



DOSSIER DE PRESSE

SEMINAIRE **DIABETE**



Séminaire Diabète

Contact :

Dr Dominique Mégraoua, pilote du Programme Diabète

Agence sanitaire et sociale de la NC

Tél 26 90 61 - GSM : 86 95 40 - dominique.megraoua@ass.nc

ass.nc

SOMMAIRE

I. Pourquoi un Séminaire Diabète ?

- L'évaluation externe du Programme Diabète 2006-2010
- Parmi les recommandations de l'évaluation : une phase préparatoire concertée du prochain programme
- Les différents thèmes abordés lors des ateliers du séminaire de préparation du prochain programme
- Le planning du séminaire de préparation du prochain programme

II. Qu'est-ce que le diabète ?

- Le diabète, une maladie grave
- Les facteurs favorisant le diabète
- Les complications entraînées par le diabète
- Le traitement du diabète

III. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

IV. Et en Nouvelle-Calédonie, qu'en est-il de l'épidémie du diabète ?

- Les facteurs spécifiques prédisposant au diabète en Nouvelle-Calédonie
- Le fardeau économique du diabète

V. Cette prédisposition génétique, présente depuis des siècles, est-elle responsable de l'explosion du nombre de diabétiques ?

VI. Y-a-t-il des liens entre l'alimentation et le diabète ?

VII. Pourquoi le surpoids rend-t-il diabétique les personnes prédisposées ?

VIII. Comment vit-on avec le diabète ? Comment éviter les complications ?

IX. La prévention de l'épidémie de diabète de type 2 est-elle possible ? Et à quelles conditions ?

Pour élaborer le prochain Programme Diabète 2011 - 2015 de la NC.

Un Programme spécifique sur le diabète a été défini en 2005 à partir des éléments d'épidémiologie propres à la Nouvelle-Calédonie, de la réflexion initiale conduite par le Dr Dorey de l'ASS-NC et des travaux de différents groupes de professionnels des trois provinces, de la CAFAT, du CHT et du secteur libéral.

Le Programme Diabète arrivant à échéance fin 2010, l'ASS-NC a souhaité faire réaliser une évaluation par une société extérieure, spécialisée en santé publique. CEMKA-EVAL a été mandatée par ce faire.

L'évaluation externe du Programme Diabète 2006-2010

Un point a été fait sur l'épidémiologie du diabète, le bilan des actions du Programme, et enfin des recommandations ont été proposées pour l'élaboration du prochain Programme Diabète.

Objectifs et méthodologie de l'évaluation

L'évaluation externe du Programme Diabète a eu pour objectifs de :

- Fournir les éléments de réflexion sur la situation actuelle du diabète en Nouvelle-Calédonie et de sa prise en charge ;
- Dresser un bilan des actions mises en œuvre dans le cadre du Programme ;
- Etablir un bilan des forces et des faiblesses actuelles du Programme ;
- Proposer des recommandations d'amélioration et/ou des réorientations pour la mise en œuvre d'un nouveau Programme Diabète.

Elle n'a pas traité des aspects en rapport avec l'obésité qui font l'objet désormais d'un Programme spécifique de Prévention des Pathologies de Surcharge.

Questions évaluatives

Un état des lieux exhaustif et actualisé des éléments disponibles sur l'épidémiologie du diabète et ses conditions de prise en charge en NC a été dressé avant d'examiner le contenu du programme lui-même.

En ce qui concerne ce dernier, les questions évaluatives générales abordées ont été les suivantes :

La mise en œuvre du Programme a-t-elle été conforme à ce qui était prévu ?

- Bilan des actions mises en œuvre par rapport à ce qui était prévu
- Principaux obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des actions

Quel a été le niveau d'acceptation du Programme par les différents partenaires, par les professionnels de santé concernés et par les patients ?

- Points forts et faiblesses identifiés par les acteurs et partenaires
- Suggestions d'amélioration / d'évolution / Besoins non encore couverts

Que peut-on dire de la gouvernance du Programme, de son organisation générale, de son implantation territoriale ?

