

Editorial

Le diabète confère aux malades les contraintes que chacun connaît. Toutefois, les diabétiques se comportent comme tous les citoyens et sont soumis aux addictions qui amènent à des conduites qu'ils réprouvent souvent eux-mêmes. Celles-ci ont pour conséquence une perte de liberté et une dépendance qui dégradent la qualité de vie et souvent la santé.

Les addictions sont de nature multiple d'ordre physique, psychologique ou sociale. Certaines d'entre elles ont des conséquences directes sur les complications du diabète.

La consommation d'alcool, outre ses conséquences bien connues, majore le risque hypoglycémique. L'implication du tabagisme dans l'apparition des complications cardiovasculaires n'est plus à démontrer. Les perturbations du comportement alimentaire, la pratique exagérée des activités sportives visant à maintenir un poids idéalisé ne doivent pas être sous-estimés. Les conséquences des toxicomanies varient naturellement selon leur nature mais elles retentissent sur l'état de santé, sur la qualité de l'observance et de la surveillance de la maladie.

La difficulté de la prise en charge de ces addictions tient à leur fréquent déni. La lutte contre ces comportements doit faire partie du projet de soin des diabétiques ce qui implique qu'ils soient reconnus. C'est la raison pour laquelle la réunion d'automne de la SFD paramédicale qui s'est déroulée au Val-de-Grâce avait pour ambition d'aborder ce sujet d'importance.

En effet, la lutte contre les addictions nécessite d'impliquer l'ensemble des soignants et d'être intégrée dans le cadre de l'éducation thérapeutique. En effet, la dépendance comporte une composante physique mais aussi psychique qu'il est difficile de vaincre.

La prise en charge des addictions est fonction de sa nature et de la psychologie du malade. L'intervention de l'Etat est également primordiale par la mise en place de grandes campagnes d'information et de prévention.

Même si les résultats sont aléatoires et les rechutes fréquentes, les soignants ne doivent pas se laisser aller au découragement et poursuivre les échanges avec leurs malades. L'objectif ultime est d'obtenir le sevrage afin de restaurer la liberté du malade tout en évitant une aggravation des conséquences du diabète.

Cette journée d'automne très réussie a permis de fournir beaucoup de pistes concrètes pour répondre aux légitimes interrogations des soignants.

Bernard Bauduceau et Elise Hamon

Service d'Endocrinologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin

Lettre n° 59

Février 2014

Sommaire

- 2** Tabagisme et Diabète de type 2
- 3** Arrêt du tabac et prise de poids, D'une addiction à l'autre
- 5** Evaluation d'un programme de gestion du stress destiné à des patients atteints de diabète de type 2
- 9** Tabagisme : traitements, alternatives et maintien
- 13** Tabagisme : traitements, alternatives et maintien
- 15** Rôle de l'Infirmière Diplômée d'Etat
- 17** Dépistage et approches
- 20** Alimentation, cœur et vie pratique : Astuces pour manger mieux
- 23** L'éducation nutritionnelle par l'image
- 26** Evaluation Journée d'Automne 2013
- 28** Agenda

Tabagisme et Diabète de type 2

Vincent DURLACH .

Unité de Coordination Tabacologique . CHU de Reims



Il existe un lien clairement documenté entre l'accumulation de graisse viscérale l'insulino-résistance et le tabagisme chronique . Ce dernier favorise donc l'expression du syndrome métabolique et de ses différentes composantes dont le diabète de type 2 (DT2). Près d'un quart des patients DT2 sont fumeurs, le tabagisme chronique est un déterminant majeur des complications macro-angiopathiques (1ère cause de mortalité) mais également de la mortalité par cancers . Le tabagisme favorise également les complications micro-angiopathiques du DT2 en particulier la néphropathie. Il y a donc un bénéfice majeur à éviter toute consommation tabagique chez le DT2 ou à l'aider à se sevrer s'il est déjà fumeur . Il n'existe actuellement que très peu d'études sur la stratégie spécifique de prise en charge thérapeutique du sevrage tabagique chez les DT2, qui représente cependant une absolue nécessité. Celle-ci se heurte de plus aux difficultés particulières de la maladie chronique et à la crainte de la prise de poids chez des patients présentant pour majorité un excès pondéral. Néanmoins le bénéfice absolu du sevrage tabagique chez le diabétique est bien supérieur à terme aux inconvénients lié à la fréquente prise de poids secondaire à celui-ci (C.Clair et al. JAMA. 2013;309(10):1014-1021). En tout état de cause, la prise en charge du sevrage tabagique doit être systématiquement incluse dans les soins donnés aux DT2 et sera d'autant plus efficace que les équipes éducatives diabétologiques y sont sensibilisées et formées.

Programme SFD Paramédical - Congrès SFD – Paris – Palais des Congrès

Mercredi 12 Mars 2013 - Symposium SFD paramédical

Les chemins de la résilience

- 16h15 – 18h15 - Modérateurs : H. MOSNIER PUDAR (Paris) et S.LEMOZY (Toulouse)
- **Les ressources de la résilience** - JP. POURTOIS, Chercheur en Psychologie, (Mons, Belgique)
 - **Place des soignants comme tuteur de résilience** - G.RIBES, Psychiatre (Lyon)
 - **Résilience et maladies chroniques : exemples pratiques**- A.GRIMALDI, Diabétologue (Paris)
 - **Etude Jubilé ou 50 années heureuses avec un diabète de type 1** - JJ.ALTMAN, Diabétologue (Paris)
 - **Discussion et échanges**

18h30 – 19h30 Assemblée générale SFD paramédical

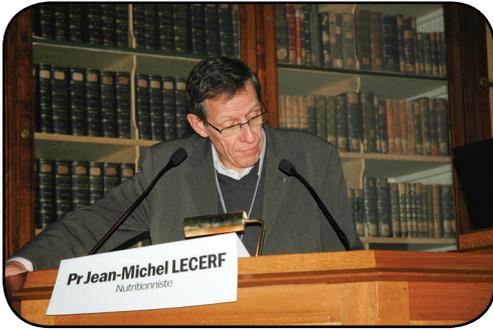
Suite du programme p. 4

Arrêt du tabac et prise de poids, D'une addiction à l'autre

Dr Jean Michel LECERF

Service de Nutrition – Institut Pasteur de Lille

Service de Médecine Interne – CHRU de Lille



La relation entre tabac et poids est conflictuelle d'une part parce que l'arrêt du tabac se solde fréquemment par une prise de poids, d'autre part, et cela peut être lié, parce que certains considèrent que le patient passerait d'une addiction à l'autre.

La relation entre arrêt du tabac et prise de poids est à l'origine d'une part de l'échec du sevrage tabagique et est la raison du tabagisme de beaucoup de femmes adolescentes ou non. Le portrait robot du candidat à la prise de poids est un sujet de moins de 55 ans, fumant plus de 15 cig/j ; c'est une femme en restriction ou ayant un faible indice

de masse corporelle ; elle a un statut socio-économique bas et est sédentaire.

La prise de poids à l'arrêt du tabac est une réalité puisqu'elle concerne 70 à 80% des sujets. Elle est variable. Certaines études indiquent un gain moyen de 7 – 8 kg. Sur un suivi de 10 ans une étude a montré un gain de 2,8 kg chez les hommes et de 3,8 kg chez les femmes, mais 9,8% des hommes et 13,4% des femmes prennent plus de 13 kg, surtout au début.

En réalité il semble que ce gain de poids est en partie un retour au poids qu'ils auraient dû avoir s'ils n'avaient pas fumé, car le tabac a un effet direct sur le poids en entraînant une perte de poids.

En effet parmi les causes de la prise de poids à l'arrêt du tabac il y a la suppression de l'augmentation de la dépense énergétique induite par le fait de fumer. Fumer 20 cigarettes par jour augmente en aigu la dépense énergétique de 10%, soit lors de l'arrêt une économie de 200 Kcalories/jour. Mais ceci reste discuté sur le long terme car la mesure de la dépense énergétique de repos reste stable avant et après sevrage.

Les autres mécanismes de la prise de poids sont les changements d'habitudes alimentaires. On sait que les fumeurs ont de moins bonnes habitudes alimentaires sur le plan qualitatif : ils mangent moins de légumes, de fruits, de céréales complètes, de fibres, de produits laitiers, de sucre ; et plus de café, d'alcool, de viande. Ils ont également moins d'activité physique. A l'arrêt du tabac ils retrouvent une alimentation proche de celle des non fumeurs. Ceci est soit lié au fait qu'ils cherchent à améliorer leur santé en arrêtant de fumer, ou aux conseils qu'on leur a donnés, soit au fait qu'il existe un recouvrement du goût et de l'odorat et donc un accroissement de la palatabilité du repas et donc de la taille du repas. Or la phase céphalique du repas, induite par la présence d'aliments dans la bouche, avant leur arrivée dans l'estomac, stimule la sécrétion d'insuline qui elle-même active la lipoprotéine-lipase, enzyme chargée du stockage des graisses.

De plus il peut y avoir des phénomènes de compensation, d'une addiction à l'autre, compte tenu de la recherche d'apaisement par le fait de fumer. On sait en effet que le tabac entraîne une augmentation de synthèse de sérotonine et inhibe l'enzyme M.A.O. (qui détruit la sérotonine). Or le sucré stimule la production cérébrale de sérotonine, ce qui pourrait expliquer une attirance pour le sucré. Cependant parler d'une addiction pour le sucré est abusif car il n'y a pas réellement d'addiction alimentaire même si la nourriture peut être utilisée comme une drogue.

Cependant plusieurs études ont montré qu'il pouvait y avoir une prise de poids sans changement alimentaire.

C'est pourquoi une nouvelle hypothèse émerge, celle du rôle du tabagisme sur la flore intestinale. Une étude a en effet montré que le fait de fumer modifie la composition flore intestinale, et à l'arrêt du tabac la flore ressemble à celle observée au cours de l'obésité avec une flore capable de retenir l'énergie et d'exercer un effet inflammatoire jouant un rôle dans l'inflammation bas-grade du syndrome métabolique par exemple.

Or l'on sait que le tabagisme est déjà associé à une augmentation du tissu adipeux viscéral responsable d'une

augmentation du rapport taille / hanche, et associé à une insulino-résistance telle qu'observée dans le syndrome métabolique. Ceci est encore aggravé par l'arrêt du tabac qui entraîne une augmentation moyenne de 3,9 cm du tour de taille, et de plus de 5 cm chez 42% des sujets.

Les conseils pour accompagner l'arrêt du tabac et limiter le risque de prise de poids sont

- d'augmenter l'activité physique afin d'augmenter la dépense énergétique et de réduire le stress
- d'encourager les changements alimentaires (+ de fruits et de légumes, + de fibres, + de protéines, + d'eau)
- d'éviter les compensations alcool, sucre, café
- d'éviter les restrictions alimentaires importantes qui augmenteraient stress, frustration, prise alimentaire ; et de permettre une petite consommation de chocolat noir !

