

Editorial

Ce premier congrès sous le nom de la Société Francophone du Diabète Paramédical à Lille nous a laissé le sentiment d'une session de formation enrichissante et stimulante dans une ambiance conviviale, et un accueil chaleureux dans une ville très sympathique.

Le programme autour de l'approche des diversités de culture nous a permis un éclairage intéressant de la prise en charge du patient et dans le contexte ambiant du questionnement sur l'identité culturelle, nous sommes rapidement rentrés dans le sujet quand en préambule on nous a rappelé, que nous étions chacun pour les autres, d'un univers culturel spécifique et souvent différent, et que l'important au de là des clivages et des stigmatisations, reste l'adaptation et la personnalisation sans à priori!

Cette volonté de prise en compte de l'approche multiculturelle au sens large, a été ressentie au travers de toutes les interventions de la journée, de la richesse culturelle des traditions ancestrales et familiales à la variété alimentaire, du langage à rendre commun autant à l'oral qu'à l'écrit pour une entente partagée aux outils pédagogiques d'accompagnement à ne pas négliger car ils peuvent être de formidables médiateurs.

Et tout au long de la journée, nous avons tous essayé de réfléchir à notre aliment « totem », de reconnaître les situations abordées mais aussi de nous nourrir de toutes les expériences présentées !

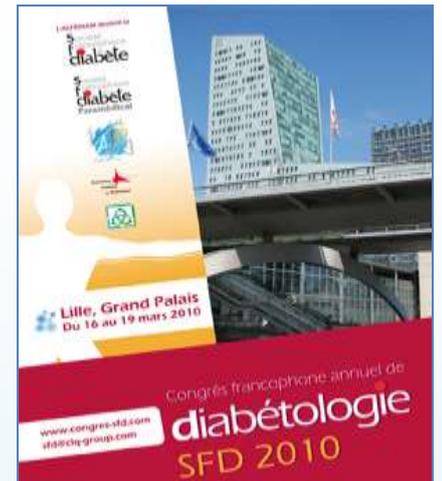
Mais une journée terminée, en cache une autre, et à nous maintenant, Comité Scientifique, de continuer à vous séduire par nos programmes, rapidement pour la préparation de notre journée d'automne fin novembre avec un thème principal qui sera « quand le diabète est associé à une autre pathologie, en l'occurrence le cancer, qu'en est il du suivi, des glycémies et des objectifs de soins ? » que nous essaierons de développer en plénière mais aussi en sessions interactives plus pratiques !

Puis reviendra notre journée de Printemps avec un sujet, fédérateur dans son concept, mais plus mesuré dans sa mise en œuvre, pour lequel l'éclairage « suisse » sera d'un apport certain, je vous rappelle que le congrès de la SFD 2011 se déroulera à Genève !

Pour finir, un grand merci à vous, pour votre assiduité et votre participation qui font le réel succès de nos journées. Je remercie également mes collègues, anciens et nouveaux du Comité Scientifique, pour leur disponibilité, dynamisme et volonté d'entreprendre, sans qui les journées n'existeraient pas sans oublier le Bureau et sa Présidente pour leur soutien et leur efficacité de gestion!

Jacqueline Delaunay
Présidente du Comité Scientifique
de la SFD Paramédical

LETTRE
N°52



Editorial

J. DELAUNAY (Toulouse)

Représentation et perception de la maladie

S.JACQUEMET (Genève)

Culture et alimentation

R.BRAUD ET D.ROMAND (Paris)

La rélette à glycémie

S.BAZULLA (Paris)

Education et suivi diététique

M.LAVILLE (Aix en Provence)

Etude de la technique d'injection

Outil visuel servant au diagnostic

éducatif Hôpital Saint Louis (Paris)

Dessin comme moyen d'expression

Hôpital Pitié Salpêtrière (Paris)

Motiver nos patients diabétiques à

pratiquer une activité physique

régulière Centre Hospitalier de l'Ardenne de Libramont (Belgique)

Nouvelle composition des instances de la SFD Paramédical

Laureats des bourses 2010

Formations

Les dates à retenir



Représentation et perception de la maladie

S. JACQUEMET
Université de Genève
SUISSE

Il n'est pas rare d'observer des professionnels de la santé questionner les patients, lors d'entretiens ou de diagnostics éducatifs, sur la manière dont ils voient la maladie : « *qu'est-ce que représente pour vous le diabète ?* » par exemple.

Cette intégration dans les pratiques de la notion de « conception » chère à Jean Piaget, reprise plus récemment par André Giordan dans son modèle allostérique d'apprentissage, a permis à la prise en charge des maladies chroniques et à l'éducation thérapeutique de franchir une étape cruciale de développement. Toutefois, cette reconnaissance de la vision subjective du patient s'est progressivement banalisée, évoluant vers une certaine confusion qui la mélange avec la notion de « croyance », souvent associée à une imagerie culturellement située ou à des idées erronées. Afin de clarifier chacun de ces notions, il s'agit de distinguer trois notions complémentaires :

- les croyances de santé
- les représentations
- la perception

La première notion fait référence à un modèle développé par Rosenstock en 1998, permettant d'établir le système de causalité et de conséquences entrant dans la compréhension subjective d'une personne quant à son état de santé et à la place d'une solution thérapeutique. Les quatre items retenus rassemblent les éléments pronostics d'une alliance thérapeutique dans le sens où sont questionnées : l'existence d'une maladie, son importance et sa gravité, l'intérêt d'un traitement, ses coûts en regard de ses bénéfices.

Les représentations, quant à elles, englobent toutes les idées et connaissances intégrées par la personne lui permettant de donner sens à un phénomène ou une situation, avec lequel/laquelle elle aura à fonctionner. La notion de « représentation » ne repose pas sur l'idée d'une idée erronée ou d'une méconnaissance. Par contre, elle est à la base du

modèle socioconstructiviste d'apprentissage où les représentations doivent être reconnues et confrontées afin de donner naissance à de nouvelles représentations. En premier lieu, il est possible de travailler sur les représentations de la maladie et du traitement. Toutefois, d'autres représentations sont en jeu qu'il s'agit de ne pas oublier dès lors que l'on se situe dans une démarche éducative: représentations de soi (statut, image du corps, estime de soi, motivation...), représentation de l'action (composantes, logiques, sentiment de compétences, mécanismes...), représentation des effets (gains, risques, intérêts...).

Finalement, la question de la « perception » renvoie à la manière dont les personnes vivent une situation et comment celle-ci est impactée, plus ou moins fortement, par une maladie ou un traitement. Trop souvent, les professionnels de santé peinent à élargir leur écoute à des perceptions très différentes de celle établies par une certaine rationalité scientifique. Dans ce domaine, des notions comme « l'importance » ainsi que « la confiance » représentent des indicateurs prépondérants dans l'accompagnement des personnes malades vers une alliance thérapeutique.

L'ensemble de ses concepts doivent, par ailleurs, s'articuler avec les spécificités propres d'une maladie (« son génie ») ainsi qu'avec la fonction thérapeutique proposée à la personne malade. En effet, il n'est pas rare, là aussi, de voir entrer en collision, à très haute vitesse, des points de vue très différents sur le sens d'une maladie et d'un traitement, discuté par un professionnel et un profane.



Culture et alimentation

R. BRAUD, D.ROMAND

PARIS

Les pratiques alimentaires participent à la construction identitaire individuelle et collective. « Culture et alimentation », sujet riche en perspectives, occupe une place importante dans le suivi des personnes diabétiques.

