

La revue d'information de la Société Francophone du Diabète Paramédical

N° 63
1^{er} semestre
2016



Journée d'Automne SFD Paramédical

20 Novembre 2015

Diabète et Obésité
Une prise en charge sur mesure



Sommaire

P.3 Edito

P.4 Epidémiologie en France et dans le monde

Claire CARETTE, Paris

P.6 Les mécanismes de l'insulinorésistance

Nicolas PAQUOT, Liège, Belgique

P.8 L'influence des traitements antidiabétiques sur le poids

Yves REZNIK, Caen

P.10 L'influence des traitements anti-obésité sur le diabète

André Scheen, Liège, Belgique

P.12 L'échec des régimes amaigrissants

Louis MONNIER, Montpellier

P.14 La chirurgie métabolique est-elle le meilleur traitement du DT2 ?

François PATTOU, Lille

P.16 Approche nutritionnelle et comportementale

Emilie Bourcelot et Jérôme COMBES, Besançon

Vie de l'Association

P.9 Annonce Journée d'Automne 2016 à Toulouse

P.15 Rencontre Paramédicale en Région

Jocelyne Bertoglio, Présidente SFD Paramédical

P.19 Evaluation Journée d'Automne SFD Paramédical Paris 2015

Justine Grégoire, membre Conseil Scientifique

P.21 Documents 30 ans SFD Paramédical

Didier Daubit, Jacqueline Delaunay, membres du Conseil d'Administration

P.25 Nouvelles 2.0 – www.sfdiabete.org

Jacqueline Delaunay, Webmestre SFD Paramédical

P.26 Programme paramédical Congrès SFD Lyon

Elise Hamon et le Conseil Scientifique de la SFD paramédical

P.28 Agenda

Editorial

Un sujet d'actualité, une journée pas comme les autres.

Le 20 novembre 2015, nous attendions 300 personnes pour notre Journée d'Automne : « Diabète et Obésité, une prise en charge sur mesure ». Les tragiques événements parisiens du 13 novembre nous ont obligés à adapter notre accueil en renforçant la sécurité, et à modifier notre programme scientifique. Les participants ont toutefois répondu présents (plus de 200 personnes) ainsi que les associations qui, pour la 1ère année avaient un espace dédié « le village des associations ».

Le programme, que nous avons dû adapter a été complété par notre Président d'Honneur, Mr le Professeur André Scheen. Son intervention de dernière minute a permis de mieux comprendre la prise en charge de l'obésité dans nos services de diabétologie.

En effet, ces deux pathologies, que nous connaissons et soignons tous les jours, sont intimement liées. Les soins aux personnes obèses ont plusieurs dimensions : médicales, chirurgicales et psychologiques, notamment par l'analyse des comportements alimentaires. Une intervention concertée semble donc indispensable pour prendre en compte la dimension multifactorielle de cette maladie métabolique et la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire reste essentielle pour maintenir la motivation du patient et également celle des soignants.

Enfin cette journée de formation autour d'une pathologie pour laquelle le regard de la Société n'est pas toujours complaisant, a permis de relever quelques nouvelles pistes de réflexions pour améliorer son suivi et son accompagnement.

Promouvoir le travail d'équipe et proposer de traiter des sujets d'actualité restent des missions essentielles de notre association, la SFD Paramédical, lors de la Journée d'Automne dédiée aux paramédicaux.

Même si cette année, cette journée n'était pas comme les autres...



Elise Hamon
Présidente Conseil Scientifique
SFD Paramédical »

« Une journée pas
comme les autres... »

Epidémiologie de l'obésité et du diabète de type 2

Dr Claire Carette

Praticien Hospitalier, Unité de Nutrition, Hôpital Ambroise Paré, APHP,
9 avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt

L'épidémiologie nutritionnelle a pour but d'étudier les relations entre l'alimentation et la survenue des pathologies aiguës ou chroniques. Cet article présente une synthèse non exhaustive de l'épidémiologie de l'obésité et d'une de ses complications métaboliques les plus fréquentes le diabète de type 2 en France et dans le monde. Les carences nutritionnelles ont depuis longtemps mobilisé le monde médical et scientifique mais ces dernières années ont été marquées par l'émergence de nombreuses pathologies dites « de surcharge » comme l'obésité et le diabète de type 2. En effet, les responsables en charge de la Santé publique au niveau international (Organisation mondiale de la santé) sont mobilisés autour de ces pathologies et la France s'est distinguée en mettant en place dès 2001 le Programme national nutrition santé (PNNS). Ce programme régulièrement remis à jour a été lancé dans le but d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur un déterminant majeur de ces pathologies qu'est la nutrition.



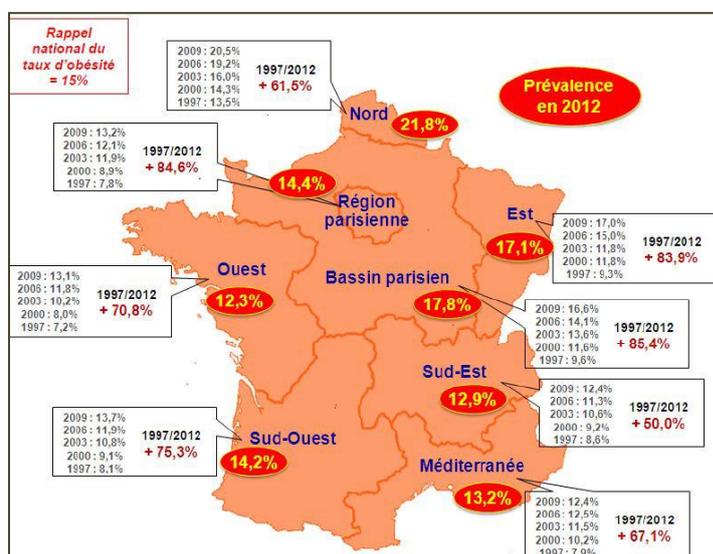
Epidémiologie de l'obésité :

Définie par une augmentation de la masse grasse, l'obésité peut être estimée par l'indice de masse corporelle (IMC) : rapport du poids exprimé en kg sur la taille exprimée en m et élevée au carré. L'OMS, en se basant sur ce critère, a donné le classement suivant :

- < 18,5 : risque de dénutrition ;
- 18,5-24,9 : poids normal ;
- 25,0-29,9 : surpoids ;
- 30,0-34,9 : obésité de classe 1 ;
- 35,0-39,9 : obésité de classe 2 ;
- ≥ 40 : obésité de classe 3.

En France, l'enquête ObÉpi porte tous les 3 ans sur un échantillon représentatif de plus de 25 000 personnes interrogées par voie postale (auto-questionnaires). Les derniers résultats publiés en 2012 montre une prévalence de l'obésité chez les adultes autour de 15 % ce qui, extrapolé à la population française, représenterait plus de 6,5 millions de Français en situation d'obésité (1). Les résultats analysés par classe d'âge confirment que le taux de prévalence de l'obésité de 10 % est atteint à un âge de plus en plus précoce (dès 28 ans pour les personnes nées entre 1980 et 1986). L'analyse régionale fait ressortir des différences nettes dans cette prévalence : 21,8 % en région Nord versus 12,3 % en région Ouest. La prévalence dans les DOM-TOM et POM est nettement supérieure de 18 % en Guyane jusque 33 % en Polynésie Française selon l'enquête PODIUM publiée également en 2012 (2). De plus, le rapport ObÉpi 2012 montre qu'il existe toujours, comme lors des enquêtes précédentes, une relation inverse entre les revenus des foyers et la prévalence de l'obésité.

Aux États-Unis, la prévalence de l'obésité chez les adultes est passée de 15 % en 1980 à plus de 35 % en 2012 (3). On peut dire que l'épidémie de l'obésité est un phénomène mondial, puisque même les pays en voie de développement qui doivent encore lutter contre la malnutrition se trouvent confrontés dans le même temps, paradoxalement, aux problèmes de santé publique que pose la progression de l'obésité.

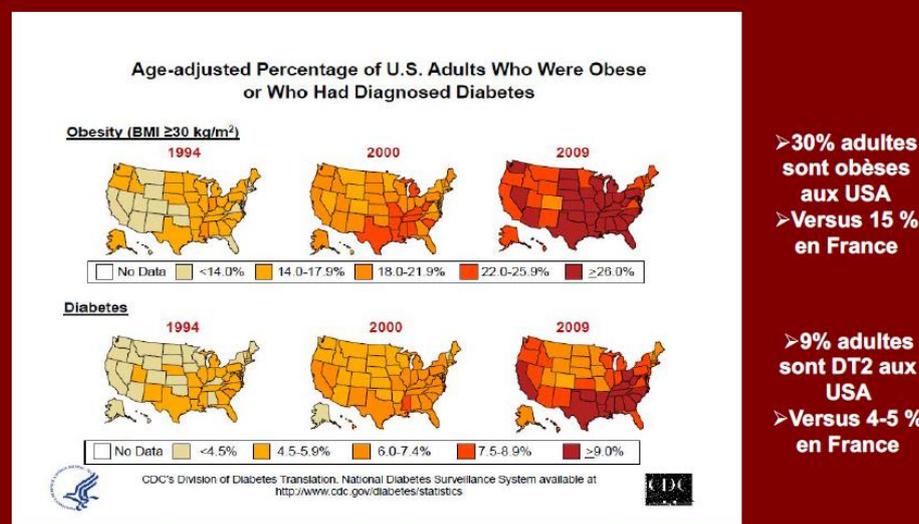


Epidémiologie du diabète de type 2 :

L'une des principales complications de l'obésité est le développement d'une résistance à l'insuline et d'un diabète de type 2. Les données américaines du CDC (Centers for Disease Control and prevention) montrent l'évolution parallèle de ces deux maladies avec en 2014 une prévalence du diabète autour de 9%. En France, les données du SNIIRAM de 2012 ont permis d'évaluer la prévalence globale du diabète traité pharmacologiquement à 4,6 % de la population, soit 3 millions de personnes (4). Mais cette estimation ne permettait pas de différencier spécifiquement les patients diabétiques de type 1 (DT1) des patients diabétiques de type 2 (DT2). L'étude Française Entred 2007-2010 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) a apporté quelques estimations indirectes (5). Parmi le nombre total de diabétiques, l'étude Entred estime à 91 % la proportion de diabète de type 2. La population de diabétiques non diagnostiqués varierait entre 200 000 et 500 000. Ces statistiques placent la France dans la moyenne européenne. Cependant, la prévalence du diabète dans les départements et territoires d'outre-mer reste très nettement supérieure à la moyenne nationale, en raison de la convergence de facteurs défavorables comme celle de l'épidémie d'obésité citée dans le chapitre précédent.