L'implication du réseau RédiabYlang 976 et la motivation des paramédicaux qui ont si bien accueilli cette mission sont une raison d'espérer, pour une meilleure prise en charge du diabète, dans ce département.

Jeudi 13 Mars 2014 - **La glycémie, un signe d'alerte...**



8h45 : Ouverture - J. BERTOGLIO (Nice) et A.SCHEEN (Liège)

Le Diabète en questions - Modérateurs : P.FONTAINE (Lille) et S.HADJADJ (Poitiers)

09h00 •L'homéostasie glucosée, l'harmonie d'un quintet - J. POORTMANS, Physiologiste (Bruxelles, Belgique)

09h30 •Le point sur les diabètes - H. GIN, Diabétologue (Bordeaux)

10h00 •Déséquilibre glycémique du diabétique : explorons quelques pistes - B. VIALETTES, Diabétologue (Marseille)

Hypoglycémie : Des Origines et des effets - Modérateurs : F.ROSSI (Marseille) et S.CZERNICHOW (Paris)

11h00 •Hypoglycémie : explorer et traiter - N. CHEVALIER, Diabétologue (Nice) et Infirmier

11h30 •Chirurgie bariatrique et dumping syndrome - P.RITZ, Nutritionniste et J. LIJERON, Diététicienne (Toulouse)

12h00 •Bourse Roche 2013 : Repas d'ailleurs - F.OULHADJ, A.DOUMBIA, diététiciennes (Paris)

12h30-13H45 - Atelier débat SANOFI - SFD paramédical - L'innovation technologique dans le diabète au service des patients et des soignants - Modérateurs : D.DURAIN (Nancy) et A.BAHLOUL, Médecin produit SANOFI DIABETE

•Place de l'infirmière dans l'accompagnement du patient diabétique sous insuline - B.LECOINTRE (Nice)

•La Télésurveillance un modèle dans l'organisation des soins et de la relation entre soignants - B.GUERCI (Nancy)

Hyperglycémie : Des Causes et des conséquences - Modérateurs : J. MARTINI (Toulouse) G. PICARD (Paris)

14h00 •Cancer du pancréas : une cause de diabète - V. RIGALLEAU, Diabétologue et AS. DIMIER, Diététicienne (Bordeaux)

14h30 •Coma hyperosmolaire de la personne âgée : quelle prise en charge ? - L. BORDIER, Diabétologue (Paris)

15h00 •Syndrome inflammatoire et glycémie : la plaie du pied infectée - MC. CHAUCHARD, Diabétologue (Toulouse) et Infirmier

Echanges professionnels, pratiques et recherches - Modérateurs : E.HAMON (Paris), M.SAMPER (Aix en Provence)

15h30 •Référentiel de bonnes pratiques SFD paramédical : Alimentation et diabète de type 2 de l'adulte - N.MASSEBOEUF (Paris) et J. BERTOGLIO (Nice)

15h45 •Remise des prix : Lauréats : Bourse Roche 2014, Bourse Lilly 2014 et meilleur Poster 2014

•Prix Lifescan du meilleur abstract - Réglette de modulation de dose d'insuline - M.CHEVILLON (Sables d'Olonne)

•Prix Coup de coeur de la SFD paramédical - Efficacité d'un protocole de gestion des hypoglycémies chez les patients diabétiques hospitalisés - R.DUCLOUX (Paris)

16h30 •Communications orales : Quel est l'effet d'un repas à glucides considérés comme négligeables sur la glycémie de patients de type 1 ? - S.CHERINO (Paris)

Enquête concernant les connaissances de l'acido-cétose de patients de type 1 suivis dans la convention hospitalière du CHU. R.RADERMECKER (Liège, Belgique)

Evaluation d'un programme de gestion du stress destiné à des patients atteints de diabète de type 2

Allocation de recherche en diabétologie 2012 Bourse SFD Paramédical et Laboratoires Lifescan

Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint Mandé - Gabrielle INVERNIZZI



Travail réalisé en partenariat avec l'Unité Mobile d'Education Diabète de Haute Côte d'Or et l'Association Française des Diabétiques de Côte d'Or (AFD21)

Animation du programme : Gabrielle INVERNIZZI,
Comportementaliste

Remerciements :

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes et à toutes les circonstances favorables ayant contribué à la réussite de ce projet.

*Pourquoi ce projet ?

Les répercussions du stress sur le diabète ne sont plus à démontrer. En effet, en modifiant la physiologie de l'organisme le stress augmente le risque cardio-vasculaire et favorise une élévation de la glycémie. D'autre part, l'anxiété générée par le stress peut induire des modifications du comportement alimentaire conduisant à la surconsommation de produits sucrés.

Par ailleurs, lorsque, dans le cadre de la première séance d'éducation thérapeutique proposée par l'Unité Mobile d'Education Diabète de Haute Cote d'Or 1 il est demandé à des patients d'identifier les facteurs qui selon eux jouent un rôle dans leur maladie, le stress est cité dans plus de 50 % des cas.

Compte tenu de ces éléments, il apparaît comme important de pouvoir proposer aux patients atteints de diabète un programme d'accompagnement à l'apprentissage de techniques de gestion du stress.

*Population concernée

Les critères d'inclusion des patients dans le programme sont les suivants :

- patients adultes atteints de diabète de type 2
- patients ayant identifié le stress comme un facteur important de l'état de santé
- patients adhérant à l'Association Française des Diabétiques ou patients bénéficiant du programme d'éducation thérapeutique dispensé par l'Unité Mobile d'éducation thérapeutique diabète de Haute Cote d'Or (21).

Les patients peuvent être accompagnés de leur conjoint ou autre personne ressource s'ils le souhaitent

*Contenu et déroulement du programme

Le programme Diab'zen est un programme structuré d'apprentissage progressif d'outils de gestion du stress. Son contenu est issu des thérapies comportementales et cognitives dites de « troisième vague » basées sur la pleine conscience et l'acceptation. L'efficacité de ces outils est actuellement validée par les neurosciences. En effet, l'entraînement à la pleine conscience et à la bienveillance modifie le fonctionnement cérébral favorisant un mode adaptatif nécessaire à la gestion du stress 2.

Entre mars et Novembre 2013, trois groupes de patients ont intégré le programme (2 groupes de patients de l'Unité Mobile Diabète et 1 groupe de l'AFD21) soit 16 patients au total. Les groupes constitués de patients motivés se sont réunis de façon hebdomadaire à 6 reprises pour des séances de 2 h chacune afin de travailler les points suivants :

- Entraînement à la pleine conscience grâce à des exercices d'attention focalisée,
- Apprentissage de techniques de relaxation basée sur la respiration,
- Apprentissage de techniques de résolution de problèmes,

- Transmission de connaissances théoriques en lien avec le stress et la gestion du stress.

Afin de réunir les conditions nécessaires au succès de ce processus d'apprentissage, il a été demandé aux participants de s'engager à être présents à toutes les séances d'une part et d'autre part de s'engager à réaliser entre les séances les exercices d'entraînement définis (exercices d'entraînement à la pleine conscience, exercices de relaxation, exercices d'auto-observation etc...)

*Outils d'évaluation du programme

Le programme a été évalué grâce aux questionnaires suivants :

- Echelle du stress et des stresseurs - Charly Cungi
- Echelle du stress perçu en 14 items – Cohen et al. (1983) :
- Questionnaire de qualité de vie du patient diabétique (version française du Health Profile DHP – 32)
- Echelle analogique d'évaluation de la motivation et de l'auto-efficacité - Document interne Unité Mobile

L'échelle du stress et des stresseurs * aboutit au calcul de scores permettant d'évaluer l'intensité du stress et des stresseurs. L'intensité des stresseurs est considérée comme élevée à partir de 38 %. Celle du stress est considérée comme élevée à partir de 46 %. Il est intéressant de comparer les valeurs obtenues ; en effet, si le score des stresseurs est bas et le score de stress élevé, l'apprentissage de techniques de gestion du stress est particulièrement pertinent.

L'échelle du stress perçu permet d'évaluer l'importance avec laquelle des situations de vie sont perçues comme menaçantes c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables, pénibles. Le stress est ici mesuré de façon globale et non spécifique. Il n'existe pas de score seuil clairement établi mais plutôt un score dont la valeur s'avère proportionnelle à l'intensité du stress perçu.

L'échelle de qualité de vie diabétique développée dans les années 1980 comporte 3 dimensions :

- Les obstacles aux activités reflétant la dégradation des activités sociales et la limitation du comportement par l'anxiété
 - La détresse psychologique touchant aux aspects spécifiques et non spécifiques du diabète reflétant les aspects de vulnérabilité face à la dépression nerveuse et la prédisposition à l'instabilité émotionnelle comme les sentiments de désespoir, d'irritabilité ou d'hostilité
- * Question : stresseurs c'est éléments stressants ?

- Le dysfonctionnement alimentaire reflétant les effets de désinhibition (non maîtrise) sur le comportement alimentaire ainsi que sur la nourriture

Pour cette échelle, il n'existe pas de score seuil clairement défini mais plutôt un score dont la valeur s'avère proportionnelle à l'intensité du dysfonctionnement. Un score global de « non qualité de vie » intégrant les 3 dimensions peut être calculé.

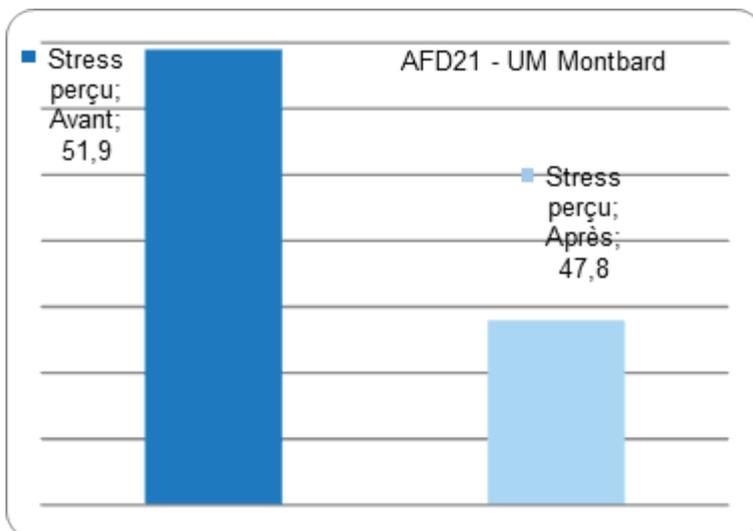
L'échelle analogique permet de coter entre 0 et 10 des items en lien avec la motivation et le sentiment d'auto-efficacité grâce à des items tels que le sentiment de pouvoir agir sur le stress, la perception de l'efficacité de techniques de gestion du stress etc...

Afin d'apprécier l'impact du programme, ces questionnaires ont été renseignés par les patients avant et après le programme.

*Résultats

Les graphiques* ci-après permettent d'objectiver les résultats obtenus.

