

ÉDITO

Diabète et COVID-19 : les leçons pour l'avenir

Nous ne pouvons éviter de consacrer cette newsletter à l'analyse des liens possibles entre cette pandémie d'origine virale et la maladie chronique qu'est le diabète.

Il apparaît clairement que **le diabète est un facteur majeur de risque pour les patients contaminés de développer des formes sévères et mortelles.**

Dans ce numéro, la Pr. A. Sultan nous présente les données les plus récentes (au 20 mai 2020) des études chinoises, italiennes et françaises. Au-delà du fait que 30% des patients décédés étaient diabétiques, il importe de comprendre pourquoi et surtout comment mieux protéger les diabétiques à l'avenir face à de nouvelles agressions.

Le bon choix des aliments peut par exemple améliorer notre immunité. L'activité physique va également modifier positivement, mais aussi négativement, nos capacités de réaction immunitaire.

La dysimmunité n'est pas la seule cause expliquant la gravité de la COVID-19 chez les diabétiques, **les complications micro et macro-vasculaires** jouent un rôle majeur, tout comme l'existence d'un **Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil**, ces 3 facteurs étant conséquences d'un équilibre glycémique insuffisant.

Il est donc essentiel que le **diabète soit de mieux en mieux contrôlé**, notamment par de nouveaux médicaments et stratégies, **voire évité** par une prévention efficace. C'est à cela que s'attelle le Centre européen d'étude du Diabète au travers des preuves qu'il apporte sur **l'intérêt thérapeutique des produits issus du muscle** pour prévenir et réverser le diabète, ainsi que le **développement de la télémédecine** dont on vient de voir l'intérêt. À l'évidence, nous sommes sur la bonne voie et devons continuer dans ce sens.

Pour cela, nous avons plus que jamais besoin de votre soutien que vous pouvez concrétiser via plusieurs moyens : il vous est possible d'effectuer **un don en ligne via notre plateforme sécurisée HelloAsso**, par chèque, en espèces ou par virement bancaire. Toutes les informations se trouvent sur notre site internet. Nous vous en remercions vivement.



Bien à vous toutes et tous
Pr Michel Pinget

RECHERCHE

LE SYNDROME DE L'AUTO-BRASSEUR URINAIRE, UN PHÉNOMÈNE MÉCONNU

Nous connaissons le syndrome de la fermentation intestinale, ce phénomène dans lequel les glucides de l'alimentation sont convertis en alcool par des levures résidant dans le tube digestif. Les patients atteints de ce syndrome présentent un état d'ébriété alors qu'ils ne consomment pas de boisson alcoolisée. Mais avez-vous déjà entendu parler de ce phénomène au niveau des urines ? Petite explication grâce à un cas concret.

C'est l'histoire d'une femme de 61 ans, souffrant de cirrhose du foie et d'un diabète mal contrôlé, qui se présente dans un hôpital américain pour une inscription sur liste d'attente d'un greffon hépatique. Cette patiente se voit refuser la possibilité de bénéficier d'une transplantation au motif qu'elle devrait suivre un traitement pour son addiction à l'alcool au lieu de demander qu'on lui greffe un nouveau foie.

En effet, les tests urinaires, permettant de dépister toute consommation d'alcool, reviennent régulièrement positifs. Les résultats sont sans appel : la concentration

d'éthanol dans les prélèvements urinaires est particulièrement élevée : supérieure à 39,1 mmol/L (> 180 mg/dL). Mais la patiente nie boire en cachette. Parallèlement à ces anomalies biologiques, les médecins notent chez cette patiente diabétique un taux très élevé de glucose dans les urines (hyperglycosurie $\geq 55,5$ mmol/L), associée à la présence abondante de levures dans les échantillons urinaires.

Les médecins revoient alors leur copie. Le cas est rare, pour ne pas dire inédit ! **Cette hyperglycosurie, associée à un milieu riche en colonies de levures urinaires appelées *Candida glabrata*, fabrique de l'éthanol par fermentation du glucose présent dans la vessie.**

Ayant enfin compris l'origine de l'alcool présent dans l'urine de cette femme, la transplantation de foie a ainsi pu être reconsidérée par l'hôpital.

L.B.

Source : <https://www.lemonde.fr/blog/ealitesbiomedicales/2020/02/26/syndrome-dauto-brasserie-urinaire-quand-la-vessie-fabrique-de-lalcool/>

CELLULES SOUCHES ET DIABÈTE : UNE NOUVELLE APPROCHE VERS LA GUÉRISON ?

Nous connaissons, ne serait-ce que de nom, les cellules souches : ces cellules « mères » de toutes les autres cellules du corps, qui sont par exemple greffées pour traiter la leucémie.

Des recherches en cours aux États-Unis sur des souris semblent apporter de nouvelles sources d'espoir de guérison du diabète.

Des chercheurs de la Washington University School of Medicine ont utilisé des cellules souches humaines sur des souris diabétiques, pour tenter de les guérir. Pour cela, ils sont partis de cellules souches « pluripotentes induites », capables de se transformer ensuite en n'importe quel type de cellule (neurones, cellules cardiaques, muscles, etc.). Des travaux antérieurs avaient permis de les convertir en cellules bêta-pancréatiques, qui fabriquent l'insuline.

Elles ont été injectées à des souris présentant un diabète très sévère (plus de 500mg de taux de sucre par décilitre de sang, niveaux pouvant être mortels pour une personne humaine). Résultats : en deux

semaines, leur glycémie était revenue à la normale et est restée ainsi pendant de nombreux mois.

Le succès de cette opération est dû à une nouvelle approche. En effet, habituellement, lorsque l'on convertit des cellules souches en cellules spécialisées, on ne contrôle pas tout. Certaines d'entre elles se différencient en un autre type de cellule, par exemple du foie. Elles n'engendrent donc pas l'effet escompté (ici, la production d'insuline).

Grâce à cette nouvelle approche ciblant l'échafaudage interne des cellules, les chercheurs sont parvenus à créer davantage de cellules cibles bêta-pancréatiques.

De nouvelles études sur d'autres animaux et sur des périodes plus longues devront toutefois être menées avant de prouver la maîtrise de cette technique et plus globalement du ciblage des cellules souches sur la guérison du diabète.

L.B.

Source : <https://medicine.wustl.edu/news/human-stem-cell-strategy-rapidly-cures-diabetes-in-mice/>

VOTRE LETTRE D'INFORMATION EST ACCESSIBLE EN LIGNE !

✉ INSCRIVEZ-VOUS

sur le site

→ www.ceed-diabete.org

ou sur celui de notre partenaire ASDIA :

→ www.asdia.fr

Cette inscription est gratuite et vous permettra de ne plus manquer une seule de nos éditions !

COVID-19 : LE DIABÈTE, UN FACTEUR DE RISQUE À PRENDRE EN COMPTE

Professeure Ariane Sultan, Diabétologue, CHU de Montpellier
Membre du Conseil Scientifique du Ceed

On estime qu'environ 10% des personnes infectées par la Covid-19 présentent un diabète. Au-delà de ce chiffre, on sait désormais que le diabète de type 2, mais probablement pas le diabète de type 1, constitue un important facteur de risque de sévérité de la maladie. Si la COVID-19 est dans 80% une maladie bénigne, 15% des formes sont sévères et 5% nécessitent une intubation.

