

Editorial

Catherine Caliman, Vice-Présidente de l'ALFEDIAM Paramédical

Je suis particulièrement heureuse d'être la première infirmière vice-présidente belge de l'ALFEDIAM paramédical.

Pour avoir collaboré aux recommandations sur la surveillance glycémique et la technique d'injection d'insuline, pour lesquelles j'ai travaillé avec un infini plaisir avec Danielle Durain, Béatrice Hanicotte, Odile Lautier, Brigitte Nadal, Laurence Leridon, Marie-Laure Cottez, j'ai pu constater la différence de prise en charge des patients diabétiques (Réseaux, gratuité du matériel,...)

Au fil du temps et sous la présidence d'Odile Lautier, nous avons partagé l'expérience en matière de soins aux patients diabétiques luxembourgeois et belges.

Tout au long de mes participations aux Conseils d'Administration de l'ALFEDIAM paramédical, j'ai rencontré des personnalités très différentes, et très attachantes, des ambitions très variées. C'est ce qui a fait la richesse des échanges et j'ai appris beaucoup tant sur le plan humain que professionnel.

La collaboration avec le Conseil scientifique permet de rencontrer des personnes très motivées que Jocelyne Bertoglio a représentées avec beaucoup de compétence et de chaleur.

L'ALFEDIAM nourrit mes envies de savoir, me permet de me ressourcer, me fait découvrir d'autres façons de gérer le diabète.

J'avoue qu'il ne me fut pas facile au début de trouver ma place au Conseil d'Administration (j'ai dû me familiariser avec l'emploi d'abréviations inconnues et nombreuses : TIPS, CLIN, AFSSAPS,...), intégrer un groupe déjà formé, entendre parler d'événements ou de personnes que je ne soupçonnais pas...). Mais je ne peux que vous inciter à devenir membre actif de l'ALFEDIAM paramédical quelque soit le pays francophone dont vous êtes issus car l'enrichissement est réel et stimulant, l'expérience est irremplaçable et je souhaite qu'elle dure longtemps !

N°44
Été 2007



Editorial :
Catherine Caliman

Page 2 :
Approche motivationnelle de l'activité physique
Olivier. Giet & Daniela Sofra

Page 4 :
Communication sur le risque lié à un arrêt de perfusion lors d'un traitement par pompe à insuline externe
AFSSAPS

Page 6:
Compte-rendu de la réunion du groupe pied de l'ALFEDIAM de Mars 2007
Catherine Caliman

Prochains rendez-vous de l'ALFEDIAM Paramédical

Page 7 :
Diététicien aujourd'hui
Marie Monjo

Page 8 :
Composition des Instances 2007



Olivier Giet, Daniela Sofra, Humberto Delgado
Clinique Genevoise de Montana, Suisse
Humberto.Delgado@hcuge.ch

Les bienfaits de l'activité physique ne sont, aujourd'hui, plus à démontrer. Nous nous attachons plutôt à développer des stratégies thérapeutiques orientées à susciter l'intérêt et l'adhésion du patient à s'impliquer d'une manière régulière et à long terme dans un programme d'activité physique.

Dans le cadre du syndrome métabolique, motiver le patient à devenir actif dans la gestion de son traitement est la difficulté majeure rencontrée dans la pratique clinique, particulièrement lorsqu'il s'agit d'inscrire la pratique d'une activité physique dans une perspective à long terme. La diminution des capacités physiques, l'apparition des comorbidités, la lourdeur des traitements, la modification du corps, le regard des autres, amène à une diminution importante de l'estime de soi. Si nous proposons un programme d'activité physique sans nous intéresser à tous ces aspects, sous le seul argument qu'il « faut » le faire, nous allons créer un sentiment de résistance ou d'incompréhension qui aboutira à la non adhésion thérapeutique. Une approche motivationnelle s'avère indispensable pour amener le patient à suivre les recommandations thérapeutiques.

Nôtre établissement (Clinique Genevoise de Montana) perchée sur un plateau à 1500 mètres d'altitude et située à 200 kilomètres de Genève, accueille des patients genevois, ce qui permet au patient de se centrer presque exclusivement sur l'auto gestion des divers axes du syndrome métabolique.

Le programme d'activité physique s'inscrit dans une démarche de soins orientée dans le but d'autonomiser le patient au travers de l'enseignement thérapeutique.