Graphe 1 : Stress perçu – Résultats en %

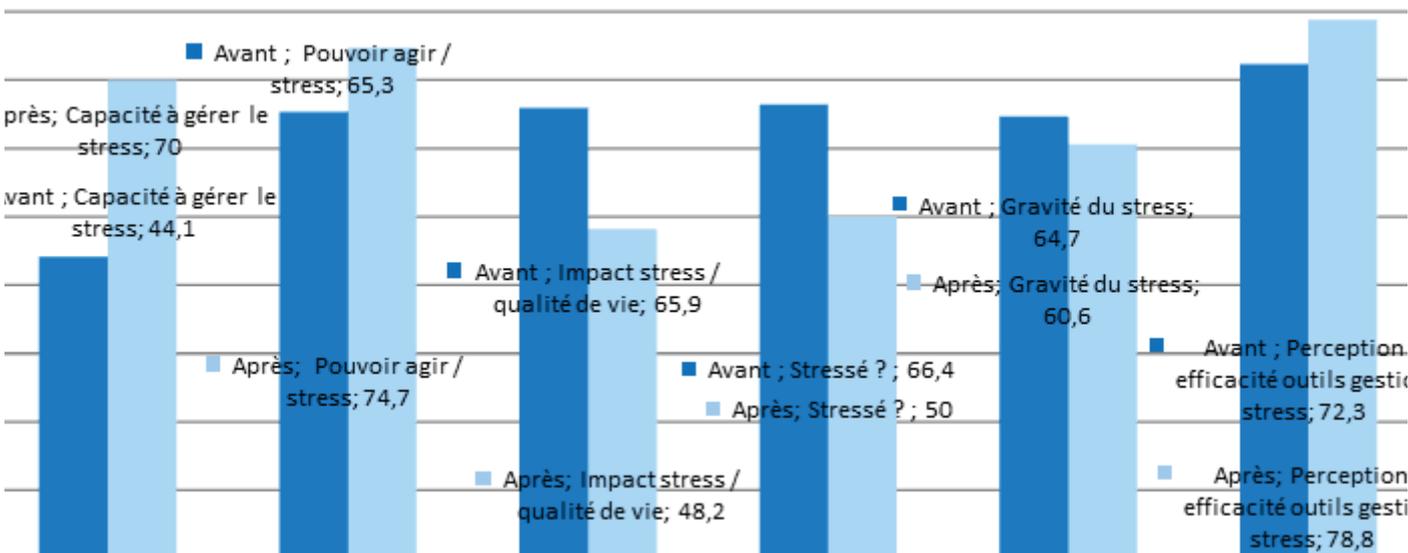


Avant le programme le score de stress (55,4 % - AFD21) ainsi que le score de stress perçu (51,9 % - Graphe 1) confirme le déclaratif des patients disant se sentir stressés.

Après le programme ces deux scores sont en baisse de 4 points avec respectivement 51,5 % et 47,8 % (Graphe 1)

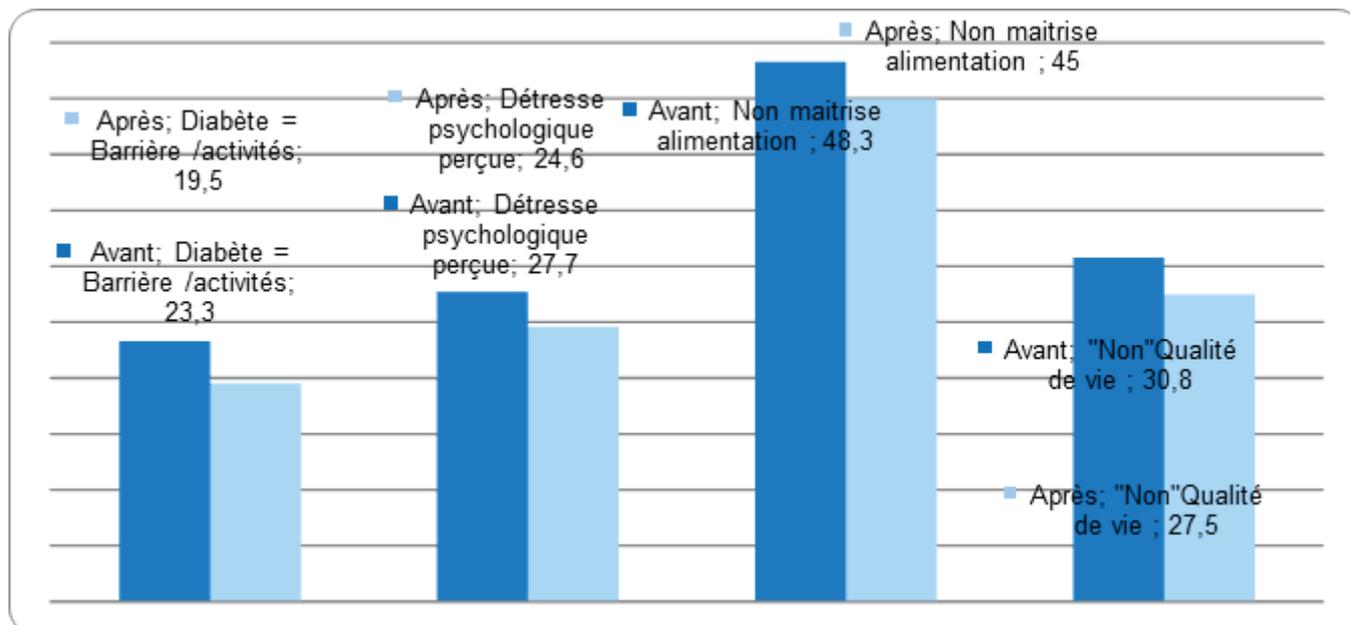
Après le programme l'intensité des stressseurs et du stress sont en diminution. (Stresseur 47,3 ->45,4 % - Stress 55,45 -> 51,4 %). Le décalage entre ces deux valeurs s'est réduit de 2 points passant de 8 % à 6 %

Graphe 2 : Echelles analogiques – Résultats en %



Après le programme, la capacité à gérer le stress, le sentiment de pouvoir agir sur le stress et la perception de l'efficacité des outils de gestion du stress sont en augmentation respectivement de 26 points, 9,4 points et 6,5 points. La diminution de la perception de la gravité du stress confirme les résultats précédents obtenus grâce à l'échelle stress/stresseur. L'impact du stress sur la qualité de vie est en diminution de plus de 17 points (65,9 -> 48,2 %). Ces résultats sont confirmés par ceux obtenus par l'échelle de qualité de vie diabétique avec une diminution de la « non qualité de vie » de plus de 3 points (30,8 ->27,5 %) (Graphe 3)

Graphe 3 : Questionnaire de qualité de vie du patient atteint de diabète – Résultats en %



*Discussion : Des résultats étonnants ?

Dans un article paru en Juillet 2012 dans la revue « Cerveau et psycho » 3 , Antoine Lutz, chercheur en neurosciences à l'Université de Wisconsin – Madison (Etats-Unis) montre, explorations fonctionnelles à l'appui, pourquoi et comment la pleine conscience peut modifier notre fonctionnement cérébral et par suite modifier favorablement nos capacités de gestion du stress. En effet, les exercices d'entraînement à l'attention focalisée sur un objet (sensations corporelles, respiration, son, pensées etc. ...) permettent par activation de différentes aires cérébrales un état de détente et d'apaisement émotionnel, une tolérance accrue aux émotions, une diminution des sentiments de détresse et des ruminations, un développement des capacités à apprécier les émotions agréables, des capacités de recul et de détachement par rapport aux pensées automatiques. Par ailleurs, dans cette même revue, Christophe André, médecin psychiatre à l'Hôpital Saint Anne à Paris, mentionne que chez les personnes souffrant de diverses pathologies, la méditation améliore systématiquement et significativement la qualité de vie.

*Conclusion : Diab'Zen et après ?

Même s'il convient d'interpréter avec réserve ces évaluations, les résultats obtenus sont plus qu'encourageants. Pouvoir constituer de nouveaux groupes mais également proposer un suivi aux patients bénéficiaires du programme sont nos objectifs. Nous avons pour cela besoin d'être soutenus afin de réunir les moyens nécessaires. Puissent les acteurs de santé publique être pleinement conscients de l'enjeu que représente l'apprentissage de techniques de gestion du stress pour les personnes souffrant de diabète !

Eléments bibliographiques – Notes complémentaires :

1. L'Unité Mobile d'éducation thérapeutique diabète de Haute Cote d'Or (21) existe depuis 2004. Elle accueille des personnes souffrant de diabète de type 2 et propose à ses patients un programme initial d'éducation thérapeutique de 7 séances thématiques, puis des séances d'accompagnement en activité physique adapté ainsi que des séances de sophrologie dans le cadre de la gestion du stress
2. Posner, M. & Raichle, M. (1998). The neuroimaging of human brain function. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 95(3), 763-4. Fernandez-Duque, D. & Posner, M. (2001). Brain Imaging of Attentional Networks in Normal and Pathological States. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 23, N01, 74-93
3. Revue « Cerveau et Psycho » n°52 – Juillet – Aout 2012

Tabagisme : traitements, alternatives et maintien

Dr Christiane MEYER-STILLEMANS



1. Traitements médicamenteux

La dépendance au tabac comporte deux volets : la dépendance physique, à laquelle s'adressent les traitements pharmacologiques, et la dépendance gestuelle et comportementale, à laquelle s'adressent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

On observera que la pharmacothérapie doit toujours être associée à un accompagnement cognitivo-comportemental.

On peut résumer comme suit les fondements du traitement médicamenteux :

- la nicotine agit principalement sur les récepteurs cholinergiques de type nicotinique dans le système mésolimbique dopaminergique du cerveau et stimule la libération de dopamine
- la nicotine agit au niveau cérébral en perturbant le circuit de la récompense et en agissant sur la sécrétion de neuromédiateurs participant à l'équilibre de l'humeur : dopamine, noradrénaline, acétylcholine, GABA, glutamate et endorphines
- l'administration interrompue de nicotine agit sur les étapes neuro-hormonales en libérant acétylcholine, noradrénaline, dopamine, sérotonine, vasopressine, beta-endorphine, hormone de croissance, cortisol et ACTH
- lors de l'arrêt apparaît un syndrome de manque lié principalement au manque de nicotine
- les symptômes de manque sont une cause fréquente de rechute

L'objectif du traitement médicamenteux est d'atténuer au maximum les symptômes de manque et de faciliter la prise en charge de la dépendance psychologique et comportementale concomitante.

Le traitement médicamenteux est de ce fait également une aide à la prévention des rechutes.

Les types de traitement médicamenteux sont :

- Substituts nicotiniques
- Bupropion
- Varénicline
- Nortryptiline
- Autres : antidépresseurs, vaccination

1. Substituts nicotiniques

La nicotine administrée seule atténue le syndrome de manque responsable des rechutes précoces. Les composants toxiques du tabac (CO, goudrons, ...) sont exclus. La nicotine en administration continue (timbre) entraîne une désensibilisation progressive des récepteurs nicotiniques. Le risque de dépendance à la nicotine administrée sous forme de substituts est faible.

