



La lettre

INSTITUT BENJAMIN DELESSERT

numéro 10 | Avril 2009

L E T T R E D ' I N F O R M A T I O N

L'actualité de ce dixième numéro de La Lettre de l'Institut Benjamin Delessert, est centrée sur deux événements phares de l'hiver 2008-2009.

Tout d'abord le Prix Benjamin Delessert, qui a été remis au Professeur André Grimaldi, diabétologue au Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris, à l'occasion de la 49^{ème} Journée Annuelle de Nutrition et de Diététique. Cette manifestation, qui s'est tenue le 30 janvier au CNIT Paris-La Défense, a réuni 950 participants pour une journée de conférences. A cette occasion, le Pr. Grimaldi nous a fait bénéficier d'une partie de son expérience personnelle au travers de sa Lecture Benjamin Delessert, qu'il avait centrée sur le thème de l'éducation thérapeutique. Brillant orateur, il nous a exposé sa conception de ce que devrait idéalement être la relation médecin-malade, notamment dans la prise en charge de maladies chroniques telles que le diabète.

L'autre événement est la publication, dans le cadre d'un numéro Hors-Série des Cahiers de Nutrition et de Diététique (décembre 2008), de l'intégralité des interventions qui ont eu lieu lors du Symposium International, organisé en février 2008 par l'Institut Benjamin Delessert. Ce recueil, intitulé « Sucres et contrôle pondéral », réunit les articles développant l'ensemble des communications orales des intervenants. L'accord de publication, donné à ce recueil témoigne, s'il en était besoin, de la rigueur scientifique et de la grande qualité des textes fournis.

Marie-Sylvie Billaux
Secrétaire générale

RENCONTRE

La remise du Prix Benjamin Delessert est, chaque année lors de la Journée Annuelle de Nutrition et de Diététique, l'occasion pour le lauréat de se livrer à un exercice difficile, celui de la traditionnelle Lecture Benjamin Delessert. Le 30 janvier dernier, le Pr. André GRIMALDI, Chef du Service de Diabétologie – Métabolisme au Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris, nous a offert une intervention de grande qualité sur le thème de l'éducation thérapeutique. Il a bien voulu répondre à nos questions, pour ouvrir la perspective sur ce sujet qui ne peut qu'éveiller l'intérêt chez tous ceux et celles qui participent à la prise en charge de pathologies chroniques et, notamment, celles en rapport avec la nutrition.



De gauche à droite : Pr. B. Messing, Pr. B. Guy-Grand, Pr. A. Grimaldi

IBD : Pr. GRIMALDI bonjour. La première question qui nous vient naturellement à l'esprit c'est : pourquoi le choix de cette thématique ?

Pr. GRIMALDI : En fait lorsque, comme moi, on approche de la fin de sa carrière et que l'on prend quelques distances avec ce que fut notre pratique, on s'interroge logiquement sur ce qui est essentiel. Pour moi, après avoir consacré pas mal de temps à la recherche clinique, la chose essentielle est, au final, la relation médecin-malade. Les problèmes psychologiques ou philosophiques qui s'y rattachent, me semblent tout à fait incontournables. Et cela mène inmanquablement à se poser la question des raisons pour lesquelles on a choisi le métier de médecin.

La réflexion sur cette relation particulière, dépend certes des travaux, de recherche théorique et pratique, mais elle est aussi conditionnée par l'expérience accumulée auprès des patients. Et cette expérience, véritablement irremplaçable, ne peut se concevoir que sur le long terme. Mes pairs m'ont beaucoup appris, mais les patients aussi.

➔ suite page 2

RENCONTRE

Pr. André Grimaldi

page 1

FOCUS

4 questions à... Fabrizio Andreelli

pages 3

ÉVÈNEMENT

Publications

page 4

ÉVÈNEMENT

Appel à candidature

page 4



→ suite de la page 1 :

Et par cette Lecture, j'ai souhaité faire part d'un peu de mes acquis, pour permettre le cas échéant, de faciliter, le chemin d'autres praticiens et si possible de leur raccourcir la route.