Le diabète, une des principales « comorbidités » associées aux formes sévères de COVID-19 : les données italiennes et chinoises

Les données chinoises ont très tôt suggéré qu'au-delà de l'âge, facteur de risque le plus lourd, l'hypertension artérielle (HTA), les maladies cardiovasculaires et le diabète constituaient des facteurs de risque d'aggravation. En moyenne, **un diabète était retrouvé chez 10 à 20% des sujets hospitalisés, 20 à 25% chez ceux nécessitant une réanimation et 30 à 40% des personnes décédées**^(1,2).

Des données italiennes, plus récentes, sont venues confirmer ces observations. Le Ministère de la Santé italien a publié une analyse menée sur les sujets décédés recensés au 30 mars⁽³⁾. Elle confirme que l'âge est un facteur majeur de décès. Les sujets décédés ont en moyenne 15 ans de plus que la moyenne des cas diagnostiqués. Leur âge médian est de 78 ans pour les hommes, qui constituent 70% des décès en Italie, et de 82 ans pour les femmes. Les moins de 50 ans représentent moins de 1% des décès.

Mais quasiment aucun décès (3 décès/1026 pts) n'a été constaté chez des sujets exempts de toute comorbidité. Parmi les personnes décédées, 21% présentaient une seule comorbidité, 25% deux et 52% trois comorbidités. Parmi elles, l'HTA arrive en tête (75%), suivie du diabète (32%) et des cardiopathies ischémiques (27%).

Au total donc un tiers des décès ont concerné des diabétiques en Italie, mais la plupart présentaient d'autres comorbidités.

Le rôle des complications diabétiques et des pathologies associées au diabète : l'étude française CORONADO

L'étude multicentrique française CORONADO récemment publiée avait quant à elle pour objectif de déterminer les facteurs associés au risque de décès ou d'intubation trachéale dans les 7 jours suivant l'admission hospitalière chez les personnes vivant avec un diabète. 29% des diabétiques sont concernés par un de ces 2 événements, 10,6% étant décédés.

Les facteurs significativement associés au décès chez les diabétiques étaient **l'âge, la présence de complications microvasculaires et/ou macrovasculaires et/ou d'un syndrome d'apnée du sommeil**. La présence d'une dyspnée (gêne respiratoire), le taux de clairance de la créatinine, de TGO (enzymes qui se trouvent dans les cellules) et de CRP (protéine de l'inflammation) à l'admission étaient également associés au pronostic. Le taux de plaquettes était quant à lui négativement corrélé au pronostic. Ainsi, les sujets présentant un diabète sévère, compliqué, sont les plus à risque de présenter des complications liées à la COVID-19.

Le niveau d'équilibre glycémique semble jouer également un rôle

L'étude de Zhu et al.⁽⁴⁾ compare de façon rétrospective le pronostic de sujets vivant avec un diabète en fonction de l'équilibre glycémique : « sujets avec un bon contrôle glycémique (glycémie inférieure à 10 mmol/l) » vs « sujets avec un mauvais contrôle glycémique (glycémie supérieure à 10 mmol/l) ». Elle montre que le pronostic est associé à la glycémie. **Ceux en hyperglycémie ont un risque de mortalité et de détresse respiratoire liées à la Covid-19 significativement augmenté.**

Sources :

(1) J Zhang et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy 2020; doi: 10.1111/all.14238.

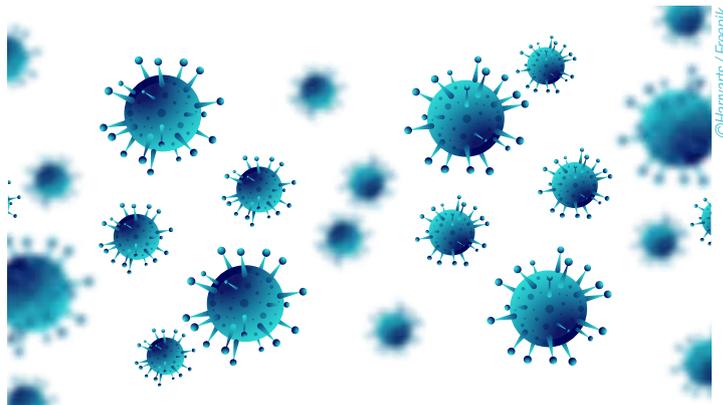
(2) W Liu et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. Chin Med J 2020; doi:10.1097/CM9.0000000000000775

(3) Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy. Report based on available data on march 30th 2020.

Instituto Superiore di Sanita. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>

(4) Zhu et al. Cell Metab. 2020 May 1;S1550-4131(20)30238-2.

(5) https://www.sfdiabete.org/files/files/Divers/diabete_et_covid-19_messages_oles.pdf



Diabète et pathologies infectieuses en général

Le diabète est globalement associé à une augmentation du risque infectieux. Au-delà du diabète, le lien entre âge, comorbidités et sévérité de l'infection est classique. Ainsi, à titre d'exemple, la grippe sans être nécessairement plus fréquente chez les diabétiques est souvent plus sévère avec à la clé plus de détresses respiratoires, d'hospitalisations et de décès. Les mêmes constatations ont été faites pour les infections à pneumocoques. Cet impact s'explique en partie par le fait que **les dysglycémies réduisent l'immunité** même si d'autres phénomènes entrent probablement en jeu, notamment dans le cas de l'épidémie COVID-19.

EN PRATIQUE : SUIVRE LES RECOMMANDATIONS, CONTRÔLER SA GLYCÉMIE ET POURSUIVRE SON TRAITEMENT SANS AUTOMÉDICATION

- Les personnes diabétiques doivent **suivre attentivement les recommandations sanitaires** en termes de mesures barrières et de confinement, sans spécificité du fait de leur diabète.
- **Toute automédication, excepté le paracétamol, est à éviter** en particulier les corticoïdes et les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) associés à la survenue de formes graves, sauf chez les sujets en traitement au long cours.
- **Tous les traitements nécessaires pour le diabète et/ou en raison des complications doivent être maintenus**, notamment le traitement par aspirine à faible dose à visée antiplaquettaire.
- **L'équilibre glycémique doit être optimisé** avec notamment une surveillance plus étroite des glycémies.

POUR VOUS AIDER, UNE APPLICATION DÉDIÉE A ÉTÉ MISE EN LIGNE

CoviDIAB, site soutenu par la Fondation pour la Recherche sur le Diabète, met à disposition des patients des informations, des conseils pratiques, plus un forum questions-réponses animé par des médecins et soignants hospitaliers :

<https://covidiab.fr>

La Société Francophone du Diabète a également publié 10 messages clés pour les personnes vivant avec un diabète⁽⁵⁾.

LES ANALOGUES DU GLP-1 : L'AUTRE FAMILLE DE MÉDICAMENTS INJECTABLES

Dr Michel Gerson, Diabétologue, Strasbourg

Alors que nous allons fêter l'année prochaine le centenaire de la découverte de l'insuline, la deuxième famille de médicaments injectables utilisés dans le traitement du diabète, les analogues du GLP-1, s'est agrandie ces dernières années.

Les analogues du GLP-1 disponibles en France - sous la forme de stylos pré-remplis - sont par ordre d'entrée sur le marché :

► **l'exénatide** : mis sur le marché d'abord sous le nom de Byetta® et nécessitant deux injections par jour, puis nommée Bydureon® pour la forme à injection hebdomadaire.

► **le liraglutide** : mis sur le marché sous le nom de Victoza® à injection quotidienne. Il est également associé dans le même stylo à une insuline basale, dégludec, sous le nom de Xultophy®.