Le mode de résorption de la nicotine étant plus lent et incomplet que le mode de résorption de la nicotine de la fumée de cigarette, il peut exister des difficultés de dosage, qui favorisent les rechutes.

L'administration de nicotine peut se faire de manière continue et/ou intermittente.

L'administration continue se fait sous forme de timbres (ou patches). Elle présente l'avantage d'une résorption à dose fixe et prolongée, favorise l'observance du traitement et est facile à utiliser.

Du fait de la résorption lente, le timbre ne constitue pas une réponse au besoin impérieux de fumer (craving).

L'administration intermittente se fait sous forme orale : gommes, comprimés à sucer ou sublinguaux, spray buccal, ou inhaler.

La résorption buccale étant plus rapide, cette forme de substitution permet l'administration à la demande en réponse à une envie impérieuse.

Les formes orales peuvent être utilisées seules, en complément ou en suivi des timbres.

Les substituts nicotiques peuvent être utilisés suivant le schéma «standard» comme aide à l'arrêt chez des fumeurs réguliers motivés, en cas d'échec ou de contre-indications des autres moyens pharmacologiques, en pré-opératoire. Leur usage est controversé chez les fumeurs occasionnels, les fumeurs non- inhaleurs, les adolescents.

Ils peuvent être utilisés à long terme chez les gros fumeurs, en association ou en relais d'un autre traitement, lors de la réduction préalable à l'arrêt.

Les substituts nicotiques sont délivrés sans prescription médicale. La notice recommande une prescription prudente dans les cas suivants : patients cardiaques en phase aiguë IDM, arythmies sévères, angor instable, ulcère gastrique, hyperthyroïdie, diabète insulino-dépendant, phéochromocytome, insuffisance rénale sévère. Il est donc recommandé d'y associer un suivi médical.

Chez la femme enceinte, leur efficacité est controversée. On réservera la substitution nicotinique à la future mère fortement dépendante, en adaptant le mode d'administration : timbres 16 h, ou formes orales.

2. Bupropion (Zyban[®], Wellbutrin[®])

Initialement traitement antidépresseur, la régression du tabagisme apparaît favorisée.

Le Bupropion agit en Inhibant de manière sélective la recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Il inhibe faiblement la recapture de la sérotonine et agit comme antagoniste non sélectif et non spécifique de la nicotine. Son efficacité dans l'arrêt semble indépendante des effets antidépresseurs. La durée théorique du traitement est de 7 semaines.

L'effet secondaire le plus fréquemment observé est l'insomnie.

Il est contre-indiqué dans les situations d'abaissement du seuil épiléptogène (épilepsie ou antécédents de convulsions dans l'enfance, antécédents de traumatisme crânien, antécédents de boulimie ou anorexie mentale, alcoolisme ou sevrage récent de l'alcool ou des benzodiazépines, cirrhose hépatique, affection bipolaire, consommation de produits stimulants ou anorexigènes), dans la grossesse et lors de l'allaitement, chez les patients traités par IMAO ou Lévodopa (respecter un délai de 15 jours après arrêt du traitement)

3. Varénicline (Champix[®])

La varénicline est un agoniste partiel de la nicotine qui se fixe aux récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$. Elle a un effet antagoniste en présence de nicotine.

Elle stimule la libération de dopamine en concentration inférieure à la nicotine et de ce fait évite les symptômes de manque. Son action agoniste est insuffisante pour entraîner une dépendance.

En réduisant les effets de récompense et de renforcement, elle limite les risques de rechute.

Les effets secondaires les plus fréquents sont les nausées, les insomnies ou les rêves anormaux.

Une vigilance particulière sera accordée dans les états dépressifs. La médication sera interrompue si l'on observe des changements de l'humeur, ou des idées suicidaires.

4. Nortryptiline

Antidépresseur tricyclique, elle agit par inhibition de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Non enregistrée comme aide à l'arrêt, figure néanmoins en seconde ligne dans les guidelines USA 2008.

Les contre-indications sont la grossesse, l'allaitement, l'IDM, les arythmies, les antécédents de troubles psychotiques, l'épilepsie, l'abus d'alcool.

La durée théorique traitement est de 12 semaines.

5. Autres traitements

La clonidine, les anxiolytiques, les IMAO, les antidépresseurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, le topiramate, la vaccination ne seront pas développés ici. Ils sont peu documentés et peu utilisés.

6. Efficacité des traitements : abstinence continue à 6 mois

En monothérapie, il apparaît que l'efficacité de la varénicline est de loin supérieure à tous les traitements pharmacologiques en monothérapie : OR : 3,1 vs placebo, et OR : 1,6 vs timbres nicotiques.

L'étude de l'efficacité des thérapies combinées montre une efficacité supérieure pour les timbres utilisés pendant plus de 14 semaines associés à une substitution nicotinique ad lib. : OR 3,6 vs placebo, et OR : 1,9 vs timbres seuls.

L'OR est de 2,5 pour les timbres associés au bupropion vs placebo, et de 1,3 pour timbres associés au bupropion vs timbres seuls.

(Meta analyse, Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update (US recommendations))

7. e-cigarette ?

Selon les données disponibles, les e-liquides contiennent ou non de la nicotine et libèrent d'autres produits potentiellement irritants et/ou classés comme toxiques, mais en quantité le plus souvent moindre que la cigarette de tabac (formaldéhyde, acroléine, acétaldéhyde,...).

Il n'y a pas de libération de CO, de particules solides, de goudrons. Les substances cancérigènes sont en concentration inférieure à la cigarette de tabac.

Les effets irritants et/ou toxiques des composants de l'e-cigarette sont bien moindres que ceux de la fumée du tabac.

L'hétérogénéité des appareils, la diversité des liquides, la diversité des formes de vapotage, l'absence d'évaluation des effets à longue durée rendent l'approche méthodologique des études difficile.

L'arrivée de ce produit sur le marché représente un enjeu économique certain et les recommandations pour sa mise en circulation sont l'objet de controverses.

Pour le fumeur dépendant, le bénéfice réside dans une réduction des risques. La diffusion de la nicotine est intermédiaire entre les substituts oraux et la cigarette de tabac. Le taux plasmatique de nicotine variable semble pouvoir constituer la substitution nécessaire au fumeur.

Il en demeure un risque d'incitation à fumer chez un non-fumeur, d'autant que la confusion reste possible entre e-cigarettes avec ou sans nicotine.

2. Méthodes alternatives

On retiendra ici principalement l'acupuncture et l'hypnose.

L'acupuncture et l'hypnothérapie constituent une aide significative à l'arrêt. Ces méthodes peuvent être proposées comme une alternative aux patients qui ne souhaitent pas utiliser les moyens conventionnels.

Il semble que l'acupuncture en stimulant la production de beta-endorphines puisse améliorer les symptômes de manque.

L'hypnose agirait en traitant l'anxiété, voir la dépression.

Des études doivent être poursuivies pour évaluer de manière plus précise l'efficacité de ces méthodes alternatives.

3. Prévention de la rechute et maintien

Organiser la vie sans la cigarette est l'objet de la prise en charge comportementale.

Retrouver le plaisir intégrera l'activité physique et le suivi diététique.

Du point de vue pharmacologique, la substitution nicotinique est adaptée aux rechutes précoces, on réservera le bupropion et la varénicline pour les rechutes tardives.

4. Conclusion

Quel que soit le traitement prescrit, l'accompagnement du fumeur est indispensable et indissociable.

Le traitement est proposé au fumeur et établi avec lui.

Le bilan des dépendances, les antécédents médicaux et tabagiques, les tentatives d'arrêts antérieures sont des éléments qui permettront de choisir le traitement le plus adapté.

Les contre-indications et effets secondaires seront pris en compte pour le choix d'un traitement pharmacologique. Chez le fumeur non motivé, l'entretien motivationnel est essentiel. On pourra l'associer à une substitution nicotinique pour réduction préalable de la consommation.

Le traitement pharmacologique est essentiellement efficace pour atténuer les symptômes de manque.

Allocation de recherche en Diabétologie
Société Francophone du Diabète Paramédical
LIFESCAN 2014

L'allocation de recherche d'une valeur de 3500 Euros est destinée à financer un projet paramédical de recherche clinique ou épidémiologique, ou un projet d'évaluation d'un outil pédagogique ou d'une pratique professionnelle dans le domaine du diabète.

Les dossiers seront à déposer entre le 1er Juin et le 31 Aout 2014.

www.prixsfldparamedical@sfdiabete.org

L'allocation de recherche sera remise lors de la Journée D'Automne de la SFD paramédical le vendredi 21 Novembre 2014 à Lille.

Lauréat Allocation Recherche 2013

Karine Barre, Diététicienne,
Hopital des enfants, CHU Toulouse

« Evaluation et analyse des déterminants cognitifs, socioculturels et psychologiques du comportement alimentaire de jeunes ayant un diabète en vue d'une amélioration des pratiques en éducation thérapeutique »

Tabagisme : traitements, alternatives et maintien

Aspects psychologiques et comportementaux

Bérengère JANSSEN

Le tabagisme implique une triple dépendance :

- à la fois physique (j'ai besoin physiquement d'être stimulé par la nicotine),
- psychologique (je fume quand je suis angoissée, je fume quand je me sens seul, etc),
- comportementale (je fume quand je prends mon café, je fume quand je téléphone,...).

La dépendance psychologique et comportementale va être abordée en consultation de tabacologie à l'aide de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) principalement et la dépendance physique par des médicaments spécifiques. Cette prise en charge est conjointe. Elles visent à modifier des pensées, des réactions émotionnelles et des modes d'action qui entraînent une souffrance.

Lors de la ou des premières consultations de tabacologie on va s'intéresser aux points suivants :

- Identifier le degré de motivation ;
- Retracer l'histoire du tabagisme ;
- Etablir le bilan des dépendances ;
- Plaintes associées et statut anxio-dépressif ;
- Échanges d'informations ;
- Planifier le changement.

- Des questions clés nous aident à évaluer le degré de motivation :

- Consultez-vous de votre propre initiative ? ou sur conseil de ..?
- Qu'est-ce qui vous a décidé à venir aujourd'hui ?
- Savez-vous comment se passe la consultation? Qu'en attendez-vous ? Quel est votre objectif?
- Des outils sont également à notre disposition pour évaluer la motivation :

- Test de Richmond :

- 1. Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous le pouviez facilement?
- 2. Avez-vous réellement envie de cesser de fumer?
- 3. Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les deux semaines à venir?
- 4. Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois?

- Si la personne est ambivalente, on peut lui proposer de réaliser une balance décisionnelle. Ceci permettra de mettre en éclairage les aspects positifs et négatifs de sa consommation et les inconvénients, peurs, craintes et bénéfices d'arrêter de fumer.

