

DIABÈTE & OBÉSITÉ

INFIRMIERS

L'expertise pratique en diabétologie

Hors-Série n° 7 / Décembre 2017 • Volume 12 • 13 €

L'ADDICTION À
L'ALIMENTATION
Une clé pour mieux
comprendre

LA THÉRAPIE
ORIENTÉE SOLUTION
Une autre idée
du changement

DIABÈTE ET CANCER
Pathologies
parallèles
ou croisées ?

LE SÉJOUR SSR
Place dans
le parcours
de soins

LE FORUM DE DISCUSSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES FEMMES DIABÉTIQUES

Un outil de... solidarité ?

Un apport complémentaire à celui de
l'accompagnement médical
et paramédical

ÉDITORIAL p. 04

De l'innovation !

Pr Patrick Ritz

**ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE** p. 05

Le séjour SSR

Place dans le parcours de soins
du patient diabétique

Dr Juliette Spiess, Dr Françoise Lorenzini,
Dr Isabelle Augustin-Pascalis

COMPLICATION p. 07

**Récidive de diabète après
chirurgie de l'obésité**

Concerne près de la moitié
des patients

Pr Patrick Ritz

PATIENTS p. 09

**Le forum de discussion
de l'Association française des
femmes diabétiques**

Un outil de... solidarité ?

Association française des femmes
diabétiques, Fabienne Ragain-Gire

ZOOM SUR p. 15

L'addiction à l'alimentation

Une clé supplémentaire pour mieux
comprendre et aborder certains de
nos patients obèses ou diabétiques ?

Dr Paul Brunault, Pr Nicolas Ballon

À CONNAÎTRE p. 17

**L'hyperphagie
de la personne obèse**

Les facteurs biologiques

Pr Sergueï O. Fetissov

Décembre 2017 • Vol. 12
Hors-Série n° 7 • 13 €



Photo de couverture :
© calvindexter - iStock

COMPLICATION p. 19

**Complications neurologiques
des chirurgies de l'obésité**

Diagnostic et conduite à tenir

Cédric Gollion, Dr Fabienne Ory-Magne

THÉRAPEUTIQUE p. 21

**La thérapie orientée
solution**

Une autre idée du changement

Pr Gérard Ostermann

COMPRENDRE p. 22

Diabète et cancer

Pathologies parallèles ou croisées ?

Résumé de l'article du Dr Sarah Dumont
par Patrick Ritz

INTERSPÉCIALITÉS p. 23

Asthme et obésité

Une association non fortuite

Dr Laurent Guillemainault, Pr Alain Didier

ÉCHOS DES CONGRÈS p. 25

**Journée d'automne
de la SFD Paramédical**

Diabète au féminin

Ivano Mantovani

DIAPOSITIVE COMMENTÉE p. 27

**Chirurgie bariatrique et
complications microvasculaires
liées au diabète**

Dr Leïla Boulanouar, Pr Patrick Ritz



Pr Patrick Ritz
CHU de Toulouse

DE L'INNOVATION !

C'est sûr, les parcours de soins vont changer ! Nos modèles "paternalistes" de l'organisation des soins vont être challengés, pour plus de pertinence, pour de l'innovation dans l'organisation, pour moins d'inégalités de santé (sociales et territoriales). C'est ce qui est inscrit dans la stratégie nationale de santé. Le fil rouge des numéros à venir est basé sur cette thématique.

Déjà, dans ce numéro, vous pourrez lire des choses innovantes. La thérapie orientée sur les solutions et non plus vouloir tout savoir de la vie de quelqu'un avant de commencer à soigner. La place des patients, que l'on a appelés experts ou partenaires, et qui nous montrent au quotidien combien leur savoir expérientiel va permettre de construire un partenariat, où chaque personne contribuera à élaborer et enrichir le parcours. Un regard nouveau sur la neurobiologie pour comprendre les conduites alimentaires, avec parfois une dimension addictive. Enfin, les doubles maladies chroniques, asthme-obésité, diabète-cancer...

Je vous souhaite une belle année 2018 et une bonne lecture !

La boîte aux lettres pour vos idées et souhaits :
redaction@diabeteetobesite.fr

Diabète & Obésité

Directeur de la publication : Dr Antoine Lolivier • **Rédacteur en chef "Obésité" :** Pr Patrick Ritz • **Rédacteur en chef "Diabète" :** Dr Saïd Bekka • **Rédactrices :** Marine Rognone, Laura Hendrikk, Marianne Carrière • **Directrice des opérations :** Gracia Bejjani-Perrot • **Assistante de production :** Cécile Jeannin • **Conception graphique :** Élodie Lelong, Élodie Lecomte • **Directrices de clientèle/projet :** Virginie Mezerette, Catherine Patary-Colsenet • **Service abonnements :** Claire Voncken • **Impression :** Imprimerie de Compiègne : 2, avenue Berthelot - ZAC de Mercières - BP 60524 - 60205 Compiègne cedex

Diabète & Obésité est une publication © Expressions Santé SAS • 2, rue de la Roquette • Passage du Cheval blanc, Cour de mai • 75011 Paris
Tél. : 01 49 29 29 29 • Fax : 01 49 29 29 19 • E-mail : diabete@expressiongroupe.fr
RCS Paris B 394 829 543 • ISSN : 1957-5238 • N° de Commission paritaire : 1018 T 88454 • Prix au numéro : 13 € • Mensuel : 10 numéros par an
• Abonnement au prix de 85 € TTC/an (bulletin d'abonnement p. 24).

Les articles de "Diabète & Obésité" sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs. Toute reproduction, même partielle, sans le consentement de l'auteur et de la revue, est illicite et constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Le séjour SSR

PLACE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT DIABÉTIQUE

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour objectif principal de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales de leurs déficiences et limitations de capacité.

Dr Juliette Spiess¹, Dr Françoise Lorenzini¹ et Dr Isabelle Augustin-Pascalis²

1. Diabétologues, unité SSR du service de diabétologie et maladies métaboliques, CHU de Toulouse

2. Endocrinologue, SSR fondation Arc-en-ciel, Montbéliard ; centre hospitalier de Lons-le-Saunier

Parmi les missions attendues des unités de soins de suite et de réadaptation se trouvent « *les actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage* ». Les programmes d'ETP mis en œuvre dans les SSR visent différentes compétences, dont certaines concernent le mode de vie (alimentation et activité physique [API]). Cette approche est donc parfaitement adaptée pour la prise en charge du diabète et des pathologies métaboliques.

Il existe en effet des preuves de l'intérêt d'une intervention sur le mode de vie chez les patients diabétiques.

- Pour les sujets à haut risque de diabète de type 2 :

Chez des patients intolérants au glucose, le DPP (1) a montré que la modification de style de vie proposée (perte de 7 % du poids et AP de plus de 150 minutes par semaine) permet une réduction de 58 % de la survenue de diabète de type 2 dans les 2,8 ans suivant l'intervention. L'étude Finnish DPS et l'étude Da Qing vont également dans ce sens.

- Pour les patients avec un diagnostic récent de diabète de type 2, ou les patients présentant un syndrome métabolique :

Les études telles que le *Look AHEAD Trial* comparant les modifications isolées du mode de vie à des traitements

médicamenteux ont prouvé leur intérêt sur les plans pondéral et métabolique, mais aussi sur la qualité de vie, les capacités physiques et la réduction des molécules nécessaires à l'équilibre du diabète.

- Chez les patients avec stéatose métabolique :

L'exercice physique améliore le bilan hépatique et l'aspect histologique avec régression de la fibrose (3).

Les programmes d'ETP à destination des patients diabétiques de type 2 sont nombreux sur l'ensemble du territoire. Ceux développés en SSR présentent des spécificités.

Le format

Les programmes d'ETP mis en œuvre en SSR sont d'une durée plus longue qu'en MCO. Cet étalement permet :

- une cohésion du groupe plus importante facilitant le travail sur le vécu et les représentations (estime de soi, groupe de parole),
- un travail sur des compétences plus complexes (adaptation des doses d'insuline en schéma basal-bolus),
- des temps individuels plus nombreux,
- une prise de conscience de l'impact métabolique des modifications du style de vie,
- une amélioration de paramètres métaboliques en fin de séjour : poids, tour

de taille, cycle glycémique, tension artérielle, triglycérides,

- des adaptations thérapeutiques,
- un réentraînement physique ainsi que du plaisir éprouvé et exprimé à la pratique de l'activité,
- un travail progressif de préparation au retour à domicile avec des temps en "vie réelle" (sortie de week-end).

Les locaux et le plateau technique

Les unités de SSR spécialisés sont pourvues au minimum d'une cuisine éducative et thérapeutique, d'une salle d'éducation de groupe, d'un parcours de marche extérieur et d'une salle d'éducation physique. Elles peuvent également disposer du matériel ou des locaux permettant de réaliser des activités physiques adaptées et variées. Ainsi, les activités en piscine sont particulièrement appréciées par les patients obèses. La pratique d'activités plus ludiques (golf, danse, marche nordique, Tai Chi...) permet de faire évoluer les représentations des patients.

Le personnel

Par obligation statutaire (décrets 2008), on trouve dans les unités de SSR spécialisés le personnel suivant : médecins, IDE, diététiciennes, aide-soignants, psychologues, enseignants en activité

physique adaptée, kinésithérapeutes et assistantes sociales. Selon les structures, on peut également rencontrer des ergothérapeutes. Ces intervenants font partie des équipes éducatives et doivent donc être formés à l'ETP.

La spécificité du groupe

Le nombre de patients hospitalisés en SSR est en général plus important qu'au cours des programmes d'ETP en MCO ou ambulatoires, ce qui augmente d'autant les possibilités d'interactions entre patients.

Les spécificités dans le contenu du programme

• La prise de conscience par les patients de l'efficacité des différents types d'AP sur les glycémies, en fonction de leur type, de leur intensité et de leur durée.

- La gestion du traitement insulinique en fonction de cette activité.
- L'apprentissage de la gestion du traitement par pompe à insuline lors de l'activité.
- La conduite à tenir pour prévenir et traiter les hypoglycémies en fonction de l'AP.
- Les conditions de pratique de l'AP et notamment le choix d'un chaussage adapté.

Conclusion

La prise en charge en SSR vise, entre autres, à mettre en place des

changements de comportements concernant l'alimentation et l'AP. Elle est donc particulièrement intéressante chez les patients avec complications métaboliques, notamment diabétiques de type 2. Ces séjours, par leur durée, aident à renforcer des compétences adaptatives complexes, favorisent la resocialisation de certains patients, et permettent une rupture avec l'entourage lorsque cela est nécessaire. ●

✘ *L'auteur n'a pas déclaré de lien d'intérêt en relation avec cet article.*

Bibliographie

1. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin. *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 393-403.
2. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) : Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003 ; 26 : 3230-6.
3. Pan XR, Li GW, Hu YH et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da-Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997 ; 20 : 537-44.
4. *Prog Cardiovasc Dis.* 2015 ; 58 : 69-75. The Look AHEAD Trial: Implications for Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes Mellitus. Dutton GR1, Lewis CE2.
5. Brunt EM, Clark JM, Diehl AM et al. Physical activity recommendations, exercise intensity, and histological severity of nonalcoholic fatty liver disease. *Am J Gastroenterol* 2011 ; 106 : 460-8.

RENDEZ-VOUS DE L'INDUSTRIE

Enfants - Diabète de type 1 « Miam Stram Grammes », un jeu de cartes instructif



Roche Diabetes Care France propose, en partenariat avec l'Aide aux jeunes diabétiques, « Miam Stram Grammes », un jeu de cartes coloré et instructif. Il permet aux jeunes patients diabétiques de type 1 d'appréhender l'équilibre alimentaire, les groupes d'aliments et leur teneur en glucides et, ainsi, de mieux comprendre et gérer leur diabète. Le jeu est destiné aux services de pédiatrie des centres hospitaliers et aux parents. Chaque carte est construite autour d'un aliment représentatif des modes de consommation des enfants et des adolescents. Chaque aliment est par ailleurs associé à une famille,

conformément au Programme national nutrition santé. Les portions sont représentées au recto de la carte, les informations nutritionnelles (quantité de glucose, index glycémique, teneur en lipides) au verso.

Le jeu est pensé pour être orchestré par un adulte (entourage, personnel médical) qui pourra accompagner les enfants et adolescents dans des combinaisons variées : frise glucidique, devinette sur une carte particulière, comparaison entre différents aliments, combinaison de plusieurs aliments pour évaluer l'apport glucidique d'un repas entier. Ce sont autant d'occasions de dialoguer autour des idées reçues et des réalités en matière de nutrition. Les premiers retours montrent que les enfants assimilent rapidement les règles du jeu et se prêtent aisément aux devinettes. Les parents se rendent compte qu'il est difficile d'apprécier l'apport glucidique d'un aliment ou d'un repas, et sont contents d'apprendre en même temps que leur enfant. Où le trouver ? Auprès de Roche Diabetes Care France : france.diabetescare@roche.com.