- Modalités de suivi et pilotage du programme et des actions
- Articulation avec les autres programmes de l'ASS-NC et notamment le Programme Prévention des Pathologies de Surcharge
- Evaluation (suivi des indicateurs prévus) / Systèmes d'informations mis en place

Difficultés rencontrées / Succès observés dans le pilotage du Programme. Que peut-on dire de l'efficacité du programme : Quels sont ses effets / résultats observés ?

- Par rapport aux objectifs visés par chacune des actions, quels ont été les résultats obtenus ?
- Quels sont les effets induits inattendus ?

Quelles recommandations peut-on formuler pour le futur Programme Diabète ?

La question de l'efficience économique (ratio coût-efficacité) et celle des conséquences budgétaires des actions n'ont pas été abordées dans le cadre de ce travail centré sur les questions de santé publique.

Parmi les recommandations de l'évaluation : une phase préparatoire concertée du prochain programme

Les recommandations qui ont été formulées sont liées aux principaux points de vigilance qui ont été relevés. Plus concrètement, une recommandation forte a été produite qui concerne en fait l'adhésion des acteurs et la gouvernance du futur programme.

Une phase préparatoire concertée

- Il est naturellement nécessaire **d'associer tous les acteurs de terrain** concernés, à l'élaboration du Programme Diabète² : Podologues, diététiciennes, infirmiers libéraux, orthoptistes, biologistes, mutuelles, association des diabétiques, sages-femmes, assistantes sociales, médecins généralistes libéraux et médecins généralistes de dispensaires ou centres médico-sociaux périphériques, spécialistes libéraux et hospitaliers, médecins et infirmières scolaires, médecine du travail, médecins conseils. Il conviendrait sans doute également d'associer des ethno-psychologues, des psychologues transculturels ce qui pourrait constituer un élément supplémentaire en vue d'une meilleure adaptation.
- Le nouveau Programme doit être élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels sanitaires mais également **avec la participation des autorités politiques et coutumières** afin qu'il s'articule sur un plan de politique générale avec d'autres actions, plans ou programmes. Une illustration concrète de cette nécessité peut être trouvée dans les plans de développement territoriaux mais aussi dans toutes les questions imposant une évolution des réglementations.
- Il semble enfin nécessaire de redonner **la parole aux patients** à tous les niveaux : il s'agit de considérer le patient diabétique comme un acteur de sa prise en charge et de prendre en compte les attentes et difficultés qu'il rencontre. Ecouter les patients ou leurs représentants permettrait sans doute de mieux comprendre **leurs besoins et attentes** et de mieux adapter les réponses.

La présence de la presse lors de cette conférence permettrait une médiatisation qui ne peut qu'être bénéfique pour l'information des populations concernées et pour la mobilisation des professionnels sur l'ensemble du territoire mais aussi sur le plan de la crédibilisation des futures politiques de santé territoriale.

Lors du séminaire, une réflexion sur la perception du diabète dans les cultures mélanésienne et océanienne pourrait être également conduite. Cette réflexion pourrait s'inscrire dans un cadre plus général sur les rapports entre le système de santé et les populations qui en bénéficient.

C'est dans ce cadre que l'ASS-NC organise un séminaire préparatoire du prochain programme.

Les différents thèmes abordés lors des ateliers du séminaire de préparation du prochain programme

La coordination du séminaire Diabète a donné lieu à la constitution d'un comité de pilotage.

Les différents ateliers sont :

- Dépistage du diabète
- Coordination des acteurs autour du patient diabétique
- Comment tirer profit des particularités économiques, sociales et culturelles des patients diabétiques
- Implication des patients diabétiques
- Education thérapeutique du patient diabétique
- Diététique et diabète
- Activité physique et diabète / Pied et diabète
- Psychologie et diabète
- Formation des professionnels
- Diabète et grossesse / Diabète de l'enfant
- Coordination et pilotage du programme

Chaque atelier est préparé par un groupe de travail animé par un pilote et un copilote.