► **le dulaglutide** : mis sur le marché sous le nom de Trulicity® à injection hebdomadaire.

► **le sémaglutide** : mis sur le marché sous le nom d'Ozempic® à injection hebdomadaire.

Trois de ces médicaments nécessitent donc une seule injection par semaine : **Bydureon®, Trulicity® et Ozempic®.**

Comme tout médicament du diabète, les fabricants des analogues du GLP-1 ont dû faire la preuve, pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché de l'Agence européenne du médicament, d'un rapport bénéfice-risque acceptable ; en d'autres termes, **ces médicaments ont fait la preuve d'un effet hypoglycémiant** (avec une baisse de l'hémoglobine glyquée de l'ordre de 1 à 1,5%) **et de l'absence d'effets indésirables inacceptables** (trop fréquents ou trop graves).

De plus, ces fabricants ont démontré que leurs produits entraînaient d'autres effets favorables dans le diabète : **une perte de poids et une baisse de la pression artérielle. En outre, deux des trois analogues du GLP-1 à injection hebdomadaire ont fait la preuve d'une action favorable sur certaines complications cardiovasculaires.** Cette preuve a été obtenue en menant de grands essais cliniques en double aveugle (a) comparant le médicament au placebo et incluant des milliers de patients suivis pendant plusieurs années. Ces essais ont été nommés respectivement SUSTAIN-6⁽¹⁾ pour le sémaglutide et REWIND⁽²⁾ pour le dulaglutide..

Les effets indésirables les plus fréquents des analogues du GLP-1 sont digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales et diarrhée. Ils tendent à s'atténuer au fil du temps, mais chez une petite minorité de patients leur intensité peut conduire à l'arrêt du traitement. Certains effets digestifs sont directement liés à l'un des mécanismes d'action de ces médicaments, le ralentissement de la vidange gastrique ; les autres étant une augmentation de la sécrétion d'insuline et une diminution de celle du glucagon (hormone pancréatique hyperglycémiant). Des cas de **pancréatite aigüe** ont été observés chez des patients traités par analogue du GLP-1. Des études pharmacoépidémiologiques ont montré que le sur-risque de pancréatite aigüe est minime. Enfin, les analogues du GLP-1 accroissent le risque de **calcul biliaire.**

Quelle place pour les analogues du GLP-1 dans le traitement du diabète de type 2 ?

La stratégie thérapeutique dans le diabète de type 2 repose sur une escalade médicamenteuse, la première étape étant la monothérapie par metformine. Actuellement, **la Société Francophone du Diabète ne recommande pas les analogues du GLP-1 en première intention⁽³⁾ ; ces médicaments ne sont d'ailleurs pas remboursables en France dans ce cas.**

Lors du passage à la bithérapie, les analogues du GLP-1 sont en concurrence avec trois autres familles thérapeutiques : les sulfamides hypoglycémiantes, les inhibiteurs de la DPP-4 et les inhibiteurs de SGLT2, alias glifozines.



Le choix relève d'une décision partagée entre prescripteur et patient avec un choix au cas par cas. Le poids est un critère de décision important : un IMC supérieur à 30 est un argument important en faveur du choix d'un analogue du GLP-1.

Les analogues du GLP-1 peuvent aussi être introduits à un stade ultérieur de l'escalade thérapeutique, c'est-à-dire lorsqu'une bithérapie associant metformine et un autre antidiabétique oral n'a pas été suffisamment efficace ou a été mal tolérée. Ils sont alors aussi en concurrence avec l'insuline basale qui est indiquée lorsque des signes cliniques, comme une perte de poids involontaire, témoignent d'une carence en insuline.

Enfin, **un analogue du GLP-1 peut être associé à une insuline basale**, mais tous les médicaments de cette famille ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie lors de cette association (b).

a) Ni le patient ni le médecin ne savent si le patient reçoit le médicament actif ou le placebo.

b) En effet, il est fréquent que les indications accordées par l'Agence européenne du médicament lors de l'autorisation de mise sur le marché soient plus larges que les indications remboursables qui découlent de l'avis de la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé.

Sources :

(1) SUSTAIN-6 = Trial to Evaluate Cardiovascular and Other Long-term Outcomes with Semaglutide in Subjects with Type 2 Diabetes ; N Engl J Med 2016;375:1834-44.

(2) REWIND = Researching Cardiovascular Events with a Weekly Incretin in Diabetes ; Lancet 2019 ; 394: 121-30.

(3) Médecine des maladies Métaboliques 2019 ; 13 (8) :711-32.

L'IMPORTANCE DU BIEN-ÊTRE PSYCHIQUE

Marlyse Regal, psychologue
au sein du réseau de santé REDOM

Selon le Larousse, « être en bonne santé » est associé à un fonctionnement harmonieux de l'organisme. Mais de quoi avons-nous besoin pour bien fonctionner ? Une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée forment un socle reconnu pour qui veut prendre soin de soi. Y aurait-il ensuite d'autres facteurs sur lesquels nous ayons un impact ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, l'OMS inclue ici la notion de bien-être mental et social, tout aussi précieux pour la santé globale de l'individu. On sait en effet que le stress psychologique et plus généralement la souffrance psychique abaissent les défenses immunitaires de l'organisme.

Le sentiment d'être bloqué, incompris ou pas à la hauteur, des émotions qui nous submergent, une négligence envers sa santé, ... ne sont pas des fatalités. Différentes solutions existent pour apaiser ces tensions, remonter son estime de soi et aller vers un mieux-être. Des professionnels peuvent apporter un soutien ou un coup de pouce ponctuel lorsqu'il s'agit de faire face à une annonce difficile, pour traverser une phase douloureuse.

Les croyances limitantes

• « Est-ce que ce que je vis est si grave ? ». **Ce n'est pas tant la gravité de la situation qui est importante, mais la façon dont la personne ressent les choses.** Si l'on perçoit que ses ressources pour surmonter une situation s'amenuisent, une démarche thérapeutique est à envisager. À savoir qu'il n'est pas nécessaire de traverser une crise pour s'inscrire dans cette démarche thérapeutique, la désirer est une condition suffisante.

• « Il y a plus malheureux que moi ». C'est probable. Et en même temps **c'est lorsqu'on est soi-même heureux que l'on peut donner du bonheur en retour.** Une étude du British Medical Journal* montre que prendre soin de soi impacte positivement les proches. Le bonheur serait en effet contagieux, il n'y a donc pas de complexe à se faire du bien !

• « Les psys, c'est pour les fous ! ». **De nombreuses psychothérapies sont en lien avec des situations de burn out, d'addiction, de dépression, de difficultés relationnelles ou personnelles...** qui peuvent concerner tout un chacun à un moment donné dans sa vie.

Quelles différences entre psychologue, psychiatre, psychothérapeute et psychanalyste ?

► **Le psychologue** est un professionnel de la santé psychique, titulaire d'un master en psychologie. À partir de son écoute et de sa connaissance des mécanismes psychiques, il amène le patient à réfléchir sur lui, afin qu'il puisse élaborer de nouvelles solutions et se dégager de situations désagréables qui parfois se répètent. Par exemple, se sentir « souvent débordé » ou constater que « ça se finit toujours pareil » peuvent être issus d'un blocage inconscient que la psychothérapie vise à libérer. Par ailleurs, le psychologue peut apporter un soutien émotionnel, il offre un espace sécurisé pour décharger sa douleur.