✘ **Marianne Carrière d'après le communiqué de presse de Roche Diabetes Care France du 10 octobre 2017.**

Récidive de diabète après chirurgie de l'obésité

CONCERNE PRÈS DE LA MOITIÉ DES PATIENTS

De nombreux groupes et sociétés savantes recommandent la chirurgie de l'obésité. Pourtant, le phénotype diabète de type 2 peut réapparaître chez certaines personnes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la récidive.

Pr Patrick Ritz (centre intégré de l'obésité et CHU de Toulouse)

Introduction

La chirurgie de l'obésité entraîne environ 70 % de rémission chez les patients diabétiques de type 2 (1). Les résultats sont variables d'une étude à l'autre, car les critères retenus pour la rémission le sont. L'ADA a donné des critères simples (2, Encadré). Cela conduit de nombreux groupes et sociétés savantes à promouvoir la chirurgie de l'obésité chez ces patients (1). Cependant, certaines personnes voient réapparaître le phénotype "diabète de type 2". On parle de *relapse* (rechute) ; *recidivism* (récidive) ; *recurrence* (réapparition ou récurrence). Cette revue de la littérature fait le point sur ce sujet.

Quels sont les messages clés ?

Le **tableau 1** synthétise toutes les données.

Le pourcentage de récidive à 3 ans est compris entre 22 et 46 %, probablement proche de 22 %, car c'est le résultat de la cohorte d'Arterburn, comprenant un nombre important de patients (n = 4 434) (3). Les autres pourcentages sont obtenus sur de petits effectifs.

Le pourcentage de récidive entre 5 et 6 années est de 18 à 53 % (35 % pour l'étude d'Arterburn).

Au-delà, entre 10 et 15 ans, il est de 41 à 50 % pour la SOS (4), correspondant aux techniques de chirurgie les plus anciennes.

Quels sont les facteurs influençant la récidive ?

Comme pour la rémission, l'ancienneté du diabète, l'importance du déséquilibre glycémique préopératoire et le recours à l'insulinothérapie sont des facteurs de récidive.

De façon contre-intuitive, la reprise de poids et une perte de poids modérée ne sont pas retrouvées de façon systématique comme facteurs de récidive. C'est le cas pour le plus grand nombre de patients (3, 5, 6).

De même, le type de chirurgie a une influence discutable. La dérivation bilio-pancréatique aurait ainsi un éventuel avantage, contrairement au bypass. Cependant, la majorité des études ne compare pas les différents types de chirurgies.

Conclusion

Au total, 40 à 50 % des personnes en rémission vont récidiver à long terme (au bout de 10 à 15 ans). Cela implique tout de même que de nombreux patients

Encadré - Rémission du diabète selon Buse et al.

Rémission totale : HbA1c < 6 %, glycémie à jeun < 100 mg/dl, pas de traitement.

Rémission partielle : HbA1c < 6,5 %, glycémie à jeun < 126 mg/dl, pas de traitement.

auront une nette amélioration, voire une rémission du phénotype "diabète de type 2". Il semble que l'effet du temps se stabilise.

Il importe d'aborder des stratégies de dépistage de la récidive, ce qui n'est pas codifié. Faut-il proposer une glycémie à jeun annuelle ? Nous manquons également d'explications physiopathologiques. En effet, si la reprise de poids a un effet modeste, cela plaide pour ajouter en *add-on* d'autres stratégies médicamenteuses ou comportementales. ●

✘ P. Ritz déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.

L'ancienneté du diabète, l'importance du déséquilibre glycémique préopératoire et le recours à l'insulinothérapie sont des facteurs de récurrence.

Tableau 1 – Analyse de la littérature (1-10).

Référence	Type d'étude	Durée suivi	Rémission (%)	Récurrence (%)	Facteurs de récurrence
Schauer 2014	RCT 3 bras Contrôle/sleeve/GBP N = 150	3 ans	35 % GBP 20 % sleeve	38 % GBP 46 % sleeve	ND
Arterburn 2013	Cohorte rétrospective GBP N = 4 434	3 et 5 ans	63,3 % à 3 ans 68,2 % à 5 ans	22 % à 3 ans 35 % à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> HbA1c > 6,5 % avant la chirurgie Traitement par insuline Durée du diabète Aucune influence d'IMC initial ou de la trajectoire de poids
Di Giorgi 2010	Cohorte rétrospective GBP N = 42	3 ans	64 %	24 %	<ul style="list-style-type: none"> Reprise de poids ou échec de perte de poids Traitement initial par insuline ou ADO Déséquilibre glycémique postopératoire IMC postopératoire faible
Chikunguwo 2010	Cohorte rétrospective GBP N = 177	5 ans	89 %	43 %	<ul style="list-style-type: none"> Faible influence de la reprise de poids Les hommes récidivent moins
Mingrone 2015	RCT 3 bras Contrôle/GBP/DBP N = 60	5 ans	5 % GBP (ADA) 37 % DBP (ADA)	53 % GBP 37 % DBP	La reprise de poids n'influence pas la récurrence
Brethauer 2013	Cohorte rétrospective Sleeve/anneau gastrique/GBP N = 217	5 ans	24 % (ADA)	19 %	<ul style="list-style-type: none"> Durée du diabète Reprise de poids ou perte de poids Plus de récurrence si sleeve qu'anneau ou que GBP
Adams 2012	Cohorte prospective GBP N = 88	6 ans	75 % (ADA 2 ans) 62 % (ADA 6 ans)	18 %	ND
Sjöström 2014	Cohorte prospective SOS Plusieurs chirurgies N = 343	10-15 ans	72 % à 2 ans 38 % à 10 ans 30,4 % à 15 ans	41 % à 10 ans 50 % à 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> Influence faible du regain de poids Le type de chirurgie n'influence pas la récurrence

RCT : essai randomisé ; GBP : bypass gastrique ; DBP : diversion bilio-pancréatique ; ADA : critères de Buse (Encadré).

Bibliographie

- Rubino F et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 Diabetes: A joint statement by international Diabetes organizations. *Diabetes Care* 2016 ; 39 : 861-77.
- Buse JB et al. How do we define cure of diabetes? *Diabetes Care* 2009 ; 32 : 2133-5.
- Arterburn DE et al. A multisite study of long-term remission and relapse of type 2 diabetes mellitus following gastric bypass. *Obes Surg* 2013 ; 23 : 93-102.
- Sjöström L et al. Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA* 2014 ; 311 : 2297-304.
- Mingrone G et al. Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet* 2015 ; 386 : 964-73.
- Chikunguwo SM et al. Analysis of factors associated with durable remission of diabetes after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2010 ; 6 : 254-9.
- Schauer PR et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for Diabetes – 3-Year outcomes. *N Engl J Med* 2014 ; 370 : 2002-13.
- Di Giorgi M et al. Re-emergence of diabetes after gastric bypass in patients with mid- to long-term follow-up. *Surg Obes Relat Dis* 2010 ; 6 : 249-53.
- Brethauer SA et al. Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg* 2013 ; 258 : 628-37.
- Adams TD et al. Health Benefits of Gastric Bypass Surgery After 6 Years. *JAMA* 2012 ; 308 : 1122-31.

LE FORUM DE DISCUSSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES FEMMES DIABÉTIQUES

UN OUTIL DE... SOLIDARITÉ ?

L'Association française des femmes diabétiques modère et anime depuis 2007 un forum de discussion de qualité permettant aux internautes d'échanger au quotidien sur la vie avec un diabète dans un esprit bienveillant. Nous vous proposons d'en savoir plus sur les origines, le fonctionnement spécifique et les effets constatés de cet outil de solidarité (et peut-être plus ?) entre personnes connectées.

Association française des femmes diabétiques*, Fabienne Ragain-Gire, Présidente (*femmesdiabetiques.com)



En préambule : solidarité et connexions

Le dictionnaire Larousse définit la **solidarité** comme un « *rapport existant entre des personnes qui, ayant une communauté d'intérêts, sont liées les unes aux autres* », et même comme le « *sentiment d'un devoir moral envers les autres membres d'un groupe, fondé sur l'identité de situation, d'intérêts* ».

Vivre avec une maladie chronique comme le diabète, avec de nombreux impacts sur la vie quotidienne, entraîne forcément entre les personnes concernées, souvent isolées sur ce sujet de santé, des in-

térêts communs. Par exemple, les aides pour la gestion de la maladie dans la vie familiale, professionnelle et intime, les droits, l'alimentation, les traitements médicamenteux, leurs effets secondaires (pour mieux gérer le diabète au quotidien), mais aussi les innovations et les partages d'expériences (pour se projeter dans le futur). Cela entraîne aussi des **similitudes, voire des identités de situations** : nous rencontrons ainsi fréquemment des femmes avec un diabète de type 1 et en désir de grossesse, réfractaires à la pompe à insuline, et se posant la question d'accepter

ce traitement pour le bien de leur futur bébé. La **solidarité semble donc la valeur socle naturelle des associations de patients**, dont les missions consistent souvent à accompagner, informer et protéger les personnes malades.

Le lien solidaire entre les patients peut se réaliser par des rencontres physiques classiques, mais aussi par une **connexion numérique**, à l'heure où 74 % des français accèdent à internet *tous les jours* (95 % pour les 18-24 ans), essentiellement pour communiquer (CRÉDOC, 2016), et où près de 7 français sur 10, et plus précisément 74 % des

femmes, ont déjà recherché une information santé sur le net (Ipsos, 2016).

La genèse : pourquoi ce forum ?

Il y a environ 12 ans : Isabelle, diabétique de type 1, est enceinte de 2 mois. Elle vient de changer de service de diabétologie, d'insuline à deux reprises. Perdue, elle pleure à longueur de journée, sans que son mari puisse la rassurer. Elle commence à chercher sur Internet : *insuline, grossesse, diabète, insulino-dépendant...* Et découvre sur un forum de discussion santé généraliste le témoignage de Magali, une autre jeune femme diabétique enceinte de 3 semaines de son troisième bébé, qui propose d'échanger par e-mail avec d'autres personnes dans la même période, *usuellement emplies de questions et d'angoisses*. Isabelle lit avec avidité les douze pages de la discussion en une soirée, et découvre avec bonheur d'autres femmes, elles aussi diabétiques, qui font des enfants, racontent leur expérience et leur accouchement !

Isabelle, Magali, Sandrine, Virginie, Estelle, Judith, Élodie, Carole, Coralie, Ingrid, Agnès... partagent avec émotion leurs histoires, leurs ressentis, leurs angoisses de grossesse, les mots des unes rassurent les autres, les consolent, permettent à celles qui ne sont pas enceintes de se projeter dans un futur qu'elles pensaient compliqué.

Après une période d'échanges par e-mail, ressentant le besoin intemporel de femmes avec un diabète d'échanger sur la grossesse et la maternité, Isabelle crée un forum de discussion entièrement dédié aux mamans diabétiques, qui deviendra bientôt le forum officiel de l'association créée par les jeunes femmes pour informer et soutenir les mamans et futures mamans vivant avec un diabète.

Ce forum a évolué avec l'association au fil des années, devenant aujourd'hui **le forum de l'Association française des femmes diabétiques (AFFD)**, avec des sujets plus larges que celui de la grossesse

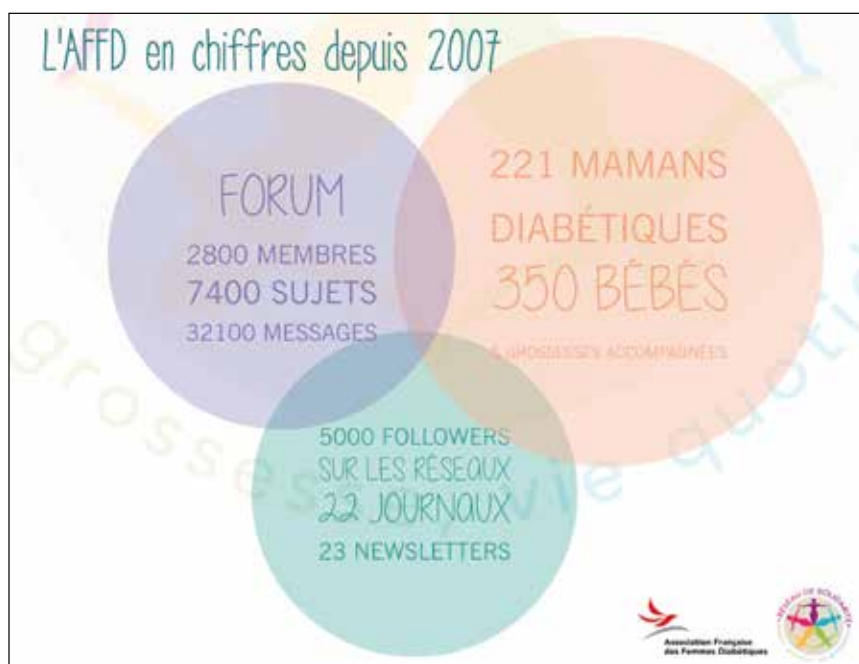


Figure 1 – L'AFFD en chiffres depuis 2007.