IBD : Selon vous, quelles sont les particularités du diabète sur le plan de l'éducation thérapeutique ?

Pr. GRIMALDI : Cette maladie a ceci de particulier que le malade joue un rôle considérable dans sa prise en charge. Le diabète impacte de très nombreux aspects de la vie du patient comme l'activité physique, l'alimentation, la vie sociale... Contrairement à d'autres pathologies chroniques, telles que l'hypertension, où l'individu participe au final assez modestement à son traitement et où on ne lui demande pour ainsi dire que d'être observant, le diabète est une affection au cours de laquelle le patient doit participer pleinement et activement à sa prise en charge. Il doit acquérir une vraie compétence dans la gestion de sa propre maladie.

IBD : Dans le titre de votre intervention, qu'entendez-vous par « une partie qui se joue à 4 » ?

Pr. GRIMALDI : Quand je dis à quatre, c'est en fait deux à deux. Le patient est habité par une dualité : celle qui d'une part met en jeu son Moi « rationnel », celui qui est en rapport avec les compétences thérapeutiques qu'il va acquérir et apprendre à manier. Et celle de son Moi « identitaire », régi par les lois de l'homéostasie thymique et

ayant pour objet d'optimiser le plaisir, en tout cas de limiter le déplaisir. En face, le médecin va devoir aider son patient à prendre du recul, à analyser le fonctionnement de cette dualité, pour réconcilier autant que possible ces deux « Moi », et atteindre les objectifs fixés. Quand je dis que la partie se joue à quatre, c'est aussi parce que le médecin, en miroir, doit utiliser des compétences pédagogiques pour s'adresser au Moi « rationnel » de son interlocuteur et des compétences psychologiques pour aider le Moi « identitaire » du patient à trouver le compromis le plus acceptable entre ce qu'il souhaite et ce qui est souhaitable pour lui. Ainsi grâce à cette métacognition favorisée par son médecin, le patient va pouvoir utiliser d'une manière efficace, les deux outils à sa disposition. D'un côté les outils techniques acquis par l'apprentissage, et de l'autre lui-même, entité éminemment complexe qui peut être aidant ou opposant.

Ce cadre général est bien sûr variable d'une personne à l'autre. Au sein de la démarche de l'éducation thérapeutique, on doit avant toute chose adapter la prise en charge à chaque patient : pour certains, une visite régulière et fréquente, pour d'autres, plus autonomes, des rendez-vous plus espacés et plus flexibles. Il ne faut surtout pas procéder, comme c'est hélas encore le cas le plus souvent, de manière stéréotypée avec une visite tous les 2 ou 3 mois pour tous, d'une durée formatée... Cela ne convient pas à la prise en charge de la mal-

adie chronique en général, et au modèle de l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, l'éducation thérapeutique doit procéder en cohérence au sein même d'un service hospitalier. Elle concerne tous les soignants, toutes les formes de prise en charge, et pas seulement un petit espace dédié dans un coin du service, et isolé du reste du fonctionnement du service.

IBD : En quoi l'éducation thérapeutique a-t-elle selon vous, bouleversé la relation médecin-malade ?

Pr. GRIMALDI : En fait, il existe cinq grandes catégories de relation médecin-malade. La première est la relation, que je pourrais qualifier d'historique, autrefois dominante, c'est la relation « paternaliste » où le malade est infantilisé. Elle demeure somme toute relativement adaptée dans les situations aiguës et menaçantes où, face à l'attitude régressive du patient, celle, paternaliste, du soignant, n'est pas forcément malvenue. Il y a aussi la relation dite objectivante scientifique, où le malade n'est en fait qu'un « porteur d'organes » et qui va de pair avec une médecine prescriptive. A l'opposé, il y a les malades qui objectivent le médecin et le transforment en prestataire. Ils lui présentent alors leur liste de médicaments comme une liste de courses ! La quatrième typologie est la relation post-moderne relativiste. Il n'y a plus de limite claire entre le médecin et le patient, ils sont un peu copains. Cette forme est issue notamment du grand désarroi des médecins à

l'époque des débuts du SIDA où ils n'avaient que peu de moyens thérapeutiques et se trouvaient souvent limités à l'accompagnement des malades. La cinquième catégorie, enfin, est celle que l'on souhaite développer, celle du partenariat. Grâce à l'éducation thérapeutique du patient et à l'empathie du soignant, chacun peut en partie prendre la place de l'autre tout en gardant la sienne. Cette relation de partenariat a la particularité de permettre au patient de choisir sa forme de relation. Celle-ci peut par exemple être temporairement régressive, ou au contraire distanciée « objectivante ». Le partenariat implique une relation d'égalité, bien qu'elle soit totalement asymétrique : l'un demande de l'aide et l'autre lui apporte cette aide.