Sources :

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

<https://presse.insem.fr/quand-le-stress-affaiblit-les-defenses-immunitaires/38527/>

<https://www.has-sante.fr/>

*Fowler, J.H. Christakis, NA (2008) Répartition dynamique du bonheur dans un grand réseau social : analyse longitudinale sur 20 ans dans la Framingham Heart Study. *British Medical Journal* ; 337: a2338. <https://www.bmj.com/>

<http://www.coherence-cardiaque.com/>



© yanaiya / Freepik

► **Le psychiatre** est un médecin qui s'est spécialisé en psychiatrie. Il peut proposer des psychothérapies et est habilité à prescrire des médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, psychotropes), c'est pourquoi on le retrouve le plus souvent (mais pas exclusivement) lorsque les difficultés du patient sont lourdes (schizophrénie, risque suicidaire élevé, etc.).

► **Le psychothérapeute et le psychanalyste** peuvent être également psychologue ou psychiatre, mais ils peuvent aussi relever d'autres professions sans lien direct avec la psychologie. Le psychothérapeute s'est formé à certains outils de prise en charge des patients tels que l'art thérapie, l'hypnose, la thérapie EMDR (c'est-à-dire la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires), etc. Le psychanalyste se réfère à un courant de pensée, inspiré de Freud, de Lacan ou d'autres analystes. La thérapie s'appuie sur une écoute particulière des phénomènes inconscients qui influencent la vie des patients afin qu'ils puissent comprendre leur fonctionnement et gagner en liberté dans leurs choix.

Où trouver un professionnel ?

Il est possible de consulter un professionnel en libéral, les honoraires ne sont alors pas remboursés par l'Assurance Maladie (sauf pour les psychiatres). À savoir que certaines mutuelles prennent en charge une partie des frais.

Il existe également des structures en milieu hospitalier comme les Centres Médico Psychologiques (CMP) qui proposent des prises en charge gratuites. Les réseaux de prise en charge pluridisciplinaires de certaines pathologies (comme le diabète dans le cadre du réseau de santé REDOM) peuvent également proposer un suivi gratuit avec un psychologue.

La cohérence cardiaque :
15 minutes pour booster sa santé

La cohérence cardiaque est une technique de respiration introduite en France par le Docteur David Servan-Schreiber. Elle permet le rééquilibrage des branches sympathiques et parasympathiques du système nerveux autonome. Elle a un effet particulièrement rapide et efficace sur les composantes physiques du stress : baisse du cortisol (l'hormone du stress) et augmentation du taux de DHEA (hormone anti-stress), baisse rapide du rythme cardiaque, augmentation de la profondeur de la respiration et diminution de la fréquence respiratoire, réduction de la pression vasculaire et renforcement du système immunitaire.

Le principe est simple : en position assise, le dos droit, inspirer 5 secondes puis expirer 5 secondes, cette respiration est à répéter pendant 5 minutes, 3 fois par jour.

De nombreuses applications sur smartphone permettent de caler sa respiration sur ce protocole simple, par exemple :



Ma cohérence Cardiaque
sur Android



RespiRelax+
sur Iphone.

SÉBASTIEN, DIABÉTIQUE DE TYPE 2 : « LA VIE RESTE BELLE »

Je m'appelle Sébastien, j'ai 37 ans et je suis diabétique de type 2. J'ai appris que j'étais atteint de diabète le 10 juillet 2017 suite à un malaise. Ce jour-là, je débutais ma saison dans un hôtel en Haute-Savoie, quand tout à coup j'ai commencé à avoir des sueurs froides et des vertiges. Arrivé à l'hôpital, les médecins m'ont demandé mes symptômes. Je leur ai signalé que **je buvais énormément d'eau et que j'urinais beaucoup**. Les résultats des analyses ont confirmé mon diabète : j'étais à 12% d'HbA1C (en effet, au-delà de 6% la personne est diabétique).



L'annonce de mon diabète a été un choc. En plus, en raison de mon travail, je me trouvais seul, à plus de 800 km de chez moi. J'étais un peu paniqué. J'essayais toutefois de me rassurer, alors le rêve que je fis lors de la première nuit me réconforta beaucoup : je vis ma grand-mère, elle-même diabétique de type 1 et décédée en 1999. Elle m'envoyait toute sa force pour le combattre ...

Le lendemain, j'ai décidé d'appréhender ma maladie comme une force et je suivis les conseils des médecins et diététiciens notamment concernant mon rééquilibrage alimentaire. Mon hospitalisation a duré 10 jours. Mais c'est en sortant de l'hôpital que mon vrai combat a commencé. Je n'étais plus entouré de médecins qui m'aidaient à gérer mon diabète mais en autonomie complète. **Il a fallu apprendre à gérer la prise de médicaments, la manière de se piquer pour prendre sa glycémie.** J'ai dû m'y reprendre à 15 fois car je ne savais pas comment bien le faire ! S'en sont suivies les prises de rendez-vous avec ma diabétologue. J'étais vraiment perdu et me posais beaucoup de questions.

Heureusement j'ai bien été accompagné, j'ai appris à prendre correctement mon traitement. **Mon médecin m'a également indiqué qu'il était possible pour moi de suivre un stage pour personnes diabétiques. Pendant 3 jours, accompagné de 7 à 10 personnes, j'ai assisté à diverses conférences** (sur les risques du diabète, comment bien manger, etc.), toujours dans le but de gérer la maladie et de bien vivre au quotidien. Suite à cela, mes journées consistaient à équilibrer mon diabète, et surtout à faire en sorte qu'il ne prenne pas complètement le dessus sur ma vie.

J'ai pris aussi la décision de demander pour raison professionnelle une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) même si le terme handicap me faisait encore honte car je ne me considérais pas comme tel. J'ai commencé mon nouveau travail dans les relations clients en informant mon employeur de mon statut. Mais cela n'a rien changé à mon travail. Je faisais des semaines de 47h, des journées de 12h tout en devant gérer mes traitements, la fatigue et les nausées. Malgré cela, je me donnais à 100% car je voulais montrer aux autres que, même avec le diabète, je pouvais travailler comme eux. Mais à certains moments j'étais épuisé...

Le fait que le diabète soit une maladie invisible est difficile, les personnes ne se rendent pas compte de la fatigue intense que l'on ressent, de la gestion compliquée entre vie privée et professionnelle.

Les réseaux sociaux comme Instagram et mon vlog* m'aident beaucoup, ils me permettent de parler de mon diabète. J'essaye aussi de donner un maximum de conseils pour d'éventuels nouveaux diabétiques et de sensibiliser les gens sur les effets de cette maladie, ses risques, le quotidien. J'ai pu échanger avec d'autres personnes diabétiques sur nos expériences respectives, nos astuces... : il est important de pouvoir partager cela.

À l'heure actuelle, j'essaye de gérer tant bien que mal mon diabète même si, je dois l'avouer, à certains moments j'ai envie de tout arrêter. Mais je me dois de continuer, et surtout je relativise en me disant que **« la vie reste belle »**.

Sébastien de Tarbes



UNE CARTE D'IDENTITÉ POUR LES DIABÉTIQUES : IDIABÈTE

Créée par le groupe CEN Connect, basé à Dijon, et portée par l'Association Santé et Droits des Patients en collaboration avec l'AFD de Bourgogne-Franche-Comté, cette carte dématérialisée permet au médecin urgentiste d'avoir toutes les informations nécessaires à une prise en charge efficace d'une personne diabétique, lors d'une perte de connaissance, mais aussi au patient diabétique de le faire consulter au professionnel de santé lorsqu'il a un besoin de divulguer les informations qui y figurent.

