

## Propositions techniques à titre indicatif : bases pour expérimenter en sécurité

La plus part des activités de la vie courante et des déplacements quotidiens ne nécessitent aucune adaptation des traitements.

La réalisation d'activités physiques programmées dans des conditions climatiques standard peut nécessiter des précautions pour prévenir les risques d'hypoglycémie (y compris tardive) et de blessures.

### Conseils généraux

Mesurer les glycémies systématiquement avant et immédiatement et 2 heures après les activités prolongées et si insuline mesurer avant de se coucher.

Compenser les hypoglycémies. Il est préférable de ne pas faire d'activités physiques soutenues si les glycémies dépassent 15 mmol/l et/ou cétonurie.

Boire 0,5 l à 1l d'eau par heure d'effort.

### Alimentation

#### Effort long et soutenu (quelques heures):

Avant : ajouter 15 g de glucides au repas (farineux)

Pendant l'effort consommer 15 g de glucides pour 30 à 45 min (fruit, barre de céréale, pâte de fruits, etc.). Prévoir une ration de glucides supplémentaire.

Après : ajouter 15 de glucides au dernier repas (fruit ou farineux) et une collation de 15g au coucher si besoin

#### Efforts plus courts intensité modérée (30' à 1 heure)

Avant : repas normal équilibré

Pendant : 15 g de glucides pour 30 à 45 min d'effort

Après : ajuster selon glycémies

#### Efforts prolongés non anticipés :

Consommer 15g de glucides au démarrage, modérer l'intensité de l'effort, boire régulièrement, mesurer la glycémie toutes les heures ½.

### Traitements médicamenteux

**ADO (surtout sulfamides hypoglycémiant):** ½ dose lors de la prise précédant l'effort prévu

**Insuline lente** (basale) baisse des doses si répétition d'AP sur plusieurs jours (10 à 20%)

#### Insuline rapide

Effort prévu moins de 3h après le repas baisser de 30 à 50% la dose de bolus

Effort plus de 3 h de après le repas : pas d'adaptation de dose

#### Pompes :

Baisser de 50% le bolus précédant effort

Arrêter débit de base pendant effort

Diminuer de 75% le débit de base dans les 6 heures suivant l'exercice prolongé.

Si hypoglycémie pendant l'effort : « resucrage standard », rajouter 25 à 30 g supplémentaire dès correction et poursuivre l'AP en surveillant la glycémie

## **Propositions de mise en place d'une AP durable**

### **Progressivité**

Pendant 2 à 3 semaines 3 séances par semaine de 15 min finissant à 50% de FMT  
Puis augmenter l'intensité toutes les 3 séances de 10% de la FMT  
En arrivant à 70% de la FMT augmenter la durée des séances de 5 min toutes les 3 séances sans dépasser 30 à 45 min par séance  
Enfin ajouter une séance par semaine toutes les 3 semaine pour atteindre les 150 min réglementaires

### **Structure**

Chaque séance comporte 5 min d'échauffement et se prolonge de quelques exercices de souplesse ou d'étirements doux

### **Diversité**

Au moins 2 activités différentes pour trouver du plaisir et mobiliser l'ensemble du corps.  
2 séances de 10 min peuvent-être consacrées au gainage, à l'équilibre ou à l'intensité

### **Spécificité**

Les activités de base à privilégier sont celles qui peuvent s'intégrer à la vie de tous les jours et qui donnent du plaisir aux patients.

Exemple : optimisation des déplacements pour aller au travail

Les activités de loisirs sportifs peuvent cultiver le lien social permettre de sortir de l'isolement

### **Evaluation**

Mesurer et pointer pendant les 3 premiers mois puis réévaluer une fois par trimestre.  
Les objets connectés sont une aide substantielle

### **Soutien**

Intégrer une ligne par consultation questionnant l'attitude par rapport à l'AP (Prochaska) et la conduite à tenir. Aider à valoriser le chemin accompli, tirer profit des expériences et ne pas lâcher.

**Négocier** des objectifs accessibles et durables qui redonneront confiance et puissance

**Faire évoquer** les besoins de dépassement de soi et des projets qui ont du sens pour les patients. Si la santé mobilise les valeurs, les actes apportent de la gratitude envers soi.

### **Mise en situation**

Madame R, 55 ans a un diabète de type II équilibré et non compliqué depuis une douzaine d'année, sous insuline lente 30 UI par jour, metformine et empaglifozine, une hypertension artérielle en ordre sous lercanidipine et association sartan-diurétique, un surpoids (BMI 27,6kg/m<sup>2</sup>) « depuis toujours ». Elle travaille à temps partiel comme nettoyeuse et s'occupe de son petit fils 1 journée par semaine. Pour ces 2 activités, elle prend le bus pour un trajet de 25 'aller et 25' retour. Avec ses courses hebdomadaires, au supermarché de son quartier, son temps est « bien occupé ». Elle vous demande si tous ses traitements sont nécessaires et s'il n'est pas possible de les réduire au minimum. D'ailleurs, depuis qu'elle a changé son alimentation « son cholestérol est parfait ».

Vous vous dites que c'est une belle opportunité pour parler de son activité physique. Jusqu'à présent elle a toujours considéré que son travail suffisait.

Comment sa demande fait-elle écho à ce que vous savez de l'AP dans son état de santé ?

Comment évaluer son activité physique actuelle ?

Comment évaluer son aptitude à l'effort ?

Comment mettre à jour sa motivation et ses obstacles à faire de l'AP ?

S'il s'avère qu'elle se trouve en phase de préparation à l'action. Quel projet pourriez vous construire avec elle ?

Quelles seront vos préconisations concernant son traitement et la prévention standard des hypoglycémies

Quels résultats seront mesurables et réconfortants pour elle dans le premier mois ?

Quelle aide supplémentaire pourriez vous évoquer avec elle (professionnels de santé, réseau, programmes, structures de la ville de Genève, etc.)?

A quelle fréquence et avec quels moyens prévoyez vous de la revoir pour soutenir son projet ?