Le planning du séminaire de préparation du prochain programme

Le Séminaire Diabète aura lieu les 28, 29 et 30 avril au Méridien de Nouméa.

Jeudi 28 avril	Vendredi 29 avril	Samedi 30 avril
<p>8h00 : Accueil / café Ouverture</p> <p>8h30 : Présentations</p> <p>9h00 à 10h30 :</p> <p>Atelier du matin</p> <ul style="list-style-type: none">• Comment tirer profit des particularités économiques, sociales et culturelles des patients diabétiques <p>10h30 : Pause café</p> <p>11h00 : Restitutions</p> <p>11h30 : Questions et fin</p> <p>12h00 : Repas</p> <p>13h30 : Présentations</p> <p>14h00 à 15h30 :</p> <p>Ateliers de l'après-midi</p> <ul style="list-style-type: none">• Education thérapeutique du patient diabétique• Diabète et grossesse / Diabète de l'enfant <p>15h30 : Pause café</p> <p>16h00 : Restitutions</p> <p>16h30 : Questions et fin</p>	<p>8h00 : Accueil / café</p> <p>8h30 : Présentations</p> <p>9h00 à 10h30 :</p> <p>Ateliers du matin</p> <ul style="list-style-type: none">• Diététique et diabète• Coordination et pilotage du programme <p>10h30 : Pause café</p> <p>11h00 : Restitutions</p> <p>11h30 : Questions et fin</p> <p>12h00 : Repas</p> <p>13h30 : Présentations</p> <p>14h00 à 15h30 :</p> <p>Ateliers de l'après-midi</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordination des acteurs autour du patient diabétique• Activité physique et diabète/ Pied et diabète <p>15h30 : Pause café</p> <p>16h00 : Restitutions</p> <p>16h30 : Questions et fin</p> <p>19h00 : Apéritif dînatoire</p> <p>19h30 : Présentations</p> <p>20h00 à 21h30 :</p> <p>Ateliers du soir</p> <ul style="list-style-type: none">• Implication des patients diabétiques• Psychologie et diabète <p>22h00 : Restitutions et fin</p>	<p>8h00 : Accueil / café</p> <p>8h30 : Présentations</p> <p>9h00 à 10h30 :</p> <p>Ateliers du matin</p> <ul style="list-style-type: none">• Dépistage du diabète• Formation des professionnels <p>10h30 : Pause café</p> <p>11h00 : Restitutions</p> <p>11h30 : Questions et fin</p> <p>12h00 : Cocktail de clôture</p>



II - QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE ?

Le diabète une maladie grave

Le diabète est une maladie grave et incurable mais dans une grande majorité des cas évitable, et qui se caractérise par un excès de sucre (le glucose) dans le sang. Le diagnostic est posé lorsque le taux sanguin (la glycémie) à jeun atteint ou dépasse à deux reprises 1,26 gramme par litre. Il existe 3 sortes de diabète :

Le diabète de type 1 (anciennement appelé insulino-dépendant), en rapport avec un phénomène auto-immun responsable de la destruction sélective (par des auto anticorps et les lymphocytes) des cellules du pancréas sécrétant l'insuline. Non traité par l'insuline, seule hormone capable de faire baisser la glycémie, le patient meurt rapidement. Sa fréquence est stable dans le temps et n'est pas influencée par les facteurs nutritionnels.

Le diabète de type 2 (anciennement appelé non-insulinodépendant, ou diabète gras), touche 90% des diabétiques, il s'installe de façon progressive, se traite initialement par des règles hygiéno-diététiques, puis des comprimés et enfin, fréquemment, en raison de la destruction progressive des cellules du pancréas et de la carence en insuline endogène qui en résulte, par l'administration d'insuline exogène.