Nous avons interrogé 11 structures de soins plus ou moins spécialisées en diabétologie, accueillant des populations minoritaires en France. Ce travail exploratoire a pour objectif de : 1) Recenser les dispositifs de prise en charge spécifiques à destination de ces populations ; 2) Comprendre le contexte d'émergence de ces dispositifs ; 3) Saisir la place de la culture dans la prise en charge ; 4) Interroger l'utilité et/ou la nécessité de créer des outils éducatifs spécifiques pour la thématique alimentaire.

Principaux résultats

- 1) Sur 11 structures interrogées, 8 ont mis en place des dispositifs à destination de populations considérées comme culturellement différentes. Cinq de ces dispositifs regroupent des patients de même origine, majoritairement issues de l'immigration maghrébine, et ciblent les caractéristiques ethniques et sociales de ces populations (pratiques culturelles, pratiques alimentaires, niveau socio-économique, niveau d'éducation, religion). Seulement 3 de ces dispositifs ont un public cible mixte (toutes populations immigrées confondues). La majorité des structures ne cite aucun résultat d'évaluation ou référence bibliographique pour justifier cette démarche.
- 2) Pour les professionnels, les difficultés rencontrées sont les mêmes dans la prise en charge des patients qu'ils soient ou non issus de l'immigration. Il s'agit du non suivi des recommandations liés au prendre soin de soi. L'explication des causes des difficultés à suivre les conseils alimentaires semblent être particulière pour les populations issues de l'immigration : 60% des professionnels de santé évoquent la barrière de la langue, mais en priorité une méconnaissance des patients de ce qu'ils consomment au quotidien, et une méconnaissance des professionnels de ce que mangent leurs patients. La communication semble d'autant plus difficile que la culture doterait ces patients de représentations sociales et culturelles opérant comme de véritables obstacles au suivi des recommandations. Une majorité de professionnels a évoqué des représentations autour de l'alimentation comme « l'aliment-médicament », le « corps rond », la place du repas au sein de la famille, ou un « enracinement trop fort » des habitudes, pour expliquer la résistance de ces patients à transformer leurs pratiques alimentaires.
- 3) L'efficacité des outils actuellement utilisés concernant l'alimentation est relative : 63% des patients issus de l'immigration considèrent que ces outils font référence à leur alimentation habituelle. Presque 1 patient immigré sur 2 quitte la structure sans conseils vraiment adaptés à son alimentation habituelle. Les professionnels de santé sont majoritairement demandeurs de connaissances sur l'alimentation traditionnelle des patients. Ils considèrent à 84% que la création de nouveaux outils diététiques spécifiques à ces populations est nécessaire.

Bien que des outils existent déjà ils sont peu connus des professionnels (60%) même dans les structures qui les utilisent, et encore moins souvent utilisés (par seulement 32% des professionnels).

Construire des outils a un intérêt opérationnel évident. Mais la spécificité de ces outils en fonction du type de population cible ne risque-t-elle pas de reproduire certaines des inégalités sociales existantes. Cependant ces inégalités nous rendent inégaux face à la santé, et des outils ciblés pourraient tenter de réduire ces inégalités en proposant une offre de soin adaptée. Il est nécessaire de mieux étudier les besoins des patients et d'évaluer les outils et les démarches ciblées à l'aide de méthodologies validées, afin d'essayer de répondre à ces questions fondamentales.



Education et suivi diététique dans une population diabétique traitée par pompe à insuline externe

M.LAVILLE – diététicienne-
Centre Hospitalier du pays d'Aix
(Aix en Provence)

Le Centre Hospitalier du pays d'Aix (CHPA) est centre initiateur pour pompe à insuline depuis début 2000. L'Unité Mobile d'Education en Diabétologie (UMEDia) a été créée en 2003 pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques.

C'est une unité mobile (comme son nom l'indique !) et transversale dont les activités sont variées mais toujours centrées sur le patient diabétique.

Cette équipe est composée de :

- 1 infirmière à temps plein
- 1 secrétaire à temps partiel
- 1 diététicienne à temps partiel

Elle est coordonnée par un médecin diabétologue. Une part de l'activité de l'UMEDia est d'assurer l'éducation des patients sous pompe à l'initiation puis lors de chaque évaluation annuelle.

En janvier 2010, la file active des patients sous pompe au CHPA est de 160 patients.

Conformément au Journal Officiel de 1999 puis de 2006, le patient sous pompe vient chaque année en évaluation au CHPA. Celle-ci se fait en groupe de 4 personnes maximum ou en individuel.

Pendant cette évaluation, le patient bénéficie d'une consultation infirmière, d'une consultation médicale et, au CHPA, d'une consultation diététique.

Cette consultation se décline en 3 temps :

1- Recueil de données (poids, HbA1c, activité, mode de vie...) qui permettent de mieux connaître le patient, de comprendre comment il vit avec sa maladie, quel rythme de vie est le sien...

2 - Puis différents thèmes d'éducation sont abordés :

- Identification et différenciation des aliments glucidiques
- Maîtrise des équivalences glucidiques
- Connaissances des lipides
- Notion d'équilibre alimentaire
- Gestion de l'hypoglycémie

Ces thèmes sont modulés selon les besoins que le recueil de données aura mis en évidence. Le support de la discussion est le semainier envoyé avec la convocation et rempli la semaine précédant la journée d'évaluation. Ce semainier est un bon reflet des habitudes alimentaires du patient. Il me permet d'orienter l'éducation plus précisément.

Un à deux objectifs diététiques est proposé pour la prochaine évaluation.

3 - Enfin, grâce au semainier, après la consultation, une estimation des ingestas avec pourcentage des protides, lipides et glucides est effectuée.

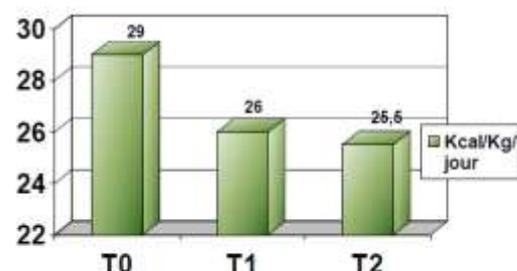
Toutes les données sont recueillies dans une fiche de synthèse. Ces données ont été utilisées pour cette étude, afin d'observer l'évolution des connaissances et des habitudes diététiques dans le suivi de ces patients.

Trois temps de suivi sont choisis : T0 à l'initiation, T1 à 1 an de suivi et T2 à 3 ans de suivi.

Une échelle a été utilisée pour évaluer les variables éducatives : 0 si pas ou peu de connaissances, 1 si connaissances moyennes ou superficielle et 2 si bonnes connaissances. Les résultats ne concerneront que les bonnes réponses (niveau 2).

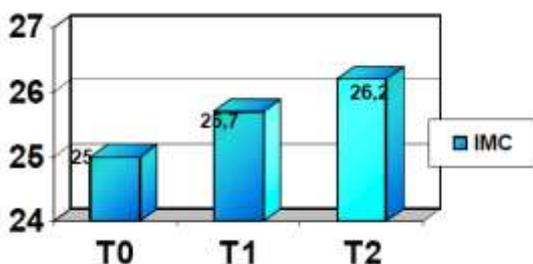
54 patients, ayant bénéficié d'au moins 3 ans de suivi diététique, ont été inclus dans cette étude, 20 hommes et 34 femmes.

Les caractéristiques lors de l'initiation à la pompe de ces patients sont les suivantes : âge moyen : 42.6 ans +/- 14.7, ancienneté du diabète : 15.6 ans +/- 8.6, HbA1c : 7.63 % +/- 1, Poids : 70.5 kg +/- 15.7, IMC : 25.2 kg/m² +/- 5.4, apport calorique : 1948 kcal +/- 425, soit 29.1 Kcal/kg +/- 9.3.

