

Diabète de type 2

Étape 1 Éducation à l'activité physique : des relais de proximité champardennais et picards

Dr Jean-Luc Grillon (jean-luc.grillon@drjscs.gouv.fr), médecin du sport, médecin conseiller du directeur régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale de Champagne-Ardenne, vice-président de la Société française Sport Santé

Dr Karim Belaïd, médecin généraliste, médecin du sport, coordinateur du réseau Adiammo, correspondant du réseau « Picardie en forme », secrétaire général de la Société française Sport Santé

Véronica Anglade, infirmière diplômée d'éducation thérapeutique, coordinatrice du réseau Adiammo, correspondante du réseau « Picardie en forme », secrétaire générale de l'Ancred

La preuve des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé des patients diabétiques de type 2 n'est plus à faire, et les mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent ces effets bénéfiques sont connus^(1,2,3). Cependant, cette thérapeutique non médicamenteuse n'est pas assez utilisée en France en raison, d'une part, d'un taux élevé de sédentarité chez les patients diabétiques de type 2 et, d'autre part, d'un accès limité à la pratique de l'activité physique, notamment par insuffisance de dispositifs coordonnés de prise en charge⁽⁴⁾.

Dans les autres pathologies chroniques que le diabète de type 2 (cardiaques ou respiratoires), les programmes de rééducation ont également montré leur grande efficacité, mais, en l'absence ou du fait de l'insuffisance de relais d'activité physique de proximité, les acquis ne persistent pas au-delà de deux à trois mois.

L'instruction adressée le 24 décembre 2012 par les ministres chargés de la Santé et des Sports aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales jeunesse, sport et cohésion sociale (DRJSCS), demandant la mise en place d'un plan régional sport-santé, bien-être, va per-

mettre d'articuler les programmes d'éducation thérapeutique du patient avec les offres d'activités physiques ou sportives de proximité. Le déploiement d'un opérateur régional, appelé réseau sport-santé, dont la forme s'adapte aux acteurs de chaque région, permet cette articulation.

Les dispositifs « sport-santé, bien-être » en Champagne-Ardenne et en Picardie

En Champagne-Ardenne, le réseau sport-santé, bien-être est porté principalement par le collectif interassociatif sur la santé (CISS), l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML) et le comité régional olympique et sportif (CROS).

Ce réseau participe aux comités de pilotage stratégique et technique du plan régional sport-santé, bien-être. Il répond au cahier des charges des réseaux de santé (loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Il a acquis une base de données sécurisée, travaille dans les mêmes locaux et partage des personnels avec les autres réseaux de santé de la région (diabète, addiction, cancer, gérontologie, périnatalité, soins palliatifs).

Deux cent trente et un professionnels de santé ont été formés sur deux thèmes : « comment motiver mon patient à refaire de l'activité physique » et « comment engager mon patient dans un parcours sport-santé ». Une fiche « éducation sport-santé » pour les éducateurs médico-

1. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé⁽⁷⁾

Pour les personnes de 18 à 64 ans : 150 à 300 minutes par semaine d'activité physique d'endurance d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente des deux. Par périodes de 10 minutes au moins, avec une activité de renforcement musculaire 2 fois par semaine.

Pour les personnes de plus de 64 ans : les mêmes recommandations que pour les 18-64 ans, avec en plus des activités d'amélioration de l'équilibre et de prévention des chutes chez les personnes à mobilité réduite 3 fois par semaine.

Si les recommandations ne peuvent être atteintes, il faut que les personnes soient aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Une activité physique modérée et une activité physique soutenue correspondent respectivement à une activité pratiquée avec une intensité de 5 à 6 et de 7 à 8 sur une échelle de 0 à 10 de capacité personnelle.

sportifs (encore appelés enseignants en activité physique adaptée-santé [EAPA-santé]) a été réalisée avec le réseau régional diabète et mise en ligne sur Ornicare (système d'information partagé des réseaux de santé).

Au cours de l'année 2012, les parcours sport-santé sont rendus opérationnels dans cinq grandes villes de la région (Reims, Chaumont, Châlons-en-Champagne, Charleville-Mézières, Épernay) ; 148 bilans médico-sportifs ont été réalisés par les EAPA-S (110 femmes et 38 hommes, 45 auprès de patients atteints de diabète de type 2).

Entre 2011 et 2012, 341 patients ont été suivis en prévention tertiaire et 700 personnes ont été prises en charge dans ces parcours en prévention secondaire.

En Picardie, le réseau sport-santé, bien-être « Picardie en forme » est opérationnel depuis janvier 2012, dans une première phase expérimentale de deux ans, limitée à cinq territoires.

Il est co-porté par le CROS et la DRJSCS de Picardie, avec le partenariat de l'ARS, du conseil régional, du réseau Educapic réunissant les pôles de prévention et d'éducation thérapeutique, de l'URPS ML, du CISS et de l'instance régionale d'éducation pour la santé (IREPS).