- Le recours aux échelles de motivation constitue également une piste intéressante afin de voir de façon motivante comment la personne situe pour elle l'importance d'arrêter de fumer, la confiance ressentie pour y parvenir et la priorité que cela revêt pour elle.

- Retracer l'histoire du tabagisme à l'aide de questions du type :

- A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette?
- Dans quelles circonstances?
- A partir de quel âge avez-vous fumé de manière régulière?
- Y a-t-il eu des tentatives ou des périodes d'arrêt?
- Quelle durée?
- Moyens éventuels?
- Quelles étaient les circonstances de la re-consommation?

- Afin d'établir le bilan des dépendances, le tabacologue est amené à s'intéresser aux types de produits consommés : cigarettes, tabac roulé, cigares, joints, chicha ; de même qu'aux autres consommations comme

l'alcool, le cannabis et autres drogues.

Le test « Index d'intensité du Tabagisme » de Heatherton permet une évaluation simple et rapide de la dépendance physique. Il consiste en deux questions : le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le délai entre le réveil et la première cigarette fumée.

La mesure de monoxyde de carbone (CO) est également un indicateur de dépendance : plus l'imprégnation en CO est importante plus l'imprégnation en nicotine l'est aussi. Ainsi, le chiffre obtenu apporte des données essentielles :

- avant l'arrêt du tabac, il renseigne sur l'intensité avec laquelle le sujet inhale la fumée ;
- après l'arrêt, il permet de valider la réalité du sevrage. L'impact psychologique est d'ailleurs important.

- Le test de Horn, permet également de cerner les fonctions de la consommation : Stimulation, Plaisir du geste, Relaxation, Anxiété, Soutien, Besoin absolu, Habitude acquise.

- L'analyse fonctionnelle consiste :

- à identifier les situations internes et externes qui déclenchent le comportement tabagique ;
- à identifier les émotions et pensées associées aux situations déclenchantes et au comportement tabagique et, enfin,

- à comprendre comment le problème se maintient.

- Lors de la première consultation, le tabacologue s'enquiert également des aspects suivants :

- Quels sont les signes (symptômes) associés à votre consommation de tabac? (toux, dyspnée, insomnies, problèmes de santé éventuels) ;

- Quels traitements médicamenteux?

- Comment cela se passe-t-il pour vous au niveau familial et professionnel?

- L'échange d'information avec le patient est primordial pour entamer un travail collaboratif. Prendre un temps pour revenir sur les informations et éléments amenés par le patient permet d'apporter aussi certaines réponses et de dépendre la façon dont la collaboration peut s'amorcer. Les peurs et craintes seront désamorçées. Et l'objectif sera déterminé.

- Ensuite vient le temps où le changement peut être planifié :

- Choix d'une date d'arrêt (période idéale?) ;

- Les moyens envisagés (mise en éclairage des craintes comme : pas confiance dans les médicaments, pas besoin d'un psy,...) ;

- Evocation des pistes de prise en charge en fonction des éventuelles contre-indications médicales et des aspirations du patient.

- Dans le processus de suivi, la rechute ou la « reconsommation » et les faux pas sont à envisager dès le début du processus. Il faut savoir que le 1er facteur de rechute ce sont les émotions négatives (tristesse/peur/colère). En effet, le « craving » ou très forte envie de fumer survient lors d'évènements à haute portée émotionnelle qui viennent raviver les plaies laissées par des évènements traumatiques passés. Le travail du patient et du tabacologue, sera d'apprendre à repérer les situations à haut risque d'un point de vue émotionnel pour le patient, d'apprendre à nommer ses émotions en fonction de leur intensité mais aussi d'apprendre à les accepter pour mieux les réguler.

- Une des pistes pour gérer ses émotions c'est le contrôle respiratoire. C'est une porte d'entrée pour moduler les émotions. Respirer différemment : « Moins je respire, plus je me calme ». D'autres pistes nous permettent de travailler en ce sens ; par l'agitation du corps, par le body scan, prendre soin de son corps, la pratique du Mindfulness ou Pleine Conscience. « Mindfulness » signifie diriger son attention d'une certaine manière, c'est-à-dire: délibérément, au moment voulu, sans jugement de valeur (Jon Kabatt-Zin)

- La tabacologie gagne à s'inspirer du modèle d'Alan Marlatt - l'approche MBRP (Mindfulness-based relapse prevention ou prévention de la rechute basée sur la pleine conscience) pour apprendre aux personnes concernées à observer leurs envies et émotions sans les juger, et donc à sortir des réactions automatiques. Il s'agit de 8 séances avec entraînement quotidien. On travaille à partir du postulat qu'entre le stimulus et la réponse, il y a un espace. Dans cet espace, se tient notre pouvoir de choisir.

Rôle de l'Infirmière Diplômée d'Etat

Catherine CUINET

Tabacologue (IDET) à l'hôpital



L'IDE est titulaire d'un DIU * de tabacologie, travaille conjointement avec un médecin tabacologue quand il y en a un ... et peut également appartenir à une équipe de liaison en addictologie ou travailler seule.

Il existe une grande variabilité des tâches selon les différentes institutions et leur politique d'aide au sevrage tabagique.

Pour être optimale, cette prise en charge du fumeur doit être pluridisciplinaire (médecin, IDE, diététicienne, psychologue, addictologue ...)

En ce qui me concerne : j'occupe un poste à ½ temps, j'assure des

consultations de liaison dans les services, ainsi que des consultations externes.

Un médecin pneumologue assure des consultations de tabacologie sur une demi-journée/semaine mais il n'y a pas d'unité de consultation de tabacologie.

Ma journée d'IDE tabacologue au CHRUB : *

- Consultation au lit du patient :

J'interviens sur appel des soignants et/ou des médecins, et en accord avec le patient, je me rends auprès de lui dans tous les services. Plus particulièrement en Chirurgie Vasculaire, Pneumologie, Cardiologie, ORL, Chirurgie Cardio-Thoracique, Neurologie, Diabétologie, Dermatologie, Hépato-gastroentérologie ainsi qu'au Centre de la Douleur et à la Maternité.

- L'objectif principal étant de permettre à chaque patient hospitalisé de bénéficier d'une prise en charge d'aide à l'arrêt - ou diminution - du tabac adaptée à ses besoins et à ses possibilités (condition d'hospitalisation, décision non programmée ...).

- La première entrevue est une phase importante car il s'agit de nouer une relation de confiance, d'être dans la relation d'aide (écoute, empathie, disponibilité), d'observer le comportement et d'analyser la situation : ce premier contact détermine la suite des relations patient/soignant.

Lors de l'hospitalisation, 3 cas de figure peuvent être observés car le patient n'est pas forcément prêt à l'arrêt :

*DIU : Diplôme Universitaire

*CHRUB : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon

- 1) le patient profite de son hospitalisation pour débiter un sevrage tabagique
- 2) le patient est hospitalisé pour une pathologie induite par le tabagisme
- 3) le patient est immobilisé et ne peut fumer dans la chambre : mon rôle est de lui assurer un confort par rapport au manque
 - Je suis là pour :
 - répondre le plus rapidement possible à la demande
 - aider le patient à faire le point sur son tabagisme ainsi que sur ses conséquences
 - évaluer son intoxication tabagique à l'aide du CO testeur (mesure du monoxyde de carbone expiré)
 - répondre à ses questions
 - balayer les idées fausses
 - évaluer les co-addictions et l'orienter vers l'addictologue
 - mesurer sa motivation à l'arrêt, évaluer ses craintes par rapport au sevrage

- l'informer sur les dépendances physiques, psychologiques et comportementales
- lui proposer (avec son accord) une stratégie thérapeutique adaptée et personnalisée
- soit un sevrage complet avec apport de substituts nicotiques (fournis par l'établissement durant l'hospitalisation = patchs, +/- substituts oraux type gommes, comprimés à sucer)

NB : la substitution nicotinique permet d'éviter le syndrome de sevrage.

- Ou s'il n'est pas suffisamment prêt pour un arrêt brutal, je lui propose une réduction de consommation pour limiter les risques (concrètement le patient fume un nombre de cigarettes qu'il a décidé et en complément il prend des substituts nicotiques oraux) : cette stratégie permet une réduction progressive de la consommation sur 3 ou 4 mois avant d'arriver à l'arrêt définitif.

- En cours d'hospitalisation : je passe revoir le patient afin de le soutenir dans sa démarche, d'évaluer et de réajuster si besoin le traitement de substitution et d'envisager la sortie -> soit l'adresser à une consultation de tabacologie proche de son domicile ou auprès de son médecin traitant, soit lui proposer une consultation de suivi.

- Consultations externes :

Je réalise des consultations externes individuelles pour toute personne désirant arrêter de fumer – soit pour les agents de l'établissement, soit pour le suivi des patients vus en hospitalisation, ou encore en première intention (consultation initiale).

Pour les nouveaux patients : la 1ère consultation est identique à celle des hospitalisés puis la consultation de suivi s'organise comme suit :

- Evaluation du syndrome de manque
- Recherche des signes de surdosage ou de sous dosage avec possibilité de réajuster le traitement
- Mesure du CO expiré
- Accompagnement du patient dans son arrêt avec des stratégies comportementales
- gestion des envies de fumer
- identification des situations déclenchantes (stimulus environnementaux)
- déculpabilisation
- encouragement.

Car l'arrêt passe par un changement des habitudes de vie (exemple recherche de nouvelles activités sportives, manuelles ou intellectuelles).

La durée du suivi et du traitement est variable, adaptée à chaque patient d'où l'importance de le revoir régulièrement surtout pour la modification des dosages.

La durée dépend aussi du dosage substitutif initial, et est aussi en relation avec les co-addictions.

Les autres missions de l'IDE tabacologue :

1) La formation

- Participer à la formation des professionnels de santé dans mon CHRU (IFSI, école de sage-femme, école de puéricultrice)
- Aide aux lycéens pour des exposés, aux étudiants pour des mémoires, des thèses ...

2) La communication

Préparation et participation avec la ville à la Journée Mondiale SANS Tabac.

Faire découvrir mon rôle par l'écriture d'articles

3) Mais également :

- Possibilité d'intervenir dans les établissements scolaires, les entreprises ...
- Assurer la formation des équipes soignantes (mise en place de protocoles)
- Assurer des réunions d'informations dans les services.

Résumé

Rôle de l'IDET à l'hôpital :

- Consultation externe et de liaison
- Education du patient en s'adaptant à ses besoins et ses possibilités.
- Réponse à ses inquiétudes et proposition d'aide multiple (méthode de sevrage la plus adaptée, travail sur sa motivation à l'arrêt et suivi de ses progrès).
- Métier essentiellement relationnel ou le respect de l'autre, l'écoute et l'empathie restent des mots clés.

Dépistage et approches
Yoann VASNIER, Psychologue
Abbeville



Dans le cadre de la session « Expérience partagée : Arrêter de fumer, un parcours » et avant de commencer cette communication, nous tenions avec le Dr Sylvie Bernasconi à remercier le comité scientifique de la SFD - Paramédical de nous avoir invité pour cette session.