(même s'il reste notre savoir-faire principal), l'expérience des années montrant le besoin des participant(e)s d'échanger sur **toutes les facettes de la vie avec un diabète**. Son but est d'**informer, soutenir, accompagner, motiver** dans le quotidien comme pour les grands projets, par **l'échange** et le **partage d'expériences** entre femmes diabétiques, proches de femmes diabétiques, et plus généralement tous diabétiques connectés : la solidarité numérique de l'AFFD...

Il compte aujourd'hui près de 3 000 utilisateurs, 70 rubriques dédiées au diabète ou à l'association, plus de 7 500 sujets et 330 000 messages (Fig. 1).

Comment fonctionne ce forum ?

Pour rappel, un forum de discussion est un **système de discussion publique** associé à un site web. Les messages sont **classés par ordre chronologique** et **archivés dans des rubriques préétablies**. Cela permet une recherche d'informations sur le **long terme**, sur le forum, mais aussi depuis des moteurs de recherche, et une **communication asynchrone**, fonctionnement particulièrement adapté aux membres qui ont un emploi du temps chargé.

Il nécessite une inscription dans la communauté pour pouvoir participer. Dans les faits, de nombreux lecteurs consultent notre forum public sans y être inscrits, et beaucoup d'inscrits lisent les sujets "en sous-marin", sans y participer. Un roulement de 150 personnes environ adhère à l'association (ce qui leur donne accès à une partie privée) ou participent régulièrement aux sujets publics.

Le **positionnement** est clairement affiché : il n'est pas question de s'ériger en spécialistes à la place des spécialistes, mais de proposer une plateforme **d'échange entre pairs**, où les maîtres mots sont **l'empathie, l'écoute** (ou plutôt la lecture...), la **bienveillance**.

Le forum organise ses **70 rubriques en 12 sous-forums**, dont les plus importants sont :

- **L'AFFD : le forum** (partie publique) et **l'espace adhérentes** (partie privée) : ces rubriques permettent de rassembler et animer la communauté autour des actions de l'association et des actualités, ainsi que de donner des informations objectives.
- **Le diabète au quotidien** (Fig. 2) : pour parler féminité, gestion quotidienne, traitement/matériel, travail,

alimentation, psychologie, santé, vie intime, sport, voyages...

- Les rubriques **Grossesse : préparer sa grossesse** (Diabète et projet bébé, Diabète de type 2 et changement de protocole, Nos projets de grossesse), **pendant la grossesse** (Insulinothérapie et Alimentation pendant la grossesse, Notre santé et celle du bébé, L'accouchement, Nos récits d'accouchement, Nos bébés à la naissance), **diabète gestationnel** (Le DG en questions, Questions sur le régime, Passage à l'insuline), **les grossesses du forum** (où chaque femme peut créer un fil dédié à sa grossesse et recevoir un accompagnement personnalisé, c'est la rubrique la plus remplie du forum, avec 67 000 messages).

- **La famille au quotidien**, pour échanger autour de la maternité (allaitement, nos enfants au quotidien, nos albums photos (pour partager bonheurs, inquiétudes et tout simplement vie avec nos enfants), vie pratique et bébé troc).

- Un **calendrier** permet d'informer des événements présentiels organisés par ou auxquels participe l'association en région (forums d'information, ateliers, salons professionnels, rencontres informelles...), ce qui favorise en général les rencontres de visu entre les forummeurs, renforçant les liens, immatériels mais réels, créés en ligne.

Les participants au forum sont classés par **groupes** principaux, ce qui leur donne des droits d'accès différents aux sujets ou permet d'identifier leur positionnement :

- **Administrateurs et webmestre** : membres en charge de l'organisation et du fonctionnement technique du forum et de ses membres.

- **Modérateurs** : adhérent(e)s investi(e)s dans l'association qui **vérifient le respect des règles (charte d'utilisation, netiquette) du forum et l'animent de façon bienveillante**. Aujourd'hui, le forum est modéré par une quinzaine de personnes, et cette modération est l'une des raisons de sa qualité.

- **Professionnels de santé** : membres de notre comité scientifique inscrits sur le forum, très peu nombreux, que les modérateurs

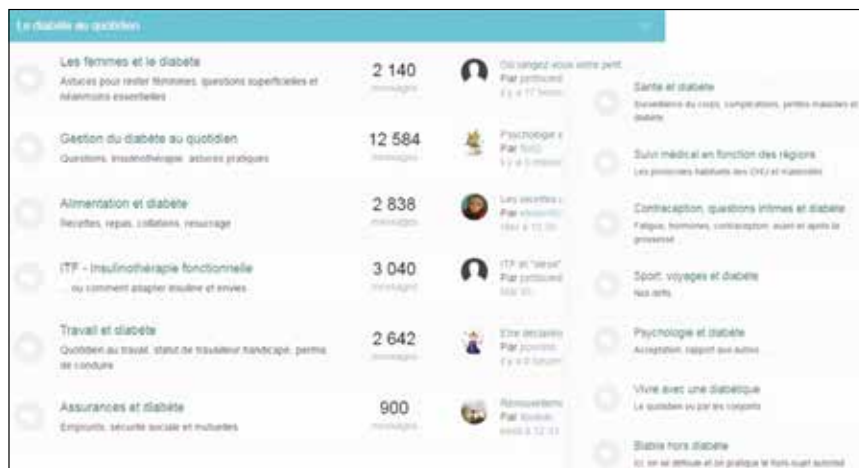


Figure 2 – Forum : le diabète au quotidien.

peuvent solliciter pour donner un éclairage professionnel sur certains sujets.

- **Adhérent(e)s de l'association**, membres qui ont accès à la partie privée du forum, ce qui leur permet de limiter l'accès à leurs données s'ils le souhaitent, et de participer à la vie de l'association, par exemple en donnant idées et témoignages lors de remue-méninges sur des sujets pour lesquels l'association est consultée.

- **Nouveaux membres** (personnes inscrites qui ont accès à la partie publique du forum, en dehors de ceux autour de la maternité et des enfants) et **membres** (qui ont accès à la partie publique du forum). Le passage de nouveau membre à membre se fait après vérification par les modérateurs du contenu posté. Il est demandé que les nouveaux membres se présentent en quelques mots aux autres, sans que cette étape soit obligatoire, mais elle permet d'orienter et assure la sincérité des échanges.

- **Invités** : tout internaute se rendant sur l'adresse du forum, sans demander d'inscription (pour assurer la sécurité, chaque inscription nécessite la confirmation du demandeur et la validation d'un administrateur). Ce sont des utilisateurs qui lisent seulement sans pouvoir publier de messages.

Chaque utilisateur choisit un pseudo et un avatar anonymes ou non, **l'anonymat** permettant notamment au membre de s'exprimer totalement librement sur

des sujets jamais évoqués dans son entourage personnel ou professionnel. Certaines personnes passent d'un pseudo anonyme à un pseudo de type "prénom" au fil de leur acceptation du diabète ou de leur implication dans le forum ou l'association. D'autres font la démarche inverse dans un souci de protection totale de leurs données personnelles. Certains ont une démarche mixte en choisissant un pseudo anonyme et indiquant leur prénom et d'autres informations dans leur signature.

Les membres choisissent de participer à des **files de discussion** existants ou de créer des nouveaux sujets (sujets personnels ou thèmes généralistes non encore abordés). L'interaction se fait par l'écriture de messages plus ou moins longs, dont l'auteur choisit la mise en forme. L'utilisation d'émoticônes et, depuis quelques mois, d'appréciations de type "j'aime/triste/surpris", permet d'intégrer des émotions aux échanges et d'humaniser les liens créés entre forummeurs.

Effets observés

De nombreux témoignages attestent des **liens solidaires** que le forum permet à ses membres de créer, du **soutien motivant** qu'il procure, les faisant ainsi **cheminer avec leur diabète**.

Prenons l'**exemple très représentatif** de Sandrine, diabétique de type 1 d'une trentaine d'années

qui a découvert le forum en faisant des recherches sur la grossesse, car elle était consciente que le diabète aurait une place importante dans cette période de sa vie de femme, sans savoir précisément comment. Au bout de 3 ou 4 mois de discussions (sur les résultats glycémiques à obtenir, les méthodes pour y parvenir), elle est **informée** de façon concrète, **ras-surée** par les témoignages (qui lui ont « *appris des choses qu'elle ne pouvait pas entendre quand cela venait de personnes ne vivant pas avec la maladie* »), se sent moins seule (elle ne connaissait aucun diabétique de son âge), **s'enrichit des expériences** de chacune, et **décide d'accepter la pompe à insuline** conseillée par son diabétologue avant de tomber enceinte, parce qu'elle a pu constater que d'autres femmes y trouvaient leur compte, que beaucoup avaient eu les mêmes craintes et avaient finalement adopté ce traitement que, selon elle, **elle n'aurait pas accepté** à cause des freins et des *a priori* qu'elle avait. Elle tombe enceinte, partage la bonne nouvelle sur le forum, et est soutenue pendant toute sa grossesse, période forcément bouleversante et « *pas de tout repos sur le plan du diabète* ». Quand elle a une baisse de moral, des doutes, elle écrit un petit mot sur le forum, et peu de temps après, d'autres femmes répondent « *moi aussi je l'ai vécu* », « *tu n'es pas seule* », « *appelle ton médecin* », et Sandrine **reprend confiance**... Elle donne naissance à une petite fille en pleine forme. Après l'accouchement, elle continue à participer au forum, parce que « **le diabète ne s'arrête pas** » après une grossesse ou entre des consultations médicales, qu'« *il y a toujours des questions* », que « *ça lui apporte beaucoup au quotidien* ». De son côté, elle donne son expérience et des pistes aux autres membres du forum et à l'association, dont elle est récemment devenue administratrice. Sandrine insiste sur la **proximité qui s'instaure derrière l'écran** qui, au lieu d'éloigner les personnes, peut les rapprocher : « *on peut se*

Je vois que ce forum est très actif ! Je l'ai connu par la recherche d'informations lors de mes grossesses. Le déclic de m'inscrire s'est fait après (je crois) un besoin de me reprendre en main (retrouver la motivation surtout).


Marie

permettre de parler de difficultés, de craintes autour du diabète, du quotidien, on ne le ferait pas de la même façon en face à face. Moi, ça m'aide dans le quotidien et ça m'aidera longtemps ».

Cette expérience fait écho au ressenti de membres du forum qui relèvent les apports de ce dernier dans leur vie avec le diabète.

> Informations

- « *À travers les sujets sur la législation, ou sur toute autre forme de questions liées au diabète (achat immobilier, voiture, remboursements de capteurs, etc.), ce forum est une vraie mine d'or pour trouver les réponses à mes questions et même m'apporter des informations sur l'avancée dans la recherche.* »
- « *C'est ici qu'on m'a parlé de CGM [capteur de glucose en continu] et de ses bénéfices.* »

> Apprentissages en situation, complémentaires aux apprentissages théoriques

- « *Pour moi, le plus important est de pouvoir poser des questions "techniques" à des personnes qui savent exactement de quoi je parle ! Un forum ne pourra jamais remplacer les médecins mais je trouve vos réponses pertinentes, justes, elles correspondent exactement à la réalité et à notre quotidien.* »
- « *Le forum est également un lieu de partage, où nous pouvons échanger nos petites astuces afin de se simplifier la vie. Ces petites astuces sont souvent ce qui nous manque lors des consultations médicales. Même si bien entendu le forum ne remplacera jamais notre médecin. C'est d'ailleurs pour ça que j'apprécie ce forum, car il est rattaché à une association*

qui a pour but le soutien des patients, et vient en complément du suivi médical. »

• « *C'est ici que j'ai appris comment gérer mes glycémies au quotidien pendant mes grossesses : toutes les astuces échangées sur le fractionnement, l'IG des aliments, l'évolution des besoins.* »

> Soutien pour le changement de traitement

- « *Lorsque j'ai commencé à penser à mon projet bébé il y a quelques années avec mon ex-mari, vous avez été là à chaque étape et indispensables pour mon passage à l'insuline. Cela reste un des événements les plus marquants liés à ce forum tout comme ma grossesse. Vous avez été là à chaque étape, j'ai pu avoir des informations, du soutien, de l'entraide.* »
- « *J'ai trouvé des informations importantes, mais surtout des témoignages qui m'ont aidé à franchir le cap, à choisir mon matériel, et à aborder ces changements avec sérénité.* »
- « *Et là, c'est une évidence. Elle m'explique les choses mieux que n'importe quel médecin en 33 ans de diabète et m'incite à adopter la pompe moins de 1 mois après, ce qui change ma vie pour du beaucoup mieux.* »

> Réassurance, confiance en soi, empowerment

- « *Lorsque j'ai un coup de blues à cause du diabète, le forum permet de me booster par les messages de chacune. Dans les difficultés de la vie de diabétique que nous rencontrons, je me sens comprise, écoutée et soutenue.* »
- « *Je me sens assez souvent démunie face à ma maladie et grâce à ce forum je me sens plus forte, plus soutenue et donc capable d'affronter mon quotidien.* »



Figure 3 – Appartenir à une communauté.