Ce réseau régional fédère les acteurs des différents champs sportif et médical, et s'adresse aux usagers, aux professionnels de santé et aux associations sportives. Dans chaque territoire, le réseau s'appuie sur des correspondants locaux : pour le territoire de Château-Thierry (agglomération de 30 000 habitants), il s'agit du réseau diabète Adiammo. Cette structure propose aux patients des parcours sport-santé en les coordonnant avec l'ensemble du parcours d'éducation thérapeutique. Un partenariat avec l'association locale de patients (AFD) et l'office municipal des sports renforce ce dispositif.

Sur ce territoire, 86 patients ont participé au programme entre mai 2012 et juin 2013 (55 % de femmes et 45 % d'hommes, dont 78 % de patients atteints de diabète de type 2), 11 patients (13 %) ont abandonné la pratique lors de la première phase du parcours. Parmi les 75 patients actifs à l'issue de celle-ci (87 %), 15 patients (28 %) ont poursuivi la pratique en association sport-santé, 19 patients (36 %) ont engagé une pratique autonome et 19 patients (36 %) n'ont pas pérennisé la pratique.

Le parcours sport-santé : une mise en mouvement personnalisée

Il s'agit d'un parcours de prévention autour du projet personnalisé d'activité physique. Il vise, par un accompagnement éducatif et motivationnel personnalisé^(5, 6), à rapprocher la pratique physique de l'utilisateur insuffisamment actif des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (encadré 1).

2. Les composantes du bilan éducatif partagé (BEP)

Évaluation du niveau d'activité physique

Questionnaire de Ricci et Gagnon qui quantifie l'activité physique quotidienne, professionnelle et de loisirs. Un podomètre peut aussi être utilisé.

Évaluation de la motivation

Questionnaire de Prochaska-DiClemente modifié.

Facteurs freinant et favorisant la pratique.

Évaluation de la qualité de vie

Questionnaire SF36.

Évaluation des capacités physiques

Test de marche de 6 minutes, test de tonicité (test de la chaise), test de souplesse.

3. Orientation graduée des prises en charge

- Orientation vers des ateliers d'éducation thérapeutique en cas de motivation insuffisante.
- Afin de préparer l'intégration au sein d'un club sport-santé labellisé, orientation vers :
 - un cycle ETP/APA de 2 à 3 mois en milieu médicalisé (réseaux diabète, UTEP), animés par des EAPA-S ;
 - ou vers un stage passerelle encadré par des éducateurs sportifs et des professionnels de santé (exemple : stages sportifs fédérés par l'Union sports et diabète*).

Critères d'inclusion : patients ayant une capacité physique insuffisante ou une connaissance insuffisante de leur pathologie et des traitements pour permettre une pratique en sécurité.

Objectifs : contrôler et maîtriser les paramètres d'activité physique (fréquence/intensité avec le cardiofréquence-mètre et l'échelle de Borg/Durée) et apprendre à adapter celle-ci à son état de santé (appareils cardiorespiratoire et neurolocomoteur), aux thérapeutiques prises et aux situations particulières (déséquilibre glycémique, neuropathie, rétinopathie).

- Orientation directement vers un club sport-santé labellisé**

Critères d'inclusion : patients ayant une capacité physique suffisante et une connaissance de leur pathologie et des traitements permettant une pratique en sécurité.

Objectifs : acquérir, en un an en moyenne (de trois mois à deux ans), une autonomie permettant, par une pratique d'intensité très progressive, de rejoindre une offre sportive de loisir en association ou de pratiquer en autonomie.

* Cette association qui regroupe des personnes diabétiques et des professionnels de santé propose une réflexion sur la pratique des activités physiques et sportives chez les personnes diabétiques et fait la promotion des stages et des événements sport-santé se déroulant sur le territoire.

** Critères de labellisation d'un club sport-santé : formation complémentaire de l'éducateur sportif, groupes de 12 personnes au maximum, adaptation de la pratique.

Exemples : programmes rando-santé de la FFRP, Actimarche de la FFEFGV, Diabétaction de la FFEPM, Athlé-santé de la FFA, Nagez-Forme-Santé de la FFN...

Diabète de type 2



Le réseau régional « Picardie en forme », partenaire du réseau diabète Adiammo fédère les acteurs des champs sportif et médical.

Le parcours sport-santé est composé de différentes étapes qui permettent de l'adapter à n'importe quelle pathologie et sur tous les territoires. Il est déclenché par le patient à la suite d'un entretien motivationnel avec le médecin traitant.

Étape 1 : bilan initial

- Sécurisation de la pratique

Un certificat de non-contre-indication à la pratique des activités physiques adaptées est délivré par le médecin traitant avec, si besoin, l'appui du cardiologue ou du médecin du sport. C'est une condition indispensable pour accéder au parcours sport-santé.