La dernière mise à jour de l'atlas de la Fédération Internationale du Diabète (IDF) signale que le diabète affecte actuellement 415 millions de personnes dans le monde et prévoit que cet effectif atteindra 642 millions en 2040. Si l'on fait exception de la République de Nauru (un état insulaire de Micronésie qui ne compte que 13 000 habitants et où la prévalence des diabétiques dépasse les 30 %), ce sont les pays du Moyen-Orient qui ont l'incidence la plus élevée de diabétiques dans la population adulte : Émirats arabes unis, Arabie Saoudite, Bahreïn et Koweït. Le continent asiatique, avec ses deux pôles à la fois très peuplés et en voie d'industrialisation et d'urbanisation rapides que sont la Chine et l'Inde, présente une progression très importante de l'incidence du diabète. En outre, les caractéristiques cliniques du diabète de type 2 observées sur le continent asiatique en aggravent les conséquences : il se manifeste chez des sujets plus jeunes, avec un IMC plus bas que chez les Caucasiens, et son évolution est aussi plus rapide.

L'épidémie d'obésité précède celle du diabète



Références :

1. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. [cité 31 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.rocche.fr/fmfiles/re7199006/obepi2012/index.html>
2. Daigre J-L, Atallah A, Boissin J-L, Jean-Baptiste G, Kangambega P, Chevalier H, et al. The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference, in adults and children in the French Overseas Territories: the PODIUM survey. *Diabetes Metab.* nov 2012;38(5):404-11.
3. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA.* 26 févr 2014;311(8):806.
4. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 9 déc 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_1.html
5. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf

Les mécanismes de l'insulinorésistance

Pr Nicolas PAQUOT

Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques

Département de Médecine Interne

CHU Sart-Tilman - 4000 Liège, Belgique

La résistance à l'insuline présente une prévalence élevée au sein de la population générale. Dans certaines pathologies, telles que l'obésité à caractère abdominal, elle est observée de manière quasiment systématique. La résistance à l'insuline fait par ailleurs partie intégrante de la physiopathologie du diabète de type 2. Les mécanismes de cette insulinorésistance sont en partie connus et liés à des aspects génétiques mais aussi acquis.

Produite par les cellules B des îlots de Langerhans du pancréas, l'insuline a pour mission essentielle de contrôler le taux de glucose dans le sang, en favorisant son entrée dans les cellules et sa métabolisation intracellulaire. L'insuline agit sur les tissus - en particulier sur les muscles squelettiques, le tissu adipeux ou le foie- via un récepteur sur lequel elle se fixe. On parle de résistance à l'insuline lorsqu'il y a une diminution de la capacité de l'insuline à exercer normalement ses différentes fonctions. La résistance à l'insuline concerne essentiellement les actions métaboliques de l'insuline. Le glucose ne peut entrer dans les tissus après le repas et cette diminution de la captation du glucose entraîne une augmentation de la glycémie postprandiale. L'insuline a également pour rôle d'inhiber la production de glucose par le foie. Avec une diminution de cette inhibition en cas d'insulinorésistance, le foie va donc en produire plus de glucose, pouvant alors entraîner une hyperglycémie notamment à jeun. Autres conséquences de l'insulinorésistance : augmentation de la dégradation des protéines au niveau du muscle (protéolyse) et des lipides dans le tissu adipeux (lipolyse).



Origine génétique et acquise

L'insulinorésistance peut tout d'abord avoir une origine d'ordre génétique. Il est communément admis que la haute prévalence de celle-ci au sein de nos populations est liée au fait que la résistance à l'insuline a constitué pendant très longtemps un avantage en terme d'évolution. Plus précisément, les gènes qui favorisent une résistance à l'action de l'insuline ont été sélectionnés préférentiellement pendant des millions d'années car ils permettaient, notamment, de mieux résister à la famine qui a représenté une menace

★★★★★★★★

L'insulinorésistance peut avoir une origine d'ordre génétique.... également des causes acquises sans oublier la place du microbiote...

★★★★★★★★

constante pour l'espèce humaine. Ce n'est que très récemment et encore pas dans toutes les parties du monde, loin s'en faut que nous devons faire face à une civilisation d'abondance au niveau alimentaire qui amène cette insulinorésistance à plutôt devenir défavorable et favorise l'éclosion des maladies métaboliques (obésité, syndrome métabolique, diabète de type 2). A côté de cela, certaines maladies génétiques, extrêmement rares, sont liées à des anomalies du récepteur à l'insuline qui entraînent une résistance à l'action de l'hormone très sévère. De plus, il faut savoir que plus nous avançons en âge, plus la résistance à l'insuline va s'accroître, en raison notamment d'une diminution de la masse de muscle squelettique.

Des causes acquises sont également à l'origine de l'insulinorésistance, comme la sédentarité, une suralimentation - en particulier une alimentation riche en graisses (acides gras saturés) -, certains médicaments (corticoïdes par exemple) ou encore l'obésité. L'obésité androïde (ou abdominale) peut en effet engendrer de l'insulinorésistance car la localisation de la graisse intra-abdominale a pour conséquence, entre autres, de favoriser un afflux massif des acides gras au niveau du foie. De plus, les adipocytes du tissu adipeux in-

tra-abdominal sont néfastes parce qu'ils peuvent produire des substances peu favorables, telles certaines cytokines pro-inflammatoires (IL-1, IL-6, TNF- α , ...). Les adipocytes sont donc vecteurs de la résistance à l'insuline de par leur situation et parce qu'ils produisent des substances générant des effets métaboliques délétères.

L'obésité va également favoriser le rôle des acides gras dans la pathogénie des désordres métaboliques associés. Une personne obèse se caractérise par une augmentation du taux des acides gras circulants. Ceux-ci peuvent s'accumuler dans des endroits où ils ne le devraient pas, notamment au niveau du muscle squelettique. Ces dépôts lipidiques « ectopiques » vont interférer avec la cascade de signalisation de l'insuline, contrariant notamment l'entrée normale du glucose dans les tissus sous la dépendance de l'insuline. Enfin, le microbiote pourrait également occuper une place importante dans la genèse de la résistance à l'insuline. Des régimes gras et pauvres en fibres peuvent modifier la qualité du microbiote et engendrer ce qu'il est convenu d'appeler une « dysbiose ». Celle-ci est susceptible de diminuer les bonnes bactéries du microbiote et augmenter certaines bactéries peu favorables, notamment celles capables de favoriser l'inflammation et générer ainsi une insulino-résistance au niveau du foie, du tissu adipeux et du muscle.

Prise en charge hygiéno-diététique

La physiopathologie du diabète de type 2 associe une résistance à l'insuline et une diminution de sécrétion de l'hormone. Si la résistance à l'insuline est en partie liée à des facteurs génétiques sur lesquels il n'est pas possible d'agir, il est à l'inverse envisageable d'intervenir sur les facteurs acquis. Les interventions hygiéno-diététiques comme une perte de poids en cas d'excès pondéral, une alimentation équilibrée et une activité physique régulière (150 minutes par semaine) peuvent retarder l'apparition du diabète en luttant contre la résistance à l'insuline. Il a ainsi été clairement démontré qu'une perte de poids, même modeste (4kg) mais prolongée (3 – 4 ans), peut permettre de réduire de près de 60 % l'apparition de nouveaux cas de diabète de type 2 chez des sujets à risque de développer la maladie.

Mesure de la résistance à l'insuline

Il est difficile, en pratique clinique courante, d'estimer la résistance à l'insuline. Il y a deux méthodes utilisées dans le domaine de la recherche : le clamp euglycémique hyperinsulinémique qui consiste à perfuser de l'insuline pour obtenir une hyperinsulinémie, tout en perfusant du glucose en parallèle, afin de maintenir la glycémie stable. La quantité de glucose que l'on doit perfuser pour maintenir la glycémie stable est alors le reflet de la sensibilité à l'insuline. Plus il faut perfuser de glucose, plus le sujet est sensible à l'insuline. Et à l'inverse, s'il ne faut pas beaucoup perfuser de glucose pour maintenir une glycémie stable, cela veut dire que le patient présente une importante résistance à l'action de l'insuline. L'autre méthode est l'Homeostasis Model Assessment (HOMA) qui consiste à déterminer, à partir d'une mesure de la glycémie et d'insulinémie à jeun, un index de sensibilité à l'insuline. Cette technique, bien plus simple, présente néanmoins une série de limitations et ne se révèle finalement pas d'un grand apport pour la clinique quotidienne.

LE LAUREAT

ALLOCATION DE RECHERCHE LIFESCAN - SFD PARAMEDICAL 2015

Pertinence de la formulation du diagnostic diététique

lors d'une hospitalisation chez la personne âgée diabétique.

Proposition d'un modèle d'analyse de pratiques.

Nathalie MASSEBOEUF

Diététicienne, Cadre de Santé, Fréjus.

Influence des traitements anti-diabétiques sur le poids

Pr Yves REZNIK

Service d'Endocrinologie, CHU de Caen

Le diabète et l'obésité sont des problèmes de santé publique. Les mesures hygiéno-diététiques et l'activité physique permettent d'obtenir une perte pondérale de 5 à 10% du poids corporel. La chirurgie métabolique a un effet majeur sur la perte pondérale qui peut être de 60 à 70% de l'excès de poids.

La pharmacothérapie anti-obésité a une place marginale dans la prise en charge du surpoids : certaines molécules entraînent une prise pondérale, en premier lieu les sulfonylurées (sulfamides hypoglycémiantes) et l'insuline, de même que les glitazones qui ne sont plus disponibles sur le marché français. Certaines molécules ont une neutralité pondérale en particulier les inhibiteurs DPP4 ou gliptines ou les inhibiteurs de l'alpha glucosidase qui bloquent l'absorption intestinale des glucides. Enfin plusieurs classes médicamenteuses engendrent une perte pondérale : les agonistes du GLP1, les inhibiteurs SGLT2 et la metformine. La metformine a une place de première intention pour le traitement oral du diabète, elle peut engendrer une perte de plusieurs kilos, comme cela a été montré dans plusieurs études prospectives randomisées. Les analogues du GLP1, par leurs effets centraux sur la satiété et la prise alimentaire et leurs effets périphériques sur la vidange gastrique, peuvent induire une perte pondérale importante en association avec les antidiabétiques oraux, mais également en association avec une insulinothérapie plus ou moins intensifiée. Les inhibiteurs SGLT2 sont une nouvelle classe thérapeutique bloquant la réabsorption tubulaire du glucose. Ils ont comme effet favorable extra-glycémique une perte pondérale induite par leur action glycosurique. Ils entraînent aussi une réduction de la masse grasse. L'essai thérapeutique EMPAREG a montré une réduction du risque cardiovasculaire induite par cette classe thérapeutique. Ainsi le choix d'un antidiabétique oral devra prendre en compte les spécificités des différentes classes thérapeutiques vis-à-vis de l'objectif pondéral.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Les molécules antidiabétiques ont des effets contrastés sur le poids

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Les molécules antidiabétiques ont des effets contrastés sur le poids. Les inhibiteurs SGLT2 sont une nouvelle classe thérapeutique bloquant la réabsorption tubulaire du glucose. Ils ont comme effet favorable extra-glycémique une perte pondérale induite par leur action glycosurique. Ils entraînent aussi une réduction de la masse grasse. L'essai thérapeutique EMPAREG a montré une réduction du risque cardiovasculaire induite par cette classe thérapeutique. Ainsi le choix d'un antidiabétique oral devra prendre en compte les spécificités des différentes classes thérapeutiques vis-à-vis de l'objectif pondéral.