Je travaille, en tant que psychologue et tabacologue, dans un des 8 Pôles de Prévention et d'Éducation du Patient de Picardie (Abbeville, Amiens, Beauvais, Compiègne, Laon, Saint-Quentin, Senlis et Soissons). Véritable spécificité régionale, ces 8 Pôles de Prévention et d'Éducation ont chacun des particularités. Celles du Pôle d'Abbeville consistent à disposer de 2 programmes d'ETP autorisés par l'ARS de Picardie : un pour les maladies cardio-vasculaires et un autre pour les personnes en obésité majeure. Enfin, chacun des Pôles dispose d'une Consultation de Tabacologie.

Fumer : un comportement qui s'apprend

Je commencerai par rappeler ce que signifie fumer et ne plus fumer.

Fumer est un comportement qui s'apprend (Diapo 1 : C'est quoi ne plus fumer ?). Ce comportement permet petit à petit à celui qui l'apprend de faire un lien puissant entre la sensation « avoir envie » de fumer et l'action « fumer une cigarette ». Ce lien permet au fumeur de comprendre que pour ne pas ressentir la sensation inconfortable qu'est « avoir envie de fumer », il suffit de « fumer une cigarette ». Le fumeur dispose alors d'un moyen simple, rapide, disponible à chaque instant ou presque et surtout redoutablement efficace pour se prémunir de cette sensation désagréable qu'est « avoir envie de fumer ».

Sevrage tabagique = 0 cigarette / jour

Ne plus fumer consiste à avoir une consommation de tabac égale à 0 cigarette par jour (Diapo 2 : Le sevrage tabagique). En effet, il n'y a pas de seuil en dessous duquel fumer ne serait pas dangereux. Bien entendu, le fumeur qui souhaite arrêter sa consommation de tabac peut choisir de passer par une phase de réduction de sa consommation, phase pendant laquelle l'accompagnement sera toujours utile. L'objectif, à plus ou moins long terme, restera 0 cigarette par jour.

Tous les moments peuvent être bons pour arrêter

Il existe de nombreuses croyances liées à cet arrêt de consommation de tabac [1]. L'une d'elle, parmi d'autres, fait état de l'existence d'un « bon moment » pour arrêter de fumer (Diapo 3 : le moment de l'Arrêt). Comme si le simple fait d'émettre un comportement en contradiction avec ses valeurs les plus profondes (exemple de valeur : « vivre le plus longtemps possible pour être présent le plus longtemps possible pour les gens qui me sont chers ») ne suffisait pas, il faudrait en plus trouver le « bon moment » pour faire ce que l'on souhaite faire. Ce que l'on remarque, c'est que tant que le fumeur se demande si c'est, pour lui, le « bon moment » pour son sevrage tabagique, il continue de fumer.

Ne plus fumer : un comportement qui s'apprend

Il peut être utile de discuter de ces croyances tout en gardant à l'esprit que l'arrêt du tabac est un comportement à apprendre. C'est-à-dire que ce que le fumeur a précisément à faire, c'est d'apprendre à ne pas fumer lorsqu'il en aurait envie ou bien lorsque la situation dans laquelle il se trouve l'y incite. Il s'agit donc bien d'un apprentissage qui demande exercices et répétitions conjointement à toutes les craintes ou angoisses légitimes que peut ressentir le fumeur qui souhaiterait ne plus fumer.

Tous les arrêts sont bénéfiques

Tous les arrêts sont sources d'apprentissages. Ce que fait tout fumeur qui arrête de fumer et qui reprend sa consommation est bien d'apprendre au moins trois choses :

1/ qu'il est possible d'arrêter de fumer,

2/ que cet arrêt peut être plus ou moins long suivant les cas

3/ qu'il est très facile de reprendre sa consommation antérieure voire de l'augmenter. Il est donc souhaitable d'arrêter à n'importe quel moment, indépendamment de ce que l'on pense (fumeur et soignant) du dit moment.

Le soignant : une aide au sevrage tabagique

Quel rôle a le soignant dans l'initiation de cet arrêt ? Rappelons simplement que le conseil minimal, qui consiste à demander à un patient s'il fume et s'il a déjà pensé à arrêter de fumer tout en lui remettant une brochure sur le sevrage tabagique permet d'augmenter d'environ 50% les arrêts spontanés ! [3]

Le soignant peut également orienter son patient fumeur vers une consultation de tabacologie. Même si tous les soignants ne sont pas tabacologues, il est possible, avec un peu de pratiques et des outils adaptés, d'aider considérablement le fumeur à se diriger vers un sevrage tabagique voire à entamer son arrêt de consommation de tabac. L'un des éléments clé dans l'apprentissage de nouveaux comportements est la motivation. Tout soignant a la possibilité d'évaluer et d'aider le patient à faire le point sur les motivations qui le pousseraient à s'engager vers un sevrage tabagique [4]. Pour cela, il est possible d'aider le fumeur à formuler ses motivations de manière à ce qu'elles se maintiennent dans le temps. Quelles que soient les motivations du patient, elles sont toujours bonnes. L'entretien motivationnel (EM) est un autre outil disponible. L'EM est bien codifié et nécessite d'apprendre à utiliser notamment les questions ouvertes et la balance décisionnelle. Il peut en effet arriver que le patient fumeur ne soit pas tout à fait prêt à initier un sevrage tabagique. Dans ce cas, pointer les éléments positifs et négatifs à changer et les opposer aux éléments positifs et négatifs à ne pas changer de comportement permet de quantifier l'ambivalence naturelle de tout un chacun à vouloir à la fois une chose et son contraire. Enfin, il est toujours possible et rapide d'évaluer la dépendance au tabac [5] avec le test de Fagerström [6]. Si les résultats à ce test ne vous aident pas, il peut permettre au fumeur de se poser des questions sur sa dépendance au tabac.

Deux cas cliniques sont discutés (Diapo 4 : Cas clinique 1 : Monsieur D. et Diapo 5 : Cas Clinique 2 : Madame V.).

Ne plus fumer : un choix libre

Au final, la décision de sevrage tabagique incombe toujours au fumeur. Il reste seul décisionnaire de cet apprentissage à faire, même si la décision prise ne satisfait pas toujours le soignant. Il demeure à la fois utile et fonctionnel de garder quoi qu'il arrive un style collaboratif, empathique, sans jugement et toujours respectueux.

C'est quoi ne plus fumer ?

- Un comportement à apprendre
 - 1 Situations diverses et variées
 - Plusieurs fois répété dans la journée
 - Pendant plusieurs années
- Apprendre à observer
 - Des bénéfices directs
 - Moins fatigué
 - Respire mieux
 - Plus d'odorat
 - ...
 - Des bénéfices secondaires
 - Interactions sociales
 - Évitements de situations stressantes
 - Sentiment d'efficacité personnel
 - ...

Comme tout apprentissage, demande exercices et répétition

2013/2019 Service d'aide-médecine de la 90^e pararnatid - 2019
Travaux de soins : Psychologie, Tabacologie - initiation au sevrage tabagique

Diapo 1 : C'est quoi ne plus fumer ?

Le sevrage tabagique

c'est 0 cigarette par jour

- 1 – Pas de seuil de dangerosité
- L'objectif de tout engagement vers un sevrage tabagique est donc à court, moyen ou long terme : **0 cig/j**
- Le sevrage peut commencer par une réduction, celle-ci restant toujours à l'initiative du patient mais avec toujours le même objectif

2013/2019 Service d'aide-médecine de la 90^e pararnatid - 2019
Travaux de soins : Psychologie, Tabacologie - initiation au sevrage tabagique

Diapo 2 : Le sevrage tabagique

pour le fumeur
Le moment de l'Arrêt

- Tout seul, avec son idée ou sa solution
- Avec son médecin, son infirmier, son pharmacien,...
- En Cs de tabacologie
- En hospitalisation
 - à cause du tabac
 - pour une autre raison

- C'est toujours le bon moment pour **Arrêter** de fumer !
- et**
- ⇔ il est toujours possible et souhaitable à tout moment de parler de ce futur arrêt

2013/2014
Sources d'adhésion de la SF2 par année 2013
Yvonn Vasnier, Psychologue, Tabacologue, Institut du Sevrage Tabagique

Diapo 3 : le moment de l'Arrêt

Cas clinique 1 : Monsieur D.

Monsieur D, 68 ans, DT2 découvert au décours d'un infarctus il y a 10 ans, traité par ADO.
HbA1c 8.5% et BMI 29
Dyslipidémie, HTA mal contrôlée, Artériopathie, IRC débutante.
Fumeur depuis l'âge de 18 ans.
Consommation actuelle : 1 paquet/jour
Vient pour déséquilibre glycémique et intensification du traitement

- En théorie, le tabac a déjà dû être abordé...
- Toujours consommateur donc, pour lui, peut-être pas suffisamment d'éléments positifs à l'arrêt
- ☐ Faire le point des connaissances sur le tabac
- ☐ Lui proposer une balance décisionnelle
- ☐ Lister les objectifs à très long terme
- ☐ Aider à prendre conscience de l'écart entre ces objectifs et la réalité de ses comportements

2013/2014
Sources d'adhésion de la SF2 par année 2013
Yvonn Vasnier, Psychologue, Tabacologue, Institut du Sevrage Tabagique

Diapo 4 : Cas clinique 1 : Monsieur D.

Cas clinique 2 : Madame V.

Madame V, 25 ans, DT1 depuis 14 ans, traité par basal-bolus.
HbA1c 7,2% et BMI 21
Pas de complication.
Activité physique régulière : marche et aqua gym.

Tabac 5 à 10 cigarettes/jour depuis 9 ans.
Vient pour informations préalables à la grossesse

- Traitement chronique contraignant
- Un projet
- ☐ Question ouverte comme : « Que diriez-vous de profiter de ce projet de grossesse pour arrêter de fumer maintenant ? »
- ☐ Question(s) ouverte(s) pour permettre de préciser les effets du tabac sur la grossesse et par conséquent d'infléchir la balance décisionnelle en faveur de l'arrêt
- ☐ Répondre à toutes les préoccupations de la patiente

2013/2014
Sources d'adhésion de la SF2 par année 2013
Yvonn Vasnier, Psychologue, Tabacologue, Institut du Sevrage Tabagique

Diapo 5 : Cas Clinique 2 : Madame V.