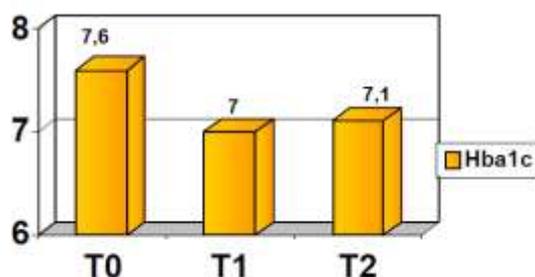


Résultats et commentaire

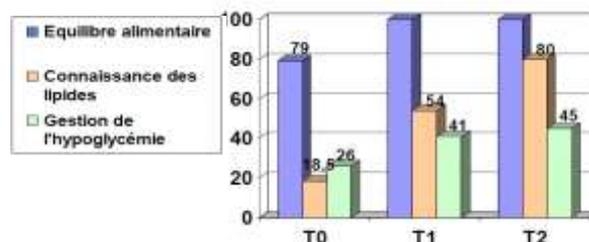
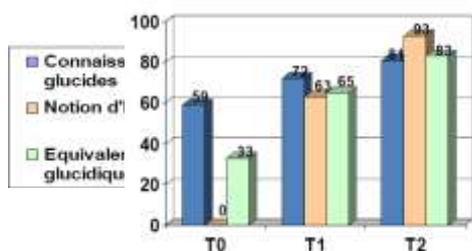
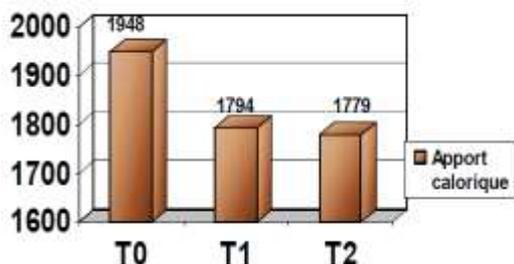
L'IMC ne varie pas en fonction des variables éducatives, mais la variation de poids n'est pas l'objectif principal de l'éducation diététique !



L'HbA1c s'améliore chez les patients (n = 35)



dont les connaissances évoluent le mieux notamment en ce qui concerne les glucides, la notion de repas équilibré, la gestion des hypoglycémies.



Conclusion

Les patients sous pompe améliorent leur HbA1c (-0.6% à 3 ans). L'équilibre glycémique est meilleur du fait de l'ajustement plus précis de l'insuline aux besoins que permet la pompe.

Le suivi diététique permet un renfort d'éducation qui améliore les connaissances globales ; dans ce suivi les meilleurs scores sont obtenus pour :

- La notion de pouvoir hyperglycémiant (index glycémique)
- La connaissance des lipides
- La gestion des hypoglycémies

Le diabète est une maladie chronique dans laquelle la prise en charge diététique est indispensable. Mais elle doit surtout être régulière afin de mieux accompagner les patients, de les aider à modifier leurs habitudes à leur rythme et d'éviter qu'ils ne s'installent dans une certaine routine ou lassitude.

Les autres rôles de la diététicienne à l'Unité Mobile d'Education sont :

- Consultation au lit du patient sur demande du service pour un diagnostic éducatif suivi d'un renfort d'éducation.
- Séance collective hebdomadaire sur différents thèmes : équilibre alimentaire, travail sur les groupes d'aliments, lecture d'étiquettes...
- Consultation de diabète gestationnel (couplée avec la consultation médicale et parfois infirmière)
- Animations de sessions d'insulinothérapie fonctionnelle en ambulatoire depuis septembre 2007
- Formation du personnel soignant selon les besoins des services

Prix scientifique

Ce prix récompense l'abstract « coup de cœur » du jury de la SFD paramédical. Cet abstract, ou résumé, présentera un travail de recherche ou une expérience, pour l'amélioration des soins des patients diabétiques.

Le candidat doit faire partie d'une équipe d'infirmier(e)s, de diététicien(ne)s ou autres paramédicaux membres de la SFD paramédicale ou s'engageant à le devenir avant la remise du prix. La soumission des abstracts se réalise directement sur le site de la SFD paramédical:

www.alfediam.org entre le 1er Septembre et le 7 Novembre 2010

Date limite de soumission le 8 Novembre 2010.



Etude de la technique d'injection rapportée par les patients et les infirmières

Mme Artus (CHU Rouen),
Mme Barcos (CHU Bordeaux)
Mme Durain (CHU Nancy)
Mme Gilbert (CHU Grenoble),
Mme Kakou (Sceaux),
Mr Laroche (CHU Montpellier),
Mme Leridon (CHU Robert-Debré Paris),
Mme Mater (CHU Pitié-Salpêtrière Paris)

Introduction

En France, 625.000 personnes ont un diabète traité à l'insuline et plus des deux tiers ont un diabète de type 2. La maîtrise de la technique d'injection d'insuline est un facteur important de l'efficacité thérapeutique.

L'objectif de cette étude était de collecter les données des patients et des infirmières relatives à la réalisation de l'injection d'insuline : matériel, préparation, technique et ressenti de l'injection. Cette enquête multicentrique ouverte a été réalisée dans sept centres hospitaliers de France métropolitaine, services de diabétologie ou consultations spécialisées, du mois d'octobre 2008 au mois de février 2009, auprès de patients autonomes pour la réalisation de leurs injections d'insuline et en traitement depuis au moins six mois.

134 questionnaires anonymes ont été recueillis auprès de patients adultes ou de parents d'enfants (22 questionnaires concernent des patients de moins de 18 ans) ; dans chaque questionnaire, 40 items s'adressaient aux patients et 12 items à l'infirmière. Les patients répondaient aux questions en décrivant le matériel employé, leur mode de préparation des injections, les zones utilisées, leur technique d'injection, la douleur, les lipodystrophies... Les infirmières renseignaient des questions portant sur des indicateurs similaires après observation de l'injection pratiquée par le patient (ou parent d'un enfant).

En moyenne, les patients étaient âgés de 42 ans (6 à 81 ans) avec une répartition homogène de sexe masculin et féminin (Hommes 51% / Femmes 49%). Ils étaient traités avec de l'insuline depuis 11 ans en moyenne, utilisant un stylo pour 91% d'entre eux. Leur HbA1c était en moyenne de 8,42% +/-1,6.

Résultats

Un tiers des patients désinfecte la peau avant l'injection. 77 % remettent l'insuline laiteuse en suspension avant utilisation comme il est recommandé.

Les **longueurs d'aiguilles** utilisées sont :

- 5-6mm pour 18,8% des patients
- 8mm pour 64,7%
- 12mm pour 6%
- 11% d'entre eux utilisent une longueur d'aiguille différente selon la zone dans laquelle ils injectent l'insuline
- 41% des patients ont changé de longueur d'aiguille depuis le début de leur traitement à l'insuline

Quel que soit le moment de la journée l'injection est principalement faite :

- dans l'abdomen par les adultes

- dans 60% des cas avec un pli
- Les enfants préfèrent piquer dans les bras ou dans les cuisses
- Quel que soit l'âge, la moitié des patients piquent perpendiculairement
- 14% injectent dans la région la moins douloureuse
- 83% font la rotation sur le même site
- 95% alternent le côté gauche et le côté droit
- 28% respectent l'organisation de l'injection sur le principe même site, même heure
- 5% injectent sur le même site dans la même journée
- 7% choisissent le lieu d'injection selon l'activité physique qui va suivre.