Le groupe de reconditionnement à l'effort se déroule sur une durée moyenne de trois semaines, et comprend plusieurs étapes. Ces différentes étapes vont nous permettre de surmonter progressivement les principaux obstacles auxquels est confronté le patient dans la mise en place de la pratique régulière d'une activité physique.

Les principaux obstacles que nous rencontrons sont :

1) le manque de motivation

- Fausses représentations : l'activité physique comme étant synonyme de sport.
- Manque d'informations : empêchant de développer des compétences en termes de soins.
- Manque de temps et d'argent : souvent un prétexte ou des alibis (« je n'ai pas le temps, les moyens financier d'aller dans un fitness ! »).

2) Le déconditionnement physique

A cause de son surpoids, sa dyspnée à l'effort ou la perte musculaire, le patient se sent incapable de faire de l'activité physique.

3) Les aspects psychologiques

Estime de soi diminuée et un mode de fonctionnement « tout ou rien ».

4) Manque de structure pour favoriser l'autonomisation

- A la fin du séjour, après une prise en charge globale faite de sensibilisation, de mise en pratique et d'évaluation, le patient est « lâché dans la nature ».
- Il se retrouve seul face aux difficultés liées à la reprise de son quotidien.

Le programme motivationnel de l'activité physique en 6 étapes

1) L'anamnèse :

Etape importante pendant laquelle nous allons établir le premier contact avec le patient qui sera déterminant dans le développement de l'alliance thérapeutique, indispensable pour entreprendre un processus motivationnel.

Nous allons accueillir les divers aspects que le patient va expliciter sur sa maladie, ses souffrances, son mode de vie, son vécu, ses attentes,...

Cette anamnèse, centrée sur le patient, nous permet aussi de reconnaître dans quel stade de changement de comportement il se situe et de mieux personnaliser les divers activités physiques proposées.

Nous allons également profiter de cet instant pour apporter les premières explications concernant le programme thérapeutique et fixer, avec le patient, l'objectif principal.

2) Groupe de reconditionnement à l'effort :

- Avant de commencer l'activité physique, la prise de glycémie se fait systématiquement. Cela va nous permettre d'aborder plusieurs facteurs importants liés à l'autocontrôle glycémique (gestion du diabète, impact de l'activité physique, reconnaître les symptômes de l'hypoglycémie et comment prévenir ce risque,...).
- Evaluation des capacités du patient sur vélo ou sur tapis roulant. Mettre en confiance le patient en lui expliquant l'importance de partir de ses propres capacités et d'augmenter progressivement le travail. Expliquer l'importance de gérer l'intensité de son effort.
- A la fin de l'activité physique, on note sur la « fiche d'autonomisation » les différents paramètres obtenus : durée de travail, résistance, puissance moyenne de travail en watts (intensité), évaluation subjective du patient au travers de l'échelle de Borg, glycémies. Au travers de cette évaluation, nous fixons un nouvel objectif pour la suite.

3) Balade thérapeutique :

Il est important, pendant le programme de reconditionnement à l'effort, de pouvoir sortir du contexte d'une salle de fitness, afin de bien faire prendre conscience aux patients que l'activité physique ne veut pas nécessairement dire sport.

La balade thérapeutique va nous permettre de travailler plusieurs aspects :

- Action favorable de la marche sur le diabète, par le contrôle glycémique.
- Mettre en garde contre le risque de l'hypoglycémie (qui a du sucre sur lui ?)
- Mise en pratique des acquis (le fitness sert à retrouver une condition physique qui permettra au patient de reprendre une activité avec plus de facilité et de plaisir).
- Apprentissage d'une bonne gestion de l'effort, une bonne respiration et l'utilisation éventuelle de moyens auxiliaires (bâtons de Nordic Walking).
- Prise de conscience des capacités, confiance et estime de soi, plaisir.

Une discussion en groupe clôture cette expérience, en favorisant l'expression du

ressenti et l'impact de cette activité sur leurs glycémies.

4) Table ronde :

La table ronde, 1 fois tous les 15 jours, permet d'ouvrir un espace d'expression sous la forme d'une discussion interactif entre tous les patients participants au programme de reconditionnement et le corps médical multidisciplinaire.