Vie de l'association



Journée d'automne 2016

Rendez-vous dans la ville Rose !

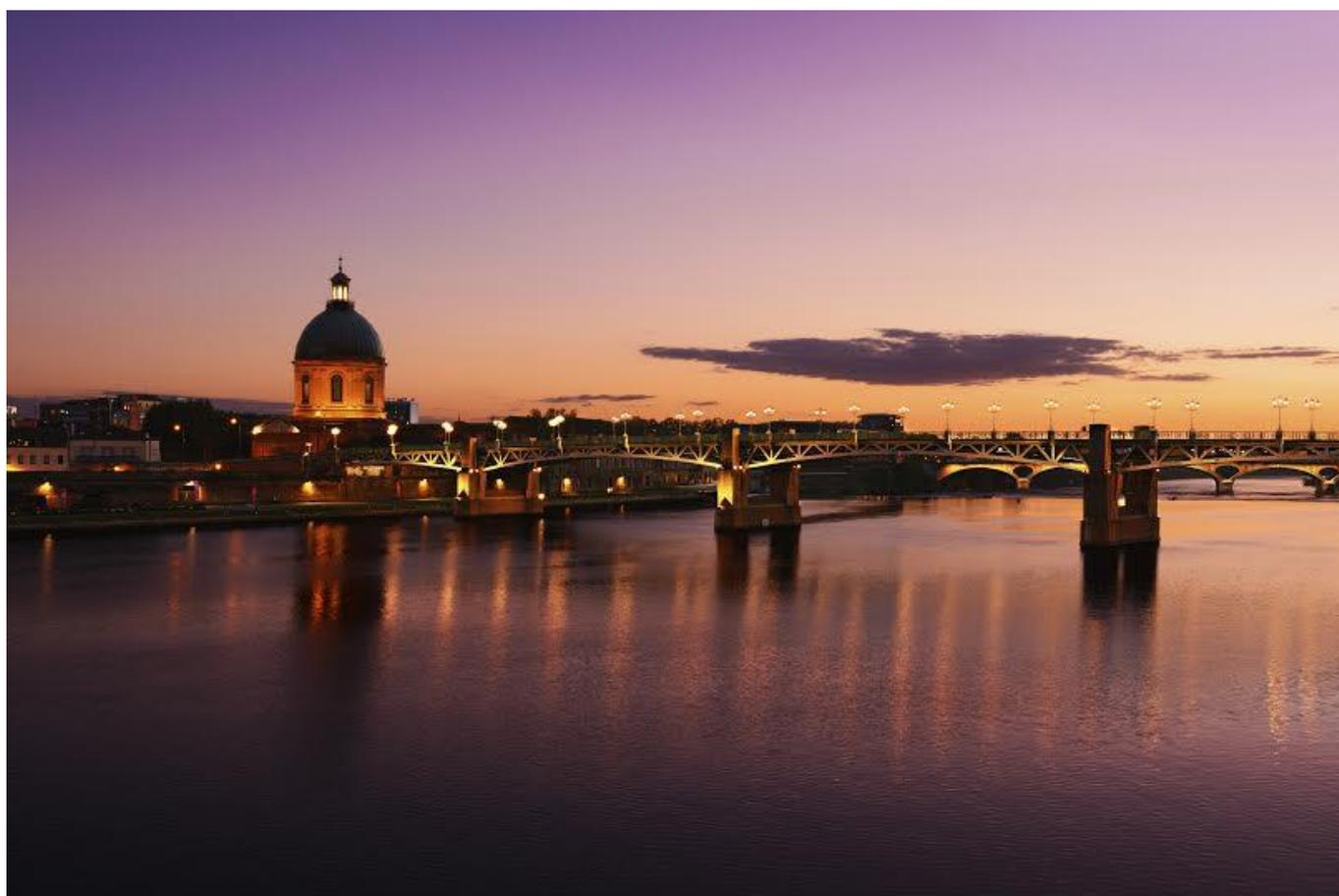
Vendredi 25 Novembre 2016

Hôtel Dieu – Saint Jacques,

Toulouse

Thème : Diabète : Prévention et dépistage

Les Paramédicaux promoteurs de santé



A noter sur vos agendas

Et en espérant vous y retrouver nombreux !

L'influence des traitements anti-obésité sur le diabète

Pr André J. SCHEEN, Président SFD

Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques
Université de Liège, CHU Liège, Belgique



Les études épidémiologiques ont montré une relation remarquable entre la progression de la prévalence de l'obésité et celle du diabète de type 2 (DT2), comme cela a été particulièrement bien démontré aux Etats-Unis. Les études physiopathologiques ont minutieusement analysé les mécanismes sous-tendant les relations entre obésité (notamment l'adiposité abdominale) et le DT2 (1). Les études d'intervention thérapeutique ont montré que (2).

L'obtention d'une perte de poids peut être obtenue par un renforcement des mesures hygiéno-diététiques, par la prescription de médicaments anti-obésité et par le recours à la chirurgie bariatrique. La combinaison « régime alimentaire-activité physique » est la base du traitement de l'obésité (et du DT2). L'étude Diabetes Prevention Program (DPP), aux Etats-Unis, a montré que cette approche est efficace pour réduire la progression vers un DT2, mais l'étude récente LOOK AHEAD a confirmé que le succès n'est pas facile à obtenir et surtout à maintenir par les simples mesures hygiéno-diététiques, comme confirmé dans

une méta-analyse récente (3). La chirurgie bariatrique est la seule approche qui, actuellement, permet d'obtenir un amaigrissement très important et ce dernier résulte, le plus souvent, en une rémission du DT2, au moins de façon transitoire. Cependant, tous les patients ne sont pas candidats à une chirurgie bariatrique. Dès lors, il est intéressant d'analyser l'impact possible des médicaments anti-obésité, en complément des mesures hygiéno-diététiques, sur le développement et le contrôle d'un DT2. Cette analyse peut se faire, d'un point de vue chronologique, en prenant en compte les médicaments du passé, du présent et de l'avenir (1,2).



L'obtention d'une perte de poids permet de prévenir le risque de développer un DT2 ... de faciliter et d'améliorer le contrôle glycémique chez les patients en surpoids ou obèses avec un DT2



chronologique, en prenant en compte les médicaments du passé, du présent et de l'avenir (1,2).

1) *Passé (retirés du marché)*

La sibutramine (Reductil®) et le rimonabant (Acomplia®) ont été les premiers médicaments à avoir été bien évalués chez les patients obèses avec une diminution de tolérance au glucose ou un DT2 (1,2). Ces deux anorexigènes centraux potentialisent la perte de poids, réduisent la progression vers le DT2 et améliorent le contrôle du DT2. Ils confirment donc le « proof-of-concept » de la relation obésité-DT2. Cependant, ils ont été retirés du marché pour des raisons de sécurité (manifestations indésirables cardiovasculaires pour la sibutramine, neuropsychologiques pour le rimonabant) et ne seront pas développés plus avant ici puisque leur seul intérêt est historique.

2) *Présent*

L'orlistat (Xenical®), un inhibiteur spécifique des lipases intestinales, est le seul médicament anti-obésité actuellement reconnu en France pour le traitement de l'obésité. Il double environ les chances d'obtenir une perte de poids de 5 à 10 %, mais au prix d'effets indésirables digestifs. L'étude XENDOS, lors d'un suivi de 4 ans, a montré que l'orlistat réduit le risque de progression vers un DT2 de 37 % chez les patients obèses « tout venant » et de 45% chez les patients obèses avec une diminution de la tolérance au glucose, et ce avec une perte de poids supplémentaire de seulement 3-4 kg par rapport au placebo (4). Chez les patients

obèses avec un DT2, une méta-analyse récente de 12 essais contrôlés a montré que l'orlistat entraîne une perte de poids moyenne de 4,25 kg, une diminution du taux d'HbA1c de 0,6% et une réduction de la glycémie à jeun de 21 mg/dl (5). Les troubles digestifs freinent cependant une large utilisation de ce médicament.

L'agoniste des récepteurs du GLP-1 (liraglutide, Victoza®) est un médicament à action incrétine bien connu dans le traitement du DT2, à une dose de 1,2 et 1,8 mg en une injection par jour. Les études ont montré, outre une amélioration du contrôle glycémique, une diminution modérée du poids corporel (de l'ordre de 3 kg en moyenne) et une légère diminution de la pression artérielle. Une formulation avec un dosage plus élevé (3 mg commercialisé sous le nom de Saxenda®) a été développée pour le traitement de l'obésité. Elle a été testée dans de grandes études contrôlées versus placebo chez des patients obèses non diabétiques (6) et chez des patients obèses avec un DT2 (7). Ce médicament, déjà commercialisé aux Etats-Unis, a reçu l'autorisation de mise sur le marché de l'Agence européenne du médicament (EMA) et commence à être commercialisé dans certains pays européens (mais pas encore en France). Son coût élevé devrait faire réserver son utilisation à des patients particulièrement "bons répondeurs »

3) Futur (disponibles aux Etats-Unis)

Trois médicaments à action centrale sont commercialisés aux Etats-Unis, mais ne sont pas disponibles en Europe (et donc en France) : la lorcaserine (un médicament qui stimule spécifiquement les récepteurs à la sérotonine 5HT2c), la combinaison « topiramate-phentermine » (un anti-épileptique + un anorexigène central) et la combinaison « naltrexone-bupropion » (deux molécules connues pour actives dans les phénomènes d'addiction et de récompense). Ces trois médicaments ont également montré leur capacité à favoriser la perte de poids, avec les avantages déjà mentionnés de ralentir la progression vers un DT2 chez les patients à risque et d'améliorer le contrôle glycémique chez les patients avec DT2 (1,2).