- « Il m'a apporté une grande confiance en moi et j'ai beaucoup grandi grâce à chacune de nous. »
- « J'ai grandi en vous lisant et vous côtoyant. J'ai appris sur moi, sur mon traitement, je me suis responsabilisée. J'accepte maintenant que le diabète s'immisce dans ma vie. Je continue à faire autant qu'avant, même plus, mais en pleine conscience. »

> Sentiment d'appartenance à une communauté, rupture de l'isolement (Fig. 3)

- « Ici on peut se plaindre de tout, mais on est toutes diabétiques donc on se sent comme les autres. Sur le même pied d'égalité. »
- « Le forum permet de rencontrer des personnes formidables avec lesquelles j'ai UN point commun et beaucoup d'autres que celui-là. »
- « Je ne me sentais plus seule au monde et je ne ressentais plus le sentiment d'injustice. D'autres femmes vivaient cela, plutôt bien. Mieux, elles donnaient des astuces, racontaient leurs expériences et laissaient entendre que le diabète était une force. »

- « En vous parlant, je n'ai pas peur de faire peur à mes proches, je me sens comprise sans avoir besoin d'expliquer le diabète, ce que je ressens, je ne me sens pas jugée et je peux parler librement. »

> Motivation

- « C'est auprès de vous que j'ai réussi à faire descendre mon taux pour être dans les clous. Pour ma part c'est surtout sur la gestion du côté psychologique que m'a beaucoup apporté et m'apporte encore le forum. »
- « On se sent portée et fière de ce que nous accomplissons, dans la gestion du diabète, de notre grossesse, du sport ou des régimes alimentaires. Il y a une vraie entraide. »
- « Le forum m'a donné envie de m'impliquer toujours plus et m'a donné une motivation à toute épreuve. »
- « J'ai trouvé une motivation en venant ici ! »

> Acceptation et prise de recul

- « Je crois qu'avant je faisais comme si le diabète ce n'était rien, un paramètre mineur dans ma vie. Je mangeais, je faisais, je vivais comme je

voulais sans le prendre en compte. Je croyais bien le connaître, mais c'est ici que j'ai presque tout appris. Et pourtant, j'ai 26 ans de diabète derrière moi. »

- « Avant de venir sur le forum, j'étais résignée sur mon diabète : je pensais qu'une Hb sous 7 était impossible, que toute glycémie qui ne commençait pas par 2 était ok, je pouvais oublier une injection et m'en rendre compte des heures plus tard, je faisais la fête sans me poser de questions, je n'étais pas éduquée à l'ITF et j'ai toujours refusé la pompe. Je ne l'ai jamais caché, j'étais plutôt décomplexée sur le sujet que je pensais maîtriser alors que pas du tout ! »
- « On se rend compte aussi que certaines vivent mieux la maladie que d'autres et que certaines ont plus de complications par exemple. Cela permet vraiment de relativiser par rapport à sa propre maladie. »

> Projection dans l'avenir

- « C'est le partage avec vous toutes, les rencontres virtuelles qui m'ont redonné l'espoir de pouvoir un jour avoir

un autre bébé, qui m'ont redonné confiance en moi en tant que diabétique et c'est toutes les pompées du forum qui ont fait germer l'idée que moi aussi, pourquoi pas... »

• « Le forum m'a permis également d'avoir plus confiance dans ma gestion du diabète, et d'envisager enfin sereinement une grossesse. »

> Sentiment d'utilité et engagement

• « Même si je ne suis plus beaucoup sur le forum, Je suis fière d'avoir participé à sa modération pendant tant d'années, ce qui m'a sans doute permis d'accepter ma maladie, d'apprendre énormément, de réfléchir, de me faire des amies exceptionnelles, de me sentir utile en transmettant à mon tour un peu de savoir et de soutien. »

> À la marge, aide dans les situations d'urgence

• « Urgence les filles, je me suis trompée dans mes doses et au lieu de faire ma Lantus® j'ai fait ma rapide... Je suis en panique là... Qu'est-ce que je peux faire ? Quel soutien, vous imaginez pas comme c'est précieux dans ce type de situation ! »

Bien sûr, le forum ne convient pas forcément à toutes les personnes diabétiques, ou pas tout le temps...

> Certaines personnes peuvent ressentir de l'anxiété

• « Le forum a aussi un côté anxio-gène : ça aide, mais ça met aussi la pression... »

• « Il y a un côté anxio-gène à toutes ces informations : les complications possibles qui n'étaient qu'abstraites ou dont j'ignorais complètement l'existence jusque-là, ce perfectionnisme... »

> Certains internautes ne veulent rien dévoiler de leur vie privée sur la partie publique du forum

• « Le fait que ce soit un forum public, c'est génial, car il est légitime que tout le monde puisse s'informer et informer utilement. Mais je suis un peu réservé quant à la mise en public de certaines informations personnelles que je considère comme confidentielles. »

> Le forum peut paraître élitiste, et les exigences de sa netiquette freinent sans doute des participations

• « Ce que j'apprécie beaucoup c'est la qualité des échanges, bien modérés (même si je pense qu'on s'auto-modère beaucoup), sur un ton jamais agressif ou de reproche. Mais ce niveau d'expression doit certainement brider des personnes qui sont moins à l'aise à l'écrit et qui en auraient le plus besoin. »

Nous retiendrons tout de même la **force souvent insoupçonnée** de ce forum : nombre de ses participantes reconnaissent qu'il a **changé leur vie de diabétique**.

En conclusion

Le forum de discussion de l'AFFD est indéniablement un **outil de solidarité** grâce aux liens uniques et qualitatifs qu'il crée dans la communauté des diabétiques connectés.

Il semble même qu'il aille au-delà du soutien et de l'accompagnement entre pairs. Nous collaborons avec des centres de recherche pour valider son rôle dans les **stratégies d'apprentissage et l'empowerment** des participants. En effet, il contribue à rendre les personnes diabétiques qui y participent **actrices de leur maladie**, souhait historique des professionnels en diabétologie et des associations de patients.

Il s'agit donc d'un outil à ne pas ignorer, tant son apport est complémentaire à celui de l'accompagnement médical/paramédical. On devrait peut-être "prescrire" le forum, qui s'adapte au rythme de la maladie et du patient, 24 heures sur 24 et 365 jours par an. ●

✘ Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES FEMMES DIABÉTIQUES



L'AFFD s'adresse aux femmes atteintes de diabète et à leur entourage personnel et professionnel pour informer et échanger sur le diabète, la vie quotidienne, la grossesse et autres sujets féminins. Née en 2007, notre association de patientes à but non lucratif est animée par des bénévoles, reconnue d'intérêt général et affiliée à la Fédération française des diabétiques. Elle a pour particularité de fonctionner principalement à travers un forum de discussion rigoureusement modéré.

Pour plus d'informations : femmesdiabetiques.com
Forum : femmesdiabetiques.com/forum/

L'addiction à l'alimentation

UNE CLÉ SUPPLÉMENTAIRE POUR MIEUX COMPRENDRE ET ABORDER CERTAINS DE NOS PATIENTS OBÈSES OU DIABÉTIQUES ?

Chez les patients souffrant d'obésité ou de diabète, l'alimentation est importante à considérer, car elle constitue un des facteurs pouvant jouer un rôle dans l'initiation et le maintien de la pathologie.

Dr Paul Brunault¹, Pr Nicolas Ballon²

1. MD, PhD; psychiatre et addictologue CHRU de Tours, équipe de liaison et de soins en addictologie; CHRU de Tours, clinique psychiatrique universitaire; université François Rabelais de Tours, département de psychologie, EA 2114 "Psychologie des âges de la vie"

2. MD, PhD; professeur en psychiatrie et addictologie CHRU de Tours, équipe de liaison et de soins en addictologie; CHRU de Tours, clinique psychiatrique universitaire; UMR Inserm U930 ERL, Tours; université François Rabelais de Tours

Le diagnostic des troubles du comportement alimentaire

Face à un patient donné, il est possible de déterminer s'il présente véritablement un trouble du comportement alimentaire qui nécessitera une prise en charge plus structurée (hyperphagie boulimique, boulimie nerveuse ou anorexie mentale), ou s'il existe plutôt des symptômes qui ne s'intègrent pas dans le cadre d'un trouble du comportement alimentaire caractérisé : hyperphagie prandiale (augmentation des apports caloriques pendant les repas), compulsions alimentaires (prises alimentaires faibles en réponse à une émotion comme la tristesse, l'anxiété, la colère, l'ennui ou la solitude), grignotages (prises alimentaires faibles en réponse à un stimulus sensoriel comme la vue d'aliments agréables), restriction cognitive (intention de contrôler son poids en s'imposant des interdictions alimentaires ou des obligations afin de perdre du poids ou de ne pas en prendre).

Les troubles du comportement alimentaire doivent être systématiquement repérés et pris en charge chez les patients obèses ou diabétiques, car ils ont un impact non négligeable sur le poids, les comorbidités associées et la qualité de vie de ces patients. **Chez les patients**

obèses ou diabétiques, les deux principaux troubles du comportement alimentaire sont l'hyperphagie boulimique et la boulimie nerveuse, qui se caractérisent tous les deux par la survenue régulière de crises de boulimie (prises alimentaires d'un repas ou plus pendant une période de temps limitée et avec sentiment de perte de contrôle pendant la crise) et par une souffrance associée. Ces deux troubles se différencient par le recours régulier à des stratégies visant à contrôler le poids (laxatifs, vomissements, activité physique, jeûne prolongé, etc.), qui est absent dans l'hyperphagie boulimique, mais présent dans la boulimie nerveuse. Si le dépistage de ces troubles du comportement alimentaire est utile et nécessaire, il n'en reste pas moins que certains patients ne remplissent pas tous ces critères diagnostiques (ex. : prises alimentaires régulières avec perte de contrôle, mais en quantités inférieures à un repas), bien qu'ils rapportent tout de même une souffrance en lien avec leur alimentation.

L'addiction à l'alimentation

Afin de mieux comprendre les difficultés que certains patients peuvent rencontrer sur le plan alimentaire, un nouvel angle d'approche a été récemment instauré, en proposant le concept

d'addiction à l'alimentation (*food addiction*), c'est-à-dire en appliquant le modèle des addictions au domaine de l'alimentation (1). Par analogie aux autres addictions, l'équipe d'Ashley Gearhardt a fait l'hypothèse qu'il était tout à fait possible de développer une addiction vis-à-vis de certains aliments gras ou sucrés, et que cette addiction pouvait contribuer pour partie à l'initiation et/ou au maintien de certaines pathologies, comme l'obésité ou le diabète. Si cette hypothèse a longtemps été suggérée sur le plan clinique, elle n'avait jamais été vérifiée de manière expérimentale et il n'existait pas d'outil de mesure de ce concept. Afin de pallier ce manque, l'équipe de Gearhardt et al. a créé un auto-questionnaire permettant de mesurer ce concept : l'échelle d'addiction à l'alimentation *Yale Food Addiction Scale* (YFAS), basée sur les critères diagnostiques DSM-IV-TR de dépendance à une substance (2). Cette échelle a été traduite en français dans sa version DSM-IV-TR (3), et une version adaptée aux nouveaux critères diagnostiques DSM-5 (YFAS 2.0) est désormais disponible (4). Selon cette approche, il est ainsi possible de définir l'addiction à l'alimentation lorsque le sujet rapporte une souffrance en lien avec son alimentation et que certains critères cliniques sont présents (perte

de contrôle vis-à-vis de la consommation de certains aliments, existence d'envies irrésistibles de consommer certains aliments, conséquences péjoratives personnelles et/ou sociales de ce comportement alimentaire, poursuite du comportement malgré les conséquences négatives, existence de phénomènes de tolérance ou de sevrage).