À ce jour, il n'existe pas de support qui regroupe toutes les informations utiles pour la prise en charge d'une personne inconsciente atteinte de diabète, hormis une carte diabétique papier. Mais elle reste limitée dans son contenu du fait de son format.

Partant de ce constat, l'équipe CEN Connect a mis au point la carte iDiabète. L'idée est simple : le patient diabétique conserve sur lui une carte sur laquelle se trouve un QR-Code et stocke, via une application mobile (disponible sous tous les systèmes d'exploitation), toutes les informations pouvant être nécessaires à l'équipe soignante qui aurait à le prendre en charge (type de diabète, traitement, allergies, etc.). Ces procédures se font de manière sécurisée et les données sont stockées chez un hébergeur de santé agréé.

En scannant le QR-Code, le professionnel de santé accède instantanément aux informations personnelles enregistrées par le patient. Cette carte n'est pas un dossier médical mais une véritable carte d'identité connectée du diabète. Elle permet aux patients d'avoir toujours leur traitement avec eux, dans leur smartphone, et aux médecins d'y avoir accès en cas d'urgence.

Le projet est actuellement implanté dans la région Bourgogne-Franche-Comté qui a soutenu le projet permettant sa diffusion gratuite sur la région, et une recherche de partenaire est en cours pour son développement au national.

L.B.

Voilà une bonne nouvelle qui nous vient de Finlande. L'activité physique ne protège pas que le système cardiovasculaire en réduisant significativement la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Elle a un effet favorable sur d'autres complications du diabète, celles notamment qui touchent les yeux et les reins, ce dont on doutait encore il y a peu.



La rétinopathie diabétique : une complication tardive du diabète

Rappelons qu'aujourd'hui **un tiers des diabétiques présentent des lésions en général modérées de la rétine dues au diabète, et qu'un sur dix a des atteintes sévères pouvant conduire à la cécité**. Il est probable que ces chiffres augmentent rapidement, non pas dans nos pays, mais en Asie (Indonésie, Inde et Chine) du fait de l'explosion du diabète dans ces régions du monde et des difficultés de suivi ophtalmologique.

En effet, **un suivi ophtalmologique, comme celui recommandé dans les pays européens, permet de dépister très tôt une rétinopathie diabétique et de mettre en œuvre des traitements efficaces, raison pour laquelle les cas de cécité imputables au diabète sont de plus en plus rares en France**. Mais le mieux est de rechercher les facteurs environnementaux qui peuvent favoriser l'apparition ou accélérer l'évolution d'une rétinopathie diabétique, et surtout ceux qui peuvent avoir un effet protecteur sur ces événements.

Seuls étaient reconnus en 2018, par les sociétés savantes européennes et américaines dans leurs recommandations de traitement, comme facteurs protecteurs : l'équilibre glycémique, le contrôle des tensions artérielles systoliques et diastoliques, l'absence d'obésité ou la réduction pondérale, un profil lipidique (cholestérol et triglycérides) normal, l'absence de micro-albuminurie ou protéinurie. Mais pas l'activité physique pour laquelle il était considéré que les preuves n'étaient pas suffisantes.

Deux études d'équipes finlandaises ont apporté en 2019 une réponse claire à la question des relations entre activité physique et rétinopathie diabétique :

- l'une émane de l'équipe d'ophtalmologie de l'Université de Stockholm et a consisté en une méta-analyse, c'est-à-dire une analyse très critique de l'ensemble des travaux publiés sur ce sujet dans le monde scientifique jusqu'en 2018.
- l'autre représente une partie des résultats d'une grande étude multicentrique finlandaise, la FinnDianeStudy, portant exclusivement sur le diabète de type 1. Elles sont totalement concordantes.

Une méta-analyse portant sur 1 432 études et 69 396 sujets

Le travail de l'équipe de Stockholm fut d'analyser chacune des 1 432 publications portant au total sur 69 396 sujets, pour ne retenir que celles dont la méthodologie et la réalisation étaient suffisamment solides pour apporter une réponse claire à la question posée : **est-ce que la pratique d'une activité physique peut avoir un impact sur l'évolution d'une rétinopathie ?** Seules 22 études ont correspondu à ces critères très exigeants et ont fait l'objet d'une analyse poussée.

► Les conclusions sont claires :

- Le risque d'apparition d'une rétinopathie diabétique est diminué, certes modestement, chez les sujets pratiquant une activité physique régulière (de 6% en moyenne).

- Le bénéfice est beaucoup plus important chez les sujets présentant une rétinopathie sévère menaçant le maintien d'une activité visuelle (-11% de risque).
- Ce sont les activités modérées qui sont les plus bénéfiques (-24%), plus que les activités légères ou à l'inverse très intenses.
- A contrario, les sujets sédentaires ont un risque nettement augmenté (de près de 20%) de développer une rétinopathie diabétique.

La FinnDianeStudy : 1 612 diabétiques de type 1 suivis pendant 10 ans

La FinnDianeStudy est une large étude impliquant 92 centres finlandais dont le but est de **suivre le devenir au long cours des diabétiques de type 1 et surtout d'analyser les facteurs impliqués positivement ou négativement dans le risque de rétinopathie diabétique sévère**. L'analyse réalisée en 2019 porte sur 1 612 sujets (261 d'entre eux ayant une rétinopathie au début de l'étude) avec un suivi moyen de 10,7 ans.

Ils ont interrogé les patients sur leur pratique de l'Activité Physique de Loisir (APL) sans qu'il n'y ait eu, comme c'est le cas dans le diabète de type 2, de recommandations médicales particulières. Ils ont analysé la durée, l'intensité et la fréquence de l'APL et ont corrélé ces données à l'apparition de nouvelles lésions rétinienne.

► Les conclusions sont simples :

- Les sujets pratiquant une APL développent moins de lésions que ceux qui n'en font pas.
- Plus que la durée et l'intensité c'est la régularité de l'APL qui est protectrice. En effet, deux séances par semaine d'APL légère à modérée réduit de 15% le risque d'apparition d'une rétinopathie diabétique.

En pratique

Ces données confortent clairement l'aspect protecteur de l'activité physique face au risque de rétinopathie diabétique, et ce quel que soit le type de diabète. Le bénéfice semble plus important lorsqu'il existe des lésions sévères, menaçant l'acuité visuelle avec le risque de cécité, et lorsque l'activité est pratiquée régulièrement, de préférence de manière modérée (conduisant à une légère transpiration).

Ces données changent aussi nos principes de traitement notamment dans les formes sévères de rétinopathie diabétique où jusqu'à présent la pratique d'une activité physique était contre-indiquée, pouvant favoriser des hémorragies rétinienne, une poussée hypertensive, etc. En fait ces patients peuvent (doivent) avoir une activité physique régulière mais continuer à éviter les efforts intenses, ceux qui conduisent à l'essoufflement notamment.

Comme tout traitement l'activité physique doit être personnalisée à la situation de chacun mais semble de plus en plus bénéfique pour tous.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DÉFENSE IMMUNITAIRE : L'EXERCICE REND-IL MOINS MALADE ?

Clément Dubal, éducateur médico-sportif au sein du réseau de santé REDOM

Notre organisme est doté d'une armure appelée système immunitaire qui permet généralement de combattre les envahisseurs extérieurs de type bactéries et virus. Nous connaissons les rôles importants que joue l'activité physique sur la santé : augmentation de la qualité de vie, amélioration des fonctions cardio-respiratoires et métaboliques, diminution du stress, hausse de la qualité du sommeil, etc. Mais qu'en est-il de leur impact sur le système immunitaire ? Y a-t-il un lien entre pratique physique et augmentation des défenses immunitaires ? Si oui, quelles sont les modalités pour limiter l'impact des virus qui menacent l'intégrité de nos organismes ?

