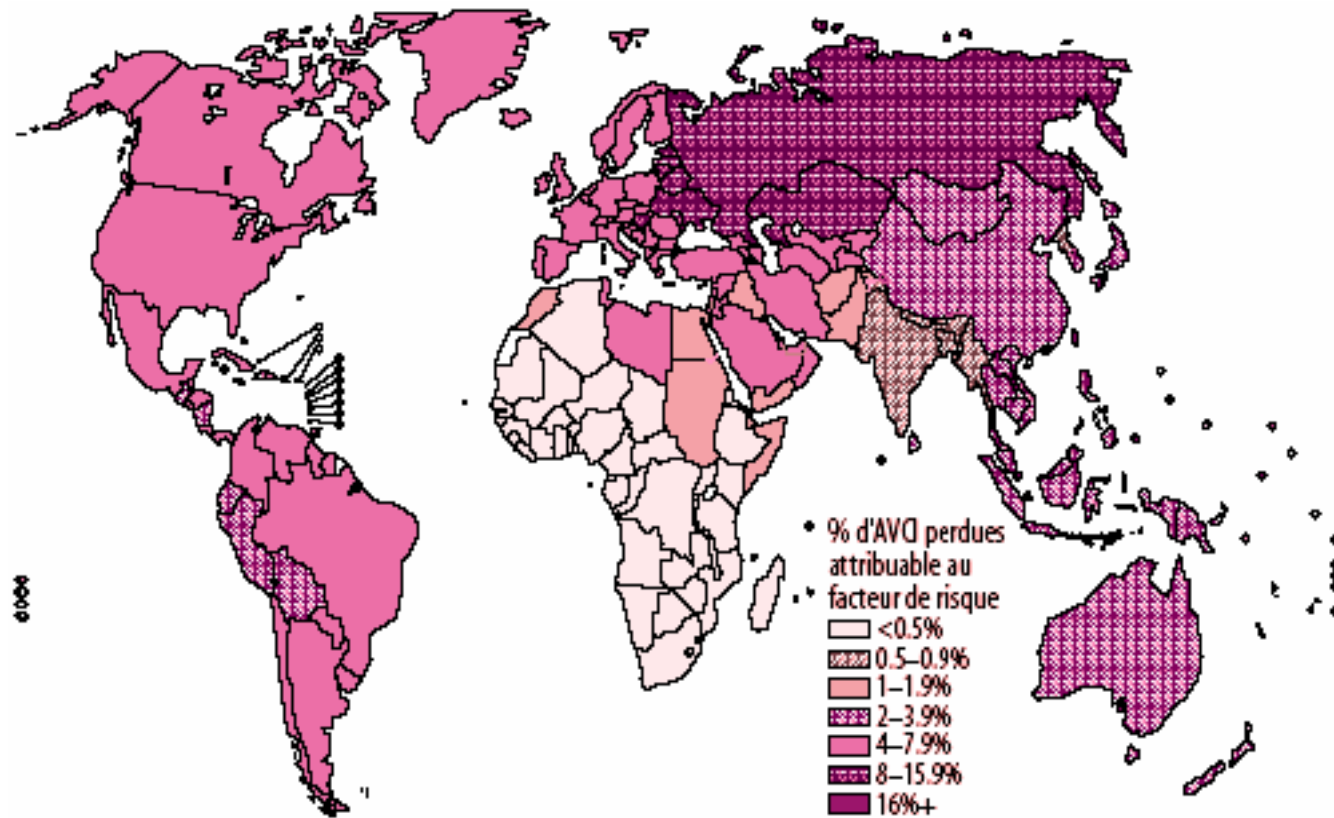


RISQUE NUTRITIONNEL
Maladies de Surcharge et Diabète Sucré
dans les Pays en développement

Épidémiologie

JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux

Surcharge pondérale (IMC)