IBD : Pr. GRIMALDI, quel message souhaitez-vous apporter en conclusion ?

Pr. GRIMALDI : Je pense que l'éducation thérapeutique a tout à gagner à progresser à travers des débats : des débats d'orientation, de pratique, de concepts... en évitant des débats abstraits qui n'ont pas d'application pratique pour les cliniciens. C'est ce que je m'attache à réaliser depuis trois ans dans le cadre de symposiums nationaux et des journées d'éducation thérapeutique de notre CHU. ■

4 questions à... Fabrizio Andreelli*

Chaque année l'Institut Benjamin Delessert attribue des prix de projets de recherche à des travaux, permettant d'améliorer les connaissances en nutrition humaine. En 2005, Fabrizio Andreelli et son équipe ont reçu une dotation pour mener à bien leur travail exploratoire de la chirurgie bariatrique dans l'obésité morbide. Quatre ans plus tard, nous avons souhaité faire avec lui, le point sur l'issue des expérimentations animales pratiquées, à l'occasion de la publication d'un article de synthèse dans la revue internationale *Cell Metabolism*.

IBD : M. Andreelli pouvez-vous nous resituer votre étude dans son contexte ?

F. Andreelli : Les procédures de chirurgie bariatrique se développent et se diversifient actuellement beaucoup, en parallèle à cette « flambée » de l'obésité que nous observons au niveau mondial. Nos expérimentations ont eu comme objectif initial de mieux comprendre les modifications du profil métabolique, que l'on peut mettre en évidence chez des patients ayant subi un type particulier de chirurgie, celle faisant appel à la technique du court-circuit ou by-pass. Les cliniciens constatent en effet très précocement, une amélioration de la sensibilité à l'insuline et de la sécrétion de cette hormone, avant même que la réduction pondérale ne soit notable chez leurs patients obèses diabétiques.

IBD : Comment avez-vous procédé ?

F. Andreelli : Nous avons dû, en premier lieu, adapter la technique de résection-anastomose dite « Roux-en-Y », pour la transposer sur des modèles murins. Pratiquée chez l'homme, cette procédure aboutit à la résection des deux tiers inférieurs de l'estomac et du grêle proximal jusqu'à 2m environ de la jonction iléocœcale. Le rétablissement de la continuité conduit notamment à une malabsorption liée à l'exclusion du duodénum, les aliments passant directement de l'estomac

restant au grêle distal. Nous avons ensuite opéré des souris, préférentiellement soumises à un régime gras dans le but de reproduire la situation métabolique de sujets obèses diabétiques. Nous avons ainsi comparé les effets de deux principes de la chirurgie bariatrique : le court-circuit digestif et la restriction gastrique pure via un « anneau » gastrique, procédure que nous avons également dû mettre au point chez la souris.

