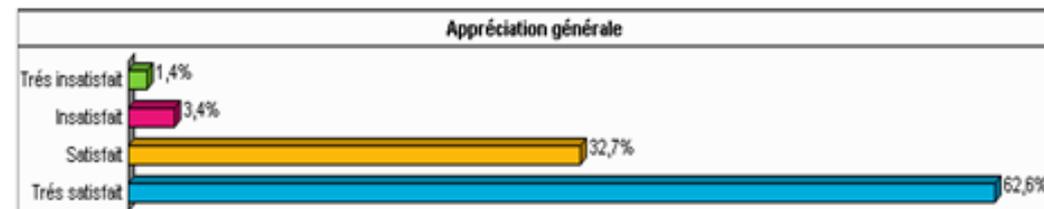
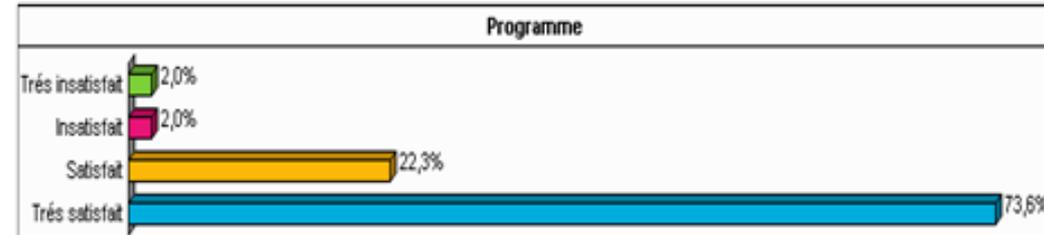
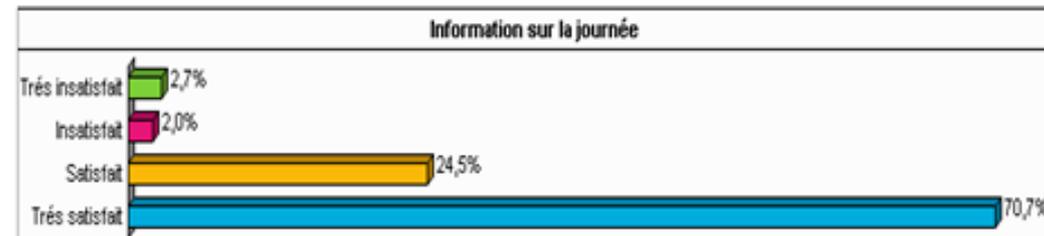
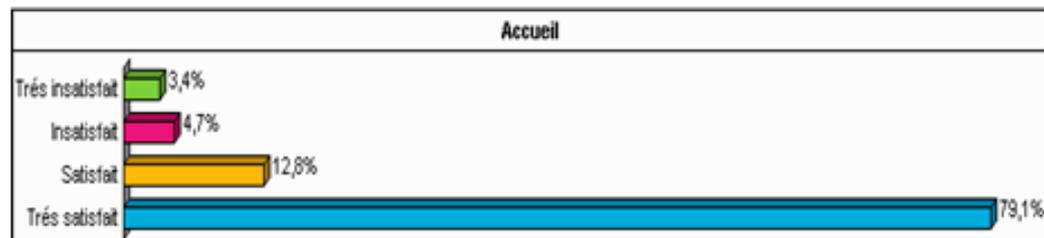
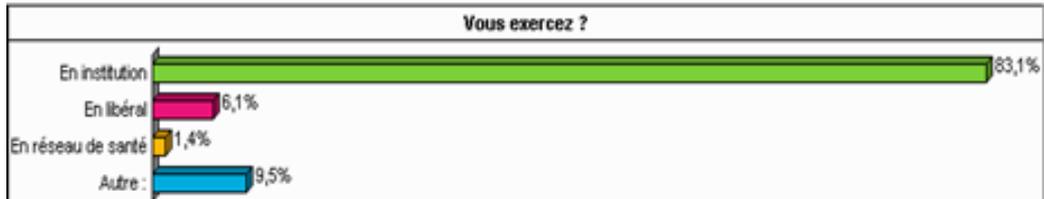
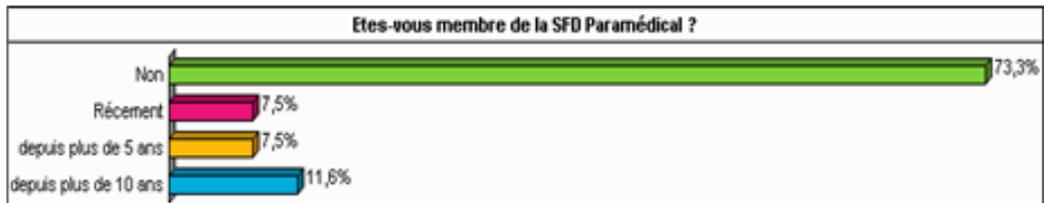
L'annonce - E.T.P. (Éducation Thérapeutique du Patient).