- Bilan éducatif partagé (encadré 2, p. 693)

Ce moment de communication privilégié entre le patient et un professionnel de l'éducation thérapeutique permet au patient de verbaliser ses attentes, d'identifier ses besoins et d'analyser les facteurs qui influencent ses comportements en santé.

Étape 3 : relais en club proposant une offre sportive de loisirs ou pratique autonome

Un suivi est nécessaire tout au long du parcours, avec des échanges entre le patient, l'animateur sportif et le médecin, notamment à l'aide des informations portées dans le livret de liaison. Ce suivi vise à réajuster, si besoin, la pratique ou les objectifs de celle-ci, à dépister les ruptures de parcours, en particulier lors des passages d'une structure à l'autre, et à envisager les solutions pour une pratique pérenne.

Le réseau sport-santé, opérateur transposable et adaptable à chaque région

Le parcours sport-santé est un média remarquable d'accès à l'éducation thérapeutique du patient, y compris dans ses composantes environnementale, alimentaire, médicamenteuse, de connaissance de la pathologie, de gestion des risques mais aussi de lien social. Cette mise en mouvement personnalisée permet de renforcer les compétences d'auto-soin, psychosociales et les compétences d'adaptation. Cette pratique permet également aux patients en rupture des structures éducatives et de soins de reprendre un parcours de soins sous une approche différente et de rester acteurs de leur bien-être.

L'éducation à l'activité physique avec relais de proximité est donc possible pour les patients atteints de diabète de type 2 grâce au parcours sport-santé. L'accès à ce parcours est facilité par le réseau sport-santé, opérateur transposable, sous une forme adaptée, dans chaque région.

Le déploiement du dispositif dépend à la fois de la bonne coordination des actions et programmes mis en place, et de l'investissement des patients et de l'ensemble des acteurs.

Nous avons souhaité présenter quelques cas démonstratifs (encadré 4, tableau 2 ci-contre), qui illustrent la richesse des possibilités offertes par le parcours sport-santé et les difficultés rencontrées. Les différences de paramètres recueillis ne nuisent pas à l'objectif général poursuivi, qui est d'éduquer à l'activité physique et de pérenniser la pratique. Ces dispositifs permettent d'agir à la fois sur l'amélioration de la condition physique, sur l'équilibre du diabète, sur la prévention des complications, sur la qualité de vie mais aussi sur le coût des traitements. •

Le parcours sport-santé, média d'accès à l'éducation thérapeutique

Dans le parcours sport-santé, le bilan éducatif partagé (BEP) est orienté sur l'activité physique et offre ainsi un nouveau sens de communication travaillant transversalement entre les différents professionnels sur le parcours de soins centré sur l'utilisateur. Il est réalisé par un enseignant en activité physique adaptée et santé (EAPA-S) sur délégation du médecin⁽⁸⁾ ou par le médecin lui-même.

Au terme de cette première étape, un livret de liaison est remis au patient. Ce document est à la fois un support pédagogique et un outil de communication avec les professionnels intervenant dans son parcours. Il est composé d'éléments synthétiques personnalisés (validés par le patient) comme la synthèse du BEP, le parcours sport-santé détaillé, le certificat médical d'inaptitude partielle ou de non-contre-indication à la pratique physique ou sportive.

Étape 2 : accompagnement éducatif et motivationnel à la pratique des activités physiques

Cet accompagnement est adapté aux résultats du bilan, avec une orientation graduée des prises en charge (encadré 3, p. 693).

Jean-Luc Grillon déclare avoir participé à une intervention pour l'entreprise Sanofi lors du forum de santé publique 2013 et avoir été pris en charge (hôtel) par cette entreprise, à l'occasion du déplacement pour cette intervention.
Karim Belaid, Véronica Anglade n'ont pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

4. Exemples de parcours sport-santé dans la région Picardie (parcours Château-Thierry)

Femme 62 ans

- Cycle ETP-APA de 8 semaines. Participation à 2 séjours sport-santé au Puy-en-Velay en Champagne-Ardenne.
- Relais sport-santé en club labellisé : basketball 1h30/semaine.
- Pratique individuelle : marche avec groupe d'amis 2 h 3/semaine, marche avec l'AFD 1/mois.
- Test de marche de 6 min : T0 475 m ; T2 578 m
- Poids/HbA1C : mai 2012 : 93 kg/7,9 % ; mai 2013 : 82 kg/6,4 %
- Économie sur le coût du traitement : 1 469,1 €/an.
- T0 exénatide 2/j + metformine 1 000 mg 3/j + répaglinide 1 mg 1/j ; T12 metformine 850 mg 3/j.
- Arrêt exénatide (109,74 x 12 mois = 1 316,88 €) ; arrêt répaglinide (8,82 x 4 boîtes = 35,28 €) ; remplacement de metformine 1 000 (10,29 €) par metformine 850 (9,69 €) soit 7,20 €/an d'économie.