L'étude du comportement alimentaire sous le prisme des addictions peut permettre une lecture clinique différente et des prises en charge nouvelles pour ces patients (5). Tout d'abord, cette nouvelle approche peut permettre de repérer et de prendre en charge des patients qui ressentent une souffrance vis-à-vis de la consommation de certains aliments, mais qui ne remplissent pas les critères classiques de trouble du comportement alimentaire; ces patients étant considérés selon l'approche nosographique consensuelle comme étant hors du cadre de la pathologie. En proposant ce modèle de l'addiction à l'alimentation, il est aussi fait implicitement l'hypothèse que les symptômes alimentaires (perte de contrôle, envies irrésistibles de consommer) ne sont pas le seul fait de facteurs individuels (ex. : volonté) et qu'ils sont liés à l'intrication de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (l'impact respectif de ces facteurs étant différent selon chaque patient). Selon le modèle addictif, l'addiction est en effet classiquement décrite comme le fruit de la rencontre entre une personne, un produit, un comportement et un moment socio-culturel donné. Une telle vision intégrative pourrait contribuer à la déstigmatisation de ces patients (en passant d'une vision morale à une vision biopsychosociale de l'addiction à l'alimentation, comme cela a été le cas dans le passé pour les autres addictions), permettre un positionnement nouveau en tant que clinicien (en permettant pour ces patients le développement des approches motivationnelles classiquement efficaces en addictologie et qui privilégient l'empathie, la considération positive inconditionnelle et la création d'un climat de liberté et de non-jugement) et contribuer à faire émerger

une réflexion sociétale sur la place de l'alimentation et de certains aliments dans notre société. Une telle vision biopsychosociale des troubles du comportement alimentaire ouvre également la possibilité de proposer à ces patients des prises en charge classiquement utiles en addictologie, en combinant des approches individuelles (entretiens motivationnels, psychothérapies de soutien, psychothérapies plus structurées), familiales (prise en compte de l'entourage, participation à des groupes d'entraide), pharmacologiques (ciblant les systèmes neurobiologiques impliqués dans les addictions [6]) et sociales (approche de réduction des risques et réflexion plus générale sur la place de l'alimentation et de certains aliments, en particulier dans la vie de l'individu et dans la société).

Le débat mérite d'être ouvert sur cette question, car cette conceptualisation innovante apparaît certes fructueuse en termes de possibilités thérapeutiques, mais elle n'est pas non plus sans poser de nouvelles questions auxquelles nous n'avons pas encore toutes les réponses : les prises en charge classiquement utilisées en addictologie sont-elles efficaces pour prendre en charge ces patients, et si oui, lesquelles seraient les plus adaptées et pour quels profils de patients? L'addiction à l'alimentation pourrait-elle contribuer à l'initiation et/ou au maintien de certaines pathologies comme l'obésité, le diabète ou l'hypertension? Et si oui, pour quels profils de patients? Dans quelle mesure et pour quels patients l'addiction à l'alimentation pourrait-elle être comprise comme un processus véritablement causal dans la constitution et le maintien des troubles du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique, boulimie nerveuse,

voire anorexie mentale? Jusqu'à quel point est-il pertinent de considérer le phénotype "addiction à l'alimentation" (mesuré par l'autoquestionnaire YFAS) comme une pathologie (à quel moment pourrions-nous courir le risque de trop médicaliser des symptômes qui ne devraient pas l'être, alimentant ainsi un risque de pathologisation excessive de l'existence?).

Conclusion

Les résultats des recherches futures et une réflexion de fond sur ces questions nous permettront de proposer des réponses claires, ceci afin de repositionner le concept d'addiction à l'alimentation à sa juste place. Appliquée au domaine de l'obésité et du diabète, l'addiction à l'alimentation est probablement une des pièces supplémentaires des puzzles complexes que constituent l'obésité et le diabète, cette pièce étant probablement nécessaire pour mieux appréhender et prendre en charge certains de ces patients. L'addiction à l'alimentation doit rester un outil au service des cliniciens et des patients, et il ne faut pas perdre de vue qu'une utilisation trop simpliste du concept (ex. : considérer addiction à l'alimentation et obésité comme synonymes) ou qu'une généralisation abusive de certains résultats issus de ce champ de recherche pourrait paradoxalement faire courir le risque d'une stigmatisation plus importante de ces patients. ●

✘ P. Brunault déclare avoir des liens d'intérêt avec Lundbeck (conférences : invitations en qualité d'auditeur), AstraZeneca (conférences : invitations en qualité d'intervenant) et DNA Pharma (essais cliniques : en qualité d'expérimentateur pour une étude).

✘ N. Ballon déclare avoir des liens d'intérêt avec Lundbeck et AstraZeneca (conférences : invitations en qualité d'intervenant) et DNA Pharma (pour des essais cliniques : en qualité de co-investigateur pour une étude).

Bibliographie

1. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *J Addict Med* 2009 ; 3 : 1-7.
2. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009 ; 52 : 430-6.
3. Brunault P, Ballon N, Gaillard P et al. Validation of the French version of the Yale Food Addiction Scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *Can J Psychiatry* 2014 ; 59 : 276-84.
4. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychol Addict Behav* 2016 ; 30 : 113-21.
5. Cathelain S, Brunault P, Ballon N et al. L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. *Presse Med* 2016.
6. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS et al. Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Curr Top Behav Neurosci* 2012 ; 11 : 1-24.

L'hyperphagie de la personne obèse

LES FACTEURS BIOLOGIQUES

Comportement alimentaire de surconsommation calorique, l'hyperphagie contribue à long terme au développement et à la maintenance du phénotype obèse. Hyperphagie prandiale, grignotage, hyperphagie compulsive... quels sont les mécanismes mis en jeu ?

Pr Sergueï O. Fetissov

Laboratoire nutrition, inflammation et dysfonction de l'axe intestin-cerveau, Inserm UMR 1073, université de Rouen Normandie, faculté de médecine et pharmacie

Introduction

L'hyperphagie est un comportement alimentaire de surconsommation calorique. À long terme, il contribue au développement et à la maintenance du phénotype obèse chez l'Homme et les autres animaux. Comme tout type de comportement, le comportement alimentaire est régulé dans le cerveau et implique des facteurs psychologiques et biologiques. Ces derniers font intervenir des circuits neuronaux orexigènes et anorexigènes activés par les hormones périphériques de la faim et de la satiété, respectivement. Un modèle homéostatique propose que le fonctionnement normal de ce mécanisme cérébral dépend de la quantité d'énergie stockée et disponible pour les besoins métaboliques du corps (1). Pourtant, il est évident que chez l'obèse, ce modèle ne permet pas d'expliquer l'hyperphagie dans la condition de l'excès de l'énergie stocké sous forme de tissu adipeux. Un autre point est que l'hyperphagie peut exister en plusieurs formes présentes séparément ou en combinaison chez le même sujet obèse, telles que l'hyperphagie prandiale, le grignotage et l'hyperphagie compulsive en suggérant des différents mécanismes sous-jacents.

L'hyperphagie prandiale

Chez la personne obèse et les rongeurs hyperphages obèses, la taille des repas

est typiquement augmentée et contribue ainsi à l'hyperphagie journalière en suggérant que des facteurs biologiques impliqués dans la signalisation du rassasiement sont responsables de l'hyperphagie obésogène. En effet, une simple approche de diminution des portions associée à des repas réguliers facilite le contrôle du poids (2). Plusieurs signaux moléculaires sont connus pour être impliqués dans la signalisation de rassasiement. En effet, la plupart des hormones intestinales influençant l'appétit sont satiétogènes, sauf la ghréline (3). Un déficit de sécrétion de peptide YY, une des principales hormones intestinales satiétogènes, en réponse au repas riche en gras ou protéines a été démontré chez les sujets obèses (4). Ainsi, une activation insuffisante des voies de satiété intestinale peut être un des facteurs clés résultant en hyperphagie prandiale.

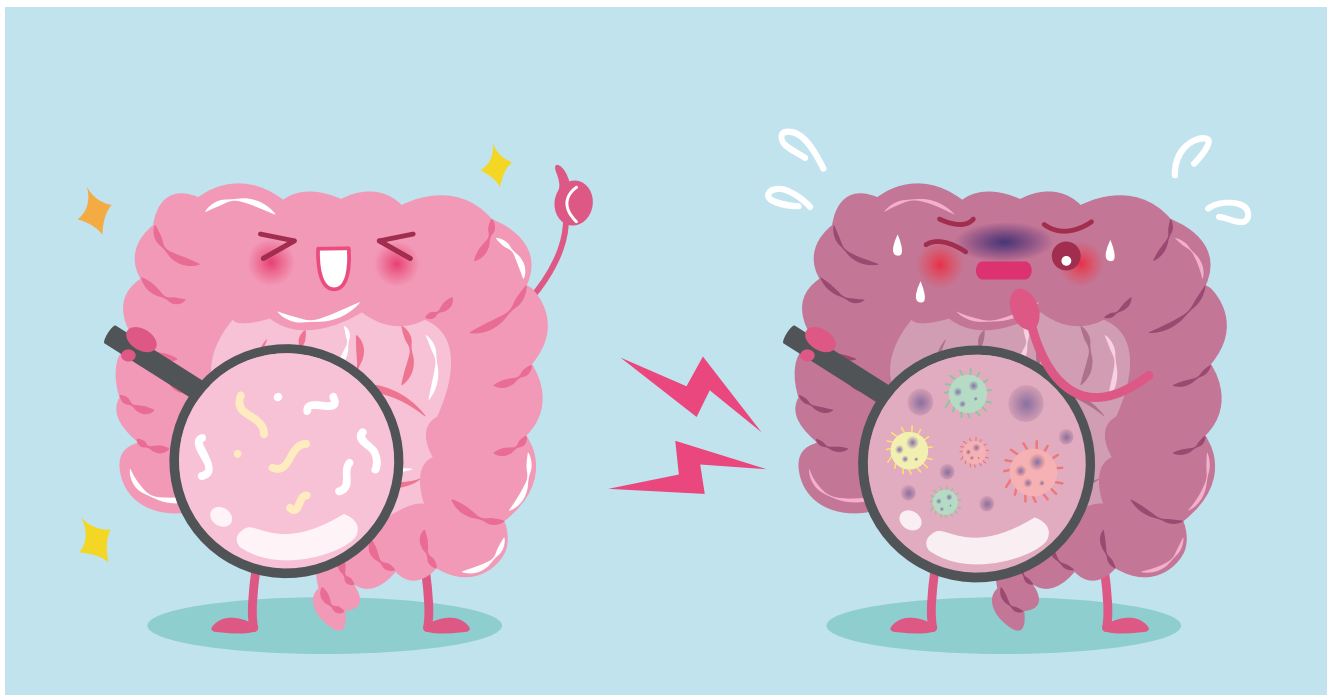
Les neurones hypothalamiques orexigènes sensibles au PYY sont aussi inhibés par la leptine, une protéine synthétisée dans le tissu adipeux, dont l'absence rend les animaux hyperphages. En outre, la leptine active la voie centrale de satiété en agissant sur des neurones hypothalamiques anorexigènes producteurs de la mélanotropine (α -MSH, α -melanocyte-stimulating hormone) qui à son tour agit sur les récepteurs mélanocortine de type 4 (MC4R). Ainsi, des facteurs capables d'affaiblir l'activation de la voie anorexigène hypothalamique de l' α -MSH/

MC4R pourraient provoquer l'hyperphagie prandiale au cours de l'obésité, mais la nature de tels facteurs n'est pas encore bien comprise.

L'hyperphagie compulsive

L'hyperphagie compulsive ou *binge eating* est un trouble du comportement alimentaire, i.e. il est considéré comme une condition psychiatrique. Il peut se présenter sous forme de boulimie avec ou sans comportement compensatoire afin de perdre des calories ingérées. Du point de vue de la régulation physiologique de l'appétit, une crise boulimique peut être provoquée par une sensation accrue de la faim sans être accompagnée par l'activation de la voie de satiété. On peut ainsi parler de la dissociation entre les facteurs satiétogènes intestinales et les voies anorexigènes du cerveau. Les patients boulimiques montrent une activation exagérée de certaines régions du cortex cérébral pendant un repas, ce qui peut signifier une suractivation des voies impliqués dans la régulation hédonique du comportement alimentaire (5).

La transmission dopaminergique est essentielle dans la signalisation de motivation et du plaisir alimentaire. Les voies dopaminergiques mésolimbique et mésocorticale sont modulées par les hormones de la faim et de la satiété, ainsi que par des facteurs psychologiques variables tels que la valeur



© Lin Shao-hua - iStock

hédonique du repas et des habitudes culturelles (6). En particulier, la diminution d'expression des récepteurs de la dopamine de type D2 observée chez les sujets obèses altère la signalisation du plaisir alimentaire et par conséquent peut influencer la taille du repas (7).