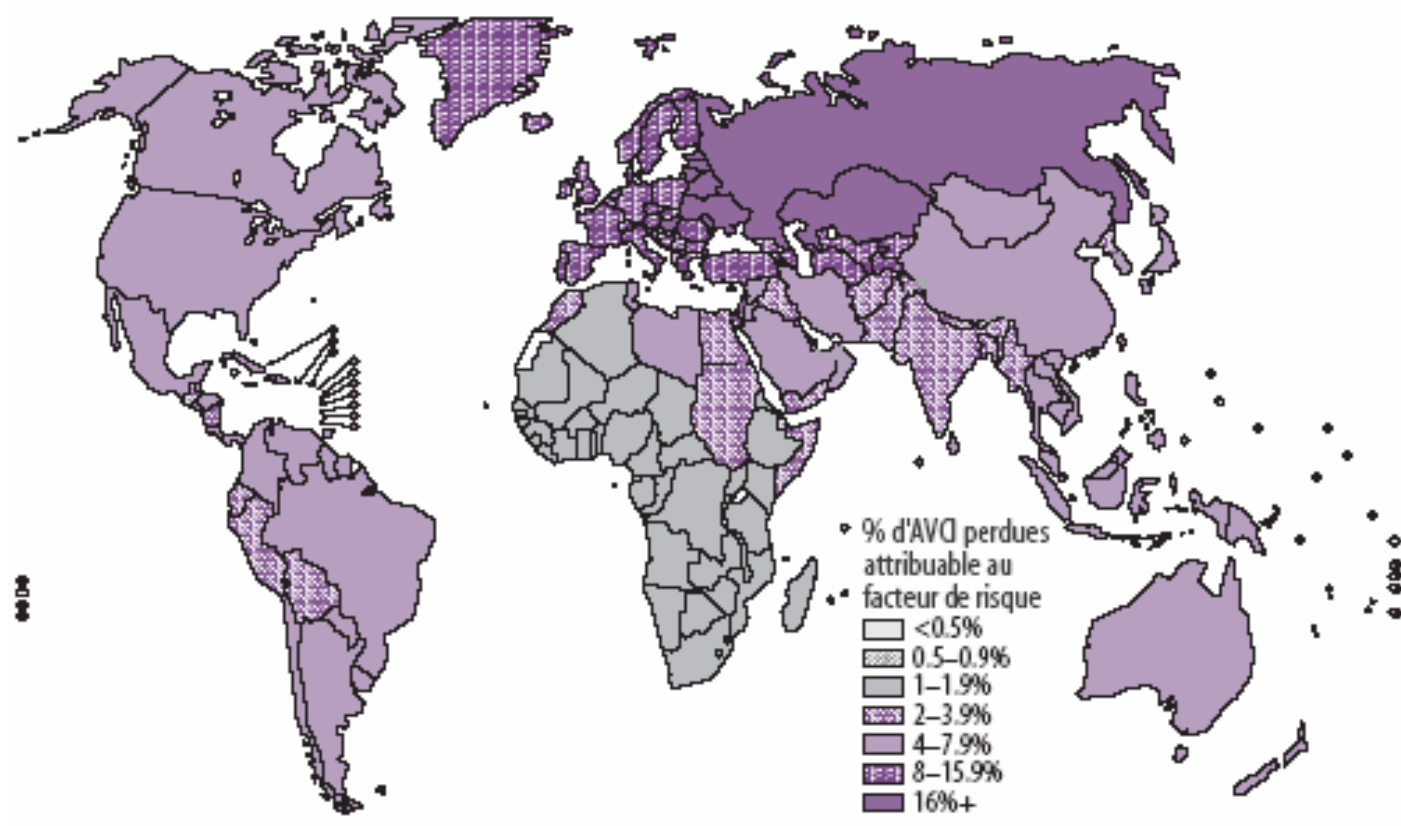
OMS : charge morbide attribuable : % AVCI perdues

Surcharge pondérale (IMC)

Concerne dans le monde :