Les injections peuvent occasionner des saignements, des hématomes ce qui est retrouvé quelquefois par la moitié des patients. Plus de la moitié des patients a noté des lipodystrophies au niveau des sites d'injection. Chez 51%, **les zones d'injection** sont vérifiées à chaque visite médicale c'est-à-dire 3-4 fois par an. 18% des adultes ayant répondu et 55% des jeunes de moins de 18 ans ressentent quelquefois une douleur attribuée soit à la zone d'injection, soit à une mauvaise technique, soit au produit injecté.

Pour 22% des adultes l'injection n'est jamais douloureuse. Un seul jeune de 18 ans rapporte ne ressentir aucune douleur.

Un tiers laisse l'aiguille moins de 5 secondes sous la peau et autant observent des fuites d'insuline.

10% des personnes ayant participé à cette étude reconnaissent ne pas s'injecter d'insuline quand ils sont malades ou quand ils ne mangent pas.

38% reconnaissent oublier parfois de faire leur injection.

Les infirmières constatent que 62% des patients choisissent le site d'injection approprié, que 67% font le pli correctement (90% avec 2-3 doigts) et que 72% d'entre eux injectent perpendiculairement. Elles retrouvent des lipodystrophies chez un quart des patients. Tous les enfants font un pli cutané.

Les soignants rapportent que **la perception de la douleur** ressentie par le patient est considérée comme importante par 9% des adultes et 63% des jeunes de moins de 18 ans et insignifiante pour 60% des adultes et 28% des jeunes. La moitié des patients ayant répondu au questionnaire a appris à injecter l'insuline avec l'infirmière d'éducation ou l'infirmière du service à injecter l'insuline. Un tiers d'entre eux a appris avec le diabétologue.

Les points techniques les plus abordés sont les zones d'injection, le temps à respecter avant de retirer l'aiguille de la peau, la rotation du site d'injection sur une même zone et la non réutilisation de l'aiguille. Un tiers des patients pense avoir encore besoin d'information sur la technique d'injection.

Conclusion

Une technique inappropriée, la non reproductibilité de la même technique à chaque injection peuvent être responsables d'un manque d'insuline et par conséquent d'un déséquilibre du diabète. La douleur ressentie par le patient n'est pas négligeable et doit être prise en considération par le soignant. La technique d'injection doit par conséquent rester la préoccupation des soignants à l'initialisation du traitement insulinique puis lors du suivi éducatif à long terme des patients diabétiques.

La pratique d'auto-injection doit être réévaluée régulièrement et l'auto-évaluation par les patients encouragée pour contribuer à la stabilité et à l'efficacité du traitement.



Outil visuel servant au diagnostic éducatif et à l'information sur le diabète

A.AMBER, D.ROMAND, G.ZERR
V.GUILLON, S.CASSI, Dr C.BOUCHE,
Dr C.FABREGUETTE

Hôpital Saint-Louis Paris

Les nombreux outils dont nous disposons déjà dans les services de diabétologie constituent des supports intéressants d'information et d'éducation, cependant certains de ces outils sont faits à partir d'illustrations biomédicales préconstruites qui ne sont pas toujours compréhensibles par les patients et s'opposent à leurs propres représentations de leur maladie.

C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé une silhouette artisanale de taille réelle, dessinée sur une feuille plastifiée réinscriptible, qui permet la libre expression des patients, par le dessin sur leur



maladie, leurs connaissances, leurs représentations et leur vécu. Les soignants peuvent compléter leurs explications par des illustrations sur cette même silhouette. Nous utilisons cet outil depuis 2005 en séances de groupe, et même si certains

patients hésitent parfois à dessiner, cette libre expression peut faciliter la définition de leurs difficultés et de leurs besoins. Les soignants, grâce à l'utilisation de cette silhouette avec les patients, complètent le diagnostic éducatif, travaillent sur les idées fausses, les objectifs, et enrichissent les connaissances.

Grâce à l'obtention du prix Novo-Nordisk décerné par le conseil scientifique de la SFD paramédicale en 2009, nous avons pu réaliser une silhouette plus sophistiquée sur un support rigide toujours réinscriptible.

Elle est accompagnée de vignettes aimantées représentant différents organes cibles du diabète,



quelques aliments, des activités physiques et professionnelles, des éléments de l'environnement et de la vie quotidienne, ainsi que de vignettes vierges pour que les patients dessinent ou écrivent.

Ce travail a été réalisé par l'ensemble de l'équipe éducative : médecins, infirmiers, diététiciens et à partir de tests préliminaires réalisés avec les patients.

La silhouette a évolué par rapport à sa conception initiale. Les images biomédicales préconstruites qui ont été introduites sur la demande des soignants et des patients ne doivent pas remplacer l'expression libre directement sur la silhouette ou sur les vignettes vierges. Pour cela il est indispensable de définir précisément le mode d'utilisation qui sera fait de cet outil afin de ne pas le détourner de sa vocation initiale et ne pas en faire uniquement un nouvel outil d'information sur le diabète, utilisé par les soignants pour les enfants.



Vécu du diabète de type 2 : Le dessin comme moyen d'expression

N.MASSEBOEUF - diététicienne -
D.MATER - infirmière -
Dr. C.SACHON
Hôpital Pitié-Salpêtrière (Paris)

Nous avons souhaité évaluer une séance éducative intégrée dans un programme d'éducation thérapeutique de l'unité de semaine du service de diabétologie, destiné aux diabétiques de type 2. Cette séance utilise une technique pédagogique basée sur l'élaboration d'un dessin par chaque patient pour que chacun puisse représenter le vécu émotionnel de sa maladie et le commenter. Le dessin de la santé a déjà été réalisé comme outil pour la relation éducative chez l'enfant, afin de mettre en évidence sa représentation de l'asthme (B. GINIERES, R. GAGNAYRE, 2004).

Finalité de la séance

La séance doit permettre d'identifier les événements psychologiques qui vont faciliter l'apprentissage ou faire obstacle à l'apprentissage, et répondre ainsi aux questions suivantes :

- Quel est le projet pédagogique pour le patient ?
- Que doit apprendre (ou réapprendre) le patient pour répondre à ses besoins spécifiques ?
- Que pense-t-il pouvoir changer ?

Buts de la séance

La séance est destinée à mieux comprendre la manière dont les patients cherchent à s'adapter à ce qui leur arrive, ainsi que de mieux appréhender leurs réactions, et ce qui peut influencer ou favoriser les évolutions dans l'acquisition des compétences. Au-delà des frustrations alimentaires et des contraintes liées aux traitements, il s'agit :

- De poser des questions adaptées, et d'écouter activement les réponses du patient
- De l'aider à s'exprimer plus facilement
- De faire face à ses émotions

Description de la séance

Depuis le 17 octobre 2005, la séance d'apprentissage de groupe se situe le deuxième jour du programme. L'équipe propose aux six patients diabétiques de type 2 (DT2) de « **Mettre le diabète en forme et en couleur** ». Chaque patient réalise un dessin et l'explique. Un seul membre de l'équipe anime la séance, en présence des deux autres. Un questionnaire d'évaluation est remis depuis le 27 novembre 2006.