Pendant de longues années, ce diabète n'est responsable d'aucun symptôme et ne peut être diagnostiqué qu'à l'occasion d'un prélèvement sanguin avec dosage de la glycémie. C'est néanmoins pendant cette période que se constituent silencieusement les complications du diabète, essentiellement vasculaires et neurologiques, responsables à terme de la morbidité et de la mortalité du diabète (la mortalité par infarctus du myocarde est multipliée par 2 à 4 chez les diabétiques). Il est donc essentiel de dépister et traiter le diabète avant la survenue de ces complications.

Le diabète gestationnel

Il se manifeste pendant la grossesse (fin du 2e et au 3e trimestre) et dans 90 % des cas, disparaît après l'accouchement. Il affecte à la fois le bébé et la mère. L'enfant risque d'être plus gros que la normale avec hypoglycémie néonatale. Chez la mère, la présence du diabète accroît les risques d'hypertension artérielle, d'infections, augmente le niveau de fatigue et peut causer des complications, (mort in utero, taux de césarienne augmenté). Le diabète de grossesse se traite et se contrôle par l'alimentation et l'adoption d'une bonne hygiène de vie. Si malgré ces changements le diabète n'est pas bien contrôlé, l'utilisation d'insuline deviendra nécessaire.

Les facteurs favorisant le diabète

Même si à ce jour les causes réelles du diabète restent encore inconnues, on sait que **certaines facteurs favorisent son apparition** :

- l'origine ethnique (polynésienne),
- l'hérédité (des antécédents familiaux de diabète de type 2),
- l'obésité,
- une alimentation trop riche et déséquilibrée,
- la sédentarité (manque d'activité physique),
- l'hypertension artérielle,
- l'excès de cholestérol,
- le fait d'avoir mis au monde un gros bébé,
- un poids faible ou élevé à la naissance,
- certains virus (pour le type 1).



Les complications entraînées par le diabète

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont fréquentes et chez les personnes diabétiques sont responsables de 7 à 8 décès sur 10. D'autres facteurs interviennent dans le développement de ces maladies mais la présence du diabète en favorise l'émergence.

La neuropathie

La neuropathie est une complication du diabète. C'est une atteinte du système neurologique. Elle peut entraîner plusieurs problèmes de santé importants : en association avec les insuffisances vasculaires, des complications graves du pied, et notamment le risque d'amputation qui se trouve multiplié par 30.

La néphropathie

Quand le diabète n'est pas bien contrôlé, il y a un excédent de sucre dans le sang. Les vaisseaux se durcissent et des lésions des reins peuvent en résulter : c'est la néphropathie. À un stade avancé, elle conduit à l'insuffisance rénale terminale et à l'hémodialyse.

La rétinopathie et les maladies de l'œil

Le diabète peut être responsable de plusieurs problèmes visuels : la rétinopathie, le glaucome, les cataractes. Ces maladies affectent les différentes composantes de l'œil et par conséquent, la vision.



Le traitement du diabète

Le traitement du diabète a pour but de normaliser la glycémie.

Dans le diabète de type 2, il repose sur des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée et activité physique régulière) et très souvent des médicaments (comprimés et/ou injections d'insuline).

On ne guérit pas du diabète, c'est une maladie nécessitant un traitement à vie.

Le suivi des règles hygiéno-diététiques est incontournable pour équilibrer le diabète, il impose des modifications profondes du mode de vie, qui, pour être acceptées et suivies, nécessitent une éducation thérapeutique de tous les diabétiques.



III - QU'EST-CE QUE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

Vivre avec le diabète n'est pas simple. Tout au long de sa vie, le diabétique et sa famille doivent prendre une multitude de décisions liées à la gestion du diabète. Le diabétique doit surveiller sa glycémie, prendre des médicaments, faire régulièrement de l'exercice physique et adapter ses habitudes alimentaires. De plus, il est souvent confronté à des problèmes engendrés par les complications du diabète et peut également être amené à devoir faire face à des changements de comportement psychologique importants.

L'état de son diabète dépendant dans une large mesure des décisions qu'il prend, il est de la plus haute importance de lui offrir une éducation continue et de qualité, adaptée à ses besoins et dispensée par des professionnels compétents.