D'autres approches pharmacologiques sont à l'étude. Elles font le plus souvent appel à des traitements combinant plusieurs hormones connues pour leurs effets sur le contrôle de l'appétit et/ou de la glycémie (leptine ou dérivé, GLP-1, pramlintide, un dérivé de l'amyline, ...). Ces traitements sont à un stade encore très précoce de développement mais il est à craindre que leur coût sera prohibitif.

En conclusion, les médicaments anti-obésité qui facilitent la perte de poids contribuent à prévenir la progression d'une diminution de la tolérance au glucose vers un DT2 et à améliorer le contrôle métabolique des patients avec un DT2. La perte de poids observée peut également réduire d'autres facteurs de risque cardio-métaboliques (lipides, pression artérielle). Ces médicaments ne sont actifs qu'en combinaison avec des mesures hygiéno-diététiques et actuellement donnent des résultats beaucoup moins spectaculaires que ceux observés avec la chirurgie bariatrique.

Références

- 1) Scheen AJ, Van Gaal LF. Combating the dual burden: therapeutic targeting of common pathways in obesity and type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2:911-22.
- 2) Van Gaal L, Scheen A. Weight management in type 2 diabetes: current and emerging approaches to treatment. *Diabetes Care* 2015; 38:1161-72.
- 3) Franz MJ, et al. Lifestyle intervention outcomes in overweight and obese patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Acad Nutr Diet* 2015; 115:1447-63.
- 4) Torgerson et al. XENical in the prevention of Diabetes in Obese Subjects (Xendos) study. *Diabetes Care* 2004; 27:155-61.
- 5) Aldekhail NM, et al. Effect of orlistat on glycaemic control in overweight and obese patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2015; 16:1071-80.
- 6) Pi-Sunyer X, et al. A randomized, controlled of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015; 373:11-22.
- 7) Davies MJ, et al. Efficacy of liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes. The SCALE diabetes randomized clinical trial. *JAMA* 2015;314:687-99.

L'échec des régimes

Pr Louis Monnier

Institut Universitaire de Recherche Clinique
Montpellier



Les régimes ont toujours une connotation négative auprès des patients. Ceci n'a rien d'étonnant quand on sait que les traitements nutritionnels et les mesures diététiques qui les accompagnent sont souvent synonymes de restriction : caloriques, glucidiques, lipidiques ou sodées...en fonction des pathologies et des objectifs poursuivis. La restriction nutritionnelle comporte presque toujours une perte de palatabilité au niveau des apports alimentaires : diminution de la charge en saveurs (par diminution des apports en sel et en sucre), diminution de la sensation en bouche (par la réduction des lipides qui contribuent à fournir le caractère onctueux des aliments). C'est pour cette raison que les régimes sont souvent mal acceptés et sont rarement bien suivis sur le long terme. En particulier, il est maintenant bien connu que les régimes amaigrissants se soldent très souvent par une reprise de poids progressive au bout de quelques années, avec retour au poids initial, même lorsque la perte de poids a été significative au moment de la mise en place des mesures diététiques. Toutefois, d'autres phénomènes participent à l'échec des régimes, même si le défaut d'adhésion à moyen et long terme est la cause principale.

Les causes métaboliques sont certainement les plus importantes. Sur le plan énergétique, l'organisme humain obéit aux 2 grands principes de la thermodynamique.

Le premier principe peut être énoncé à partir de l'équation suivante : $\Delta U = Q - W$ dans laquelle ΔU est la quantité d'énergie stockée ou perdue avec Q = entrées énergétiques et W = dépenses énergétiques. Ainsi, toute perte de poids doit s'accompagner d'une perte d'énergie laquelle ne peut devenir effective que si Q est inférieur à W . Les possibilités d'augmentation des dépenses énergétiques par le biais de l'activité physique restent limitées surtout chez les sujets ayant une surcharge pondérale ancienne. Dans ces conditions, la restriction des apports énergétiques est toujours indispensable pour obtenir une perte de poids chez un patient donné. Sachant que 1 kg de poids correspond à 7700 kcalories, un régime qui entrainerait une perte énergétique ΔU de 500 kcalories par jour devrait conduire à une perte de poids corporel de l'ordre de 500 grammes par semaine, soit environ 3 kg par mois. C'est effectivement ce qui se produit au cours des 2 premiers mois. Au terme de cette période, on assiste à un ralentissement de la perte pondérale même lorsque l'observance du régime par le patient reste bonne. Ce phénomène est lié au fait que toute restriction calorique entraîne progressivement une diminution des dépenses caloriques avec réduction du gradient (ΔU) apports énergétiques/dépenses énergétiques qui passe par exemple de - 500 kcalories à - 200 kcalories /jour. La conséquence est un ralentissement de la perte de poids avec éventuellement un arrêt de l'amaigrissement à la fin de la première année.

Le deuxième principe de la thermodynamique peut être énoncé sous la forme de l'équation suivante : $H = G + S$ où H , G et S sont respectivement la quantité d'énergie interne de l'organisme (enthalpie), la quantité d'énergie libre et la quantité d'énergie non récupérable (entropie) dispersée sous forme de chaleur. Dès que l'on réduit les apports énergétiques d'un individu, le système évolue de telle manière que l'énergie interne, mais surtout l'énergie libre de l'organisme (essentiellement sous forme d'ATP) diminue. L'énergie libre (G) est normalement utilisée pour les synthèses protéiques. Si elle diminue suite à une régénération insuffisante, consécutive à des apports énergétiques alimentaires inadéquats (ce qui est le cas par définition au cours des régimes amaigrissants), on assiste obligatoirement à une perte de masse protéique et donc à une diminution de la masse musculaire. Ainsi, il faut bien garder en mémoire que toute cure d'amaigrissement a 2 conséquences incontournables : une diminution des dépenses énergétiques et

★★★★★★★★

Certaines solutions
relèvent du « charlatanisme »
en proposant des régimes
n'ayant aucune
base scientifique et médicale

★★★★★★★★

une perte de masse maigre. La première freine la perte de poids, la deuxième se traduit par une réduction de la masse musculaire qui peut être préjudiciable chez les sujets d'un certain âge et qui peut conduire à un état d'asthénie. Ce dernier est lui-même source d'abandon des mesures diététiques qui s'avèrent à partir d'un certain seuil trop contraignantes pour un bénéfice qui est jugé à juste titre insuffisant par le patient.

Les causes socioéconomiques et environnementales sont responsables de l'épidémie d'obésités que l'on observe dans tous les pays. Entre 1960 et 2000, la consommation énergétique par tête d'habitant a augmenté de près de 400 kcal/jour dans les pays dits développés. Cette surconsommation, entretenue par la publicité et les grandes sociétés de l'agroalimentaire, a conduit à une augmentation progressive et incessante du nombre des obèses. A titre d'exemple, l'argent de poche donné aux Etats Unis par les parents à leurs enfants pour acheter des « junk foods » est de l'ordre de 30 milliards de dollars par an.

Les causes génétiques contribuent à l'obésité. Toutefois dans la plupart des obésités dites communes polygéniques, la participation de la génétique est accessoire par rapport à celle des facteurs environnementaux. Notre opinion est que la génétique fournit souvent de bonnes raisons à un obèse pour se dédouaner de ses erreurs diététiques. Il n'en reste pas moins que certaines personnes, génétiquement prédisposées à l'obésité, sont beaucoup plus exposées à la prise de poids dès qu'elles font des erreurs alimentaires.

Parmi les autres causes de résistance au régime, il faut signaler le phénomène de yo-yo pondéral (weight cycling des Anglo Saxons). Comme indiqué plus haut, toute perte de poids entraîne une perte obligatoire de masse maigre avec diminution des dépenses énergétiques basales dans la mesure où ces dernières sont proportionnelles à la masse maigre. Tout sujet qui maigrit mais qui reprend du poids après sa cure d'amaigrissement récupère difficilement sa masse maigre alors qu'il reconstitue son poids au profit de sa masse grasse. Ainsi, après plusieurs pertes de poids successives, suivies de reprise pondérale, le sujet enrichit son organisme en masse grasse tandis qu'il l'appauvrit en masse maigre pour développer une obésité à dépenses caloriques de plus en plus faibles et donc de plus en plus résistante aux mesures diététiques.

En conclusion, les régimes traditionnels se soldent souvent par des échecs. Ceci explique que de multiples solutions alternatives aient été proposées. Certaines relèvent du « charlatanisme » en proposant des régimes n'ayant aucune base scientifique et médicale. Aujourd'hui, les solutions pharmacologiques du traitement de l'obésité sont pratiquement abandonnées car les effets secondaires et la dangerosité de ces traitements sont bien établis. La chirurgie bariatrique ou métabolique est une méthode proposée pour les obésités majeures mettant en jeu la vie des patients. Les résultats sont indiscutables en terme de perte de poids mais les conséquences à long terme de cette chirurgie sont-elles parfaitement connues et maîtrisées ? Seul l'avenir le dira en sachant mais nous restons toujours un peu perplexes quand on propose de traiter une vraie maladie (l'obésité) en créant une autre maladie (infirmité du tube digestif en appliquant une chirurgie restrictive et/ou malabsorptive). Si ces solutions sont utiles, voire indispensables pour nombre de patients ayant des obésités morbides, elles ne devraient pas être utilisées de manière abusive et inconsidérée. Une perte de poids de 10 kg est souvent suffisante pour faire disparaître ou améliorer les comorbidités liées à l'obésité. Dans ces cas, les régimes traditionnels, à condition que la restriction calorique soit respectée, permettent d'atteindre les objectifs.

5^{ème} JETD 2016

PARIS, 27 Mai 2016

Evaluons pour mieux évoluer

Chirurgie et Diabète

Pr François Pattou

Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne, CHRU de Lille

Introduction

La légitimité de la chirurgie bariatrique n'est plus aujourd'hui discutée en cas d'obésité sévère. Cette chirurgie, initialement conçue comme une simple modification anatomique modulant l'apport et/ou l'absorption des calories, entraîne aussi une amélioration spectaculaire de l'équilibre glycémique chez la majorité des patients diabétiques. Ces résultats cliniques inattendus ont progressivement conduit au concept de « chirurgie métabolique », c'est à dire à l'extension des indications de la chirurgie pour le traitement des maladies métaboliques et notamment du diabète de type 2 (DT2), indépendamment de l'obésité.