Objectifs de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective, destinée à :

1. **Mettre en évidence** les représentations du diabète chez les patients diabétiques de type 2 grâce au dessin
2. **Apprécier** la cohérence entre les représentations liées à la verbalisation du dessin et le sentiment d'avoir pu les exprimer
3. **Rechercher** une incidence entre le vécu exprimé par le dessin et l'équilibre du diabète

Population étudiée

Les caractéristiques des 178 personnes DT2 (89H/89F) étudiées correspondent à : Age : 57 ± 9 ans ; Ancienneté : 13 ± 8 ans ; HbA1c : $9 \pm 1,7\%$; IMC : 30 ± 5 . 41% présentent des complications du diabète ; 27% des antécédents de complications dans l'entourage ; 66% sont traités par insuline.

Notre population diffère de la population DT2 en France (Etude ENTRED) : ils sont plus jeunes, présentent un moins bon équilibre glycémique et une obésité plutôt qu'un surpoids, ont plus de complications et ont plus recours à l'insulinothérapie.

Méthode

1. Nous avons recensé les éléments se rapportant aux déclarations suivantes:
 - ✓ Être persuadé qu'on est bien atteint par la maladie
 - ✓ Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour soi
 - ✓ Penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique
 - ✓ Penser que ces bénéfices soient supérieurs aux contraintes du traitement et aux complications liées à la maladie
 - ✓ Avoir confiance en soi et dans les autres (soignants, entourage)
2. Nous avons classé ces éléments en catégories de contenu :
 - ✓ La gravité de la maladie
 - ✓ Les inquiétudes ou la peur
 - ✓ La mort
 - ✓ La résignation
 - ✓ Les contraintes
 - ✓ La pensée magique ou les facteurs externes

Plusieurs catégories de contenu peuvent être évoquées par le même patient.

3. Nous avons remis le questionnaire et analysé le questionnaire suivant (réponses possibles : Pas du tout/Un peu/Plutôt/Beaucoup)
 - ✓ Lors de la présentation de la séance « dessin », les objectifs et les consignes étaient-ils clairs pour vous ?
 - ✓ Selon vous, le matériel proposé (feutres, peintures...) convenait-il
 - ✓ D'après vous, le dessin vous a-t-il permis d'exprimer votre ressenti ?
 - ✓ Selon vous, votre explicitation verbale du dessin était-elle cohérente avec votre vécu du diabète exprimé par ce dessin ?
 - ✓ Est-ce que le fait d'expliquer votre dessin a éveillé, chez vous, des difficultés ou des inquiétudes ?
 - ✓ Cette forme d'expression par le dessin vous a-t-elle satisfaite ?

Le questionnaire a été remis en cours de l'étude. Il représente 60% de la population étudiée.

Résultats

1. **Mise en évidence des représentations** par catégories de contenus
2. **Appréciation de la cohérence** : 76% des patients déclarent que le dessin a permis d'exprimer leur ressenti et 77% que son expression est cohérente avec leur vécu du diabète.
3. **Recherche d'une incidence** : l'expression de la gravité de la maladie, l'expression des inquiétudes, l'expression des contraintes, l'expression d'une résignation, l'expression d'une pensée magique, l'expression de la mort n'est pas liée à certaines caractéristiques du patient.

Conclusion

Le vécu de la maladie au travers le dessin n'est pas lié à l'âge du patient, à l'ancienneté de sa maladie, à son sexe, à l'équilibre de son diabète, à son poids, à la nature de son traitement (insuline ou pas) ou s'il existe des complications ou des antécédents de complications dans l'entourage. Les « caractéristiques médicales » ne permettent donc pas de supposer les représentations du patient vis-à-vis de sa maladie. Par conséquent, une séance éducative permettant l'expression du vécu de la maladie par le patient est indispensable.

La moitié des patients estime que l'expression de leur vécu du diabète, grâce au dessin, a permis d'éveiller chez eux des inquiétudes ou des difficultés. Ceci est indépendant de la nature de ce qu'ils ont exprimé :

- Soit parce qu'ils en étaient déjà conscients, et que cela n'a donc pas été « éveillé »
- Soit parce qu'il n'y a pas de lien entre ce qu'ils ont exprimé et ce dont ils ont conscience, même s'ils estiment avoir pu exprimer leur ressenti

Par conséquent, la perception du diabète exprimé par le patient grâce au dessin échappe parfois à la conscience : s'agit-il d'un mécanisme de résistance ?

Le dessin et son explicitation est un outil permettant aux patients étudiés de pouvoir exprimer leur ressenti. Les diabétiques de type 2 ne sont pas seulement des patients inobservants :

- Leur système de représentations ne « garantit » pas, à lui seul, les comportements de santé et les résultats thérapeutiques
- L'expression de leur vécu et la conscience, qu'ils en ont, sont parfois discordants.

Le dessin et son explicitation est un outil permettant au soignant de repérer les événements psychologiques qui vont faciliter l'apprentissage ou faire obstacle à l'apprentissage.

Bourse Roche Diagnostic 2009



ORIGINE DU PROJET

Dans les Maisons ABD de la Province de Luxembourg, toutes les personnes diabétiques peuvent rencontrer une infirmière spécialisée en diabétologie et une diététicienne pour les aider à mieux comprendre et mieux gérer leur diabète. Avec le temps, nous nous sommes rendu compte que pour certaines personnes diabétiques, sédentaires, en surpoids, le regard des autres pouvait être un frein à la pratique d'une activité physique. Être à l'aise n'est pas n'est pas pour eux chose facile. Et pourtant, cela fait partie du traitement du diabète, comme le régime

Comment motiver nos patients diabétiques à pratiquer une activité physique régulière

V .COLLARD - Infirmière d'éducation -
Centre Hospitalier de l'Ardenne de Libramont (Belgique)

et les médicaments. Nous avons donc décidé, avec l'Association des Personnes Diabétiques de la Province de Luxembourg et le soutien de l'ABD, de créer un cours de gymnastique adapté situé dans un centre de fitness à Libramont (Ardennes belges), juste à côté de l'hôpital.

FINANCEMENT

Grâce à un projet Interreg, nous avons pu commencer ce cours de gymnastique en 2007 en ne demandant qu'une participation symbolique de 1 euro par séance et par personne. A la fin du projet Interreg, nous avons sollicité différentes firmes que nous remercions vivement : Abbott, Bayer, Lifescan, Novo, Lily, Roche, Sanofi Aventis, Menarini, Terumo et G-Méd. Début 2010, nous avons augmenté la participation

financière à 20 euros par mois, ce qui couvre moins de la moitié du cout réel financier du cours (le reste étant couvert par l'APDPL). Nous avons également obtenu le prix Roche Alfédiam 2009. Pour le futur, les cercles de médecins généralistes de notre province ont décidé de soutenir financièrement cette initiative.

Pour eux aussi, ce projet est très important et rentre dans le cadre d'idées innovantes qu'ils voulaient soutenir pour améliorer la prise en charge du diabète.

MODE DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Les personnes diabétiques rencontrées dans les consultations du CHA (Centre Hospitalier de l'Ardenne) de Libramont et des Maisons ABD reçoivent des invitations lorsque nous leur parlons de l'importance de la pratique régulière d'une activité physique. De la publicité est aussi régulièrement faite dans la revue ABD et les courriers de l'APDPL (Association des Personnes Diabétiques de la Province de Luxembourg)

FREQUENTATION ET ORGANISATION DU COURS

Depuis sa création en 2007, 48 personnes ont fréquenté le cours à un moment donné. Sur ces 48 personnes, 11 ont été assidues en 2009. Les 37 autres ont dû arrêter pour des soucis de santé, de proximité... Ce cours était un cours collectif qui s'articulait sur deux séances d'une heure, les lundis et vendredis de 13h45 à 15h00. Là, dans un encadrement optimal, guidées par une kinésithérapeute, motivée et motivante, les personnes ont pu évoluer en toute confiance sur différents appareils : vélo, tapis, rameurs,... dans un endroit climatisé. Après une adaptation à l'effort échelonnée sur quelques semaines, on y propose alors des entraînements longs à une fréquence cardiaque plus élevée afin d'accroître la consommation des sucres. Une mesure de la glycémie capillaire était proposée avant et après l'activité.