Les effets de l'exercice physique sur le système immunitaire se produisent à la fois à court et à long terme. Voyons ce qu'il en est.

Effets instantanés

Lorsque l'organisme humain est soumis à un effort physique, celui-ci provoque des réactions physiologiques instantanées pendant et immédiatement après l'effort. Le système immunitaire répond très rapidement à l'exercice et de façon proportionnelle à l'intensité et la durée de l'effort.

► **Un exercice d'intensité modérée à élevée a par exemple pour effet d'augmenter :**

- **le nombre de globules blancs** : appelés leucocytes, ils correspondent à des cellules du système immunitaire et jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les infections.
- **les fonctions des neutrophiles** : ils représentent environ 60% des leucocytes et participent à la réponse immunitaire. Ils migrent vers les sites infectés où ils se lient, ingèrent et tuent les agents pathogènes.
- **le nombre de cellules NK** : elles sont de véritables cellules tueuses naturelles ayant des propriétés anti-tumorales.
- **le nombre de cytokines** : l'exercice musculaire est responsable d'une réponse inflammatoire qui agit sur le système immunitaire. En réponse à cette inflammation, le corps produit des cytokines qui stimulent les cellules chargées du développement des défenses immunitaires.

Ainsi, la pratique d'activité physique d'intensité modérée à élevée permet d'**améliorer l'activation des cellules protectrices et d'augmenter la vitesse de la circulation sanguine**. Les diverses substances protectrices du système immunitaire présentes dans le sang sont distribuées plus rapidement vers les organes vitaux et augmentent l'efficacité du système de surveillance. De plus, le système immunitaire est **plus efficace pour détecter et combattre** les virus ou autres bactéries qui nous veulent du mal. **Ces changements sont généralement transitoires et le retour à la normale intervient généralement dans les 24 heures qui suivent l'effort.**

► **Inversement, la pratique d'activités épuisantes semble altérer temporairement nos défenses immunitaires.**

Les sportifs dont les efforts ressemblent à ceux qui effectuent des épreuves de triathlons ou de marathons présentent un plus grand risque d'être plus vulnérables aux infections des voies respiratoires supérieures quelques heures, voire quelques jours, après l'effort. Toutefois, une récente étude suggère que ces infections ne sont pas dues au type d'effort. Les auteurs expliquent que cette baisse d'immunité proviendrait plutôt du contexte dans lequel ce type d'effort est pratiqué :

- **Assister à tout événement où il y a un grand rassemblement de personnes** augmente les risques d'infection (ce qui est le cas dans les marathons et triathlons).
- **Les transports publics, en particulier les voyages en avion sur de longues distances, où le sommeil est perturbé**, peuvent également augmenter les risques.
- D'autres facteurs, comme **une alimentation inadéquate, le froid, l'humidité et le stress psychologique**, sont tous liés à une plus grande probabilité de développer des infections.

Dans le contexte actuel, si vous vous passionnez et êtes habitué à réaliser ce type d'activités physiques exigeantes, il ne s'agit pas d'arrêter de s'entraîner mais plutôt d'adapter ses entraînements.

Effets sur le long terme

Au fil des ans, le système immunitaire des individus a une tendance naturelle à diminuer. Plus on vieillit, moins notre système immunitaire est efficace. Cette diminution est susceptible d'augmenter la sensibilité aux infections respiratoires. On ne peut rien y faire. Enfin, pas tout à fait d'après certains scientifiques. **Il a été démontré que l'augmentation du niveau d'activité physique de sujets âgés atténue la diminution des fonctions immunitaires.** De plus, l'exercice a aussi une réponse d'amélioration de l'efficacité des vaccins surtout chez les personnes âgées. Lorsque la pratique physique est régulière, l'exercice physique présente des effets positifs sur le système immunitaire qui s'additionnent de séance en séance : on parle d'effets chroniques.

Ainsi il paraît intéressant de maintenir un niveau d'activité élevé pour prévenir les effets néfastes du vieillissement sur les fonctions immunitaires.

Conclusion

Il est clairement démontré que la pratique d'activités physiques et sportives procure des bienfaits pour le système immunitaire, que ce soit pendant la phase d'activité ou dans celle de récupération. L'augmentation du niveau d'activité physique protège contre le déclin des fonctions immunitaires chez les personnes âgées.



Bouger n'est toutefois pas une potion magique. La force du système immunitaire dépend aussi d'autres facteurs comme le sommeil et l'alimentation. Précisons aussi que l'exercice ne nous empêchera pas de contracter la Covid-19 si l'on y est exposé. Une bonne condition physique pourra aider au bon fonctionnement du système immunitaire pour la combattre, probablement diminuer les symptômes et accélérer le processus de guérison.

LES PRINCIPALES CAUSES D'UNE BAISSÉ DES DÉFENSES IMMUNITAIRES

- Une maladie auto-immune
- L'âge
- Le déconditionnement physique
- Une comorbidité comme par exemple l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, un cancer traité ou en traitement
- L'isolement
- Une baisse de moral, un état dépressif
- Un problème ou manque de sommeil
- Une alimentation déséquilibrée
- Le stress qui limite la capacité de nos lymphocytes T à se multiplier et donc à lutter contre la charge virale.

RENFORCER SES DÉFENSES IMMUNITAIRES GRÂCE À L'ALIMENTATION

Audrey Minoux et Céline Distel-Bonnet, diététiciennes au sein du réseau de santé REDOM

Le système immunitaire permet de protéger le corps humain contre toute agression d'agents pathogènes (ou micro-organismes) qui provoquent des maladies, ou de substances nocives de l'environnement. Cette immunité est naturelle ou provoquée grâce à la vaccination.

Le système immunitaire est constitué de milliards de cellules particulières appelées globules blancs, leucocytes et lymphocytes, de protéines uniques appelées anticorps, de produits chimiques qui transmettent la réponse immunitaire, et enfin d'organes spécialisés chargés de renouveler et d'orchestrer cet ensemble. Une bonne hygiène de vie permet de le maintenir, voire de le renforcer. Cela passe par une activité physique régulière, un sommeil réparateur et une alimentation équilibrée.

Dans un premier temps, **il paraît bénéfique de porter une attention particulière au microbiote intestinal**, c'est-à-dire prendre soin de notre flore digestive et donc des bactéries « amies » qui constituent cette dernière. Pour cela, il est nécessaire de leur apporter la bonne source de nourriture, à savoir **les prébiotiques**. Ils se trouvent essentiellement sous forme de fibres non digestibles. Il est fortement recommandé de consommer au minimum 2 à 3 aliments sources de prébiotiques chaque jour.