Limites et perspectives de la chirurgie métabolique

La prise en charge du DT2 ne se résume cependant pas à l'équilibre glycémique à court terme et aucune étude prospective n'a encore démontré l'avantage de la chirurgie sur les prises charges classiques pour les critères de jugement cliniques (événements cardio-vasculaires, insuffisance rénale, ophtalmopathie). Par ailleurs, la chirurgie n'est pas toujours efficace. Quelle que soit l'intervention envisagée, la rémission est rare en cas de DT2 ancien ou chez les patients déjà insulino-requérant. Un regain partiel du poids est enfin souvent observé avec le temps et la durée de l'effet favorable de la chirurgie sur l'équilibre glycémique n'est pas encore clairement établie. Deux articles récents soulignent ainsi la possible récurrence du DT2 après un GBP, malgré sa rémission initiale et indépendamment de la reprise pondérale.

L'autre limite de la chirurgie est liée aux risques qui lui sont associés, à court comme à long terme. Même laparoscopique, toute chirurgie abdominale reste une intervention majeure chez un patient atteint de DT2 et souvent de nombreuses autres co-morbidités. Si la mortalité post-opératoire de l'AG est aujourd'hui inférieure à un pour mille, celle des autres interventions reste, même dans les centres expérimentés, de l'ordre de 0,5 pour cent. Le risque global de complications post-opératoires sévères atteint 5 pour cent. Chacune des interventions comporte aussi un risque de complications médicales et chirurgicales au long cours non négligeable, et proportionnel à son efficacité. Enfin, malgré son effet globalement favorable sur la survie globale des patients obèses, la chirurgie est associée à un risque accru de décès accidentels. Ces risques bien réels expliquent certainement les réticences de la grande majorité des patients et de leurs médecins à envisager la chirurgie. En pratique, la chirurgie n'est encore proposée qu'à une fraction minimale des patients diabétiques dont l'IMC maximal atteint 35 kg/m², qui correspondent pourtant aux recommandations actuelles.

Cette prudence légitime vis à vis de la chirurgie ne doit cependant pas faire oublier les carences de la prise en charge actuelle du DT2. Malgré les contraintes des traitements disponibles, notamment lorsqu'ils incluent des médicaments injectables (insuline ou analogues du GLP1), la mortalité globale des patients diabétiques en France reste deux fois supérieure à celle de la population générale. L'intensification du traitement médical ne prolonge que de façon marginale l'espérance de vie des patients diabétiques, et certains médicaments, pourtant efficaces sur le

★★★★★★★★★★

Une évaluation préopératoire multidisciplinaire et un suivi attentif, la vie durant, restent indispensables

★★★★★★★★★★

plan métabolique, augmentent même le risque de mortalité. A l'inverse, deux études cas-contrôles suggèrent que la chirurgie et notamment le GBP pourrait diminuer très significativement la mortalité des patients diabétiques obèses. Ces études ont néanmoins été conduites avant la généralisation de la prise en charge active de l'hypertension et des dyslipidémies dans le DT2 et n'étaient pas randomisées. Plusieurs larges essais prospectifs randomisés ont débuté dans le monde, dont un en France (Obediab), afin de mieux définir la place de la chirurgie parmi les différentes stratégies thérapeutiques du DT2.

Conclusion

Initialement proposée pour traiter l'obésité, la chirurgie bariatrique induit d'indéniables bénéfices sur le métabolisme glucidique, voire une authentique rémission du DT2 chez de nombreux patients. Chaque intervention s'accompagne néanmoins de risques spécifiques non négligeables. Dans tous les cas et notamment chez les patients diabétiques, une évaluation préopératoire multidisciplinaire et un suivi attentif, la vie durant, restent indispensables. Formidable modèle expérimental, la chirurgie bariatrique permettra aussi d'ouvrir de nouvelles pistes pour la compréhension chez l'homme du DT2. Des liens encore récemment insoupçonnés entre l'intestin et le métabolisme glucidique se dessinent déjà, et déboucheront vraisemblablement sur la description de nouvelles interventions, voire de nouvelles approches endoluminales et moins invasives. En conclusion, on peut raisonnablement prédire que la chirurgie et plus largement les traitements interventionnels, prendront une part croissante dans la prise en charge du DT2.

Remerciements

A l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire, et notamment les infirmières, les diététiciennes, les psychologues, et les assistantes de recherche cliniques qui contribuent à la prise en charge multidisciplinaire et au suivi au long cours des 2500 patients opérés au CHRU de Lille depuis 20 ans.

UMR 1190 Recherche translationnelle sur le diabète, INSERM Lille
European Genomic Institute for Diabetes, Univ Lille
Lille, 59000, France.
Email : fpattou@univ-lille2.fr



Rencontre Paramédicale en Région

NICE

Maison des Associations - Place Garibaldi

La glycémie :
un signal d'alerte !
L'hypoglycémie en question

Vendredi 22 Janvier 2016
13h30-17h30



Pour la première année,
c'est à Nice, le 22 janvier 2016
que la SFD paramédical a organisé
une rencontre paramédicale
en région.

La thématique choisie
« La glycémie : un signal d'alerte »
a réuni plus de 25 participants
parmi lesquels de nombreux
professionnels libéraux ainsi que
des soignants issus de la pédiatrie.

Cette rencontre dont l'objectif était de favoriser les échanges et d'améliorer les pratiques professionnelles des soignants face à l'hypoglycémie a rencontré un vif succès. En particulier, grâce au format de la formation sous forme d'ateliers et d'une seule plénière assurée par le Professeur. Lyse Bordier, expert médical SFD.

Une seconde rencontre sur la même thématique sera organisée en 2016, à Poitiers.

Nous vous y attendons nombreux...

Approche nutritionnelle et comportementale

Emilie BOURCELOT - Diététicienne

Dr Jérôme COMBES – Diabétologue/Endocrinologue

Service Diabétologie – Maladies Métaboliques – Nutrition CHRU BESANCON

Introduction

Dans 90% des cas, l'efficacité des régimes amaigrissants ne dépasse pas 3 ans, quel que soit le type de régime. Ils favorisent la mise en place de mécanismes facilitant la reprise pondérale lors d'un excès calorique ultérieur et induisent une restriction cognitive. A long terme, les régimes amaigrissants font grossir (Rapport de l'ANSES, Novembre 2010).

Les PNNS successifs, les recommandations, les messages nutritionnels sont bien assimilés par les patients. Mais ils ne semblent pas suffisants pour induire des changements dans les comportements qui permettraient aux personnes obèses de perdre du poids, ni pour empêcher certaines personnes à risque de devenir obèses.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Une autre alternative,
centrée sur une
approche éducative
personnalisée

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Le bénéfice des médicaments est, à ce jour, limité.

La chirurgie bariatrique est efficace mais elle ne concerne qu'un nombre limité de patients diabétiques.

Nous proposons, en utilisant les outils des thérapies cognitivo-comportementales, qui permet une perte pondérale modérée (5 à 10% du poids initial) qui dans la plupart des études est suffisante pour améliorer le

diabète et l'ensemble des facteurs de risques cardio-vasculaires.

Notion de restriction cognitive

Décrite par Herman et Polivy en 1975, la restriction cognitive se définit par une intention de contrôler mentalement son comportement alimentaire dans le but de maigrir ou de ne pas grossir.

C'est donc une alimentation contrôlée par des facteurs externes (cognitifs) et non plus par les facteurs internes (homéostasie énergétique et nutritionnelle) qui entraîne :

- Une disparition progressive des sensations alimentaires
- Des stratégies d'évitement des sensations alimentaires et de contrôle
- Un envahissement mental
- Des émotions induites par la restriction cognitive :
 - Intolérance à la faim, peur d'avoir faim, peur de manquer, frustration, culpabilité et troubles du réconfort
- Impulsivité alimentaire

Le mangeur en restriction cognitive va présenter des phases de contrôle alimentaire alternantes avec des phases de pertes de contrôle à l'origine de prises alimentaires excessives sur le plan quantitatif et inadaptées sur le plan qualitatif aboutissant à une prise de poids.

Le sentiment de privation induit par la restriction cognitive, plus marqué chez les personnes obèses diabétiques que non diabétiques provoque :

- une diminution du bien-être psychologique
- une perte d'estime et de confiance en soi
- une instabilité émotionnelle
- une anxiété plus élevée

Les soignants, avec leurs bonnes intentions d'aider les patients, ont tendance à induire ou aggraver la restriction cognitive par la répétition d'un discours nutritionnel trop normatif et généraliste.



Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et l'éducation thérapeutique

Les TCC et/ou une approche éducative associées à un enseignement nutritionnel permettent une meilleure adhésion aux programmes alimentaires.

Elles sont efficaces à court terme mais n'ont jamais fait leur preuve sur le long terme... car l'objectif est une meilleure adhésion aux normes alimentaires.

Notre prise en charge :

Un changement de paradigme

→ Abandonner une prise en charge centrée sur l'assiette :

Qu'est-ce-que vous mangez?

→ Proposer une approche éducative centrée sur la personne en utilisant les outils des TCC au service d'une prise en charge biopsychosensorielle.

Pourquoi, comment mangez-vous?

L'objectif :

- Aider le patient à trouver un certain confort physique et mental, en « cassant » le cycle infernal de la restriction cognitive, en redécouvrant son corps, en cessant d'avoir des réponses alimentaires face à des problèmes non-alimentaires, psychologiques et relationnels.

- Rétablir une alimentation plus intuitive, plaisante et sans privation.

Premier temps :

Réalisation d'un bilan éducatif initial partagé afin de connaître :

Son contexte de vie

Ses expériences autour de l'amaigrissement

Ses connaissances

L'évolution du poids, l'histoire, les événements associés

Ses habitudes alimentaires

Son comportement, sa relation à la nourriture et sa fonctionnalité

Sa personnalité, l'influence de l'entourage

Sa relation avec son corps

Sa demande, ses attentes

Une attitude empathie, bienveillante et sans jugement est nécessaire pour créer un climat de confiance avec le patient.