POURQUOI UNE ETUDE

Persuadés depuis longtemps de l'importance de la pratique régulière d'une activité physique, nous avons voulu durant l'année 2009 étudier ou illustrer l'effet « santé » de cette pratique chez les 11 participants assidus au cours avant de nous lancer dans l'extension à deux autres endroits (Arlon et Marche). A ces 11 participants réguliers, un questionnaire a

été remis et rempli par la kinésithérapeute au début (janvier 2009), après 6 mois et un an de fréquentation du cours (fin décembre-début janvier 2010). La récolte de ces données nous a permis d'en tirer des graphiques représentant l'évolution des indicateurs suivants : poids, lipométrie (pourcentage de masse grasse et maigre), VO₂max (c'est-à-dire test à l'effort) et sur base d'une prise de sang chez le médecin : l'HbA_{1c}. Un passage régulier de l'infirmière en diabétologie et surtout la présence active de la kiné ont permis de soutenir la motivation du groupe. Une table ronde avec l'outil éducatif Map a été réalisée et appréciée par tous.

PRESENTATION DU GROUPE

Vous retrouverez les 11 personnes sur l'axe horizontal des graphiques ci-dessous. Il s'agissait de 3 hommes et 8 femmes. Deux personnes avaient un diabète de type 1. Huit autres, un diabète de type 2 (un traité par régime seul, deux sous insulines et les autres en bi ou tri thérapie médicamenteuse et/ou incrétine injectable). Une personne avait un diabète secondaire traité par insuline. La moyenne d'âge du groupe était de 60.5 ans (la plus jeune avait 49 ans et le plus âgé, 78 ans).

PRESENTATION DES RESULTATS

a. Poids

le graphique ci-dessous (fig.1) nous montre que la perte de poids pour le groupe (malgré la pratique régulière d'une activité physique) n'est pas ici très significative : - 0.57 kilos pour le groupe. On observe une baisse les 6 premiers mois, puis une reprise durant les mois d'hiver

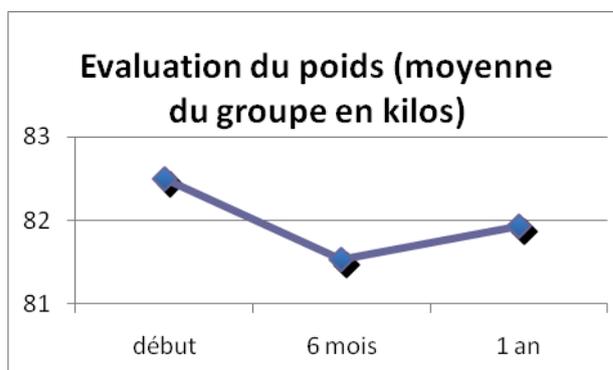


Fig. 1

Cependant, les trois personnes les plus en surpoids (100-115-105 kilos sur la fig.2) ont chacune perdu deux kilos en un an. Une personne en a repris 4 sur l'année en partant de 89, une autre 2 en partant de 63

kilos. Les plus minces sont restées stables (46- 53 kilos). Pas facile de perdre du poids.

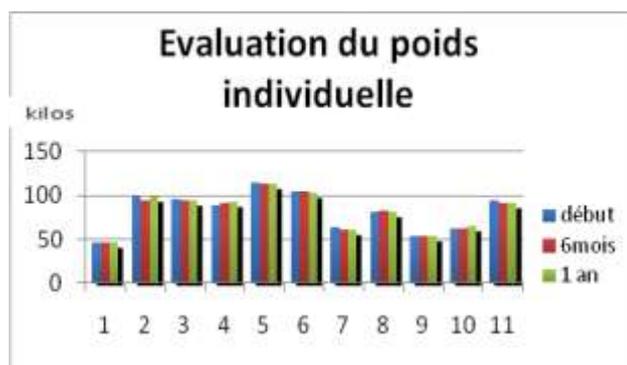


Fig. 2

En effet, il faut savoir que « un effort de 2h00 à 63 % de VO₂ max (voir test à l'effort plus bas) permet de brûler seulement 60 gr de graisses corporelles. Soit l'équivalent des matières grasses contenues dans un paquet de chips de 200 GR » (body talk 26 février 2003). Pour un effet optimal sur le poids, il faut absolument coupler l'activité physique à un régime normo ou hypo-calorique.

b. L' HbA1c

Ce paramètre représente la moyenne des glycémies sur une période de 6 à 8 semaines avant la prise de sang. Chez les personnes qui n'ont pas le diabète, elle est de 4 à 6 %. On estime que le diabète est bien équilibré si elle se situe sous les 7% (recommandation de l'ADA). Les personnes fréquentant le cours avaient un bon suivi du diabète. Toutes ont revu régulièrement le médecin (au moins trois fois l'an pour la prise de sang) et une fois la diététicienne comme cela avait été demandé au début sur le questionnaire. Trois avaient une HbA1c de plus de 7% (max 7.9%) et ont terminé l'année sous les 6.5%. Ce sont celles qui ont perdu du poids. Une seule personne a augmenté son HbA1c, passant de 6.7 à 7.1% avec pourtant une perte de poids de deux kilos et déjà sous une injection de Lantus (fig.3). La moyenne du groupe est passée en un an de 6.9% à 6.44%, soit une baisse de 0.45% .

c. La lipométrie

Elle a été mesurée avec un appareil très précis, un Body Fat Analyser. Celui-ci calcule avec précision sur base de données de taille, poids, sexe, âge,... le pourcentage de masse grasse et de masse maigre du corps. Au plus ce chiffre diminue (moins de graisse pour plus de muscle) au mieux c'est pour la santé.

Dans notre étude, la diminution est ici beaucoup plus significative que la perte de poids et confirme le fait que quand on pratique une activité physique, on n'a pas toujours facile de perdre du poids, car ce que l'on perd en graisse, on le gagne en muscle et sur la balance, rien ne bouge. Mais en termes de santé, c'est très important d'augmenter la masse musculaire, car c'est le muscle qui brûle ce que l'on mange. Un entraînement en endurance agit de façon préventive ou comme soutien dans la thérapeutique des personnes diabétiques, en facilitant l'absorption du glucose lors du travail des muscles et en augmentant la masse musculaire qui capte mieux le glucose. Sur la figure 4, on constate que le groupe est passé d'une moyenne de 29,22 % de masse grasse au début, à 26,3 %, 6 mois après (c'est-à-dire en juin, mois d'été durant lesquels l'activité est plus importante), puis est remontée à 27,13% fin décembre, avec les mois d'hiver?