Références auteur :

Yoann Vasnier, Psychologue, Tabacologue, Pôle de Prévention et d'Éducation du Patient Centre Hospitalier d'Abbeville 42, bd Vauban 80142 ABBEVILLE CEDEX 1
yvasnier@gmail.com 0322206322

Bibliographie

- [1] Walburg V, Arnault S, Callahan S. Rôle des croyances rationnelles et irrationnelles concernant la motivation à l'arrêt du tabac. JTCC 2013 ;23(4) :188-196
- [2] Vasnier Y. L'ACT dans l'aide au sevrage tabagique. Le magazine ACT 2010 ;hors série(3) :11-12. Available from : <http://www.lemagazineact.fr/magazineACT-Hors%20Serie-Numero3.pdf>
- [3] Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service June 2000. Available from: <http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/USA%20treatment%20guidelines%20in%20English%202000.pdf>
- [4] Miller RM, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2006. InterEditions
- [5] Fagerström KO. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström test for cigarette dependence. Nicotine & Tobacco Research Advance Access published October 24, 2011
- [6] Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence : A Review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J. Behav.Med (1989) Apr ;12(2):159-82

Alimentation, cœur et vie pratique : Astuces pour manger mieux

Dominique DAUBERT-Valérie ROSSIGNOL

Diététiciennes CHU Toulouse

L'alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière sont 2 clés essentielles dans la prise en charge du patient diabétique/cardiaque, quel que soient ses facteurs de risque (?).

Les objectifs diététiques de ce patient portent sur 4 points :

- Couvrir les besoins nutritionnels en tenant compte de ses habitudes alimentaires
- Régulariser les glycémies
- Participer au contrôle des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires
- Stabiliser ou corriger le poids.

Manger les glucides indispensables :

Il n'existe pas d'interdit au niveau des glucides, qui doivent représenter 50% à 55% de l'apport énergétique total.

La consommation de saccharose peut-être autorisée jusqu'à 10 % de l'AET selon le souhait du patient (1 laitage sucré ou 1 c. à café de confiture à la fin d'une prise alimentaire par ex).

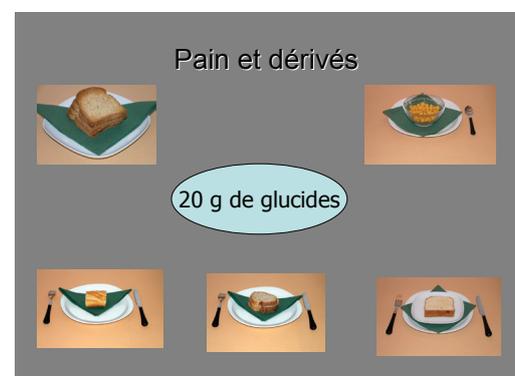
Pour une meilleure gestion des glycémies post prandiales, il est intéressant de privilégier les aliments à index glycémique faible ou moyen (légumes verts, légumes secs, pain aux céréales par ex).

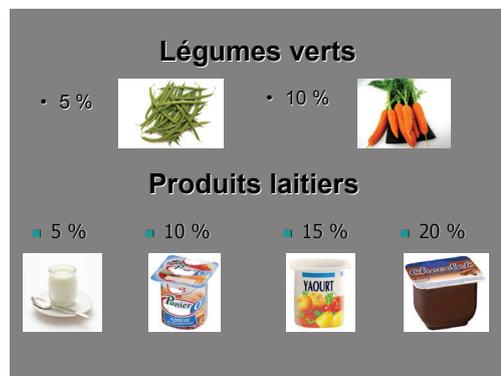
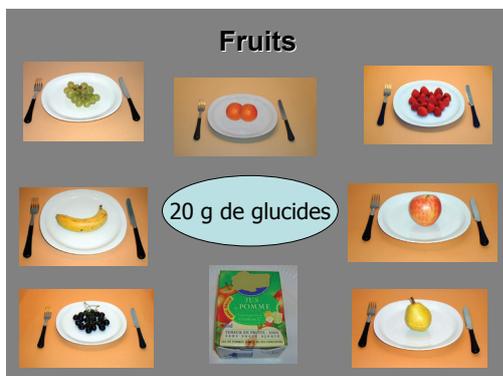
Les conseils pratiques expliqués aux patients sont donc de :

- composer des prises alimentaires mixtes (aliments apportant des glucides, des lipides, des protéines et des fibres).
- favoriser les glucides complexes riches en fibres, avec une cuisson al dente
- éviter d'associer au même repas plusieurs aliments à fort IG.

On veillera à une ration suffisante en fibres (25 à 30 g/j) pour leurs nombreux intérêts (effet satiétogène et régulateur du transit, vitesse d'absorption ralentie des glucides et du cholestérol).

Des exemples d'équivalences glucidiques sont donnés au patient afin de varier les repas tout en maintenant un apport reproductible de glucides, notamment si le traitement est à risque hypoglycémiant.





Choix des lipides :

Le contrôle des apports en lipides est nécessaire pour améliorer les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Même si, depuis peu, les apports nutritionnels conseillés pour les lipides ont été majorés (données AFSSA), le contrôle des apports et le choix des lipides sont primordiaux pour limiter le risque cardio-vasculaire : « + de graisses mais de bonnes graisses ».

Qu'elles soient d'origine animale ou végétale, les graisses nous apportent des Acides Gras. Ils représentent, au total, entre 35 et 40 % de notre Apport Énergétique Total (AET).

Pour les acides gras saturés (AGS), qui représentent 12 % de l'AET, seul l'excès en AGS athérogènes serait nocif (acides laurique, myristique et palmitique, présents dans les MG végétales comme l'huile de palme ou de coprah, majoritairement utilisées dans l'industrie agro-alimentaire. Ils sont aussi présents dans les viandes et les produits laitiers mais la composition en Acides Gras de ces derniers est plus intéressante au niveau nutritionnel que celle de l'huile de palme ou de coprah car elle est plus variée).

Pour les AG Insaturés, le groupe des Acides Gras MonoInsaturés représente 15 à 20 % de l'AET. Il est majoritairement représenté par l'acide oléique, présent dans huile d'olive mais aussi dans l'huile de colza et d'arachide ainsi que dans les viandes et les PL en quantités non négligeables. Pour le groupe des Acides Gras PolyInsaturés, l'accent est mis sur les AG dits indispensables : AGPI w6 (4% de l'AET), AGPI w3 (1 % de l'AET) dont EPA et DHA (ce dernier, surtout présent dans les poissons gras, a un grand intérêt nutritionnel car il entraîne une diminution de la mortalité cardio-vasculaire).

Plus on varie le choix des aliments, plus on couvre les besoins en acides gras. Mais attention à la quantité...

En cas d'hypercholestérolémie, il faut, d'une part, modérer les apports en cholestérol alimentaire (graisse animale), l'objectif étant de ne pas dépasser 300 mg /j.

Exemple d'apport en cholestérol sur une journée :

- 200 g viande-poisson-œuf = 160 mg en moyenne
- 30 g fromage = 30 mg en moyenne
- 2 mL lait ½ écrémé = 10 mg
- 15 g beurre = 40 mg

Ce qui fait, au total, un apport de 240 mg de cholestérol alimentaire.

Majoritairement, c'est la surconsommation quotidienne de viande qui augmente le plus cet apport en cholestérol alimentaire. Le contrôle de la quantité de viande consommée et le choix du morceau de viande permettent, très souvent, de ne pas dépasser les 300 mg de cholestérol alimentaire.

D'autre part, pour diminuer le taux de LDL-cholestérol, le choix des AGS est important: il faut limiter les apports en AGS athérogènes (limiter ne veut pas dire interdire!!!) et assurer les AG indispensables (respect des ANC) tout en contrôlant les quantités bien sûr!!!

Une activité physique d'endurance régulière, ainsi qu'un bon apport en AGPI w3 et DHA (huile de colza et poissons gras), peuvent permettre une augmentation du HDL-cholestérol qui est protecteur.

En cas d'hypertriglycéridémie (HTG), l'apport en glucides et en alcool est à surveiller. En effet, la surconsommation quotidienne de sucres purs (boissons et produits sucrés), fruits et dérivés (dont le fructose, notamment s'il est utilisé comme édulcorant), et alcool, peut entraîner une élévation des TG. En cas d'HTG sévère, la consommation de ces aliments sera très fortement réduite, voir supprimée.

Les quantités de lipides doivent être contrôlées ainsi que le choix des graisses : on retrouve les mêmes conseils

que pour l'hypercholestérolémie en majorant surtout les apports en AGPI. Une alimentation riche en fibres, le contrôle de l'équilibre glycémique et du poids, agissent bien sûr sur l'amélioration de l'HTG, l'utilisation des Index Glycémiques peut être un atout.

En cas d'hypertension artérielle (HTA), il faut contrôler le poids, la consommation de sel et d'alcool (2 verres vin /j).

Le chlorure de sodium (Na Cl) est un sel minéral indispensable à l'organisme (1g de sel = 400 mg de sodium). Le besoin physiologique est de 2g de sel/j. La consommation moyenne, par personne est de 10 à 12 g de sel/j (sel présent naturellement dans les aliments (2g), sel ajouté dans les préparations du commerce et/ou pour les modes de conservation (4 à 6g), sel d'ajout (4 à 6g)). Cette moyenne peut être plus élevée si la fréquence de consommation de plats préparés du commerce est supérieure à 5 x /semaine et/ou si le patient consomme des eaux riches en sodium (> à 50 mg/l). En cas d'HTA, il est recommandé de ne pas consommer plus de 6 g de sel /j ce qui fait, par exemple, en pratique :

- Sel de constitution des aliments
- 150 à 200g de pain/jour (environ ¼ de baguette x3/j)
- Une portion de 30g de fromage/jour
- Pas de sel dans les préparations
- 2g de sel à répartir au déjeuner ou au dîner sous forme de sel de table ou en équivalence avec un aliment salé (cf. tableau)

Pour remplacer le sel, qui est un agent de saveur, il est conseillé d'utiliser les épices et les aromates.

Où trouve-t-on un gramme de sel ?



L'objectif de la prise en charge diététique est de modifier les habitudes alimentaires du patient afin d'améliorer l'équilibre alimentaire et ainsi, de limiter les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Les changements sont proposés selon les habitudes et les goûts du patient qui peut choisir de garder certains « plaisirs ». Ils doivent être progressifs afin d'augmenter la compliance et la durée d'application des conseils. C'est l'addition de tous ces petits changements qui favorise l'amélioration du profil lipidique et la diminution des risques cardio-vasculaires.

En conclusion, l'équilibre alimentaire et l'activité physique régulière restent la base des changements des habitudes :

on commence par là. Ensuite, on cible les aliments selon le facteur de risque. Consommer suffisamment de glucides, en les variant et les adaptant aux situations, est un facteur de bon équilibre glycémique et pondéral. La variété et l'équilibre des graisses sont obtenus grâce à la diversité alimentaire (un peu de tout). La cuisine doit être simple, en utilisant des produits de base, des épices et des aromates... Et enfin, un discours personnalisé au patient permet de garder le plaisir de manger.

Références

Prise en charge du diabétique :

ANAES mars 2000 + HAS mai/octobre 2006 et janvier 2013

Recommandations de bonnes pratiques Partenariat AFDN/SFD juin 2003 ; actualisation fin 2013

PNNS : 2011/2015

AFSSA mars 2010

L'éducation nutritionnelle par l'image
Justine GREGOIRE - Diététicienne
CHU Nice service Endocrinologie Hôpital de l'Archet 2



Nous accueillons quotidiennement en hospitalisation traditionnelle ou en hôpital de jour des patients d'origine géographique différentes : Maghreb, Afrique (Cap vert), Tchétchénie, Russie, Roumanie, ... qui maîtrisent, souvent, mal la langue française ce qui complexifie notre prise en charge nutritionnelle.