Deuxième temps :

Réalisation d'une analyse fonctionnelle du comportement alimentaire :

Utilisation d'un carnet de bord alimentaire (noter sur quelques jours pour chaque prise alimentaire) :

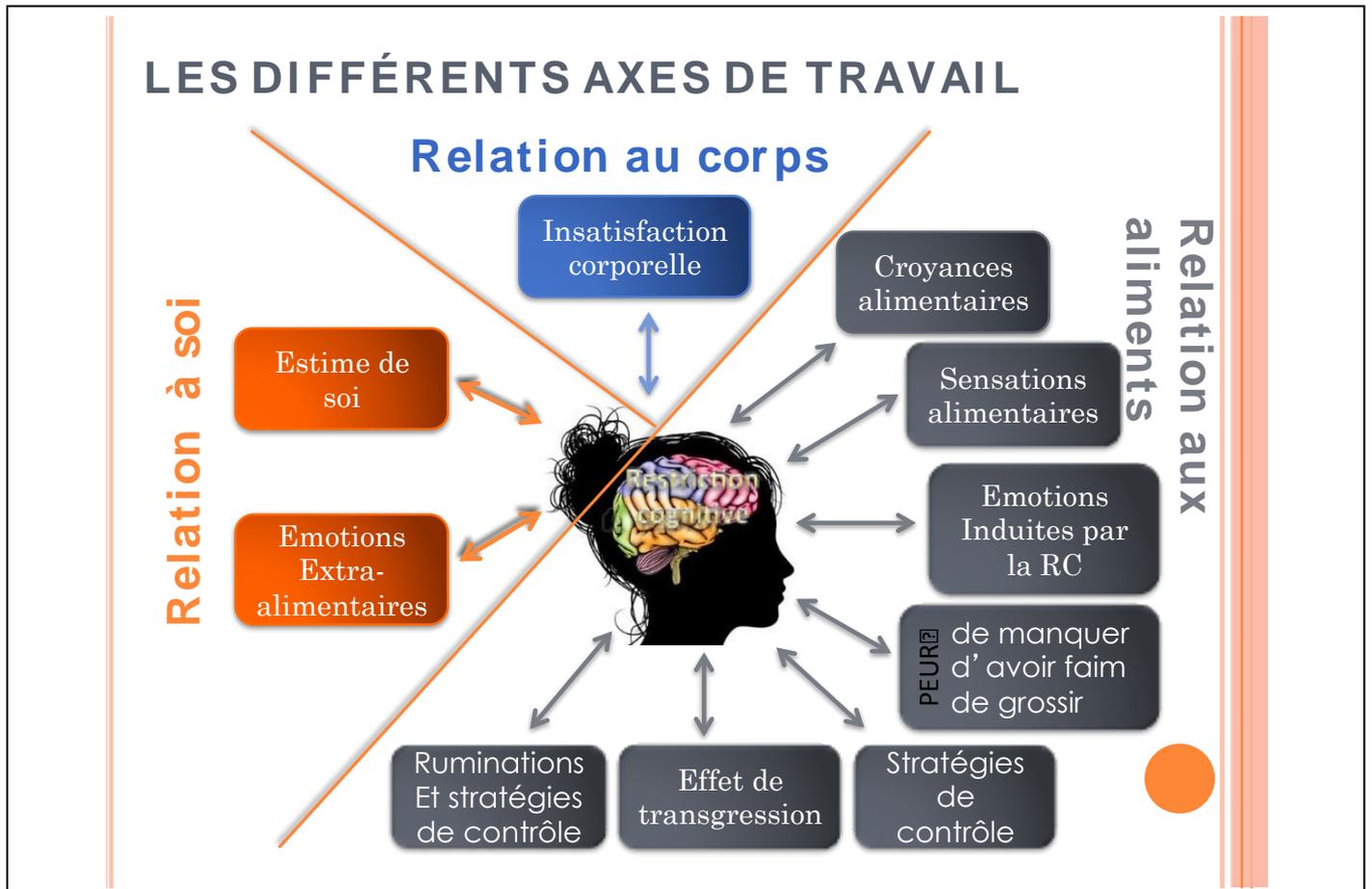
- Contexte : (où ? quand ? comment ? avec qui ? ambiance ? Activité associée ?)
- Sensation de faim (son respect), envie, pensées automatiques
- Le contenu : aliments consommés
- Durée du repas, perception du rassasiement (son respect), plaisir alimentaire, émotions, pensées automatiques, les ressentis pendant et après la prise d'aliments

La bonne connaissance du patient et l'analyse avec lui de son carnet de bord alimentaire permet d'identifier son (ses) comportement(s) problème et repérer les déterminants et les conséquences de ces comportements

Les différents axes de travail avec le patient

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont le plus souvent en lien avec des problèmes intriqués de relation aux aliments (restriction cognitive), à soi, au corps, aux autres et aux émotions extra-alimentaires.

Différents exercices et expériences adaptés, durant et entre les consultations, seront proposés au patient pour comprendre ses dysfonctionnements et trouver ses solutions. Les techniques issues des TCC permettront d'aborder les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux des TCA.



Cette approche nécessite pour les équipes soignantes, en premier lieu, de se former à l'éducation thérapeutique et la prise en charge de la restriction cognitive tout en s'appuyant sur les compétences de différents professionnels de santé.

Evaluation de la Journée d'Automne SFD Paramédical Diabète et Obésité – Une prise en charge sur mesure

Justine Grégoire-membre du Conseil Scientifique
Conseil Scientifique et Bureau de la SFD Paramédical



La journée d'Automne de la Société Francophone du Diabète Paramédical s'est déroulée cette année le **vendredi 20 novembre 2015** à Paris, à l'espace Charenton à Paris.

A l'heure où Diabète et Obésité en France se posent comme de véritables enjeux de santé publique et devant le nombre de patients concernés, il nous a semblé essentiel de consacrer notre Journée d'Automne à ces deux pathologies intimement liées.

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 **316 inscriptions**.

L'intervention concertée et la collaboration pluridisciplinaire de nombreux professionnels de santé sont indispensables pour répondre au caractère spécifique et multifactoriel de cette maladie métabolique qu'est l'obésité et pour qui le regard de la société n'est pas toujours indulgent.



Moment de recueillement

Le professeur André Scheen, chef de service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques du CHU de Liège et ancien président de la SFD médicale nous a fait l'honneur de présider cette journée.

Malgré les tragiques événements du 13 novembre nous avons décidé de maintenir cette journée de formation et d'information, **208 participants** ont été

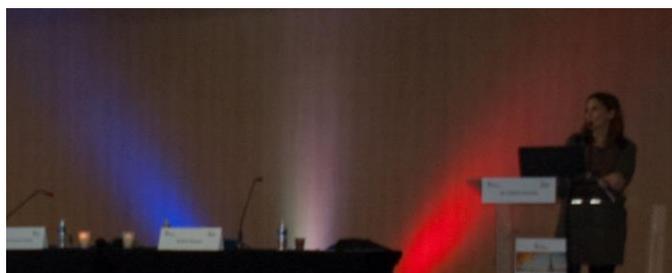
accueillis à l'espace Charenton. Les temps de pauses se sont déroulés dans un vaste hall où nous avons pu rencontrer tous les exposants. Le déjeuner était, comme l'année dernière, servi sur place sous forme de buffet.

La mixité paramédicale était à l'honneur : infirmier(ère), diététicien(ne), podologue, kinésithérapeute dont la majorité exerce en institution. Pour la première année la journée d'automne était ouverte aux étudiants.

Nous avons pu recueillir une poignée de questionnaires d'évaluation (34.6%). Ces retours montrent une satisfaction générale satisfaisante voire même très satisfaisante à 68%, score conforté également par **une note générale de 8,4/10**.

Encore une fois, l'accueil, le programme, et l'organisation matérielle sont en première loge puisque les scores « très satisfaisants » sont respectivement : 91.7%, 83,3% et 66.7%. Une petite nuance quant aux conditions de travail a cependant été déplorée concernant le confort de 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 : les mécanismes de l'insulino-résistance, l'influence des traitements diabétiques sur le poids, la chirurgie métabolique chez les DT2,



l'approche nutritionnelle et comportementale... Malgré deux annulations de modération, les thèmes, la qualité et les orateurs ont été très appréciés par l'ensemble des participants (55%, 63% et 64%).

L'application pratique et l'adaptation aux échanges avec les équipes ont été évaluées positivement : respectivement 51.3% et 59% de satisfaction.

Comme chaque année le jeu concours, en partenariat avec les laboratoires, prestataires et associations exposants, a bien été apprécié d'autant que le prix mis en jeu était constitué d'une prise en charge complète pour la journée d'automne 2016 pour le questionnaire tiré au sort parmi les bonnes réponses.

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, seuls 27,8% sont membres de l'association. Ce constat renforce la motivation de la SFD Paramédical 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'Automne mais également les Congrès annuels.

Elle récompense également chaque année de nombreux projets novateurs, fruits de travail d'équipes dynamiques tels les meilleurs abstracts, les projets de recherche, le prix Initiativ' Diabète,...

N'hésitez pas à consulter régulièrement notre site internet (<http://www.sfdiabete.org/paramedical>) pour les appels à projet et toute l'actualité de l'association.

Alors je vous dis à bientôt et au plaisir de vous revoir.

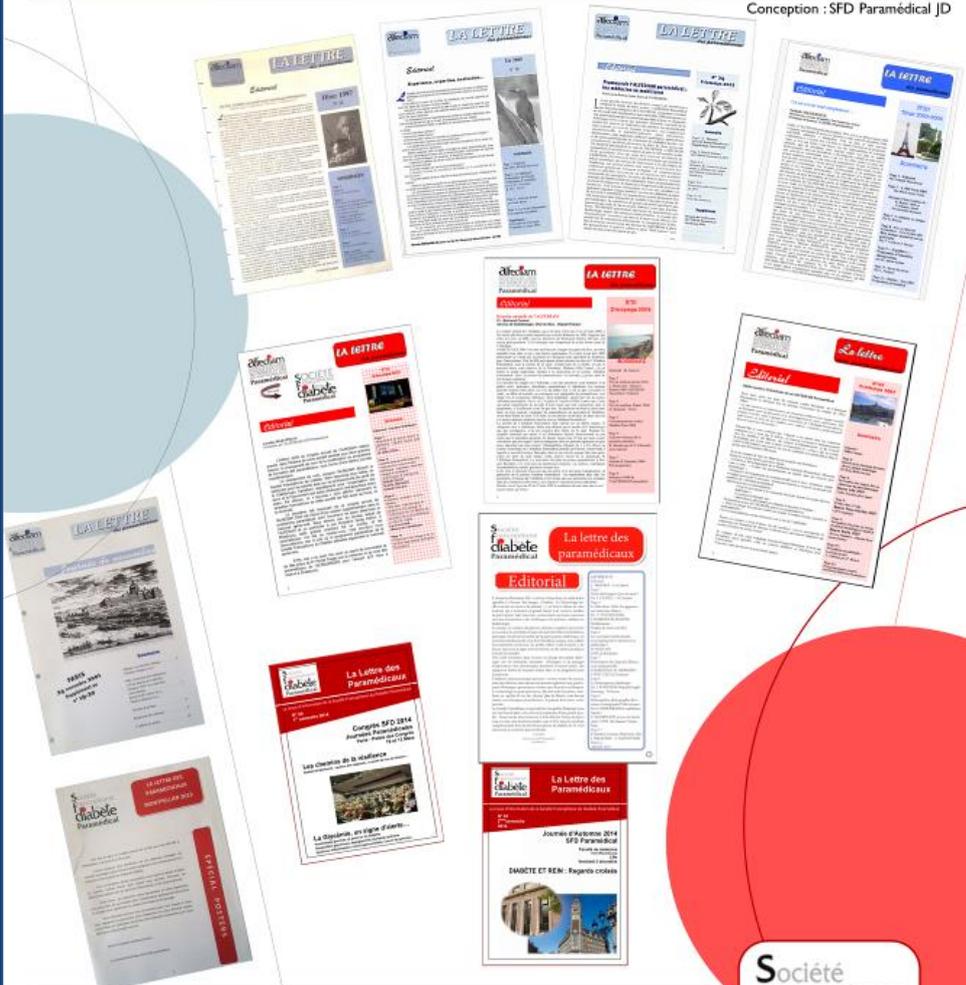


*Comme vous le savez,
la SFD Paramédical
a fêté ses 30 ans !*

*Ce fut l'occasion d'afficher plusieurs de nos activités,
les référentiels réalisés par nos groupes de travail
ainsi que l'historique de nos Lettres des Paramédicaux.*



Conception : SFD Paramédical JD



La Lettre des Paramédicaux



Mais également, de retrouver l'histoire du diabète au fil du temps...