Cet instant, très riche, permet de partager les expériences vécues et d'exprimer les éléments positifs de l'activité physique. Les patients font le lien entre les divers axes du traitement et les résultats objectifs. Cette étape nous permet également d'aborder les éventuelles difficultés à la mise en place d'un projet d'activité physique dans le quotidien dès le retour à domicile et les diverses stratégies pour pallier à ces obstacles

5) Bilan de sortie en individuel :

Cet entretien de sortie va nous permettre d'évaluer, avec le patient, tout ce que le programme a pu lui apporter en terme de prise de conscience, d'enseignement, d'expérimentation et sur le ressenti général. Ce moment va également nous permettre de discuter de la mise en place d'un projet d'activité physique dans son quotidien, dès son retour à domicile (activité physique adaptée à ses envies, ses possibilités financières, ses horaires professionnels, les infrastructures existantes dans son milieu de vie,...).

Conclusion

Ce programme centré sur l'exploration du vécu et des attentes du patient nous permet de travailler avec lui dans sa globalité, de susciter une prise de conscience au travers des diverses expériences vécues. Le patient, en faisant son propre apprentissage par ses autoévaluations quotidiennes, les réflexions et les réponses qu'il peut apporter par rapport aux résultats obtenus, devient véritablement acteur de sa maladie. Il devient « expert » de son corps face à sa maladie. Cependant, l'expérience nous montre que la motivation acquise doit être renforcée par un suivi spécialisé jusqu'à ce que l'activité physique adaptée soit encrée dans ses habitudes de vie. Nous travaillons actuellement à développer cette phase de suivi en ambulatoire par la création d'un réseau de prise en charge adaptée.

Le document suivant est le résultat d'une démarche initiée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) pour répondre à la problématique des arrêts de perfusion au cours de traitements par pompe à insuline externe signalés dans le cadre de la matériovigilance. Il ne s'agit en aucun cas d'une remise en cause des bénéfices de l'insulinothérapie par pompe à insuline externe. Cette communication a été élaborée en collaboration avec le secteur paramédical de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (Alfediam paramédical). Elle vise à informer sur la conduite à tenir en cas d'arrêt de perfusion lors d'un traitement par pompe à insuline externe.

Ce document est téléchargeable sur le site afssaps.sante.fr dans la rubrique « DM/DMDIV » (colonne de droite « liens directs »), « Dispositifs médicaux utilisés en diabétologie » (cadre « publications : synthèses & points sur »), « Pompes à insuline externes » (cadre « systèmes d'administration de l'insuline »). Un bilan des incidents et la liste des informations/recommandations diffusées sont également disponibles à cet endroit.

COMMUNICATION SUR LE RISQUE LIÉ À UN ARRÊT DE PERFUSION LORS D'UN TRAITEMENT PAR POMPE À INSULINE EXTERNE

De 2002 à 2006, l'AFSSAPS a enregistré 263 signalements d'incidents survenus lors de l'utilisation d'une pompe à insuline externe. Parmi ces incidents, 15 signalements font état du décès, d'un épisode de coma ou d'une hospitalisation en réanimation du patient. Les cas les plus critiques correspondaient à des arrêts de la perfusion d'insuline qui n'ont pas été détectés et donc qui n'ont pas été compensés par des injections manuelles d'insuline. Cela entraîne simultanément une montée de la glycémie et des corps cétoniques et l'apparition d'une cétose voire d'une acidocétose.

Un arrêt brutal de la perfusion peut se rencontrer dans les cas suivants :

- **Dysfonctionnement de la pompe**, provoquant son arrêt, éventuellement sans alarme
- **Obstruction (par de l'air ou des agrégats d'insuline) ou couture de la canule du cathéter, sous la peau** : chez les patients ayant de faibles débits d'insuline à la pompe, le déclenchement de l'alarme de surpression pourra survenir avec un délai plus important
- **Déconnexion du cathéter et/ou sortie de celui-ci de son insertion sous-cutanée** : le seul signe d'alarme pouvant être l'écoulement de très faibles quantités d'insuline à l'odeur caractéristique au voisinage de la peau ou dans le pansement
- **Déconnexion ou mauvaise connexion au niveau de la jonction** entre le cathéter et le réservoir.
- **Présence d'air dans le réservoir et/ou la tubulure**

Il ne faut pas oublier qu'un système de perfusion d'insuline peut, à un moment donné et sans alarme, arrêter sa perfusion.