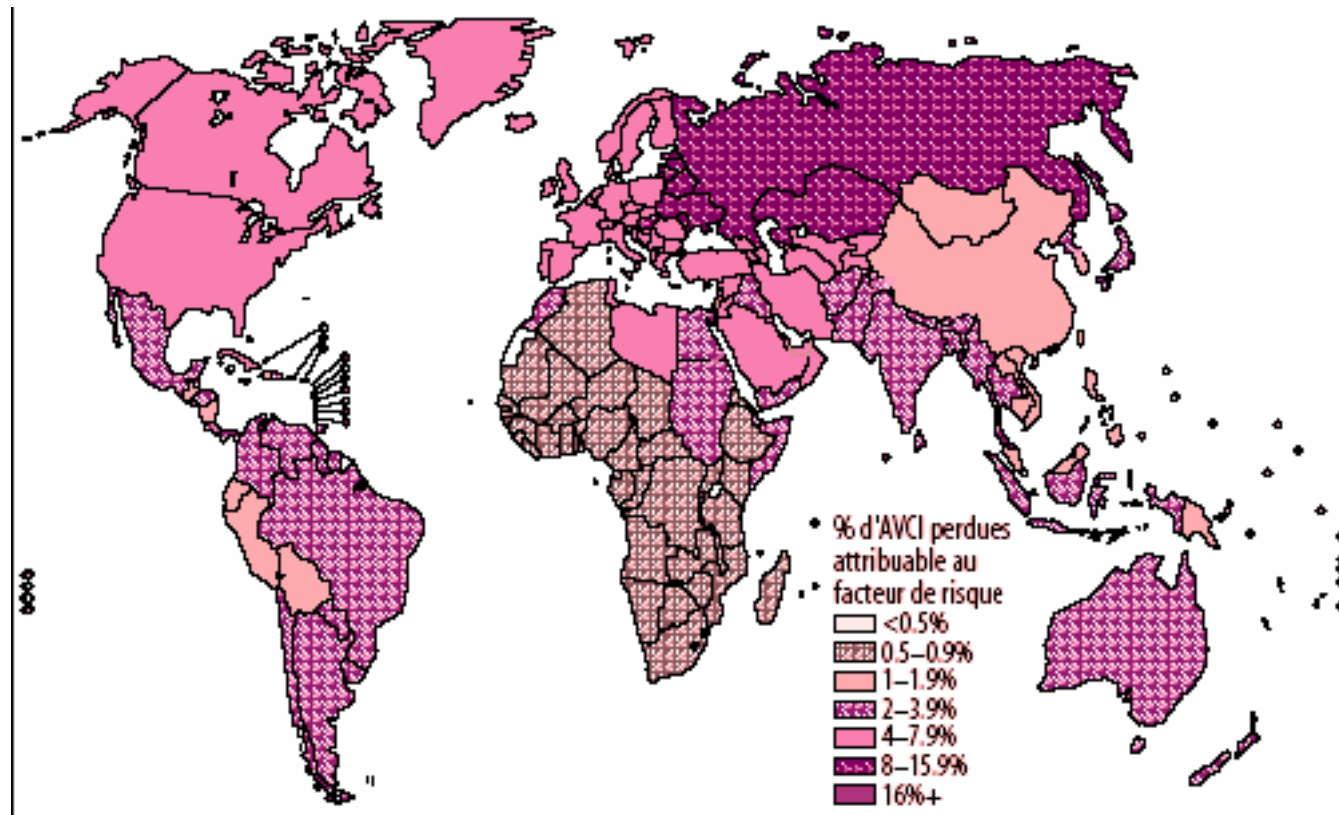
- **302 millions d'adultes**
- **21.5 millions d'enfants**