Prise en charge du diabète : complications.

Le Conseil Scientifique saura prendre en compte leurs attentes lors de la réflexion et la construction des prochaines journées d'automne de la SFD paramédical.

Pour conclure nous espérons avoir convaincu les participants sur l'utilité d'adhérer à la SFD Paramédical.

Davantage d'informations sont disponibles sur le site de la SFD : www.sfdiabete.org. ONGLET PARAMÉDICAL



Sport ou activité physique: le principal est de bouger !!

Quiz !!! Quelques questions pour faire le point !

1 - Faites-vous mieux la différence entre activité physique et sport ?	oui	non
2 - L'activité physique pratiquée régulièrement prévient l'apparition du DT2.	vrai	faux
3 - L'encadrement des activités physiques ou sportives dans une perspective de « prévention-santé » peut être réalisé par n'importe quel professionnel de santé.	oui	non
4 - La pratique isolée d'une activité physique fait perdre du poids.	vrai	faux
5 - Pour l'ensemble de la population, l'exercice augmente la captation musculaire de glucose.	vrai	faux
6 - Les effets de l'exercice musculaire sur l'amélioration de la sensibilité à l'insuline sont de durée limitée dans le temps (maximum 30h).	vrai	faux
7 - L'activité physique fait partie intégrante du traitement du diabète de type 2 au même titre que les antidiabétiques oraux.	vrai	faux
8 - L'association d'activités d'endurance et de résistance est le meilleur programme d'activité physique.	vrai	faux
9 - La baisse d'HbA1c qui peut être attendue en moyenne après la mise en place d'une activité physique pour faire baisser sa glycémie.	vrai	faux
10 - Toujours, le conseil à donner à un patient qui a une glycémie à 2,70g/l, est d'aller pratiquer une activité physique pour faire baisser sa glycémie.	vrai	faux
11 - La pratique d'une activité physique s'accompagne toujours d'hypoglycémie.	vrai	faux
12 - L'alimentation peut être adaptée avant, pendant et après l'effort ?	vrai	faux
13 - Le traitement global d'une phlyctène (ampoule) est le même en présence de diabète ou sans diabète.	vrai	faux
14 - Un patient qui n'a aucune douleur, n'a aucun risque de plaie du pied.	vrai	faux
15 - DiabetAction est un dispositif d'accompagnement à l'activité physique et sportive accessible à tous les patients diabétiques.	vrai	faux

Réponses:

1:oui, 2: vrai, 3: non, 4: faux, 5: vrai, 6:vrai, 7: vrai, 8:vrai, 9: vrai, 10: faux, 11: faux, 12: vrai, 13: vrai, 14: faux, 15: vrai

Journée SFD Paramédical

Jeudi 28 Mars

AU COEUR DU DIABÈTE

Prise en charge des risques cardiovasculaires

08h45 Ouverture : M. MARRE (Paris), M. JOLY (Monaco)

Au coeur du dépistage et des traitements

Modérateurs : B. VERGES (Dijon) et Ph. MOULIN (Lyon)

09h00 Coeur et diabète : faisons le point

M. LENAERS, cardiologue (Bruxelles, Belgique)

09h30 Focus sur les dyslipidémies

Ph. MOULIN, diabétologue (Lyon)