Les incidents aux conséquences cliniques graves surviennent la nuit, lorsque la surveillance de la glycémie est interrompue et que le sommeil masque d'éventuels signes cliniques. Pour éviter les conséquences cliniques graves liées à un arrêt de la perfusion non détecté, **il est indispensable de contrôler juste avant le coucher la glycémie et la concentration urinaire ou sanguine en corps cétoniques**. Si la concentration de corps cétoniques est normale (recherche de corps cétoniques négative dans les urines ou cétonémie inférieure à 0,5 mmol/l) **ET** la glycémie inférieure à 2,5g/l (250mg/dl, 13,8 mmol/l), la perfusion d'insuline se déroule normalement. Dans le cas contraire, la perfusion peut avoir été interrompue. Le comportement à adopter aura été défini par le médecin dans le protocole de remplacement spécifique au patient. La glycémie et la concentration urinaire ou sanguine en corps cétoniques doivent être recontrôlées 2 heures après au plus tard.

Vous trouverez ci-après un rappel des règles simples permettant d'éviter les conséquences cliniques d'un arrêt de la perfusion.

Règles simples pour éviter les conséquences cliniques d'un arrêt de la perfusion d'insuline

- Mesurer la glycémie au moins 4 fois par jour, dont une fois au lever et au coucher et au moins dans tous les cas suivants :
 - Avant de se baigner
 - En cas de nausée
 - Avant de prendre le volant
- Mesurer la concentration urinaire ou sanguine des corps cétoniques juste avant le coucher
- Faire régulièrement un bilan avec un médecin expérimenté en pompes à insuline ou diabétologue
- Disposer en permanence des éléments suivants:
 - Un système de mesure de la glycémie (lecteur) et des corps cétoniques (bandelettes)
 - Un système de remplacement pour injection manuelle d'insuline : seringue ou stylo avec aiguille, insuline, etc.
 - Un protocole de remplacement défini par le médecin qui décrit comment assurer le traitement par injections manuelles d'insuline
 - (Un réservoir, un dispositif de perfusion de remplacement et une pile adaptés à la pompe, en cas d'absence du domicile pendant plusieurs jours)
- Vérifier l'absence de fuite au niveau du raccord à chaque changement de réservoir et de dispositif de perfusion
- Changer régulièrement le site d'insertion, le cathéter et le réservoir, au moins tous les 3 jours. Vérifier 2 heures après le changement que le système fonctionne bien (absence d'air dans le réservoir, contrôle glycémique)

- Être attentif aux signes précurseurs de l'hyperglycémie grave : soif, miction fréquente, vision floue, nausée et vomissements

En cas d'hyperglycémie importante (glycémie supérieure à 2,5g/l (250mg/dl, 13,8 mmol/l)), rechercher la présence de corps cétoniques dans les urines ou mesurer le taux de corps cétoniques dans le sang

- Si la recherche de corps cétoniques est positive (supérieure ou égale à +) dans les urines ou la cétonémie supérieure à 0,5mmol/l procéder de la manière suivante :
 1. Faire une injection d'insuline par stylo ou seringue (selon le protocole défini par le médecin) et contacter le médecin ou le service d'astreinte médicale
 2. Vérifier que la pompe fonctionne (pas d'écran blanc, pas d'alarme, pas de fuite apparente), vérifier la programmation
 3. Changer le dispositif de perfusion et le réservoir et remettre la pompe en fonction .
 4. Contrôler la glycémie et les corps cétoniques 2 heures après au plus tard. En cas de présence persistante d'une hyperglycémie et de corps cétoniques, faire à nouveau une injection d'insuline par stylo ou seringue (selon le protocole défini par le médecin) et re-contacter le médecin ou le service d'astreinte médicale

- Si la recherche de corps cétoniques est négative (inférieure à +) dans les urines ou la cétonémie inférieure à 0,5mmol/l, procéder de la manière suivante :
 1. Vérifier que la pompe fonctionne (pas d'écran blanc, pas d'alarme, pas de fuite apparente), vérifier la programmation
 2. En l'absence d'élément défectueux, un bolus d'insuline à l'aide de la pompe doit être administré, selon le protocole défini par l'équipe médicale.
 3. Contrôler la glycémie 2 heures après au plus tard. En cas d'hyperglycémie persistante, changer le dispositif de perfusion et le réservoir et rechercher à nouveau la présence de corps cétoniques dans les urines ou mesurer le taux de corps cétoniques dans le sang. Si la recherche de corps cétoniques est positive (supérieure ou égale à +) dans les urines ou la cétonémie supérieure à 0,5mmol/l faire une injection d'insuline par stylo ou seringue (selon le protocole défini par le médecin). Si l'hyperglycémie persiste sans cétose, administrer un bolus d'insuline à l'aide de la pompe, selon le protocole défini par l'équipe médicale. Dans tous les cas, contacter le médecin ou le service d'astreinte médicale

En cas de dysfonctionnement de la pompe, contacter le prestataire et **remplacer le traitement par pompe par des injections d'insuline par stylo ou seringue** jusqu'à réparation ou remplacement de la pompe, selon le protocole de remplacement rédigé par le médecin.