Les facteurs biologiques déclenchant des crises boulimiques ne sont pas encore établis, mais souvent de telles crises sont associées au stress. La ghréline, l'hormone de la faim synthétisée dans l'estomac, semble être relativement inchangée chez les sujets avec l'hyperphagie compulsive, mais son taux est stimulé par le stress (8). La ghréline, qui est très instable dans la circulation, est protégée contre les enzymes plasmatiques par des immunoglobulines G (IgG). Certains patients obèses hyperphages montrent une augmentation d'affinité des IgG pour la ghréline en améliorant son pouvoir orexigène (9).

Le rôle du microbiote intestinal

La composition du microbiote intestinal change en fonction du régime alimentaire. Chez la souris, la transplantation fécale peut transférer le phénotype obèse (10). Certaines souches bactériennes, tels que *Akkermansia muciniphila* et *Christensenella minuta* peuvent diminuer le gain du poids chez la souris

(11, 12). La diminution relative d'*Escherichia coli* observée chez l'obèse (13) pourrait contribuer à l'hyperphagie à cause de la production par la famille des *Enterobacteriaceae* d'une protéine ClpB, un mimétique de l' α -MSH (14). Il est évident que d'autres molécules issues du microbiote intestinal pourraient influencer directement ou indirectement, *via* le système immunitaire, les voies de la faim et la satiété dans l'intestin et le système nerveux. Il est important de se rappeler que la maintenance du microbiote dépend de son constant renouvellement dans l'intestin qui nécessite de l'énergie apportée par l'hôte en forme des nutriments. À titre d'exemple, la production de 1 gramme

de bactéries consomme 1 kcal d'énergie sous forme d'ATP. Ainsi, l'inclusion de l'homéostasie énergétique bactérienne dans la balance énergétique de l'hôte devrait compléter le modèle homéostatique de la régulation de l'appétit. Ce modèle intégratif pourrait expliquer l'hyperphagie chez le sujet obèse par la demande de l'énergie de la part de son microbiote intestinal (15). Ainsi, l'identification des espèces bactériennes et de leurs métabolites capables d'influencer les voies moléculaires de la faim et de la satiété est un nouvel objectif de recherche qui pourrait permettre de maîtriser l'hyperphagie chez l'obèse. ●

✘ L'auteur est un cofondateur et consultant de TargEDys SA.

Bibliographie

1. Baskin DG, Porte D, Schwartz M et al. Central nervous system control of food intake. *Nature* 2000 ; 404 : 661-71.
2. Berg C, Forslund HB. The influence of portion size and timing of meals on weight balance and obesity. *Current Obesity Reports* 2015 ; 4 : 11-8.
3. Perry B, Wang Y. Appetite regulation and weight control: the role of gut hormones. *Nutrition and Diabetes* 2012 ; 2 : e26.
4. Batterham RL, Bell JD, Heffron H et al. Critical role for peptide YY in protein-mediated satiation and body-weight regulation. *Cell Metabolism* 2006 ; 4 : 223-33.
5. Bendszus M, Friederich HC, Herzog W et al. Neural signature of food reward processing in bulimic-type eating disorders. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2016.
6. Richard D. Cognitive and autonomic determinants of energy homeostasis in obesity. *Nat Rev Endocrinol* 2015 ; 11 : 489-501.
7. Bohon C, Small D, Spoor S et al. M., Relation between obesity and blunted striatal response to food is moderated by TaqIA A1 allele. *Science* 2008 ; 322 : 449-52.
8. Geliebter A, Gluck ME, Hashim SA et al. Ghrelin levels after a cold pressor stress test in obese women with binge eating disorder. *Psychosomatic Medicine* 2014 ; 76 : 74-9.
9. Amitani H, Asakawa A, Claeysens S et al. Anti-ghrelin immunoglobulins modulate ghrelin stability and its orexigenic effect in obese mice and humans. *Nat Commun* 2013 ; 4 : 2685.
10. Rosenbaum M., Knight R., Leibel R. L. The gut microbiota in human energy homeostasis and obesity. *Trends Endocrinol Metabolism* 2015 ; 26 : 493 - 501.
11. Aalvink S, Belzer C, Chilloux J et al. A purified membrane protein from *Akkermansia muciniphila* or the pasteurized bacterium improves metabolism in obese and diabetic mice. *Nat Med* 2017 ; 23 : 107-13.
12. Angela C, Beaumont M, Jordana T et al. Human genetics shape the gut microbiome. *Cell* 2014 ; 159 : 789-99.
13. Angelakis E., Giorgi R, Henry M et al. Correlation between body mass index and gut concentrations of *Lactobacillus reuteri*, *Bifidobacterium animalis*, *Methanobrevibacter smithii* and *Escherichia coli*. *Int J Obes* 2013 ; 37 : 1460-6.
14. Akkermann K, Bole-Feyso C, Breton J et al. Bacterial ClpB heat-shock protein, an antigen-mimetic of the anorexigenic peptide [alpha]-MSH, at the origin of eating disorders. *Transl Psychiatry* 2014 ; 4 : e458.
15. Tlissov SO. Role of the gut microbiota in host appetite control: bacterial growth to animal feeding behaviour. *Nat Rev Endocrinol* 2017 ; 13 : 11-25.

Complications neurologiques des chirurgies de l'obésité

DIAGNOSTIC ET CONDUITE À TENIR

Les complications neurologiques survenant après une chirurgie de l'obésité ne sont pas rares et peuvent survenir précocement après l'intervention ou des années après. Il faut savoir les dépister pour les prendre en charge précocement, car elles peuvent devenir sévères ou irréversibles.

Cédric Gollion¹, Dr Fabienne Ory-Magne^{1,2}

1. Service de neurologie, centre expert Parkinson, CHU Toulouse

2. Inserm, Imagerie cérébrale et handicaps neurologiques, UMR 1214, Toulouse

Introduction

Jusqu'à 16 % des patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité peuvent présenter des complications neurologiques (1). Leur présentation clinique (atteinte centrale ou périphérique, voire les deux combinées) et leur mode de survenue (aigu ou progressif) sont variables (2) (Tab. 1). De plus, ces complications neurologiques peuvent survenir précocement comme tardivement après la chirurgie. Les carences nutritionnelles (3) en sont la cause principale, favorisées par la diminution des apports alimentaires, la malabsorption possible des vitamines ou nutriments selon les

techniques, les vomissements répétés ou l'arrêt de supplémentation en vitamines et nutriments par le patient. Ces complications neurologiques doivent être dépistées et prises en charge précocement afin d'éviter qu'elles ne deviennent sévères ou irréversibles.

Ce sont, pour les plus graves, des urgences médicales (encéphalopathie de Gayet-Wernicke ou polyradiculonévrite aiguë [Fig. 1]). D'autres surviendront plus progressivement, mais il faut savoir les dépister, car elles peuvent devenir sévères ou irréversibles. Le suivi des patients opérés repose non seulement sur un suivi nutritionnel attentif et régulier,

mais également sur une écoute attentive de leurs symptômes et un examen clinique neurologique en cas de plainte neurologique.

Quels symptômes doivent alerter (Tab. 1) ?

Les symptômes de survenue brutale sont des urgences

- La confusion et/ou trouble de la vigilance, qui peut être en rapport avec un syndrome de Gayet-Wernicke, également caractérisé par un syndrome cérébelleux aigu, et une ophtalmoplégie.

Tableau 1 - Complications neurologiques des carences nutritionnelles.

Vitamine/nutriment carencé	Incidence	Complications neurologiques
Vitamine A	10 %	Neuropathie optique, cécité nocturne
Vitamine B1	Fréquent mais symptomatique < 1 %	Encéphalopathie de Gayet-Wernicke, Korsakoff
Vitamine B6	17 %	Polyneuropathie
Vitamine B12	30-70 %	Myélopathie, neuropathie, troubles cognitifs, dépression
Folate	1-10 %	Fatigue
Vitamine D	50-60 %	Myopathie
Vitamine E	Rare	Myopathie, neuropathie périphérique
Cuivre	Rare (sous-diagnostiqué)	Myélopathie, neuropathie sensitive ataxiante, neuropathie optique

Adapté de Becker et al. 2014 (2)

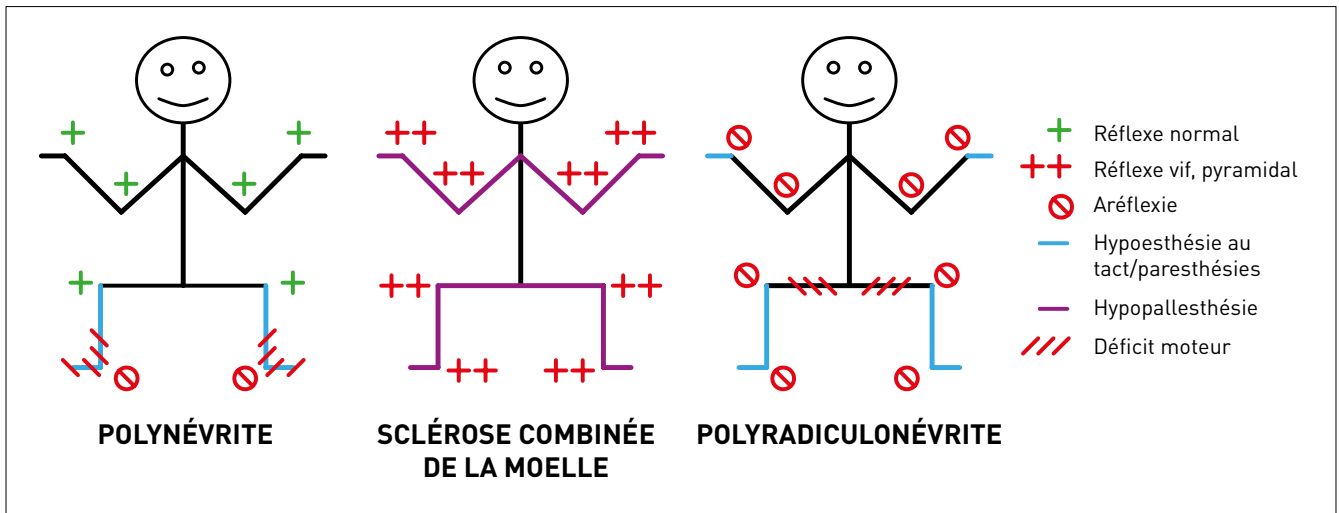


Figure 1 - Schématisation des tableaux cliniques de la polynévrite, de la sclérose combinée de la moelle et de la polyradiculonévrite.

Il s'agit d'une urgence. Si le patient n'est pas traité à temps, l'évolution se fait vers le syndrome de Korsakoff irréversible, caractérisé par un trouble de la mémoire antérograde sévère, une anosognosie, des fausses reconnaissances et des fabulations.

- Les paresthésies distales aux membres inférieurs "en chaussettes", ascendantes, rapidement évolutives. Il peut s'agir d'une polyradiculonévrite aiguë. Dans ce cas, le tableau se complète très rapidement par une aréflexie puis un déficit moteur à prédominance proximale. L'évolution peut être sévère et rapide avec une atteinte des paires crâniennes, une dysautonomie, les troubles de déglutition et une atteinte respiratoire.

- Les troubles sensitifs : fourmillements, picotements, brûlures des extrémités, sensation d'anesthésie... Il faut rechercher une polyneuropathie liée à une carence chronique.

- Les troubles de l'équilibre : attention au syndrome de Gayet-Wernicke (c'est alors un syndrome cérébelleux qui en est responsable) ! Mais on peut également observer des troubles proprioceptifs responsables d'une marche talonnante et instable qui s'aggrave à la fermeture des yeux, là encore d'origine carencielle.

- Un déficit moteur de topographie variée : atteinte d'un tronc nerveux (nerf ulnaire ou radial) ou déficit musculaire,

affectant en général les ceintures (responsable d'une marche dandinante, de difficultés à la montée des escaliers ou à se relever d'une position assise).

Comment conduire l'examen clinique ?

L'examen comporte un examen spécifique de l'équilibre, de la sensibilité et de la motricité. Il permet de localiser le niveau de l'atteinte : périphérique, centrale ou mixte. Parmi les atteintes périphériques, il différencie les atteintes musculaires des nerveuses et, parmi ces dernières, les proximales des distales.

Quelle conduite à tenir ?

En cas de doute de syndrome de Gayet-Wernicke, il faut administrer en urgence de la vitamine B1 et ce, même avant confirmation du diagnostic étiologique. Attention, une réhydratation par sérum glucosé est strictement contre-indiquée, risquant d'aggraver le tableau ! Devant tout symptôme aigu chez un patient ayant eu une chirurgie de l'obésité, dans le doute d'un syndrome de Gayet-Wernicke, la recommandation pourrait être de ne pas réaliser de réhydratation par sérum glucosé sans apport vitaminique associé. En cas de doute de polyradiculonévrite

aiguë, le patient doit être adressé aux urgences neurologiques en urgence.