Une mauvaise gestion du diabète se traduit généralement par une détérioration de l'état de santé du diabétique et une augmentation du risque de le voir développer des complications.

L'éducation est par conséquent essentielle pour prévenir les complications du diabète.

L'éducation thérapeutique a un rôle important à jouer au niveau de la prévention des complications en aidant les diabétiques à comprendre les risques de leur maladie et à leur fixer des objectifs réalistes pour améliorer leur état de santé.

Aujourd'hui, on constate un déficit d'information des personnes atteintes de diabète concernant les services à leur disposition. Et quand elles sont informées, elles ne sont pas toujours convaincues des bénéfices qu'elles pourraient retirer de l'éducation au diabète. Et pourtant, quand elle est structurée et idéalement dispensée par une équipe multidisciplinaire, l'éducation au diabète constitue un élément central de la prévention et du contrôle de la maladie.

Les modes opératoires de l'éducation au diabète :

L'éducation au diabète comprend des **activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour informer les diabétiques sur leur maladie, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, ainsi que des comportements liés à leur santé et à cette maladie.**

Ces activités ont pour but d'aider le diabétique (ainsi que sa famille) à mieux comprendre cette maladie et son traitement, et à assumer ses responsabilités dans sa propre prise en charge, en vue de l'aider à maintenir et à améliorer sa qualité de vie.

Ses principales finalités sont :

➤ l'acquisition et le maintien par le diabétique de **compétences d'auto soins.**

Parmi elles, l'**acquisition de compétences dites de sécurité** vise à sauvegarder sa vie. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque diabétique.

Les compétences d'auto soins :

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, d'une auto mesure.
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

➤ la mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation.** Elles s'appuient sur son vécu et son expérience antérieure et font partie d'un ensemble plus large de **compétences psychosociales.**

Les compétences d'adaptation :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie sont bien sûr prises en compte pour adapter le programme en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et des outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés.



A qui proposer une éducation au diabète ?

- A tous les patients diabétiques.
- Au moment du diagnostic comme au cours de l'évolution de la maladie.

Qui propose et réalise une éducation diabétique ?

Le médecin traitant propose et oriente vers une structure adaptée aux besoins de son patient.

En Nouvelle-Calédonie (se référer en partie XI) :

- Le CEDD : en petit groupe sous la forme d'un stage en ambulatoire.
- La cellule d'éducation du CHT : lors d'une hospitalisation.
- Les endocrinologues libéraux lors d'une hospitalisation à la clinique.
- Les dispensaires : dans l'intérieur et les îles.

Qu'est-ce qu'une éducation diabétique de qualité ?

Une éducation diabétique de qualité doit :

- **être centrée sur le patient considéré dans son ensemble** (niveau éducatif et culture, et contraintes de vie quotidiennes), permettre une prise de décision partagée et veiller au respect de ses préférences, de son style de vie et de son rythme d'apprentissage ;
- **s'appuyer sur une évaluation des besoins du patient diabétique et de son environnement** (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage identifiées par le patient et le professionnel de santé ;
- **être scientifiquement fondée** et enrichie **par les retours de l'expérience du patient** et de ses proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- **être un processus permanent**, adapté à l'évolution de sa maladie et de son mode de vie ;
- **être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique** et aux techniques pédagogiques, idéalement une équipe pluridisciplinaire et engagée dans un travail en équipe dans la coordination des actions ;
- **être définie en termes d'activités et de contenu**, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs ;
- **inclure une évaluation individuelle** du déroulement du programme.

Et de conclure que l'éducation au diabète fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge du patient diabétique et de ses proches, et qu'elle est indispensable pour permettre aux patients diabétiques de prendre le contrôle de leur maladie.



IV - ET EN NOUVELLE-CALÉDONIE, QU'EN EST-IL DE L'ÉPIDÉMIE DU DIABÈTE ?