Hypertension Artérielle



OMS charge morbide attribuable : % AVCI perdues

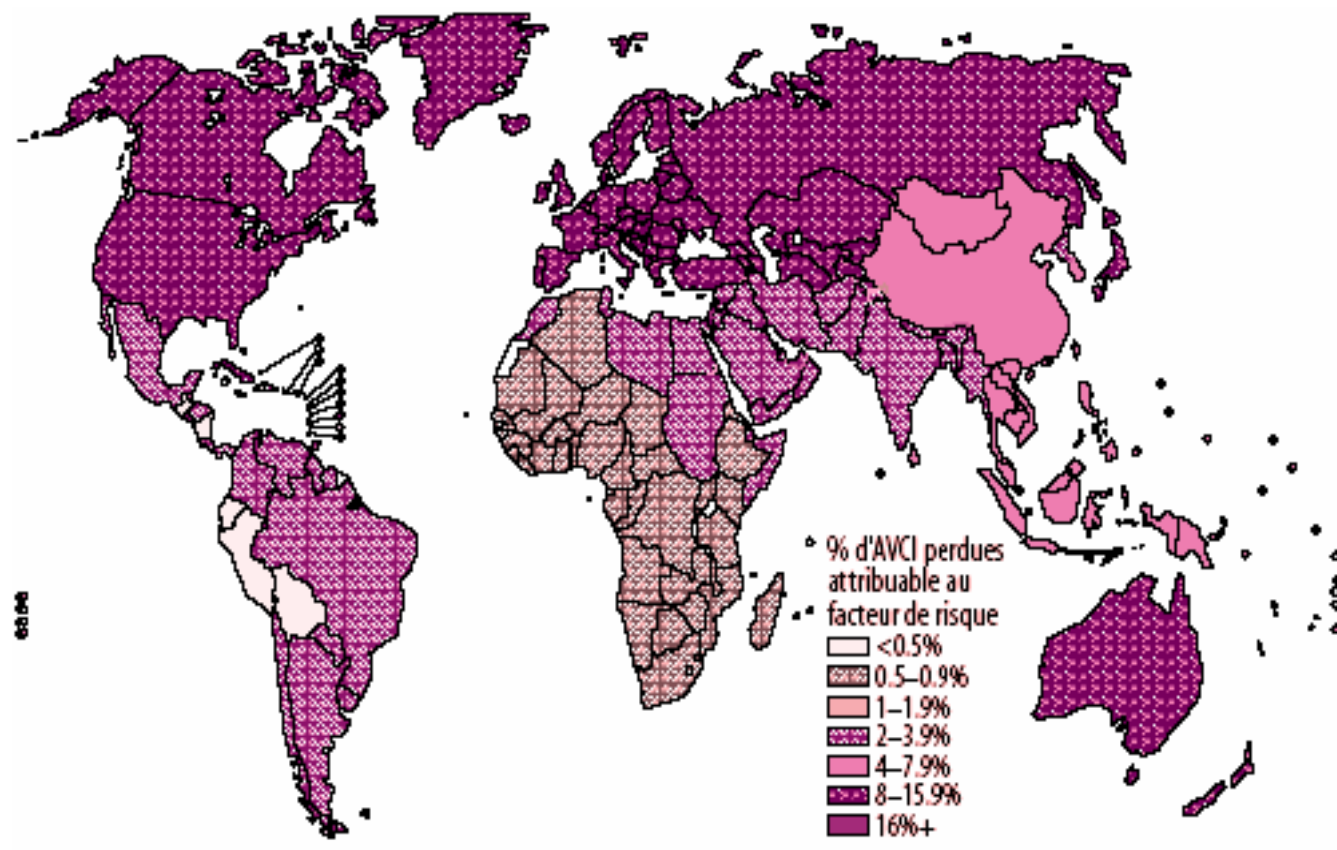
Hypercholestérolémie