Catherine Caliman, Vice-Présidente de l'ALFEDIAM Paramédical

Nous étions environ 30 participants (médecins, IDE et podologues).

Voici les principaux points abordés :

- les Recommandations : « les recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge du pied diabétique infecté » sont en ligne depuis novembre 2006 sur le site l'ALFEDIAM.
Des recommandations sur le pied diabétique rédigées par un groupe de travail pluridisciplinaire doivent être publiées bientôt. L'accent est mis sur le fait qu'une plaie de pied diabétique doit entraîner sa prise en charge par un centre de référence dans les 48 h. Ceci nécessite un recensement des centres de références .La question de la formation des intervenants qui travaillent dans ces centres soulève des commentaires passionnés.
- la mise en décharge de la plaie est si essentielle qu'elle fera l'objet d'une publication pour compléter les recommandations (Drs G. Ha Van et I. Dumont). Le document, destiné entre autres aux généralistes, fera le point sur ce qui existe, ce que cela coûte, ce qui est remboursé, comment l'utiliser.
- des ateliers pratiques (nombre restreint de participants) qui traiteraient de points précis (ex : décharge...) pourraient être proposés à l'ALFEDIAM et serviraient de base d'échanges
- l'enquête ANCRED effectuée dans les réseaux sur la pratique des soins podologiques semble déboucher sur le remboursement de 2 soins podologiques/an pour les grades 2 et de 4 pour les grades 3. Un budget serait débloqué par le ministère de la santé.
- Modalités de prise en charge ;les patients de grades 2 et 3 devraient être les bénéficiaires des soins. Les podologues sont-ils formés pour faire de l'éducation ? S'en suit un débat houleux d'où il ressort que les patients n'ont pas suffisamment accès aux soins podologiques (que le podologue ait ou pas suivi une formation en diabétologie), que cette formation spécifique est à conseiller mais pas à imposer aux podologues.
- Divers protocoles sont en cours comme par exemple celui qui concerne les orthoplasties (sont-elles efficaces, combien coûtent-elles) etc ...
- Un matériel d'électro stimulation qui serait efficace dans l'artériopathie du MI et la neuropathie douloureuse (selon une équipe italienne) est en cours d'évaluation dans 2 centres français (Paris, Reims).Si les résultats italiens se vérifient, un protocole plus rigoureux pourrait être décidé pour une nouvelle étude.

Prochains rendez-vous de l'ALFEDIAM Paramédical

Le 23 Novembre 2007 à Paris – Maison de la chimie

LE MÉTABOLISME DANS TOUS SES ÉTATS

☞ Renseignements et inscription : <http://alfediam.cborg.net/>

Du 25 au 28 Mars 2008 – Diabète 2008 à Bruxelles – Co,grès annuel de l'ALFEDIAM

Prise en charge du diabète en Europe 20 ans après la déclaration de l'OMS



Marie Monjo, Vice-présidente de l'ALFD

La profession de diététicien est une profession jeune créée en France dans les années 1949 par le professeur Jean Trémolières.

La loi qui reconnaissait le titre de diététicien (article L4371 du Code de la Santé Publique) lui conférant un statut d'auxiliaire médical demandait à expliciter l'exercice de la profession. C'est chose faite avec la loi N° L2007-127 du 30 janvier 2007 (Article L 4371-1 à L 4371-6) qui définit le diététicien comme un professionnel de santé à part entière, et crée un diplôme d'Etat de diététicien:

« Est considérée comme exerçant la profession de diététicien, toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée. »

Elle contribue à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition.»

Le contenu de la formation sera précisé par un arrêté conjointement signé des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la réforme des études des professionnels de santé.

Les diététiciens sont aujourd'hui tenus de faire enregistrer leur diplôme au fichier ADELI (Automatisation Des Listes), système d'information national sur les professions de santé réglementées par le Code de la Santé publique quelque soit leur mode d'exercice ou leur secteur d'activités.

Seul cet enregistrement donne le droit d'exercer la profession de diététicien.

Enfin la Loi renforce le dispositif pénal déjà existant pour l'utilisation frauduleuse de diététicien en instaurant des sanctions pénales en cas d'exercice illégal du métier de diététicien.