Quelques chiffres alarmants

On estime entre **15 000 et 20 000 le nombre de personnes diabétiques en Nouvelle-Calédonie**, soit une prévalence qui oscille entre 8,4% et 15,3% selon les zones géographiques et les ethnies (européens et mélanésiens : 8,4%, polynésiens : 15,3%).

Plus de la moitié d'entre elles serait dans l'ignorance de leur état.

En comparaison, cette prévalence n'est que de **3% en Métropole**. Cette différence peut s'expliquer par **l'accélération de l'occidentalisation des modes de vie, la sédentarité grandissante des populations calédoniennes et la présence d'une forte communauté polynésienne.**

D'une année sur l'autre, le nombre total de diabétiques pris en charge par la CAFAT a augmenté de 10,4% en 2005, 6,3% en 2006, 5,5% en 2007 et 11,1% en 2008. Cette progression augure **d'une explosion du nombre de diabétiques sur les 20 années à venir.**

En 2008, **62%** des diabétiques calédoniens pris en charge par la CAFAT étaient atteints **d'au moins une complication**. **Les maladies cardiovasculaires sont ainsi responsables pour environ 40 % de l'ensemble des décès** et la **rétinopathie est l'une des principales causes de cécité chez les adultes.**

La maladie diabétique est responsable en moyenne d'un **raccourcissement de l'espérance de vie de 9 ans chez la femme et de 15 ans chez l'homme.**

90,6% des diabétiques calédoniens sont atteints de diabète de **type 2**.

Les facteurs spécifiques prédisposant au diabète en Nouvelle-Calédonie

Une prédisposition génétique spécifique, la surcharge pondérale et la sédentarité.

Les facteurs génétiques prédisposant au diabète de type 2 sont retrouvés dans les populations polynésiennes et chez les parents de patients diabétiques de type 2.

L'obésité modérée multiplie par 11,6 chez l'homme et 40,3 chez la femme le risque de présenter un diabète de type 2. La surcharge pondérale et l'obésité touchent toutes les ethnies en Nouvelle-Calédonie (respectivement chez l'homme et chez la femme : 43% et 52% des européens, 46% et 72% des mélanésiens et 72% et 83% des polynésiens).

L'obésité survient de plus en plus précocement, touchant en 1999 sur la Grande Terre, **15,9% des garçons et 18,4% des filles d'âge scolaire, toutes classes confondues, la proportion d'enfants obèses dépassant les 20% après l'âge de 8-9 ans.** De nouvelles données statistiques seront disponibles l'année prochaine.

Ce sont les **enfants d'ethnie polynésienne** qui payent le plus gros tribut, la proportion d'obèses atteignant dans cette population **33,6% des garçons et 37,1% des filles.**

En comparaison, en Métropole, 10,7% des garçons et 14,8% des filles de 9-10 ans, en 1993, étaient obèses.

Le fardeau économique du diabète

Le diabète représente **un poids économique important** : c'est le 2^{ème} diagnostic de prise en charge à 100% par la CAFAT derrière l'hypertension artérielle. En 2004, la dépense moyenne annuelle, hors EVASAN et hors hospitalisation, par diabétique de type 2 sans complication, était de **450 000 F CFP**. En 2008, la CAFAT a dépensé 5,3 milliards de F CFP pour 8 941 diabétiques.

Or, ce sont **les complications du diabète qui représentent le plus gros poids économique de cette maladie.** L'OMS et la Fédération Internationale du Diabète prédisent une augmentation des dépenses de santé liées au diabète très importantes au cours des prochaines décennies.

V - CETTE PREDISPOSITION GENETIQUE, PRESENTE DEPUIS DES SIECLES, EST-ELLE RESPONSABLE DE L'EXPLOSION DU NOMBRE DE DIABETIQUES EN NOUVELLE-CALEDONIE ?