10h00 Focus sur l'hypertension artérielle

O. DUPUY, diabétologue, S.LEROY, infirmière (Saint Mandé)

10h30 Pause

Au coeur des spécificités de prise en charge

Modérateurs : E.RENARD (Montpellier) et P. GOURDY (Toulouse)

11h00 Hypoglycémie et impact cardiovasculaire

P. GOURDY, diabétologue (Toulouse)

11h30 Traitement du diabète après un problème cardiaque aigu

B. CATARGI, diabétologue (Bordeaux)

12h00 Le pied ischémique

S. SCHULDINER, diabétologue (Le Grau du Roi)

12h30 - 13h45

Atelier-débat Lilly SFD Paramédical

Remise des prix

14h00 Lauréats : bourse et meilleurposter 2013

14h15 Prix Lifescan du meilleur abstract :

Comment améliorer l'encadrement des enfants diabétiques de type 1 en milieu scolaire ?

A. DESSERPRIX, infirmière (Le Creusot)

14h30 Prix Coup de coeur de la SFD Paramédical :

Suivi post-sleeve gastrectomie, les besoins sont loin d'être couverts la première année

C. CLEMENT, diététicienne (Marseille)

Au coeur des pratiques et collaborations

Modérateurs : A. AVIGNON (Montpellier) et F. GARUZ (Bordeaux)

14h45 Comment reprendre une activité physique après un accident cardiaque ?

B. VERGES, cardiologue (Dijon)

15h15 Alimentation, coeur et vie pratique : astuces pour manger mieux

D. DAUBERT, V. ROSSIGNOL, diététiciennes (Toulouse)

Echanges professionnels, pratiques et recherche

Modérateurs : J. BERTOGLIO (Nice) et M. SAMPER (Nice)

15h45 Bourse NOVO 2012

Impact du diabète chez les proches du patient : création d'un outil d'évaluation de l'entourage d'une personne diabétique

N. HARBONNIER, infirmière (Nantes)

16h00 Bourse Roche 2012

Programme d'éducation thérapeutique de renforcement : « Atelier Cuisine » pour patients diabétiques de type 2

L. CASSE, infirmière (Auch)

16h15 Bourse Lilly 2012

Améliorer la prise en charge de la douleur en lien avec les injections d'insuline et l'auto-surveillance glycémique des patients diabétiques par des séances d'éducation thérapeutique de groupe, avec des approches psycho-corporelles

D. JEAN, infirmière (Chambéry)

16h30 Adolescents avec un diabète de type 1 : adaptation émotionnelle et suivi thérapeutique. Une nouvelle stratégie infirmière

T. GYURICA PEREZ, infirmière (Lausanne, Suisse)

16h45 SWITCH : optimisation du contrôle métabolique avec une éducation thérapeutique intensive

Y. RAYANE, M. FICHELE, infirmières (Luxembourg)

17h00 Clôture

Agenda

Février

- A.F.D.E.T.
Maison de la Chimie-Paris les 7 - 8 février 2013
<http://www.afdet.net/>

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie S.F.D.
Montpellier du 26 au 29 mars 2013
<http://www.sfdiabete.org>

Mai-Juin

- ETP SFD, «Des techniques de l'éducation thérapeutique à l'esprit éducatif», Paris le 24 mai 2013
- 51 èmes Journées d'Etudes de l'AFDN
Montpellier du 30 mai au 1 juin
<http://afdn.org/>

Octobre

- 38 èmes Entretiens de Podologie
Paris les 4 -5 octobre 2013
<http://www.fnp-online.org/>

Novembre

- 26 ème Salon Infirmier 2013-Paris
www.salon-infirmier.com
- SEFor 3èmes rencontres-Lyon 15 novembre 2013
<http://www.se-for.com>
- Journée d'Automne SFD Paramédical -Paris le 22 novembre

Éditée par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.sfdiabete.org

Responsable de Publication : Michelle JOLY

Rédacteurs en Chef :

Ivano MANTOVANI - Martine SAMPER

La S.F.D. Paramédical remercie pour son soutien



Helping all people
live healthy lives