Problématique :

Lors de nos séances d'éducation individuelles et/ou collectives, nous sommes fréquemment confrontés à des obstacles linguistiques, et éducatifs liés au niveau socio culturel, et économique dans certains cas.

Nous avons voulu nous assurer qu'au-delà de la prise en charge nutritionnelle classique et systématique, nos messages éducatifs étaient compris.

Objectif :

L'objectif de notre projet est d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients diabétiques à l'aide de supports éducatifs spécifiques afin de faciliter les échanges et d'optimiser la pertinence de nos messages pédagogiques.

Pour cela plusieurs outils éducatifs ont été créés en optant pour un langage universel : le support visuel à savoir des photos ou images à l'exception de quelques chiffres.

Présentation des outils :

Nous utilisons trois supports différents et qui reprennent tous les mêmes images

- l'imagier
- la main de l'équilibre alimentaire
- les posters

Ces outils reprennent de nombreux thèmes indispensables pour comprendre les bases d'une alimentation équilibrée : la fréquence des repas, la structure des repas, les équivalences glucidiques, ...

1) L'imagier :



Cet outil est le plus souvent utilisé en séance collective. L'ensemble des photos d'aliments est étalé sur une table. L'objectif, pour les patients est de trouver quels sont les aliments contenant des glucides et de les classer. Les patients travaillent en groupe ce qui permet d'échanger leurs idées et ouvre le débat pour la suite de l'atelier. Cet outil est en général très apprécié par les patients car ce sont des cartes qu'ils peuvent manipuler et échanger entre eux.

2) La main de l'équilibre alimentaire



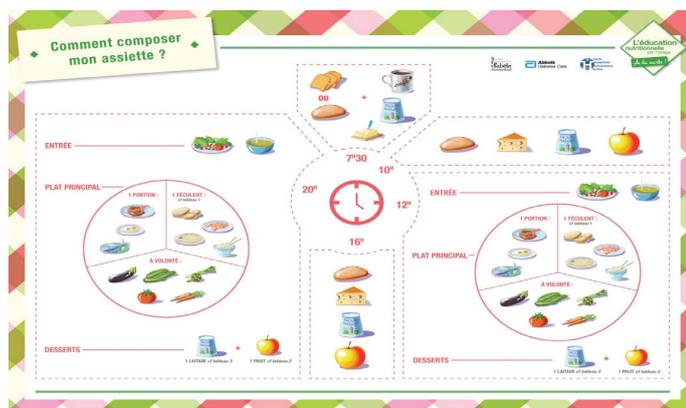
Pour faciliter la compréhension de notre message nous utilisons un moyen mnémotechnique « les 5 doigts de la main » qui représente les 5 familles d'aliments qui doivent être présentes dans un repas (aliment protéique, légumes verts, féculents, produit laitier et fruit).

Une photo d'une main est utilisée où la diététicienne positionne au fur et à mesure de la séance les différentes familles d'aliments.

3) Les posters

Pour compléter les informations données grâce à « la main de l'équilibre alimentaire » nous avons créé 5 posters, chacun reprenant un thème spécifique, la ligne conductrice étant toujours le support visuel.

- Poster principal :



- Posters secondaires : Pour compléter les informations données grâce au poster principal nous avons créé 4 posters spécifiques :



Objectif : repérer les équivalences glucidiques c'est-à-dire combien de cuillères de féculent doit-on consommer s'il y a ou non du pain dans le repas. Le nombre de cuillère à soupe de féculent peut être modifié en fonction des besoins du patient.



Objectif : classer les fruits selon leur teneur en glucides et la quantité à consommer associée.



Objectif : identifier quel produit laitier peut être consommé et en quelle quantité.

- poster 1 : quelles quantités de féculents ?
- poster 2: quelle portion pour un fruit ?
- poster 3 : quelle portion pour un laitage ?
- poster 4 : comment faire le bon choix ?



Objectif : connaître les aliments à limiter car ayant un indice glycémique élevé. La présence des photos d'édulcorants permet de donner des informations sur les alternatives aux produits sucrés. L'image de la bouteille d'eau permet d'aborder le choix des boissons.

Conclusion :

La prise en charge diététique et la prise en charge du diabète sont étroitement liées.

Notre rôle d'éducateur nutritionnel est alors primordial. Les messages que l'on souhaite transmettre doivent être simples, clairs et compris par tous. Ces outils qui intègrent des images sont créés pour répondre aux attentes des patients maîtrisant mal la langue française.



Ils peuvent être utilisés pour la prise en charge nutritionnelle de tout type de diabète voire d'autres pathologies.

A chaque professionnel de santé de se les approprier en fonction des objectifs nutritionnels du patient pris en charge.

Remerciements :

Nous remercions le laboratoire Abbott et la SFD paramédical pour leur contribution à la réalisation de ce projet.

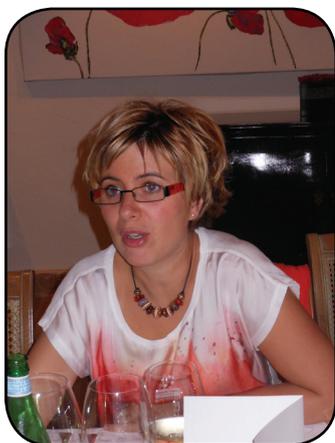
Evaluation Journée d'Automne 2013

Emilie BOURCELOT



Val de Grâce, Paris

Membre du Conseil Scientifique de la SFD Paramédical



Cette année, notre Journée d'Automne habituelle s'est déroulée le 22 Novembre 2013 à l'Hôpital du Val de Grâce à Paris, lieu prestigieux, rempli d'histoire, magnifiquement bien choisi pour y aborder un sujet d'actualité : « Diabète et addictions : Focus sur le Tabac ».

Un programme rondement élaboré et mené, grâce à l'intervention d'orateurs d'exception, qui a su séduire un grand nombre de personnes puisque nous avons enregistré pas moins de 206 inscriptions.

Au total, 174 participants ont eu la chance de découvrir la salle où s'est déroulée l'évènement : une annexe de la Bibliothèque Centrale, l'amphithéâtre Rouvillois, à l'ambiance cosy et feutrée où pas loin de 70 000 thèses et autres ouvrages sont entreposés.

La mixité paramédicale était à l'honneur : infirmier (ère), diététicien (ne), podologue, aide-soignante, orthoprothésiste, cadre de santé dont la majorité exercent en institution.

Cette année, nous n'avons malheureusement recueilli qu'une fine poignée de questionnaires d'évaluation (25,9%). Ces retours, moins conséquents que prévus, ne démontrent pas moins une satisfaction générale satisfaisante voir même très satisfaisante à 62%, score conforté également par une note générale de 8/10 pour 42% des participants ayant rendu leur questionnaire et 10/10 pour 27% d'entre eux.

Encore une fois, l'accueil, le programme et les conditions de travail sont en première loge puisque les scores « très satisfaisants » sont respectivement : 87%, 84% et 67%. Une petite nuance quant aux conditions de travail a cependant été déplorée concernant le son qui n'était pas assez fort et l'absence de micro pour les échanges dans la salle.

Concernant le contenu scientifique, les orateurs ont su transmettre leur dynamisme et leur intérêt grâce à des interventions aussi intéressantes et captivantes les unes que les autres : de la théorie à la pratique... de la pharmacocinétique à l'expérience de la drosophile et à notre capacité à changer notre comportement... de l'impact de l'alcool sur les glycémies capillaires à nos interrogations sur la prise de poids à l'arrêt du tabac...

L'après-midi de la journée était dans une dynamique de partage d'expérience où les présentations s'appuyaient sur un fil conducteur avec des cas de patients, traitant du sevrage tabagique. Cette approche a été appréciée par les paramédicaux (45% étaient satisfaits et 34% très satisfaits) friands de cas pratiques et d'exemples concrets à rapporter au sein de leurs équipes respectives. Beaucoup d'entre eux ont même déploré un timing un peu trop serré l'après-midi et auraient souhaité plus de temps consacré aux échanges.

Une nouveauté, cette année, la mise en place d'un jeu concours avec un partenariat avec les laboratoires et prestataires exposants a bien été appréciée d'autant que le prix mis en jeu était constitué d'une prise en charge complète pour la Journée d'Automne 2014 pour le questionnaire bien rempli, tiré au sort.

Malgré un fort ancrage de la SFD Paramédical dans le monde de la diabétologie, force est de constater que parmi les retours concernant l'évaluation de la journée, 48,9% de participants ne sont pas encore membres de la SFD Paramédical. Ce constat renforce la motivation de l'association à se faire connaître et reconnaître auprès des paramédicaux par le biais d'organisation de journées, vectrices de réflexion professionnelle, telles que les Journées d'Automnes mais également les Congrès annuels. Sans oublier que la SFD est fière de pouvoir porter et récompenser de nombreux projets novateurs, nationaux, fruits de travail d'équipes volontaires et dynamiques, tels les meilleurs abstracts, les projets de recherche, la remise de prix de meilleur outil...

Encore une fois, il est important de rappeler tout ce travail de partenariat avec vous, paramédicaux, qui nous inspirez au quotidien et renforcez notre implication nationale auprès de chaque professionnel.

Alors je vous dis à bientôt... pour de prochaines aventures !!!



Agenda

Février

- A.F.D.E.T.
Maison de la Chimie-Paris les 13-14 février 2014
<http://www.afdet.net/>

Mars

- Congrès Francophone Annuel de Diabétologie S.F.D.
Paris du 11 au 14 mars 2014
<http://www.sfdiabete.org>

Mai-Juin

- ETP SFD, Institut Pasteur, Paris le 16 mai 2013
- 52^{èmes} Journées d'Etudes de l'AFDN
les 5, 6 et 7 juin 2014, au Palais du Pharo, Marseille
<http://afdn.org/>

Octobre

- 39 EMES ENTRETIENS DE PODOLOGIE
17-18 octobre 2014 Centre des Congrès, Cité des Sciences,
La Villette PARIS
<http://www.fnp-online.org/>

Novembre

- 26^{ème} Salon Infirmier 2013-les 5-6-7-Nov. 2014 Paris
www.salon-infirmier.com
- SEFor 4^{èmes} rencontres-Lyon- <http://www.se-for.com>
- Journée d'Automne SFD Paramédical
Lille le 21 novembre 2014

Éditée par SFD Paramédical

88 rue de la Roquette – 75011 Paris

01 40 09 89 07 – www.sfdiabete.org

Responsable de Publication : Jocelyne BERTOGLIO

Rédacteurs en Chef : I. MANTOVANI - S. SAMPER

Tous les articles sont sous la responsabilité de leurs auteurs

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