L'évolution des pratiques professionnelles et le développement du travail en collaboration avec les médecins soulignent l'importance de la réglementation dans la réactualisation de la formation initiale et du développement de la formation continue pour les diététiciens.

La reconnaissance de la profession de diététicien intervient au moment où la mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue comme une priorité de santé publique en France et dans l'ensemble de l'Europe. Le diététicien est le seul professionnel paramédical spécialisé dans l'application des bases scientifiques de la nutrition.

Dans cette optique, il était important d'élaborer des recommandations professionnelles dans le but d'harmoniser les pratiques professionnelles mais aussi d'évaluer les actions spécifiques aux diététiciens pour optimiser la qualité du soin diététique dispensé aux personnes.

Elaborées en janvier 2006 par l'ADLF, première organisation française des professionnels diététiciens, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé, les recommandations pour la pratique clinique « La consultation diététique réalisée par un diététicien » sont aussi destinées à tous les professionnels de santé qui collaborent avec le diététicien.

Ces recommandations définissent le contenu de la consultation diététique, quelque soit le secteur d'exercice, précisent les principes spécifiques de la démarche de soin diététique centrée sur les problèmes nutritionnels, les modalités de conduite d'un entretien diététique ainsi que les éléments de traçabilité pour assurer la globalité de la prise en charge nutritionnelle et la continuité des soins.

Validées par la HAS, elles sont une base incontestable dans la pratique quotidienne des professionnels de santé que sont les diététiciens, notamment pour l'évaluation des pratiques professionnelles en vigueur dans la nouvelle politique de santé.

Composition des Instances 2007

Conseil d'Administration

Fin de Mandat

Bureau & membres de droit

Caroline MARTINEAU	Présidente	Diététicienne,	Toulouse	Mars 2010
Catherine CALIMAN	Vice-Présidente	Infirmière	Bruxelles	Mars 2010
Christine KAVAN	Secrétaire Générale	Diététicienne	Besançon	Mars 2010
Valérie ROSSIGNOL	Secrétaire Générale Adjointe	Diététicienne	Paris	Mars 2010
Michèle JOLY	Trésorière	Infirmière	Monaco	Mars 2010
Dominique ANTOINE	Membre actif	Diététicienne	Bruxelles	Mars 2008
Jocelyne BERTOGLIO	Membre actif	Diététicienne	Nice	Mars 2010
Nicole HUSSIN	Membre actif	Infirmière	Bruxelles	Mars 2010
Catherine JOURNOT	Membre actif	Podologue	Toulouse	Mars 2008
Ivano MANTOVANI	Membre actif	Infirmier	Monaco	Mars 2008
Martine SAMPER	Membre actif	Infirmière	Nice	Mars 2010
P.Louis VINCIGUERRA	Membre actif	Infirmier	Bastia	Mars 2010

Membres consultatifs

Annick LAFFITTE	Conseil des sages	Diététicienne	Paris
Danielle DURAIN	Conseil des sages	Infirmière	Nancy
Florence ROSSI	Conseil des sages	Diététicienne	Paris
Marie-Laure COTTEZ	Conseil des sages	Infirmière	Paris
Nathalie MASSEBOEUF	Conseil des sages	Diététicienne	Paris
Odile LAUTIER	Conseil des Sages	Infirmière	Montpellier
Bruno VERGES	ALFEDIAM	Médecin	Dijon
Fabrice LAGARDE	DELFI	Médecin	Montargis
Nicole-Chantal BERGER	AFD	Infirmière	Montceau les Mines

Comité Scientifique

Fin de Mandat

Jocelyne BERTOGLIO	Présidente	Diététicienne	Nice	Mars 2008
Jacky DELAUNAY	Membre actif	Diététicienne	Toulouse	Mars 2010
Florence GARUZ	Membre actif	Diététicienne	Pessac	Mars 2008
Brigitte HAIBLET	Membre actif	Podologue	Nice	Mars 2009
Catherine HERDT	Membre actif	Infirmière	Starsbourg	Mars 2009
Christiane MOUREY	Membre actif	Infirmière	Le Creusot	Mars 2008
Brigitte NADAL	Membre actif	Infirmière	Fréjus	Mars 2010

Edité par l'ALFEDIAM Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – alfediam@magic.fr

www.alfediam.org

Responsable de Publication : Caroline Martineau

Rédacteurs en Chef : Caroline Martineau, Catherine Caliman

L'ALFEDIAM Paramédical remercie pour son soutien