Société francophone du diabète Paramédical

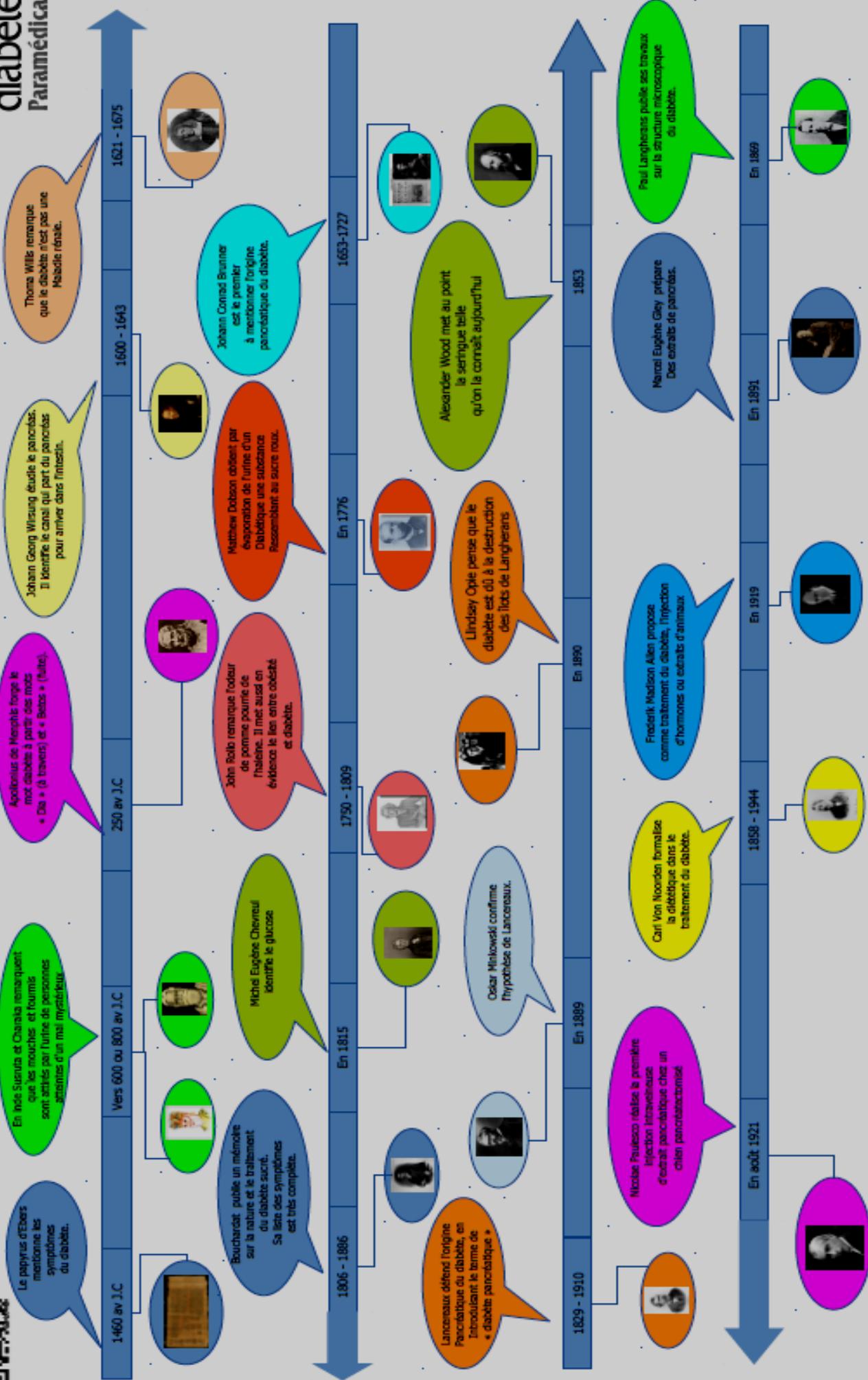
La diététique au fil des ans...

- C'est au cours du premier siècle de l'ère chrétienne qu'un médecin Grec, Arétée de Cappadoce, propose pour la première fois un traitement contre le diabète, notamment des mesures hygiéno-diététiques.**
- Alexandre de Talès, médecin grec né vers 625 recommande une alimentation très rustique, composée surtout de mets de digestion difficile comme la chicorée, les pieds et le museau de bœuf, le poisson.**
- Au moyen âge, Abu-Bair Mohammed ibn Zakaria (850-925) médecin persan, conseille aux personnes avec un diabète d'éviter les effets physiques et intellectuels. Son traitement diététique comporte des plats très chauds, du vin, des citrons et des décoctions d'orge à utiliser aussi des boissons diurétiques.**
- Constantin l'Africain (1015-1087), médecin originaire de Carthage établit en Italie pensant que les malades peuvent guérir s'ils « veulent se sentir d'empêcher l'ordinaire, boire peu et éviter les aliments épicés ».**
- Jean François Fernel propose un régime particulier qui comporte, des viandes grasses cuites avec de la sauge, du persil, de l'ail, des viandes froides, des décoctions d'orge, des simonides, des tranches à base de pomme, et même du lait.**
- Thomas Willis (1621-1675) médecin anglais conseille à ses malades le « le régime: maigre et astringent et comme boisson, une décoction d'orge mêlée de lait ».**
- En 1875 John Rolfe, médecin écossais écrit les premières théories sur le diabète et explique les pathogènes. Dans son ouvrage « traité du diabète sucré », propose, un régime composé principalement de substances amères.**
- En 1875 Apollinaire Bouchardet dans son ouvrage « de la glycémie ou diabète sucré, son traitement hygiénique » fut le premier médecin à établir un traitement diététique structuré. Il doit être considéré après Rolfe, comme le précurseur et l'initiateur du régime alimentaire en diabétologie. Dans son ouvrage il consacre 17 pages à la liste des aliments interdits et des aliments permis.**
- En 1912 le médecin américain Frederick Madison Allen introduisit le traitement par l'insuline suivi d'un régime de sous-alimentation. Il arriva alors à faire que le diabète est « à une hypocalorémie périodique ».**

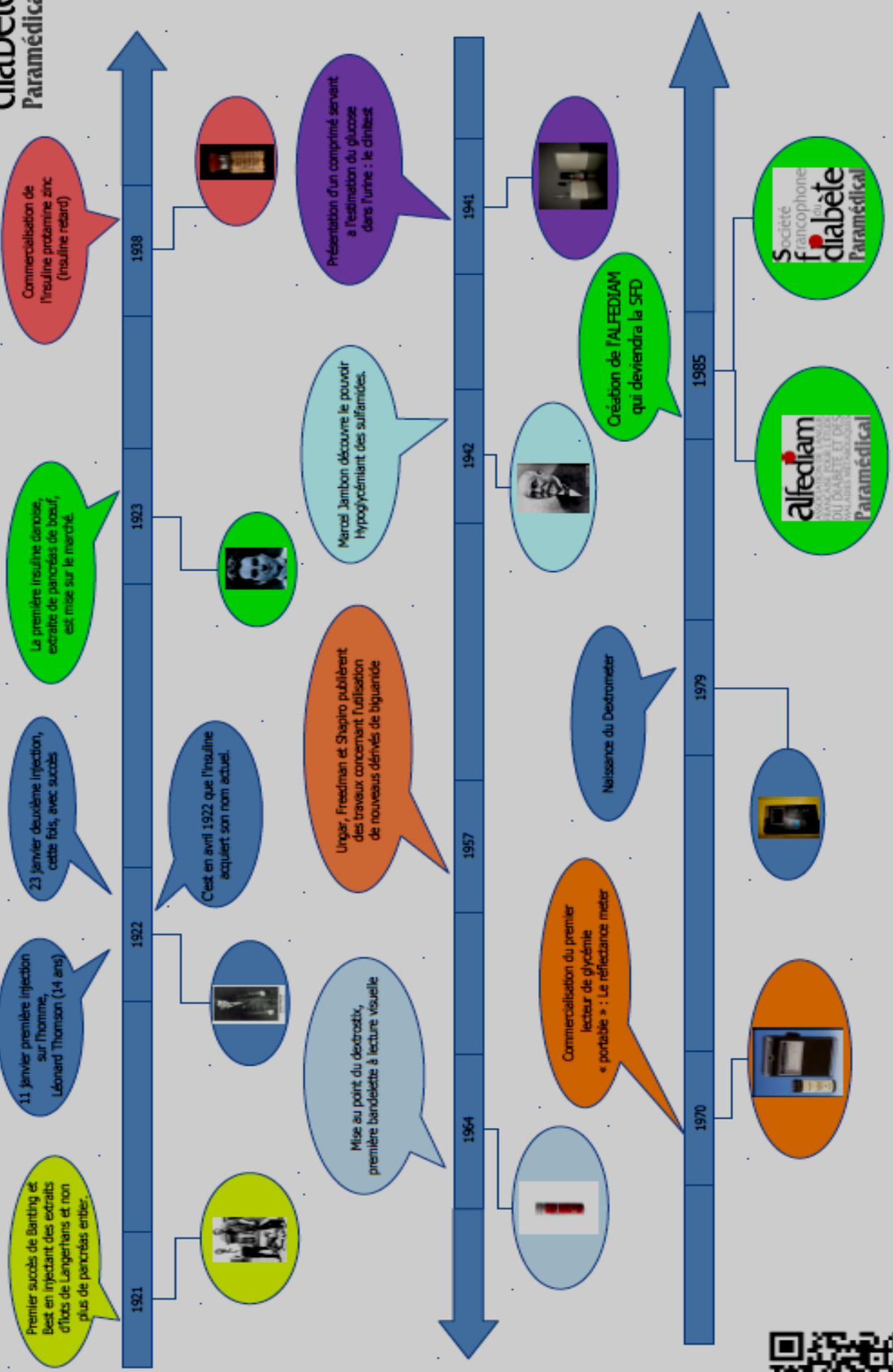
Dès lors, les combinaisons les plus variées dans l'alimentation adaptée au diabète, selon les proportions d'unités de carbone, de graisses et de protéines furent expérimentées.