Dans les autres en cas, un dosage vitaminique en vitamine B6, folate, vitamine B12, zinc, cuivre, vitamine A et E peut être réalisé. Outre le contact de son médecin nutritionniste, un avis neurologique est recommandé.

Conclusion

Les complications neurologiques survenant après une chirurgie bariatrique sont évitables dans leur grande majorité et leur traitement est avant tout préventif. Il repose sur l'éducation des patients avec des suivis réguliers après la chirurgie et à distance ainsi qu'une supplémentation multivitaminique quotidienne en adaptant, aux besoins, l'apport des micronutriments. ●

✘ Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.

Bibliographie

1. Thaisetthawatkul P, Collazo-Clavell ML, Sarr MG et al. A controlled study of peripheral neuropathy after bariatric surgery. *Neurology* 2004 ; 26 : 63 : 1462-70.
2. Becker DA, Balcer LJ, Galetta. The Neurological Complications of Nutritional Deficiency following Bariatric Surgery. *J Obes* 2012 ; 2012 : 608534.
3. Landais A. Neurological complications of bariatric surgery. *Obes Surg* 2014 ; 24 : 1800-7.

La thérapie orientée solution

UNE AUTRE IDÉE DU CHANGEMENT

« Dis-moi et j'oublierai. Montre-moi et je vais peut-être oublier. Fais-moi participer, et je comprendrai. » (Dicton des Indiens d'Amérique utilisé par Insoo Kim Berg*)

Pr Gérard Ostermann, professeur de thérapie, psychothérapeute, praticien EMDR Europe, HTSMA président d'Ical (Institut des conduites alimentaires), président du Collège des alcoolologues aquitains, administrateur de la Société française d'alcoologie et fondateur responsable du Diplôme universitaire de pathologie de l'oralité.

La thérapie orientée solution (TSO) s'inscrit dans le droit fil du travail de Milton Erickson et de l'école de Palo Alto. Steve de Shazer met l'accent sur ce qui va déjà bien : les exceptions et les compétences. Si le thérapeute trouve des ressources chez le patient, le patient trouvera des ressources chez le thérapeute. On considère, en outre, que le patient est l'expert de sa thérapie, qu'il faut s'abstenir de vouloir changer ce qui ne gêne pas, que le thérapeute soutient tout ce par quoi le système réussit à résoudre ses problèmes et qu'il est inutile de s'obstiner à vouloir avancer dans une direction qui ne mène pas au but recherché par le patient. Le but de la thérapie n'est pas d'installer des nouvelles compétences chez le patient, mais plutôt de faire émerger et renforcer celles qui existent déjà. Le patient est ainsi le spécialiste de sa thérapie et le thérapeute le spécialiste du processus thérapeutique. Dans les thérapies centrées sur les solutions, on ne résout pas les problèmes, on les laisse se dissoudre en se centrant sur les solutions. La thérapie orientée sur les solutions est d'abord une réflexion sur la posture du thérapeute. L'empathie, la bienveillance, la bonne volonté, le savoir du thérapeute concernant l'étiologie des dysfonctionnements ne suffisent pas à déclencher les mouvements de changement attendu. Le langage des solutions n'est pas celui des problèmes.

*Peter De Jong et Insoo Kim Berg. « De l'entretien à la solution », Éd. Le Germe, 2002

Les quatre piliers de la méthode

Le langage des solutions n'est pas celui des problèmes

À travers des entretiens conversationnels, une coconstruction se produit. Tout est mis en œuvre pour que le patient puisse se réapproprier son pouvoir sur sa vie. Exemple de rhétorique solutionniste : le Quand remplace le Si. Par exemple à la place d'un « Si vous vous sentez mieux... » un : « Quand vous vous sentirez mieux... », ce qui présuppose l'amélioration.

Rechercher les exceptions et les compétences du patient

Dans un premier temps, le patient qui est en demande d'aide a besoin que sa plainte soit entendue. Ensuite, de séance en séance, les exceptions vont émerger de son discours. Le thérapeute encourage l'investigation, demande des détails : « Mais encore ? », valorise les pistes choisies par son patient : « Comment faites-vous pour que ça arrive ? », « En quoi est-ce différent de ce que vous aviez fait auparavant ? »

La question du miracle permet de préciser l'objectif

La pratique de cette technique est subtile et demande un apprentissage et un entraînement assidu. « Maintenant, je voudrais vous poser une question bizarre. Imaginez que pendant que vous dormez la nuit prochaine et que toute la maison est calme, un miracle se produit. Le miracle consiste en ce que le problème qui vous a amené

3 PRINCIPES

- Si ce n'est pas cassé : ne tentez pas de réparer !
- Lorsque vous comprenez ce qui marche, refaites plus de la même chose !
- Si cela ne fonctionne pas : essayez autre chose !

ici est résolu. Cependant, comme vous êtes endormi, vous ne savez pas que le miracle est arrivé. Alors, quand vous vous réveillez le lendemain matin, qu'est-ce qui sera différent qui vous dira que le miracle a eu lieu et que le problème qui vous a amené ici est résolu ?** »

Utiliser des échelles et des feuilles d'observation pour mesurer les progrès, même les tout petits

L'échelle de mesure souligne implicitement que la progression est possible. Chaque séance de TOS se termine par un feedback du thérapeute sur le travail effectué. Le thérapeute revient sur chaque différence de comportement développée par le patient. Il procède d'abord aux compliments. Ensuite, il établit une phrase « Pont » entre les éléments de la séance et les tâches qu'il va proposer à son patient pour les jours à venir. ●

✘ L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.

**Peter De Jong et Insoo Kim Berg opus cité, p.108

Diabète et cancer

PATHOLOGIES PARALLÈLES OU CROISÉES ?

Le diabète de type 2 et le cancer sont deux maladies très fréquentes. Leur association chez la même personne est-elle fortuite, ou bien existe-t-il un lien de cause à effet entre les deux ?

Résumé de l'article du Dr Sarah Dumont¹ par Patrick Ritz²

1. Département d'oncologie médicale, Gustave Roussy, Cancer Campus, Villejuif
2. CHU de Toulouse

Validité du lien

Plusieurs méta-analyses concluent à une augmentation de la prévalence¹ des cancers chez les personnes diabétiques. Cela concerne les cancers les plus fréquents : sein, côlon, pancréas.

Cependant, ce ne sont que des corrélations qui ne prouvent pas la relation de cause à effet ; il faudrait démontrer que le fait d'être diabétique provoquerait le cancer. En effet, d'autres facteurs présents chez ces personnes et dits facteurs confondants pourraient médier cette relation entre diabète et cancer. Ainsi, l'âge est un déterminant classique des deux maladies : 80 % des cancers surviennent après 55 ans, la prévalence du diabète double après 60 ans. Le sexe est un autre facteur de médiation. La plupart des cancers touchent les hommes de même que le diabète de type 2. L'obésité augmente le risque de 11 cancers connus, dont le sein, le côlon et la prostate. Le lien entre obésité et diabète de type 2 n'est plus à démontrer. L'alimentation joue également un rôle, qui est cependant très difficile à démontrer. Ce qui paraît validé est qu'une forte consommation de viande rouge et une faible consommation de fruits et légumes favorisent les deux maladies. L'activité physique a quant à elle un effet clairement démontré de protection de l'incidence des cancers

1. Prévalence du cancer : nombre de cas de cancer observés dans une population à un moment donné. Cela se distingue de l'incidence qui est le nombre de cancer qui apparaissent dans une période de temps.

Tableau 1 - Corrélation entre résistance à l'insuline et certains types de cancers.

Corrélation	Augmentation de l'incidence de cancer	Diminution de l'incidence de cancer
Diabète de type 2	OEsophage - Colorectal Pancréas - Foie Rein - Sein Endomètre - Urothélial	Prostate Poumon Ovaire
Syndrome métabolique	Pancréas - Foie Endomètre Cervical	Poumon - Ovaire Cerveau - Cutané Thyroïde

et d'augmentation de la survie des personnes qui en sont atteintes. L'activité physique a également un effet favorable sur l'incidence du diabète de type 2.

Quels sont les mécanismes qui permettent de relier les deux maladies ?

Plusieurs méta-analyses étaient l'imputabilité du diabète sur la cancérogénèse. Parmi les facteurs les plus classiques, on peut citer :
- l'hyperinsulinisme,
- l'inflammation chronique.

À l'inverse, certains cancers peuvent favoriser l'émergence d'un diabète. C'est particulièrement le cas du cancer du pancréas qui doit être recherché si le diabète s'accompagne d'un amaigrissement ou de douleurs abdominales. Les traitements utilisés dans le contexte du cancer peuvent majorer la glycémie ou faire découvrir un diabète. C'est évidemment le cas des glucocorticoïdes qui sont utilisés dans de nombreuses

situations chez les personnes atteintes de cancer. D'autres classes thérapeutiques comme les inhibiteurs de la tyrosine kinase, utilisés dans de nombreux cancers (rein, poumon, côlon, sarcome) peuvent modifier la glycémie et parfois la diminuer.

Conclusion

L'état des connaissances actuelles est bel et bien en faveur d'une intrication entre diabète et cancer, bien que de nombreux facteurs médient cette relation. L'obésité, le mode de vie, et les médicaments sont les principaux facteurs confondants. C'est en œuvrant ensemble que le diabétologue et l'oncologue pourront éclairer dans les années futures la connaissance du lien entre diabète et cancer, et peut-être amener à l'innovation de stratégies et de thérapeutiques communes. ●

✘ Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Référence

L'article du Dr Sarah Dumont se trouve dans le n° 107 de la revue Diabète & Obésité, rubrique Comprendre

Asthme et obésité

UNE ASSOCIATION NON FORTUITE

L'asthme, maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, n'est aujourd'hui plus considéré comme une maladie unique, mais un syndrome regroupant de nombreuses pathologies différentes. L'association asthme et obésité est définie comme une entité à part entière.

Dr Laurent Guilleminault^{1,2}, Pr Alain Didier¹

1. Pôle des voies respiratoires, hôpital Larrey, CHU de Toulouse

2. STROMALab, université de Toulouse, CNRS ERL 5311, EFS, INP-ENVT, Inserm, UPS, Toulouse

Introduction

L'asthme est une maladie caractérisée par une inflammation chronique des voies aériennes. L'asthme n'est, aujourd'hui, plus considérée comme une maladie unique. En effet, le concept, qui a émergé ces dernières années, fait de l'asthme un syndrome qui regroupe de nombreuses maladies très différentes. Ainsi, l'asthme allergique est une entité à part entière avec sa prise en charge propre. Une autre entité est constamment retrouvée : l'asthme du sujet obèse. La question est de savoir si cette entité a une traduction clinique pour les cliniciens.

Épidémiologie

L'asthme affecte 334 millions de personnes dans le monde. Une augmentation a été constatée ces dernières années, notamment dans les pays à faible revenu. En France, cette maladie concerne un adulte sur dix et un enfant sur trois (1). L'obésité est également une pathologie fréquente, avec 600 millions de personnes âgées de plus de 18 ans touchées dans le monde.

La grande majorité des études ont observé une prévalence de l'asthme nettement supérieure chez les sujets obèses comparativement aux sujets sans surpoids. Ceci était d'autant plus marqué pour les sujets de sexe féminin (2). Le risque relatif d'asthme est de 92 % plus élevé chez les sujets obèses adultes comparativement aux sujets adultes sans surpoids (3). Chez les

enfants et les adolescents, les études retrouvent également un risque plus élevé d'asthme en cas d'obésité.

Diagnostic

Il n'existe pas de définition consensuelle du phénotype asthme induit par l'obésité. Le diagnostic repose habituellement sur la présence concomitante d'une obésité et d'un asthme. Ceci présente de nombreuses difficultés en pratique. En effet, si le diagnostic de l'obésité basé sur un IMC ≥ 30 kg/m² est simple, le diagnostic d'asthme est moins aisé. Il repose sur la présence de symptômes cliniques compatibles (dyspnée, toux, sifflements respiratoires plutôt nocturnes) et sur une obstruction bronchique aux épreuves

fonctionnelles respiratoires. Cette obstruction étant variable dans le temps, elle peut souvent être absente.

Particularité du phénotype asthme induit par l'obésité

Les patients obèses asthmatiques ont des symptômes plus sévères et une utilisation plus marquée des traitements anti-asthmatiques que les autres patients asthmatiques. La qualité de vie et le contrôle de l'asthme sont également altérés. Il est démontré que les patients obèses asthmatiques ont une résistance aux traitements inhalés avec une réponse qui est nettement inférieure à celle observée chez les patients asthmatiques sans surpoids.

Tableau 1 - Détails des études prospectives ayant analysé l'excès de risque d'asthme chez les sujets obèses comparativement au sujet normopondéraux.