Le patrimoine génétique responsable du diabète permettait depuis des siècles aux populations qui en sont porteuses, de stocker les apports alimentaires sous forme de graisse abdominale péri viscérale, lors des périodes d'abondance. Ainsi, lors des périodes de disette, l'utilisation par l'organisme de ces réserves énergétiques que représentent ces matières grasses permettait la survie et évitait l'extinction de l'espèce. **On parle de « patrimoine génétique d'épargne », il avait son utilité autrefois, mais devient « toxique » en période de sur abondance.**

Autrefois, ces individus devenaient-ils diabétiques en période d'abondance ?

Probablement pas car le diabète pour s'installer nécessite, outre la prédisposition génétique, la présence prolongée de facteurs de risques : surcharge pondérale androïde avant tout et sédentarité. Les modes de vie ancestraux privilégiaient une activité physique régulière, nécessaire à la pêche, la chasse, l'agriculture et les déplacements et une alimentation contenant beaucoup moins de matières grasses qu'actuellement, à base de légumes, féculents et poissons. Ce mode de vie n'entraînait pas de surcharge pondérale car la dépense calorique était régulière et importante et les apports alimentaires modérés en terme de calories (les apports et les dépenses caloriques s'équilibraient).

C'est donc avant tout **l'accélération de l'occidentalisation du mode de vie**, associant **alimentation à forte charge énergétique** (hyper calorique) et de la **sédentarité** qui sont responsables de l'explosion diabétique en Nouvelle-Calédonie.

VI - Y-A-T-IL DES LIENS ENTRE L'ALIMENTATION ET LE DIABETE ?

Tous, nous avons entendu dire que manger trop sucré rend diabétique. L'alimentation à base de boissons, de sauces et de desserts sucrés (sodas, ketchup, gâteaux...) se développe de façon explosive et parallèlement, le nombre de diabétiques s'accroît très rapidement au point de représenter un problème de santé publique majeur, alors qu'il était quasi inexistant en Nouvelle-Calédonie il y a un siècle. Ces augmentations parallèles sembleraient confirmer la culpabilité du sucre dans la genèse de la nouvelle épidémie du XXI^{ème} siècle que représente le diabète.

En effet, manger trop gras et trop abondamment provoque le diabète de type 2 chez les individus prédisposés génétiquement et sédentaires.

Les individus ayant une obésité gynoïde et ne possédant pas de prédisposition génétique ne deviennent habituellement pas diabétiques de type 2.

L'alimentation recommandée actuellement se compose de 35% de lipides, 15% de protides et 50% de glucides. Malheureusement, ces conseils ne sont pas suivis et les quantités de lipides dépassent couramment les 40 - 43% (sous forme de fritures, sauces, charcuteries, matières grasses d'assaisonnement et de cuisson comme les huiles et le lait de coco, viande en trop grande quantité, voire plats cuisinés du commerce) **au détriment des glucides** (sous forme de féculents – pomme de terre, igname, riz, pâtes, semoule - fréquemment vécus, à tort, comme responsables de prise de poids).

Le non-respect de ces recommandations tient pour une part à **leur méconnaissance et aux idées fausses sur l'alimentation mais d'autres facteurs essentiellement culturels**, entrent en jeu.

L'alimentation joue un rôle très important dans l'éducation des enfants, et une part des rapports mère – enfant passe par la nourriture, source de plaisir donné à l'enfant par la maman. Les habitudes et les goûts alimentaires acquis dans l'enfance influenceront toute la vie nutritionnelle de l'individu.

La disparition des rythmes alimentaires réguliers, avec prise alimentaire à tout moment de la journée, favorise l'émergence de l'obésité. La prise alimentaire peut jouer un rôle anxiolytique ou de sédation face au stress (sa répétition régulière conduit à la surcharge pondérale et à l'obésité).

La prise en commun des repas représente une part importante de la vie sociale et manger différemment c'est se montrer différent des autres et s'exclure du groupe social, de la communauté (dont le rôle est particulièrement important dans la culture mélanésienne). On comprend donc les difficultés auxquelles on se heurte quand on souhaite modifier les habitudes alimentaires de l'individu ou du groupe.