La découverte de Finsen, en 1922 modifie entièrement le pronostic du diabète et de ses complications. Elle apporte la médication substitutive qui manquait jusque-là. Depuis La diététique accompagne l'évolution et le développement des nouveaux traitements, et des outils de surveillance glycémique.

Le diabète au fil des ans (L'ère pré - insulinique)



Le diabète au fil des ans (L'ère moderne)



Le site internet : www.sfdiabete.org/paramedical



Depuis que le nouveau site : www.sfdiabete.org/paramedical est ouvert, nous communiquons essentiellement par voie électronique.

A partir du 1^{er} janvier 2016

le paiement de la cotisation en ligne est actif et l'adhésion des membres est possible directement sur le site.

N'oubliez pas de créer et mettre à jour votre espace membre personnalisé !

pour profiter de toutes les fonctionnalités de l'espace paramédical. Adresse mail et adresse postale correctes permettent de recevoir régulièrement nos informations, courriers et revues.

Cet espace membre permet également de consulter la plupart des présentations de notre Journée d'Automne

Les élections 2016 SFD Paramédical :

Lors de l'Assemblée Générale du 23 Mars 2016 à Lyon, nous allons procéder au renouvellement partiel des membres du Conseil d'Administration et du Conseil Scientifique.

Les postes sortants en 2016 à renouveler sont les suivants :

Conseil d'Administration :

- **3 postes d'infirmiers**
- **1 poste de diététicien**
- **1 poste de paramédical** (ouvert à toutes les professions paramédicales)

Conseil Scientifique :

- **1 poste de diététicien**
- **1 poste de paramédical** (ouvert à toutes les professions paramédicales)
-

Nous tenons à remercier les nombreux collègues qui se sont portés candidat et qui permettront la continuité mais aussi la vitalité de notre association.

N'oubliez pas de voter pour choisir vos candidats!

Election par correspondance - Date limite fixée au : 19 Mars 2016.

Jeudi 24 Mars 2016

Journée SFD Paramédical (Auditorium Lumière)

De la recherche à la vraie vie : Quel transfert possible vers le patient ?

Cité Centre des congrès LYON

8h45	Ouverture , <i>Jocelyne Bertoglio, Philippe Moulin</i>
09h00	Qu'est ce que la recherche clinique ? <i>Dr. Florence Galtier, Centre d'Investigation Clinique, Montpellier</i>
09h30	Information patient, organisation : le rôle des paramédicaux <i>Isabelle Gabillaud, Infirmière, Montpellier</i>
10h00	Mieux comprendre études randomisées et études dans la « vraie vie » <i>Pr. Samy Hadjadj, Diabétologue, Poitiers</i>
10h30	Pause
11h00	Prix Lilly 2015 : Cuisi'Diab <i>Patricia Cohen Solal, Infirmière, Nice</i>
11h30	La recherche en Diabétologie : histoire de l'insuline <i>Pr. Serge Halimi, Diabétologue, Grenoble</i>
12h00	La mesure continue du glucose : un exemple de transfert réussi ? <i>Dr Jean Pierre Riveline, Diabétologue, Paris</i>
12h30	Pause
14h00	Etude sur l'efficacité des orthèses plantaires en prévention secondaire <i>Pierre NIEMCZYNSKI, Podologue, Aurillac</i>
14h30	Partage d'expériences : Recherche Infirmière <i>Orateur en attente</i>
15h00	Partage d'expérience : Recherche en ETP <i>Orateur en attente</i>
Échanges professionnels, pratiques et recherches	
15h30	Allocation Recherche 2014 Evaluation d'un programme d'e-coaching destiné à accompagner des changements de comportement alimentaire chez des patients adultes atteints de diabète de type 2, <i>Gabrielle Invernizzi, Diététicienne, Dijon</i>
15h45	Remise de Prix : <i>Bourse Roche 2016, Prix Lilly 2016, Prix du meilleur Poster</i>
16h00	Communications Orales <i>Prix meilleur abstract Lifescan 2016:</i> Les journées "passage en sixième" chez les diabétiques du CHU Sud Réunion <i>Sabine Delgard, Infirmière Puéricultrice, La Réunion</i> <i>Prix Coup de cœur SFD Paramédical 2016 :</i> Atelier e-santé et insulinothérapie-fonctionnelle <i>Alicia Auque, Diététicienne, Toulouse</i> Création d'un outil éducatif autour du diabète et du ramadan (ramadiab) <i>Valérie Portay, Infirmière, Paris</i> Utilisation des stylos à insuline dans les unités de soins d'un CHRU : résultats d'un audit des pratiques <i>Sandra Lesven, Brest</i>
17H00	Clotûre

Mercredi 23 Mars 2016

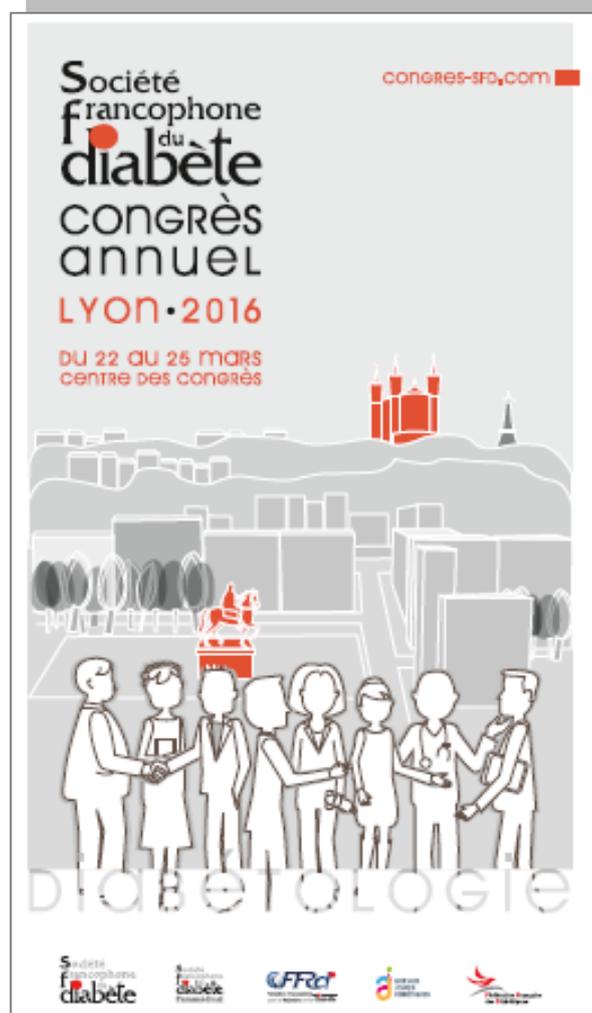
Symposium SFD Paramédical

(Auditorium Lumière)

Nouvel éclairage sur les glucides :

des pratiques bousculées ?

Cité Centre des congrès LYON



Ouverture : Jocelyne Bertoglio et Pr Gérard Slama

Modérateurs : Caroline Martineau, Agnès Sola

**Constat et objectifs du travail SFD Paramédical/AFDN
autour des glucides**

*Caroline Martineau, Diététicienne, Toulouse,
Agnès Sola, Diabétologue, Paris*

Evolution de la composition glucidique des aliments et influences technologiques

Francis Bornet, Médecin, Toulouse

**Un autre regard sur les glucides : Associations entre Satiété, Réponse glycémique et
Degré de transformation**

*Anthony Fardet, Chargé de Recherches INRA, Clermont Ferrand
Florence Rossi, Diététicienne, Marseille*

Des données scientifiques à la pratique : quelques réflexions

*Françoise Arbones, Diététicienne, Paris
Jacqueline Delaunay, Diététicienne, Toulouse
Christine Kavan, Diététicienne, Besançon,
Sylvie Thiéry, Diététicienne, Lille
Elisabeth Verdier, Diététicienne, Saint Etienne*

Discussion

*Cité Centre des congrès
Hall Terreaux -
Exposition : Forum 4, 5 et 6
50, Quai Charles de Gaulle
69463 Lyon*

AGENDA

Mars

Congrès Francophone Annuel
de Diabétologie

S.F.D.

Lyon du 22 au 25 Mars 2016

<http://www.sfdiabete.org>

Mai

Salon Infirmier

Paris, 24 au 26 Mai 2016

5ème JETD

Paris, 27 Mai 2016

<http://www.sfdiabete.org>

Juin

54ème Journées
d'Etudes de l'AFDN
Lille 26 au 28 Mai 2016
<http://www.afdn.org>

Octobre

Congrès SFE
et Journée paramédicale
Bordeaux 5 au 8 Octobre 2016
<http://www.SFE.org>
41èmes Entretiens
de podologie
14 et 15 Octobre 2016

Novembre

Journée d'Automne
SFD Paramédical
Toulouse 25 Novembre 2016
Hôtel Dieu Saint Jacques
<http://www.sfdiabete.org>

Si vous souhaitez adhérer
à la SFD Paramédical
et profitez de ses publications
et formations

Allez sur le site :

<http://www.sfdiabete.org/paramedical>

Paramédical

☞ Vie de l'association

☞ Devenir membre

Editée par SFD Paramédical

60 Rue Saint Lazare

75009 Paris

01 40 09 89 07

www.sfdiabete.org

Responsable de Publication :

Jocelyne BERTOGLIO

Rédacteur en Chef : J.DELAUNAY

et le Conseil Scientifique de la
SFD Paramédical.

Merci aux relecteurs de cette édition

C.GODEFROID, M.GUIRAUD, E.HAMON

Photos : Ivano MANTOVANI

*Tous les articles sont publiés
sous la responsabilité de leurs auteurs.*

N°63 – 1er semestre 2016.