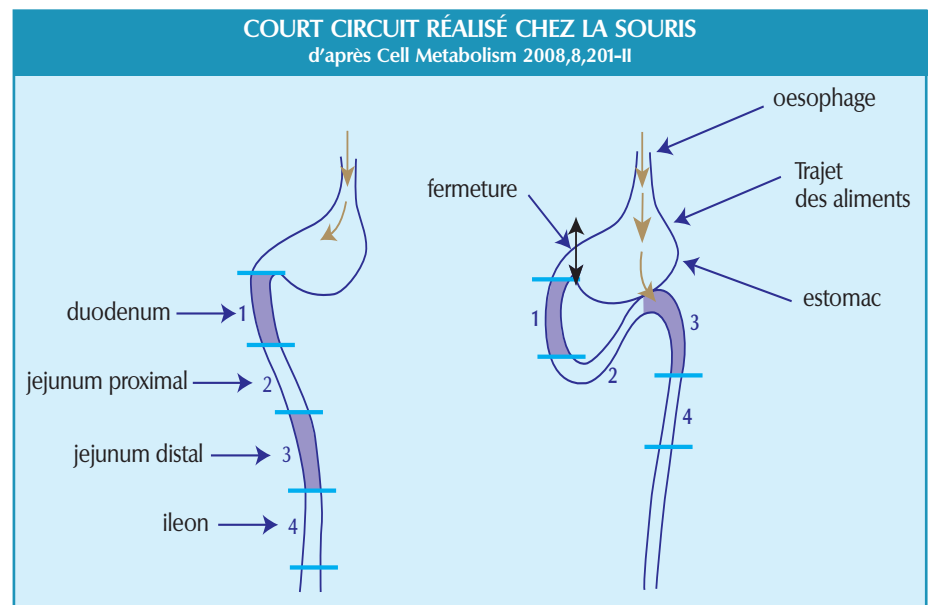
IBD : Et quels résultats avez-vous obtenus ?

F. Andreelli : Nous avons dans un premier temps mis en évidence l'amélioration rapide et précoce du profil métabolique (tolérance au glucose, insulinosécrétion

et sensibilité à l'insuline) des souris soumises au by-pass, avec réduction de la prise alimentaire, et non chez les autres souris, ayant subi la procédure de restriction gastrique, alors même que l'évolution pondérale et le régime alimentaire post-opératoires étaient comparables.

Nous avons ensuite cherché l'explication à ce phénomène surprenant, en testant l'hypothèse d'un rôle joué par l'intestin, via la néoglucogenèse intestinale. Et de fait, nous avons constaté que spécifiquement après la chirurgie de by-pass, l'in-

signal de la présence de glucose dans ce vaisseau. Ainsi, les souris « by-pass », dont les fibres nerveuses autonomes avaient été endommagées par un neurotoxique (capsaïcine), voyaient leur prise alimentaire et leur métabolisme revenir à l'état antérieur à la chirurgie. Ces résultats témoignaient de l'importance de la détection de l'enrichissement portal en glucose par un détecteur spécialisé capable de transcrire ce signal métabolique en un influx nerveux vers le cerveau (en particulier les centres de la satiété et les centres de contrôle de la production hépa-



testin devenait un organe producteur de glucose. Ceci permettait d'enrichir le sang de la veine porte en glucose, créant un nouveau signal métabolique important pour contrôler la production hépatique de glucose et la prise alimentaire. Pour pousser l'explication encore plus loin, nous nous sommes intéressés ensuite au devenir de ce glucose portal. En effet, celui-ci est détecté dans la veine porte par un capteur nécessitant un transporteur de type GLUT2. Nous avons fait appel à des souris déficientes en GLUT2 et observé que les bénéfices métaboliques obtenus avec la procédure du by-pass étaient supprimés. De la même façon, nous avons confirmé le rôle joué par le système nerveux autonome, situé à proximité de la veine porte, dans la transmission du

signal de glucose).

IBD : Quelles implications pratiques en santé humaine imaginez-vous pour vos travaux ?

F. Andreelli : Ces expérimentations confirment clairement que l'intestin grêle n'est pas seulement un simple « tube digestif », mais qu'il a au contraire une fonction métabolique propre. Cette fonction pourrait bien faire de lui un acteur incontournable de la régulation de la prise alimentaire et de la régulation glycémique. C'est aussi un pas de plus vers une meilleure connaissance de la physiopathologie du diabète de type 2. ■