VII - POURQUOI LE SURPOIDS REND-T-IL DIABETIQUE LES PERSONNES ? PREDISPOSEES ?

Une augmentation de la **graisse péri viscérale abdominale** est responsable d'une diminution de la sensibilité des tissus cible à l'action de l'insuline, ce phénomène porte le nom d'insulinorésistance. Ainsi, puisque l'insuline agit moins bien, dans un premier temps le pancréas augmente la quantité d'insuline qu'il sécrète pour maintenir une glycémie normale (entre 0.80 et 1.10 g/l à jeun) : c'est le stade d'hyperinsulinisme pré diabétique. Dans un deuxième temps, le pancréas se sclérose progressivement et ne parvient plus à fournir la quantité d'insuline nécessaire au maintien de la glycémie, celle-ci s'élève, le diabète apparaît.

La **sédentarité** accélère l'évolution car l'activité physique améliore l'efficacité de l'insuline. En son absence, le travail de synthèse et de sécrétion d'insuline demandé au pancréas est plus grand, son vieillissement plus rapide et la carence en insuline plus précoce, responsable de l'apparition du diabète. De plus, il a été montré récemment que certaines graisses sanguines avaient un rôle destructeur sur le pancréas.

VIII - COMMENT VIT-ON AVEC LE DIABETE ? COMMENT EVITER LES COMPLICATIONS ?

Le diabète n'empêche pas de mener une vie saine et bien remplie.

Des études ont montré que, par des mesures voulues, on pouvait prévenir ou différer de nombreuses complications du diabète. Il s'agit principalement de mettre en œuvre une prise en charge efficace qui inclut des mesures liées au mode de vie, comme une **bonne alimentation**, de l'**exercice physique**, un **poids approprié** et l'**absence de tabagisme**.

La prise de **médicaments** pour réguler la glycémie, la pression artérielle et le taux de lipides sanguins, ainsi qu'une **surveillance des pieds et des yeux**, jouent également un rôle important dans la prévention des complications du diabète.

C'est aussi tout le sens d'un **dépistage** le plus précoce possible et de l'offre d'une **éducation thérapeutique** aux diabétiques.

En effet, il est important d'aider les personnes atteintes de diabète à acquérir **les connaissances et les compétences** requises pour mieux prendre en charge et accepter leur maladie.

C'est la vocation de plusieurs structures : le Centre d'Education Diabétique et Diététique (CEDD), le CHT Gaston Bourret (Unité Médicale Ambulatoire) et certains dispensaires de l'intérieur et des îles.

IX - LA PREVENTION DE L'ÉPIDÉMIE DE DIABÈTE EST-ELLE POSSIBLE ? ET A QUELLES CONDITIONS ?

Oui !

Il a été démontré que la pratique régulière d'une activité physique (marche, 30 à 45 mn par jour, par exemple) associée à une alimentation peu grasse et le maintien d'un poids normal, permettaient de diminuer significativement le risque de diabète chez les sujets à fort risque de devenir diabétique.

Des médicaments ont été expérimentés avec une certaine efficacité, mais ils ne sont pas sans inconvénients, ne serait-ce qu'économiques.

Il est donc nécessaire de mettre en œuvre une éducation alimentaire précoce qui favorise l'équilibre alimentaire, de développer l'activité physique (marche, vélo, culture vivrière familiale, cette dernière activité permettant d'accéder aisément à des produits bénéfiques mais assez coûteux dans le commerce et favorisant la dépense physique) au détriment du « tout voiture », **de réduire les publicités incitant à une alimentation déséquilibrée et d'encadrer la publicité destinée aux enfants.**

Car les enfants obèses d'aujourd'hui seront potentiellement les diabétiques de demain.

Les cas de diabète qui apparaîtront dans 20 ans sont donc déjà « fabriqués ». Les actions de prévention mises en œuvre aujourd'hui visent principalement à limiter la prise de poids de la population calédonienne et ne montreront leurs résultats que dans ... 40 ans !