Exemples :

- Ail, oignon
- Agrumes, kiwi
- Asperge, poireau
- Graines de lin, graines de chia
- Orge, avoine

Dans un second temps, il est intéressant de consommer **des probiotiques** qui eux sont directement sources de bonnes bactéries :

- Yaourt, lait fermenté (kéfir)
 - Cornichons et légumes lacto-fermentés
 - Choucroute
 - Miso (pâte fermentée à base de soja, riz ou orge).
- Assaisonnement que l'on peut retrouver dans les soupes, sauces, etc.
- Tempeh (tofu fermenté)

À tout ceci, nous pouvons ajouter la consommation d'aliments spécifiques qui permettent de renforcer ses défenses immunitaires :

► La vitamine C

Elle se trouve principalement dans les fruits frais, en particulier le kiwi, les agrumes et les fruits rouges. Elle stimule les réactions immunitaires en augmentant la fabrication des anticorps, ceci en accélérant la maturation des cellules immunes qui deviennent alors efficaces contre les bactéries et virus. Les recommandations de 4 à 5 rations vitaminées par jour (fruits frais ou crudités) suffisent donc amplement. Il n'y a pas de nécessité à recourir à une complémentation dans ce cas.

► Le zinc

Les sources de zinc sont principalement représentées par les viandes (foie), poissons et fruits de mer (huître), céréales complètes (pain complet) et sera mis en réserve dans l'organisme dans les os et les muscles. Le zinc est également présent dans certains fruits et légumes (orange, épinard, chou, betterave, carotte)

mais de disponibilité nettement moins bonne. Il participe à la fabrication et au fonctionnement du système immunitaire.

► Le bêta-carotène

La carotte est connue comme étant le chef de file des aliments sources de bêta-carotène, mais il s'agit réellement de tous les fruits et légumes qui possèdent des pigments autres que le vert, à savoir le jaune ou le rouge. C'est le cas de la pastèque, la tomate, le pamplemousse, le poivron, le potiron... Membre de la famille des caroténoïdes, le bêta-carotène se transforme en vitamine A et possède une action antioxydante contre les radicaux libres, mais également une action immunostimulante.

► Le cuivre

Oligoélément dont on parle peu, les sources de cuivre sont variées : certains fruits (poire, orange, pomme), fruits oléagineux (amandes, noisettes), légumes, abats, poissons et fruits de mer (huître, coquille St Jacques), œufs. Il tient son effet immunitaire par ses propriétés toxiques vis-à-vis des micro-organismes tels que les virus et bactéries, d'où son effet bactéricide et virucide.

► Le sélénium

Il est avant tout connu pour son rôle antioxydant. Il intervient également dans la lutte contre les infections virales et la stimulation des défenses immunitaires. Les sources sont principalement les aliments carnés, les produits de la mer, les œufs, le lait, les céréales.

► Les acides gras essentiels

L'apport en acides gras essentiels (oméga 3 et 6) est primordial pour assurer une défense anti-inflammatoire correcte. Les sources alimentaires reposent principalement sur les poissons gras (saumon, thon, maquereau), l'huile de colza, d'olive ou de tournesol. En France, on note une surconsommation d'oméga 6 et une trop faible consommation d'oméga 3.

Pour pallier à cela, il est recommandé de consommer :

- une huile de type colza, noix, lin (en assaisonnement), 1 à 2 cuillères à soupe par jour
- une dizaine d'amandes et/ou noix par jour
- du poissons gras, 2 fois par semaine.

La consommation excessive d'alcool, le tabac et le stress ont un effet affaiblissant du système immunitaire.

Pour conclure, le meilleur moyen d'éviter les contaminations reste le lavage des mains. Ces quelques conseils permettront de renforcer vos défenses immunitaires et plus globalement de mettre en place des habitudes favorables à la bonne santé générale, habitudes ô combien importantes actuellement.

RISOTTO DE RIZ COMPLET - POIREAU ET ASPERGES VERTES



Ingrédients pour 4 personnes :

- 200 g de riz thaï complet
- 1 botte d'asperges vertes
- 1 poireau
- 2 échalotes
- 60 g de parmesan
- 300 ml de vin blanc sec
- 1 bouquet d'herbes fraîches au choix
- Huile d'olive
- Sel et poivre
- Eau

- Émincer les échalotes. Dans une casserole à fond épais, les faire revenir dans un fond généreux d'huile d'olive. Ajouter le riz. Faire chauffer et remuer jusqu'à ce qu'il devienne bien brillant.
- Verser le vin blanc et porter à ébullition. Saler.
- Une fois le vin totalement absorbé, recouvrir à nouveau d'eau et laisser cuire une vingtaine de minutes (ajouter de l'eau au fur et à mesure de l'évaporation).
- Ajouter les blancs du poireau finement découpés et laisser cuire une dizaine de minutes toujours en ajoutant de l'eau.
- Couper les asperges en tronçons et les ajouter à la préparation. Laisser cuire 15 minutes supplémentaires en ajoutant de l'eau.
- Une fois que le riz est bien cuit, ajouter les herbes hors du feu et le parmesan râpé. Bien mélanger, servir bien chaud.

Source : Recette et photo issue du site lescookines.com

FAIRE FACE AU DIABÈTE DE TYPE 1 GUIDE À L'USAGE DU PATIENT, DES PROCHES ET DES AIDANTS

HANANE RHBALI, EN COLLABORATION AVEC LE DR SYLVIE LOISON, MÉDECIN
SPÉCIALISÉ EN ENDOCRINOLOGIE ET MÉTABOLISME À L'HÔPITAL ROBERT DEBRÉ

Basal ? Bolus ? Ratio ? Mais aussi insulinothérapie fonctionnelle ? Pancréas artificiel ? Quel drôle de vocabulaire autour du diabète, maladie chronique mondialement connue et pourtant si peu comprise, en particulier lorsqu'il s'agit du diabète de type 1.

Cet ouvrage a ainsi pour mission de décrypter toutes les facettes de ce diabète pour mieux le connaître, mieux le comprendre et faciliter le quotidien des patients et de leurs aidants (famille, amis, équipes scolaires, etc.).

En balayant de la théorie à la pratique, en abordant les nouvelles technologies qui ne cessent de fleurir, ce livre vous aidera à adapter les contraintes de la maladie pour mieux-vivre au quotidien.

Éditions Ellipses - Collection : Faire Face
Date de parution : 13/08/2019
Prix : 18 €



MA CUILLÈRE INTELLIGENTE

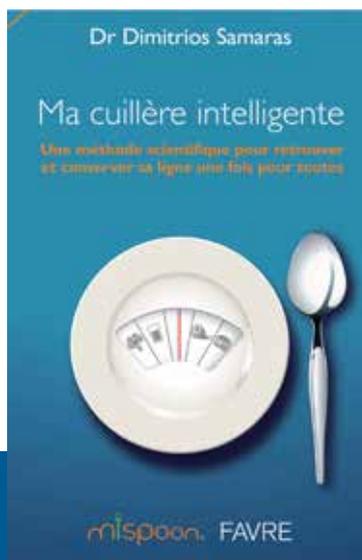
DR DIMITRIOS SAMARAS

Le Dr Samaras s'affranchit des régimes aux injonctions intenable et suggère une autre manière d'appréhender la nourriture en rééquilibrant ses repas.

Pour renforcer son propos, l'auteur choisit une forme inattendue et propose un récit motivant qui raconte l'histoire d'Oliver, un quarantenaire en surpoids dont la santé se trouve menacée par ses mauvaises habitudes alimentaires. À travers des dialogues vifs et révélateurs, le héros du livre prend conscience de ses erreurs nutritionnelles. Il apprend ensuite comment maigrir et surtout conserver durablement sa ligne, en finir avec son état de fatigue et retrouver la joie de vivre. Le lecteur va vivre la même forme de révélation en lisant ce récit inspirant, accessible, émaillé de quelques conseils simples à mettre en place une fois pour toutes.