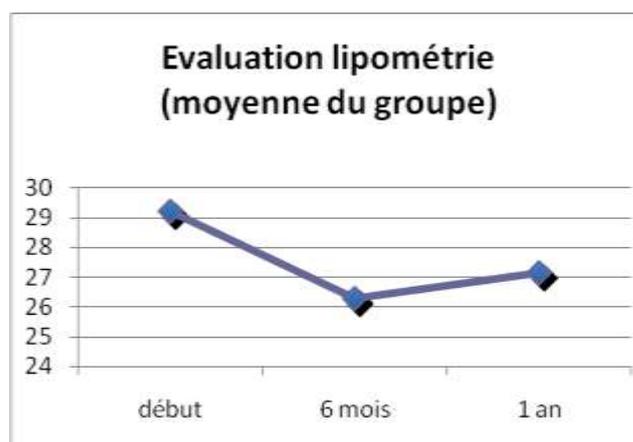


Fig.4

d. Evaluation test à l'effort ou mesure de la VO₂max

C'est la quantité maximale d'oxygène qui peut être apportée à l'organisme. Elle se calcule en ml/kg/min. Elle détermine « la cylindrée du sujet » et permet d'évaluer son endurance. Au plus elle augmente, au mieux la personne est capable de soutenir des efforts physiques intenses en aérobie.

Quatre personnes n'ont pas pu être reprises dans cette étude VO₂ max (fig.7) car : les participants 1 et 10 n'ont fait que le dernier test; le participant 5 n'a pas pu aller au bout du test car ses pulsations étaient trop hautes ; la participante 8 n'a pas voulu faire le test, car elle le fait chez son cardiologue. Le groupe pour ce test était donc composé de 7 personnes, deux hommes et 5 femmes avec une moyenne d'âge de 59,14 ans.

VALEURS NORMALES (à titre indicatif) :

de 30 à 40 ans: 30 à 60ml/kg/mn. Les grands sportifs atteignent 80 à 90ml/kg/mn.(www.cardiodiac.nl)

Une personne avait une Vo2 max de 80,1 (mais mesurée une seule fois), et trois autres à plus de 52.

Notre groupe passe d'une VO² max de 36,7 au début, à 43,5(mois d'été) après 6 mois, puis 40,24 ml/kg/min fin d'étude (mois d'hiver, douleurs genoux et dos pour deux participants...) avec cependant une amélioration totale de 3,54 ml/kg/min en un an pour le groupe.(fig.8)

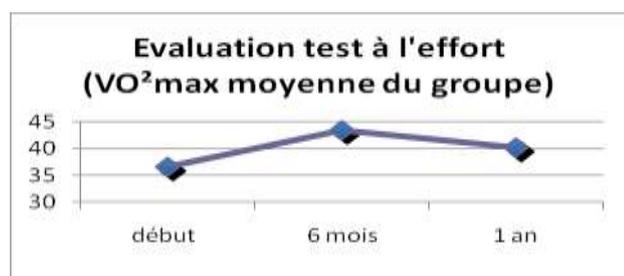
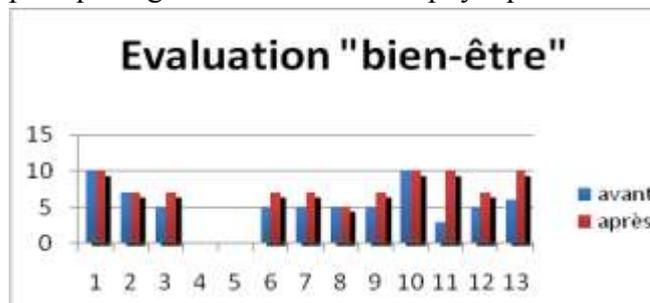


Fig.8

Pour les deux évaluations suivantes, le questionnaire « bien-être et forme » a été remis à la fin de l'année 2009, début 2010. C'est pour cette raison que deux personnes, qui n'ont pas repris le cours en janvier 2010 ne l'ont pas rempli. Nous avons aussi ajouté les résultats de deux nouveaux participants (numéro 12 et 13) qui ont commencé à fréquenter le cours fin 2009. On relève déjà, chez ces deux personnes une nette amélioration en quelques semaines.

e. Evaluation bien-être

Nous avons demandé ici aux personnes de situer sur une échelle de 1 à 10 comment elles se sentaient dans leur corps avant et après un an de pratique régulière d'une activité physique.

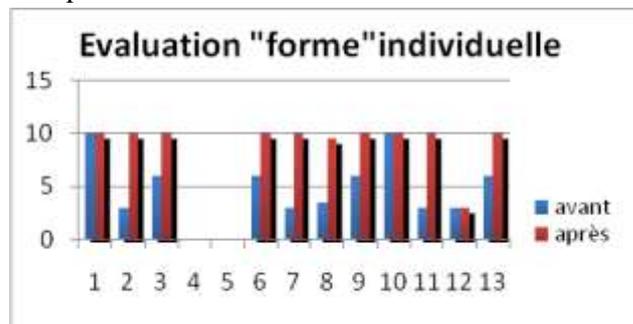


- 1 = « pas bien dans ma peau du tout »
- 3 = « j'ai du mal à m'accepter »
- 5 = « je m'accepte mais sans plus »
- 7 = « je me sens bien dans ma peau »
- 10 = « je me trouve très bien dans mon corps et ne souhaite rien changer »

Evaluation du groupe : l'estimation du groupe passe de 6 à 7,9 sur l'échelle, ce que confirme que la pratique régulière d'une activité physique a apporté plus de « bien-être » aux participants.

f. Evaluation forme

ici aussi nous leur avons demandé de chiffrer sur une échelle de 1 à 10 la difficulté ressentie lorsqu'ils montaient les escaliers.



1 . je n'arrive plus à monter les escaliers pour aller à l'étage

3 . J'ai des difficultés pour monter les escaliers

6 . Je monte les escaliers sans difficulté mais dois reprendre mon souffle

10 . Je monte les escaliers pour aller à l'étage sans difficulté et sans devoir reprendre mon souffle

Evaluation du groupe : c'est ici que l'amélioration a été la plus surprenante et encourageante puisque le groupe passe d'une estimation de 5.4 à 9.3. Quelle belle amélioration de la qualité de vie au quotidien qui doit se marquer dans différentes tâches : aller aux courses, se promener, jardiner,... en étant moins essoufflé.

CONCLUSION

Cette approche est loin d'être une étude statistiquement significative (pas assez de participants, pas de comparaisons,...). Elle reflète cependant les bienfaits santé apportés par la pratique régulière d'une activité physique au sein de ce cours collectif.

En résumé, nous sortons de cette petite enquête, confortés dans notre idée que la pratique d'une activité physique régulière apporte beaucoup aux personnes diabétiques. Nous sommes très contents d'être soutenus dans ce projet pour sa survie par les médecins de la Province et les diabétologues et pouvons déjà vous assurer que dès avril 2010 un autre cours sera ouvert à Marche, Arlon plus de Libramont pour permettre à un maximum de personnes diabétiques qui le désirent de pratiquer une activité physique de groupe adapté

Nouvelle composition des instances de la SFD Paramédical

Conseil d'Administration

Michelle JOLY	Présidente	Infirmière	Monaco	mars-13
Jocelyne BERTOGLIO	Vice Présidente	Diététicienne	Nice	mars-13
Catherine CALIMAN	Secrétaire Générale	Infirmière	Bruxelles	mars-13
Christine KAVAN	Secrétaire Générale adjointe	Diététicienne	Besançon	mars-12
Christiane MOUREY	Trésorière	Infirmière	Le Creusot	mars-13
Sandra CHARRIERE	Membre actif	Diététicienne	Mayotte	mars-12
Carmen FLUMIAN	Membre actif	Diététicienne	Paris	mars-12
Nicole HUSSIN	Membre actif	Infirmière	Bruxelles	mars-13
Catherine JOURNOT	Membre actif	Podologue	Toulouse	mars-11
Elise HAMON	Membre actif	Infirmière	Saint Mandé	mars-13
Sophie MORACCHINI	Membre actif	Infirmière	Saint Mandé	mars-13
Sophie RAMPIN	Membre actif	Diététicienne	Toulouse	mars-13