Témoignage : « Je me sens vraiment mieux depuis que je fais du sport. J'ai retrouvé une dignité et une joie de vivre. Je rencontre beaucoup de personnes et cela me fait vraiment du bien. »

Femme 63 ans

- Cycle ETP-APA : test APA en mai 2013 ; stage passerelle de 2 mois avec ETP en mai 2013 ; test APA en juin 2013.
- Relais sport-santé : pas d'inscription en club labellisé.
- Pratique individuelle : 30 min de vélo d'appartement/j.
- Test de marche de 6 min : T0 120 m ; T2 230 m.
- Poids/HbA1C : mai 2012 : 134,6 kg/7,9 % ; mai 2013 : 123kg/7,1 %.
- Économie sur le coût du traitement : 2 046,24 €/an.
- Insuline asparte : diminution des doses de 56 UI 3/j à T0 à 28 UI 3/j à T 12, soit 84 UI/j, soit 8,4 stylos/mois à 8,17 €/stylo, soit 68,6 €/mois. Insuline glargine : diminution des doses de 112 UI à T0 à 32 UI à T 12, soit 80 unités/j, soit 8 stylos/mois, à 12,74 €/stylo, soit 101,92 €/mois. Total : 170,52 €/mois.

Témoignage : « Je retrouve un dynamisme et une autonomie. Je peux réaliser des gestes de la vie quotidienne avec plus de facilité et je réalise des tâches ménagères avec un grand plaisir. J'ai encore besoin de repères diététiques et d'accompagnement pour maintenir mes changements de comportements qui sont encore très fragiles. »

Homme 57 ans

- Cycle ETP-APA : test APA en mai 2012 ; stage passerelle de 2 mois avec ETP de mai à juin 2012 ; tests APA en juin 2012.
- Relais sport-santé : pas d'inscription en club labellisé.
- Pratique individuelle : marche et randonnée 3/sem.
- Test de marche de 6 mn : T0 591 m ; T2 655 m.
- Poids/HbA1C : mai 2012 : 93 kg/7,6 % ; mai 2013 : 87 kg/8 %.
- Économie sur le coût du traitement : 383,28 €/an.
- Insuline glargine : diminution des doses de 18 UI/j, soit 540 UI/mois, soit 25,48 € et 305,76 €/an.
- Metformine 850 mg : diminution de 2 cp/j, soit 60 cp/mois, soit 6,46 €/mois et 77,52 €/an.

Témoignage : « Ce programme a été une très bonne expérience pour moi. Cela a provoqué un changement de vie. Je régule mon diabète beaucoup plus facilement. Je suis gourmand, je me permets des écarts en adaptant mon activité physique en fonction. »

Tableau 2 Exemples de parcours sport-santé dans la région Champagne-Ardenne (patients âgés de 50 à 60 ans)

Sexe	Parcours Champagne-Ardenne		Niveau d'activité physique ⁽¹⁾			Test de marche de 6 minutes			Test de tonicité ⁽²⁾		Test de souplesse ⁽³⁾		Qualité de vie (questionnaire SF36)			
	Cycle ETP/APA	Relais sport-santé	T0	T12		T0	T5	T12	T0	T5 :12	T0	T5/12	Physique T0	Physique T5	Psychique T0	Psychique T5
M	UTEP Châlons	Nagez forme santé (FFN) Actimarche (FFEPGV)	7	25		264	478		9	16	25	10	39	44	28	47
M	UTEP Châlons	Nagez forme santé (FFN) Actimarche (FFEPGV)	26	30		528	638		17	19	14	12	49	40	54	59
F	UTEP Reims	Gymnastique douce (FFPMM)	28	30		453		500	13	15	7	0				

1. Questionnaire de Ricci Gagnon ; 2. Nombre de relevés de chaises en 45s ; 3. Distance doigts sol

1. Activité physique, contextes et effets sur la santé. INSERM, Expertise collective, 2008.
 2. Activité physique et diabète de type 2 : référentiel de la Société francophone du diabète (SFD). Médecine des maladies métaboliques, volume 6, issue 1, février 2012, 80-96.
 3. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). Group Intensive blood-glucose control

with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998;352(9131):83-53.
 4. Retrouver sa liberté de mouvement. Rapport de la commission « Prévention, sport et santé » 2008:126-200.

5. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, et al. Éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques. Éd. Masson.
 6. Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Éd. Maloine.
 7. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. OMS, 2010.

8. Convention de partenariat entre la conférence des directeurs et doyens de STAPS (C3D STAPS) et la conférence des doyens des facultés de médecine « Organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche », novembre 2012.