Le Dr Samaras Dimitrios est un spécialiste en médecine interne, gériatrie et nutrition clinique à Genève. En parallèle de ses fonctions dans le secteur privé et universitaire, le Dr Samaras s'intéresse de très près aux aspects de prévention du vieillissement. Profondément convaincu par les propriétés pharmaceutiques de l'alimentation, il s'est formé en nutrition clinique à l'Université Pierre et Marie Curie à Paris puis à l'unité de nutrition des Hôpitaux universitaires de Genève où il est encore consultant. Il est également l'auteur lauréat de travaux scientifiques sur la nutrition, la micro-nutrition, la substitution hormonale et le vieillissement.

Éditions FAVRE SA
Date de parution : 25/01/2018
Prix : 9.90 €



L'HISTOIRE DU VACCIN

L'origine du vaccin n'est pas si ancienne... puisque son histoire démarre en 1885.

Plus précisément en Alsace lorsqu'un jeune garçon du nom de Joseph Meister se fait mordre 14 fois par un chien ayant la rage. Aucun remède n'existe alors pour lutter contre la rage et la mort inéluctable qui l'accompagne.

C'est à l'initiative de la mère de l'enfant que l'essai de traitement de la rage va se dérouler pour la première fois sur l'être humain*. Ayant entendu parlé du chimiste Louis Pasteur et de ses recherches sur les vaccins destinés aux chiens enragés, elle rejoint la capitale française pour lui proposer de faire des essais directement sur son fils, n'ayant plus rien à perdre.



Depuis 8 ans déjà, Louis Pasteur travaille en effet sur le développement du principe de la vaccination qui consiste à « inoculer des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle ».

L'enfant suit alors 10 jours de traitement, c'est-à-dire 21 injections du virus isolé (plus fort à chaque fois), suivi de 10 jours d'attente lui permettant de ne pas développer la rage.

Cet essai réussi sur Joseph Meister permit alors une reconnaissance internationale des travaux de Pasteur faisant affluer les dons et permettant ainsi la création du fameux Institut Pasteur. L'année suivante, 350 patients se verront également vaccinés contre la rage. Différents types de vaccins verront le jour par la suite. Au cours des années 1930, c'est un américain, Jonas Salk, qui sera à l'origine du premier vaccin contre la grippe. Viendra ensuite le développement des vaccins contre le cancer de l'utérus lié à l'infection des Papillomavirus humains !

En France, une vingtaine de maladies peuvent aujourd'hui être prévenues grâce à la vaccination : Coqueluche, Diphtérie, Hépatites A et B, Oreillons, Rougeole, Rubéole, Tétanos, Tuberculose (BCG), etc. Et de nombreuses équipes de chercheurs continuent d'œuvrer pour trouver des vaccins contre le paludisme, le VIH/Sida ou encore Ebola, le Chikungunya, la Dengue, Zika et la COVID-19 !

Pour en savoir plus sur la vaccination (principe, généralités, politique vaccinale en France, calendrier, ...), consultez le site : <https://vaccination-info-service.fr>

*NB : Il ne s'agissait cependant pas du premier essai de vaccination sur l'humain. Le principe de vaccin avait été pensé un siècle plus tôt par un médecin anglais, Edward Jenner, qui ne dupliquera jamais le concept à une pathologie autre que la variole.

C.M.

Sources :
<https://www.franceculture.fr/histoire/a-lorigine-du-vaccin-lhistoire-de-pasteur-et-du-petit-joseph>
<https://vaccination-info-service.fr/>

AFFECTIONS ORL ET TROD À L'OFFICINE

Format mixte : 1h en e-learning + 3h30 en présentiel

→ 24/09 : STRASBOURG
→ 29/09 : MULHOUSE
→ 8/10 : METZ

VACCINATION ANTIGRIPPALE PAR LE PHARMACIEN

Format mixte : 3h en e-learning + 3h en présentiel



→ 18/09 : STRASBOURG
→ 22/09 : METZ
→ 25/09 : MULHOUSE
→ 1/10 : STRASBOURG
→ 6/10 : MULHOUSE

AROMATHÉRAPIE À L'OFFICINE : AUTOMNE-HIVER

→ 25/09 : CLASSE VIRTUELLE
→ 1/10 : METZ
→ 30/11 : STRASBOURG
→ 1/12 : MULHOUSE

LES ANTICANCÉREUX ORAUX À L'OFFICINE

→ 17/11 : STRASBOURG
→ 1/12 : METZ
→ 3/12 : LYON

GESTION DU TEMPS ET DES PRIORITÉS AU TRAVAIL

→ 5-6/11 : METZ

GESTION DU STRESS ET DES ÉMOTIONS AU TRAVAIL

→ 28-29/09 : STRASBOURG

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE : BASES ET OUTILS

Format mixte : Module e-learning + 1 jour présentiel

→ 1/12 : STRASBOURG

MICROBIOTE INTESTINAL ET SON LIEN AVEC LES PATHOLOGIES

→ 6/10 : STRASBOURG
→ 5/11 : MULHOUSE
→ 26/11 : METZ

INITIATION À L'HYPNOSE

→ 21-22/09 : STRASBOURG

SENSIBILISATION À LA TÉLÉMÉDECINE

→ 9/10 : STRASBOURG

PRISE EN CHARGE COORDONNÉE DU PATIENT ÂGÉ DIABÉTIQUE

→ 1/10 : STRASBOURG (exceptionnellement en soirée de 19h à 22h)

LE DIABÈTE DE TYPE 2 : RÉALITÉS D'AUJOURD'HUI ET PERSPECTIVES DE DEMAIN

→ 13/10 : STRASBOURG

SOINS SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES DIABÉTIQUES

→ 12-13/11 : METZ

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE DIABÉTIQUE

→ 5/11 : STRASBOURG

Format mixte : Module e-learning + 1 jour présentiel

FORMATION VALIDANTE POUR DISPENSER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

→ 2-3/09, 10-11/09 et 1-2/10 : STRASBOURG
→ 17-18/09, 8-9/10 et 5-6/11 : STRASBOURG

FORMATION VALIDANTE POUR DISPENSER L'ETP

→ 3-4/09 et 15-16/10 : STRASBOURG

Format mixte : Module e-learning + 4 jours présentiels

COORDONNER EN ETP : LES FONDAMENTAUX

→ 23 au 25/09 : STRASBOURG

LES BASES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

→ 23 au 25/11 : METZ

E-LEARNING TIQUES ET MALADIE DE LYME : 3 H MALADIE DE PARKINSON : 2 H

→ Disponible toute l'année sur www.ceed-formation.org



RETROUVEZ LES PROGRAMMES ET TARIFS SUR NOTRE SITE WEB :

www.ceed-formation.org

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS

- ▶ Par e-mail : contact@ceed-formation.org
- ▶ Via la page de la formation sur notre site web : www.ceed-formation.org
- ▶ Par téléphone : 03 90 20 03 37
- ▶ Par voie postale à : CEED Formation - Boulevard René Leriche 67200 Strasbourg

LETTRE IPS n°34 | 2^e Trimestre 2020

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Professeur Michel Pinget | RÉDACTRICE EN CHEF Marion Wetzel | RÉDACTRICES Claire Masalski, Coline Sittler | Centre européen d'étude du Diabète, Boulevard René Leriche, 67200 Strasbourg - association@ceed-diabete.org

CONCEPTION ET RÉALISATION Valparaiso | Imprimé sur papier « PEFC » en provenance de forêts gérées selon les principes du développement durable | Label imprim'Vert |