Membres consultatifs

Annick LAFFITE	Conseil des sages	Diététicienne	Paris	
Danielle DURAIN	Conseil des sages	Infirmière	Nancy	
Florence ROSSI	Conseil des sages	Diététicienne	Marseille	
Marie-Laure COTTEZ	Conseil des sages	Infirmière	Ormesson	
Nathalie MASSEBOEUF	Conseil des sages	Diététicienne	Vincennes	
Odile LAUTIER	Conseil des sages	Infirmière	Montpellier	
Caroline MARTINEAU	Conseil des sages	Diététicienne	Toulouse	
Agnès SOLA	SFD	Médecin	Paris	
Elisabeth CHABOT	DELF	Infirmière	Paris	
Nicole-Chantal BERGER	AFD	Infirmière	Montceau les Mines	

Conseil Scientifique

Jacqueline DELAUNAY	Présidente	Diététicienne	Toulouse	mars-13
Ivano MANTOVANI	Membre actif	Infirmier	Monaco	mars-11
Philippe PIRARD	Membre actif	Kinésithérapeute	Bruxelles	mars-12
Marie-Paul ROGGMANS	Membre actif	Infirmière	Bruxelles	mars-11
Annie VANNIER	Membre actif	Diététicienne	Le Creusot	mars-11
Emilie BOURCELOT	Membre actif	Diététicienne	Besançon	mars-13
Martine SAMPER	Membre actif	Infirmière	Nice	mars-13

Lauréats des Bourses 2010

Bourse Roche Diagnostics 2010

Projet d'amélioration thérapeutique pour patients diabétiques sourds et malentendants en langue des signes française

*I.Dufaure de Citres, M Debellis,
Réseau Dedicas, Saint Etienne*

Bourse Novo Nordisk 2010

**Prévention des plaies du pied : élaboration d'une fiche de conseils personnalisés
« informatisée »**

Nathalie Even, Serris (77)

Bourse Lilly 2010

Amélioration de l'éducation des enfants diabétiques de type 1 de culture maghrébine

*Valérie Vandooren, T.Barrea, F.De Gorter, V.Beauloye, N.Jodogne
Saint Luc-Woluwe-Bruxelles*

DELF : Diabète Education de Langue Française

Le DELF propose des formations sous forme de modules thématiques de 1 ou 2 jours.

- Diagnostic éducatif
- Conduite d'un entretien
- Le patient face à la maladie chronique
- Entretien motivationnel
- Modèles de changement de comportement
- Typologie des comportements
- L'adulte apprenant

88 rue de la roquette 75544 Paris cedex 11

Téléphone /Fax : 01 40 21 60 74

Courriel : delf.sa@orange.fr

IPCEM : Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale

Crée en 1989, l'IPCEM est actuellement la première structure spécialisée en France de formation des soignants à l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques.

8/14 Passage Sainte Anne Popincourt 75011 Paris

Téléphone : 01 43 14 74 60

Courriel : info@ipcem.org

DIU : Acteurs-relais de la prévention de l'obésité, du diabète et des maladies cardio-vasculaires

Responsable du diplôme pour Paris Descartes : Patrick TRIADOU

Faculté de médecine Paris Descartes - site Cochin-Port-Royal

24 rue du Faubourg-Saint-Jacques 75014 Paris

Téléphone : + 33 (1) 44 41 22 16 / 22 17

Courriel : diu.obesite@scfc.parisdescartes.fr

DU En art-thérapie : responsable d'atelier thérapeutique ou psychoéducatif à médiation artistique, spécialisation musique, arts plastiques ou arts de la scène

Responsables : Pr Rouillon Frédéric, Pr Lecourt Edith

Service commun de formation continue (SCFC)

45, rue des Saints-Pères (8ème étage) 75006 Paris

Téléphone : +33 (1) 42 86 22 62

Courriel : du.arttherapie@scfc.parisdescartes.fr

CERFED : Centre de Ressources et de Formation à l'Education du Patient

La Cram Nord-Picardie a créé le CERFEP qui développe deux axes :

- Un pôle formation/accompagnement de projets
- Un pôle ressources documentaires.

Responsable pédagogique : Viviane SZYMCZAK

Téléphone : 03.20.05.63.53 - Fax 03.20.05.79.80

Courriel : cerfepnp@cram-nordpicardie.fr

Les dates à retenir de la SFD paramédical

Journées de formation

Journée d'automne à RENNES le 26 Novembre 2010

« Diabète et cancer »

Journée ouverte aux :

- membres et non membres de la SFD paramédical
- paramédicaux et médicaux hospitaliers et libéraux

Droits d'inscription : **Avant le 21 novembre 2010**

Membre : 40 € - Non membre : 80 € . **Sur place** Membre : 80 € - Non membre : 100 €

Renseignements :

Jocelyne BERTOGLIO 18 rue Arson - 06300 NICE

Email : inscription@sfdiabete.cborg.net

Journées de printemps à GENEVE du 23 au 24 Mars 2011

« Congrès SFD 2011 »

Appels à projets

Depuis de nombreuses années, l'industrie s'associe à la Société Francophone du diabète pour récompenser les infirmiers(ères), diététiciens(nes), paramédicaux pour toute innovation dans la qualité des soins et l'éducation apportées aux personnes diabétiques.

- Les modalités sont précisées sur des affiches spécifiques adressées par courrier aux membres
- Le candidat doit faire partie d'une équipe paramédicale, membre de la SFD paramédical
- Les dossiers sont envoyés en 10 exemplaires à :
SFD Paramédical – Secrétariat Permanent - 88 Rue de la roquette - 75011 Paris -
- Le jury est composé du Comité Scientifique et de la Présidente de la SFD Paramédical

Concours de l'outil pédagogique

Projet d'outil éducatif pour améliorer la prise en charge éducative des patients diabétiques par les équipes soignantes. *Attribution du prix lors de la journée d'Automne*

Appel à dossier courant Mai 2010

Date limite de soumission : 31 Juillet 2010

Bourse de soins en diabétologie

Pour la mise en œuvre de projet d'amélioration des soins ou d'éducation pour les patients diabétiques. *Attribution des prix lors de la journée de Printemps*

Appel à dossier à partir de Novembre 2010

Date limite de soumission : 15 Janvier 2011

Communications orales et affichées

Prix du meilleur Abstract

Prix « Coup de cœur »

Prix du meilleur poster

Appel à abstract à partir de Septembre

Date limite de soumission : 8 Novembre 2010

Attribution des prix lors de la journée de Printemps

Renseignements : delahunay.cs.sfd@mail.com

Juin

- Journées d'étude de l'AFDN 2010
Paris - du 10 au 12 au CNIT La Défense
- <http://www.afdn.org/>

Octobre

- 35èmes Entretiens de Podologie
- <http://www.fnp-online.org/>

Novembre

- 23ème Salon Infirmier 2010 - Paris Porte de Versailles du 3 au 5 novembre
- www.salon-infirmier.com
- Salon du Diabète et de la Nutrition Paris 2010
- Journées d'Automne SFD Paramédical 2010 - Rennes - 26 novembre

Février

- Congrès Santé Education Paris 2011 - le 10 et 11 février 2011
- La Maison de la Chimie
- <http://www.diabete-education.org/>

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie S.F.D. 2011 - Genève -
du 22 au 25 mars 2011
- <http://www.alfediam.org/>

Edité par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.alfediam.org

Responsable de Publication : Michelle JOLY

Rédacteurs en Chef : Martine SAMPER – Ivano MANTOVANI

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