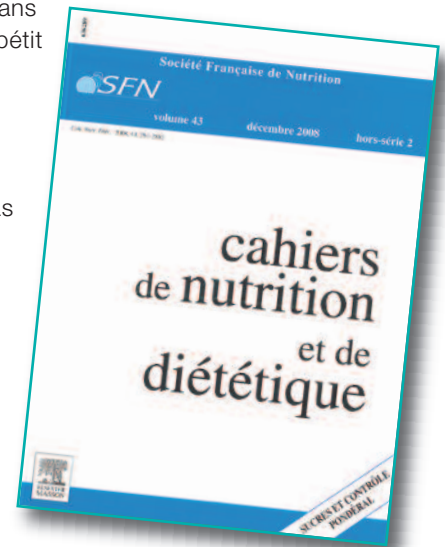
Publications

Il y a un an (12 Février 2008), l'Institut Benjamin Delessert organisait un symposium d'envergure internationale intitulé « Sucres et contrôle pondéral ». Il avait pour objet de faire un large tour d'horizon des dernières données de la littérature scientifique, sur les éventuelles relations entre la consommation et le métabolisme des sucres, et le contrôle de l'homéostasie énergétique. Les communications qui se sont succédées lors de cette journée, sont désormais réunies dans un numéro Hors Série des Cahiers de Nutrition et de Diététique (Cah. Nutr. Diet. 43, Hors-série 2, 2008. Editeur : Elsevier-Masson).

Ce recueil d'articles reflète parfaitement la complexité mais aussi l'intérêt de la thématique choisie par le comité scientifique composé de B. Guy-Grand, F. Bellisle et M. Laville. Figurent au sommaire :

- Les sucres dans l'alimentation : de quoi parle-t-on ? (B. Guy-Grand)
- Effets métaboliques différentiels des sucres (J. Girard)
- Sucres, métabolisme musculaire et exercice physique (J-A. Nazare, F. Peronnet, M. Laville)

- Sucres et poids corporel : analyse des données épidémiologiques (AM. Stephen, CH. Thane)
- Index glycémique, index insulémique et régulation du poids corporel (TMS Wolever)
- Bilan énergétique : aliments sucrés solides vs liquides, quelle différence? (A. Drewnowski)
- Le rôle du sucré dans le contrôle de l'appétit (J. Blundell, G. Finlayson)
- L'acquisition des préférences alimentaires : le cas du goût sucré (S. Nicklaus, C. Schwartz)
- Addiction au goût sucré : vrai ou faux débat ? (F. Bellisle)
- Le sucre : de l'idéalisation à l'ostracisme (J. Csergo)



Ce Hors-série est disponible sur simple demande à : ibd@institut-b-delessert.asso.fr

PRIX DE PROJETS DE RECHERCHE 2009

Appel à candidature

Objet : Dans le cadre de sa vocation à aider la recherche en nutrition, l'Institut Benjamin Delessert soutient financièrement des projets de recherche originaux, en relation directe ou indirecte avec les glucides, dans les domaines des sciences médicales, humaines et sociales.

Dotation : La dotation globale pour 2009 est de 100.000 €. Le montant de chaque prix est déterminé par le jury : il ne peut être supérieur à 20.000 €.

Modalités : Demander un dossier de candidature à l'Institut Benjamin Delessert

23, avenue d'Iéna
75116 Paris
tél. : 01 45 53 41 69
fax : 01 47 27 66 74
E-Mail : ibd@institut-b-delessert.asso.fr
www.institut-benjamin-delessert.net
Ouverture de l'appel à candidature : 30 avril 2009

JURY

Le Comité Scientifique des Prix de Projets de Recherche constitue le jury.

Président : Professeur Bernard MESSING (Nutrition et Gastro-Entérologie, Paris)

Membres : France BELLISLE, Docteur-ès-Sciences (Nutrition et Science du Comportement, Paris)

Professeur Dominique DARMAUN (Nutrition et Pédiatrie, Nantes)

Professeur Bernard GUY-GRAND (Nutrition et Obésité, Paris)

Docteur Jean-Michel LECERF (Nutrition, Épidémiologie, Santé Publique, Lille)

Professeur Joëlle OGIER (Nutrition et Odontologie, Strasbourg)

Pr. Jean-Pierre POULAIN, Docteur-ès-Lettres (Sociologie de l'alimentation, Toulouse)

Docteur Dominique SIMON (Nutrition et Diabétologie, Paris)

Clôture de l'appel à candidature : 30 septembre 2009