Études	Données	Risque relatif	IC 95 %
Shaheen et al., 1999 (4)	IMC	Pas d'association	-
Camargo et al., 1999 (5)	IMC ≥ 30 kg/m ²	2,7	2,3-3,1
Beckett et al., 2001 (6)	IMC quintile le plus élevé	1,60	1,12-2,30
Chen et al., 2002 (7)	IMC ≥ 30 kg/m ²	1,92	1,90-3,41
Xu et al., 2002 (8)	IMC $\geq 95^{\text{e}}$ percentile	2,09	1,23-3,57
Guerra et al., 2002 (9)	IMC ≥ 28 kg/m ²	2,80	1,75-4,48
Huovinen et al., 2003 (10)	IMC ≥ 30 kg/m ²	3,00	1,64-5,50
Fond et al., 2004 (11)	IMC ≥ 35 kg/m ²	1,87	1,12-3,13

IMC = indice de masse corporel, IC = intervalle de confiance.

Journée d'automne de la SFD Paramédical

DIABÈTE AU FÉMININ



La journée d'automne de la Société francophone du diabète (SFD) Paramédical s'est déroulée le 17 novembre dernier à Paris. Ivano Mantovani, président de l'association, revient sur cette journée organisée cette année sur le thème "Diabète au féminin".

Propos recueillis par Marianne Carrière

Diabète & Obésité : Avant d'aborder la journée en elle-même, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la SFD Paramédical ?

I. M. : La SFD Paramédical est une branche de la SFD. Nous avons notre propre conseil d'administration comprenant un bureau directeur. Nous sommes bénévoles. Le président est élu pour 3 années - j'en suis à mi-mandat. Nous avons environ 500 inscrits au total, pour 298 adhérents à jour de leur cotisation (30 €/an) qui bénéficient de plusieurs prestations pour les aider dans leur pratique quotidienne (abonnements à des revues, tarif préférentiel pour l'inscription à nos congrès, accès à notre site Internet et donc à des documents bibliographiques et vidéos...).

D & O : Quels sont ses missions et objectifs ?

I. M. : La SFD Paramédical participe à l'optimisation de la prise en charge des patients atteints de diabète. Elle dynamise les échanges entre les professionnels de santé avec les associations et autres sociétés savantes. Par ailleurs, elle élabore des recommandations de bonnes pratiques en partenariat avec la SFD Médical et avec les autres sociétés savantes

et récompense les travaux qui visent à l'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques. Il s'agit également d'organiser et de développer des actions et journées de formation pour les paramédicaux (à l'image de la journée d'automne et du congrès annuel de la SFD).

D & O : Quel est le principe de la journée d'automne ?

I. M. : C'est un congrès annuel, organisé depuis une dizaine d'années, une année à Paris, une année en Province, en alternant. L'an prochain il aura lieu à Saint-Raphaël. Il s'agit d'organiser des journées sur un thème en particulier. En effet, la plupart des congrès abordent différents sujets, nous avons choisi de nous focaliser sur un seul afin de l'étudier en profondeur. Au-delà des conférences, des stands d'information sont proposés par des associations et des laboratoires. Cette année 9 associations et 11 industriels étaient représentés cette année.

D & O : À qui s'adresse cette journée ?

I. M. : Essentiellement aux paramédicaux : infirmiers, diététiciens, podologues, kinésithérapeutes... qui travaillent

en équipe en diabétologie. Nous pensons également aux libéraux, qui ont parfois, pour différentes raisons, un accès restreint à la formation. Chaque année nous réunissons entre 200 et 300 personnes.

D & O : Comment choisissez-vous le thème ?

I. M. : En fonction de l'actualité et des besoins, le conseil scientifique détermine un thème pour essayer de le développer le plus largement possible. Le programme scientifique est également soumis au bureau médical de la SFD.

D & O : Qu'est-ce qui a guidé votre choix cette année ?

I. M. : Cette année, nous avons choisi de traiter le diabète au féminin. En effet, si une similitude peut apparaître dans l'impact des troubles engendrés par le diabète chez l'homme ou chez la femme, la réalité pratique révèle des différences marquantes. Il existe de plus des spécificités dont il faut avoir conscience dans notre prise en charge : grossesse, cycle féminin, relations sociales, prise de poids, sexualité... autant de sujets qu'il nous paraissait essentiel d'approfondir.

D & O : Quels sont les retours des participants ?

I. M. : Ils semblent très satisfaits comme en témoigne notre enquête post-congrès. Nous avons obtenu la note de 8,5/10 sur les questionnaires en ligne qui ont été remplis (soit environ un quart des participants). Les répondants ont notamment particulièrement apprécié le contenu.

D & O : Ont-ils des demandes de sujets pour l'an prochain ?

I. M. : Oui, nous réfléchissons encore, mais des sujets autour du thème des soins à domicile nous paraissent pertinents. À suivre... ●

✘ *L'auteur n'a pas déclaré de lien d'intérêt en relation avec cet article.*

En savoir plus sur la SFD Paramédical : www.sfdiabeto.org

REMISE DE PRIX

La journée d'automne fut également l'occasion de la remise des Prix Initiativ'diabète

- Lifescan : adolescence, diabète et grossesse : un programme en pédiatrie
- Coup de cœur : création d'un processus motivationnel pour la pratique de l'activité physique sur les patients DT2

FOCUS SUR 3 PRÉSENTATIONS

Cette année, 12 présentations sur le thème "Diabète au féminin" étaient au programme de la journée : cycle féminin, grossesse, prise de poids, féminité, beauté, sexualité, troubles du comportement alimentaire, diabétoporose, paroles de patientes... Présentés par des experts, les sujets abordés ont suscité l'intérêt de la salle et ont été suivis de nombreuses questions et interventions des participants. En voici un aperçu.

Les troubles du comportement alimentaire

Par **Corinne Blanchet (MD) et Aude Rigoir (diététicienne)**

Maison de Solenn, Hôpital Cochin, Université Paris Descartes

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont une comorbidité psychiatrique fréquente du diabète de type 1, mais aussi dans les autres formes de diabète. Ils existent également chez les sujets masculins. Les TCA sont deux fois plus fréquents chez les diabétiques. Un *screening* adapté est nécessaire pour un repérage et un diagnostic précoces. Les fragilités spécifiques de l'adolescence doivent notamment être prises en compte et accompagnées. L'existence d'autres facteurs de vulnérabilité préexistants (traits de personnalité) ou de comorbidités psychiatriques (trouble de la personnalité, impulsivité, labilité émotionnelle) doivent être recherchés. Le TCA aggrave l'évolution et le pronostic du diabète (morbidité et mortalité). La prévention des TCA repose sur la qualité de la prise en charge. Celle-ci doit être globale et orchestrée avec empathie et souplesse. Les projets de soins doivent être individualisés et adaptés (psychoéducation, ETP...).

Mise sous insuline : une prise de poids assurée ?

Par **François Ferry / Université Libre de Bruxelles**

Les patients diabétiques dont la glycémie est mal contrôlée et dont le poids est stable ont des apports énergétiques excessifs au regard de leurs besoins. L'amélioration du contrôle glycémique provoque une prise de poids si elle n'est pas accompagnée par une réduction (normalisation) de la prise calorique. La prise de poids observée sous insuline est due à l'amélioration du contrôle glycémique (phénomène normal), mais surtout

à la prise calorique supplémentaire engendrée par les hypoglycémies. Les firmes pharmaceutiques proposent des médicaments à effet anorexigène (ou provoquant une perte calorique urinaire) et n'engendrant pas d'hypoglycémies. La prise de poids est d'autant plus importante que le contrôle est mauvais au départ avant d'obtenir une amélioration du contrôle. La mise sous insuline fait effectivement grossir, mais pas tant que ça (1,6 kg en moyenne). Pour parer cette prise de poids, plusieurs solutions peuvent être réfléchies : combinaison de l'insuline avec de la metformine, avec des agonistes des récepteurs du GLP-1 ; utilisation d'analogues de l'insuline à action plus physiologique et plus reproductible (qui réduisent les hypoglycémies), monitoring glycémique continu (qui permettent de mieux adapter les doses aux repas et aux activités) ; éducation des patients. Le message clé est clair : manger moins, bouger plus.

Féminité et chaussage : est-ce compatible ?

Par **Véronique Labbe Gentils (podologue)**

CHU Jean Verdier, Bondy

La chaussure représente un symbole fort de féminité. C'est par contre en diabétologie un éternel problème : plaies, perte de sensibilité... Mais alors comment se chauffer ? La chaussure devrait avoir comme objectif premier de protéger le pied (contre son plan d'appui et les intempéries), et seulement ensuite de l'habiller tout en le respectant. Mais alors comment être féminine en étant diabétique ? Il s'agit d'associer la chaussure en fonction de son activité et ne pas hésiter à alterner. Une grande observance est de rigueur après chaque déchaussage. L'usure doit également être vérifiée régulièrement. Il faut se rappeler que ce sont les chaussures qui doivent être adaptées aux pieds et non l'inverse. Orthèses et chaussures thérapeutiques sont des alliées. Les chaussures doivent être confortables et bien ajustées. Le talon ne doit pas dépasser 2,5 cm. Les podologues ont une compétence spécifique d'identification et de traitement des troubles statiques, des déformations et du chaussage par rapport à ces troubles. L'éducation thérapeutique est un point fondamental de la prévention visant à éviter les conduites à risque. Il est indispensable de faire prendre conscience aux patients du risque podologique et de l'importance de surveiller ses pieds.

Chirurgie bariatrique et complications microvasculaires liées au diabète

Il est maintenant acquis que la chirurgie bariatrique a un impact sur le diabète de type 2, avec au moins une amélioration de l'équilibre et, au mieux, une rémission de celui-ci. Qu'en est-il de l'impact de la chirurgie sur les complications microvasculaires du diabète ?

Dr Leïla Boulanouar, Pr Patrick Ritz (CIO et CHU de Toulouse)

Cette étude suédoise de Lars Sjöström et al., portant sur 343 sujets opérés de différentes chirurgies bariatriques et 260 sujets contrôles diabétiques obèses, a montré une diminution significative des complications microvasculaires chez les sujets opérés. L'incidence des complications a été étudiée sur une période de 20 ans. Le critère d'évaluation composite comprenait les atteintes ophtalmologiques, rénales et de neuropathie périphérique amenant à une hospitalisation ou à un décès.

Deux éléments sont mis en lumière :

- Il existe une diminution de l'incidence cumulée des complications microvasculaires dans le groupe des opérés avec 20,6 pour 1 000 personnes-années (IC 95 %, 17,0-24,9) contre 41,8 pour 1 000 personnes-années (IC 95 %, 35,3-49,5) dans le groupe contrôle ($p < 0,01$). De même, on constate une diminution de 56 % des complications microvasculaires avec un HR à 0,44 (IC 95 %, 0,34-0,56, $p < 0,01$).

- On constate que cette différence est de plus en plus importante au fil du temps.

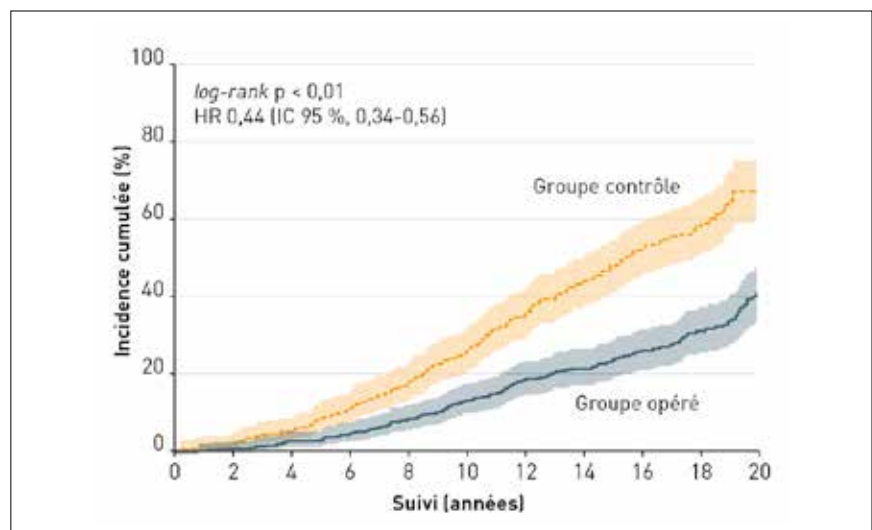


Figure 1 - Incidence cumulée des complications microvasculaires liées au diabète dans le groupe opéré et le groupe contrôle (Sjöström L et al.).

La diminution de ces complications était associée à la durée du diabète.

Plus celle-ci était courte, moins il y avait de complications à long terme. Il n'y

avait en revanche pas de lien avec l'IMC initial.

✘ Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.

Bibliographie

• Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P et al. Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. JAMA 2014 ; 311 : 2297-304.