OMS charge morbide attribuable : % AVCI perdues

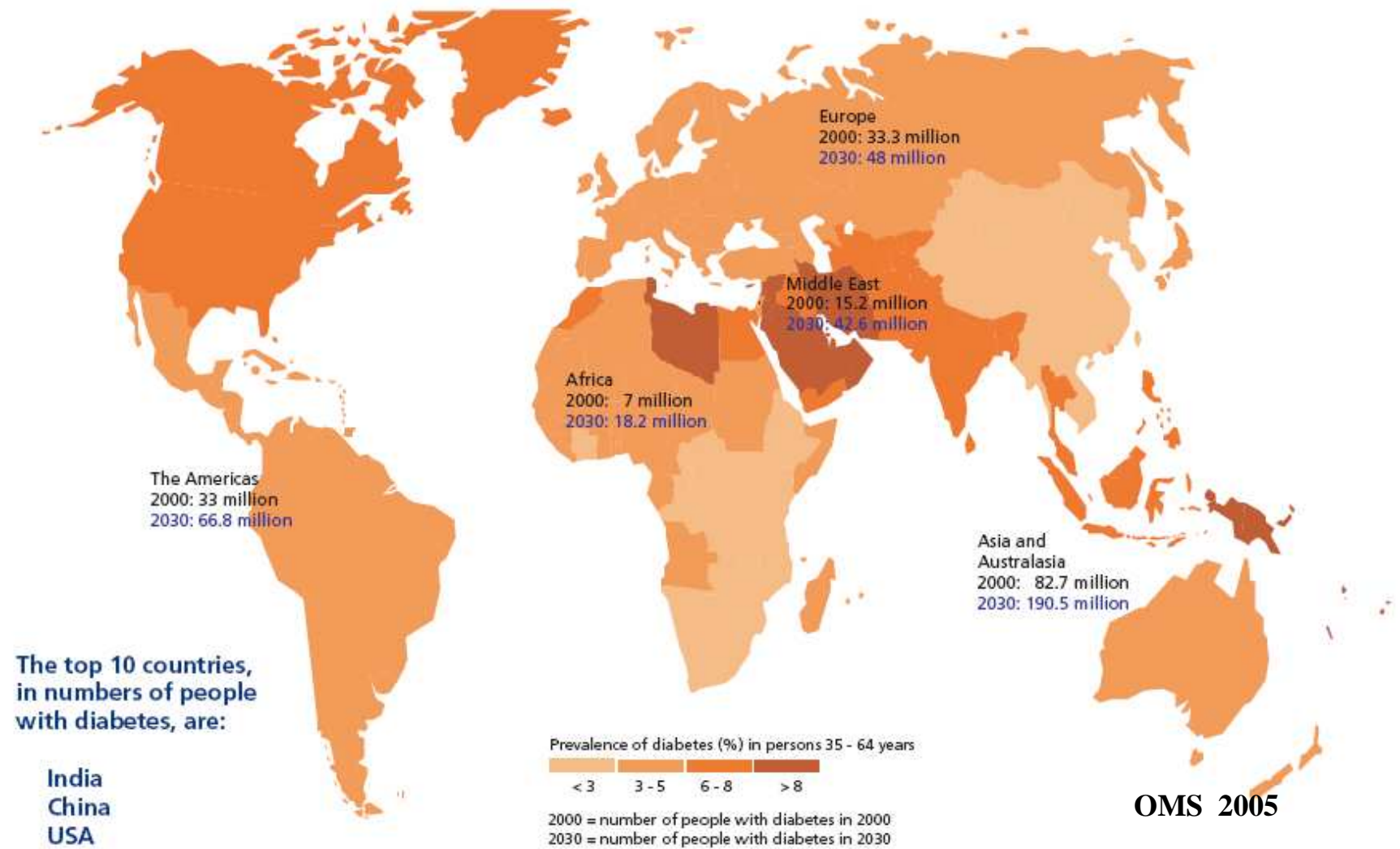
JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux

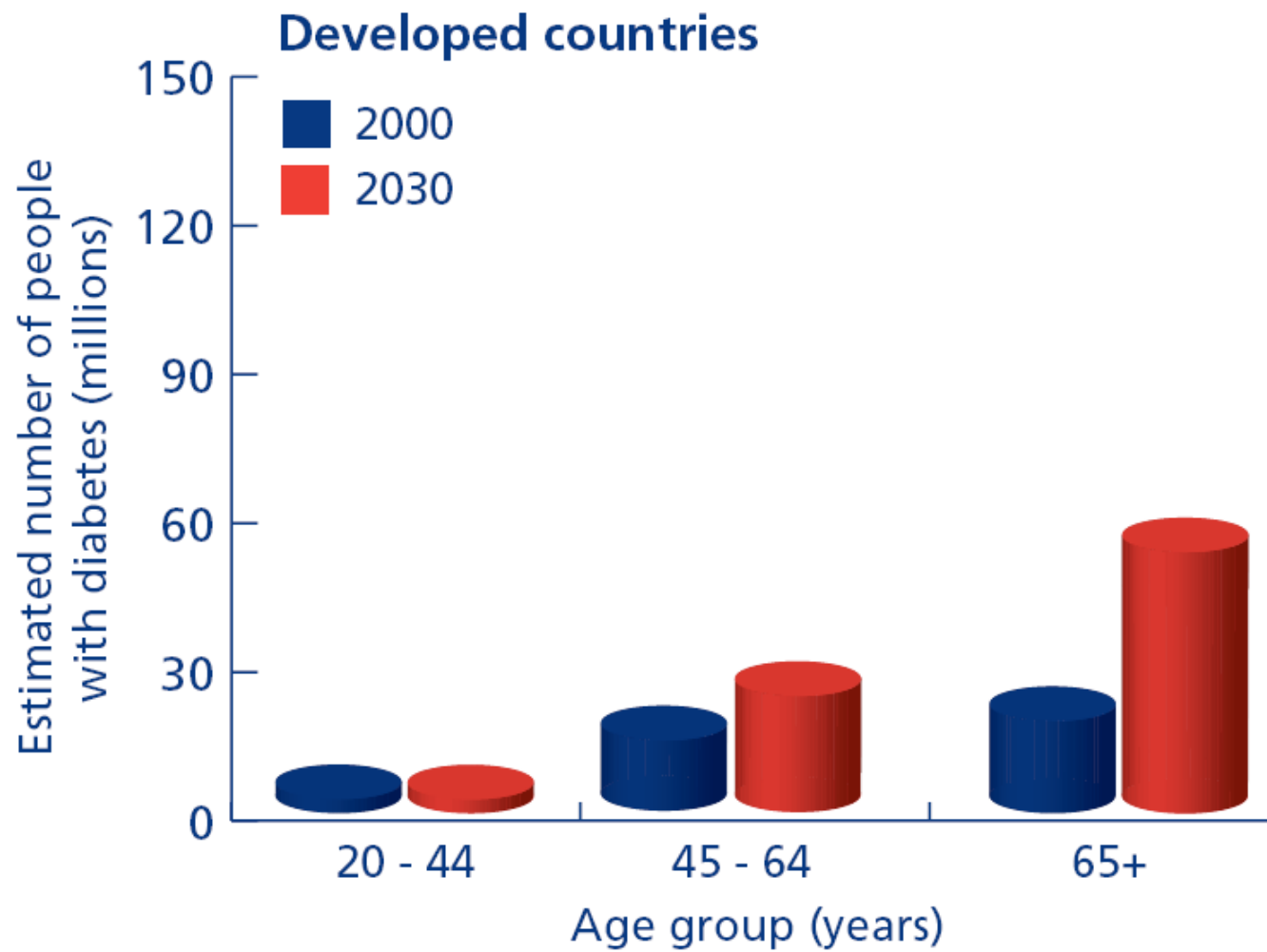
Tabac



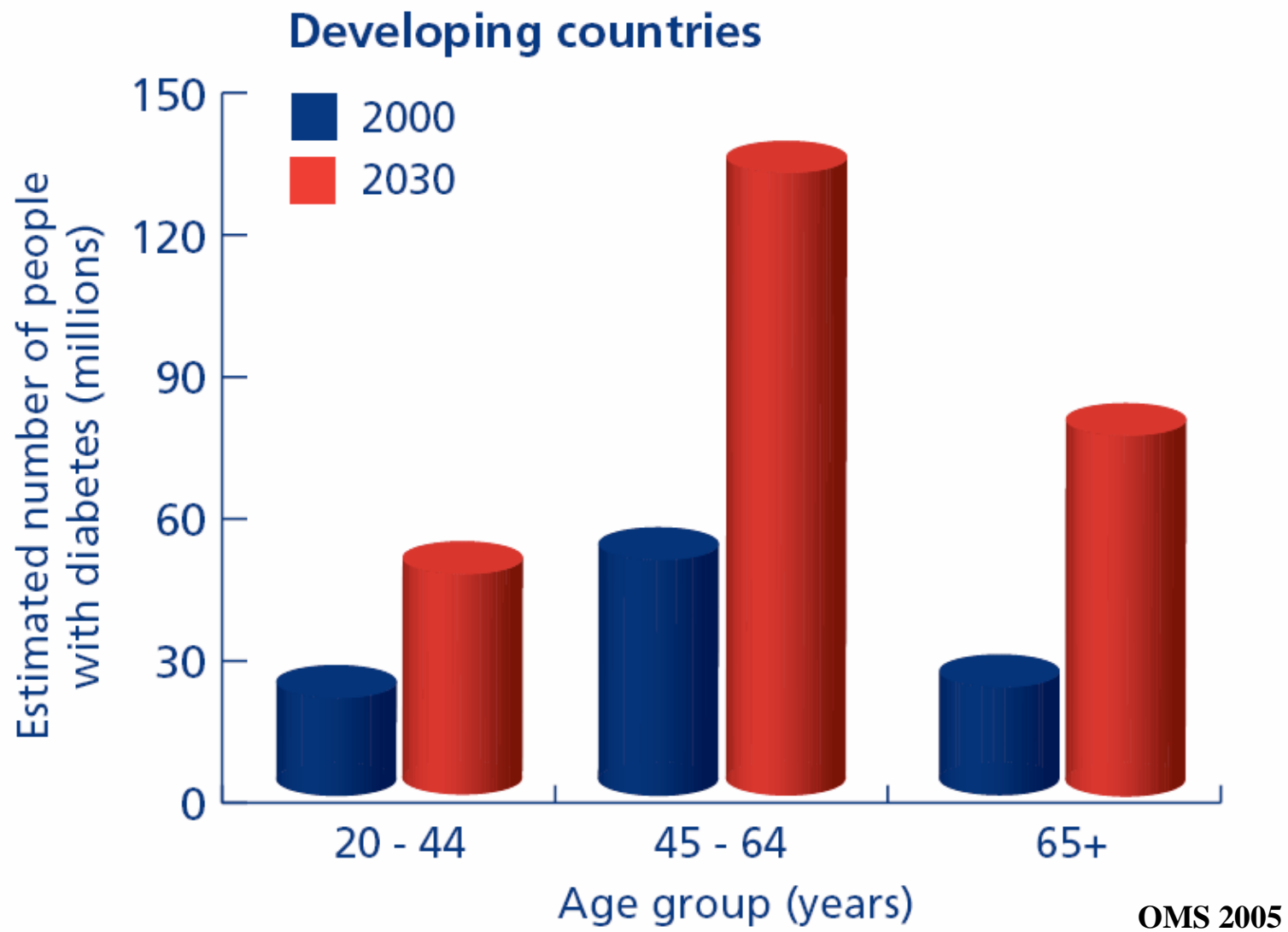
OMS : charge morbide attribuable : % AVCI perdues

Prevalence of diabetes

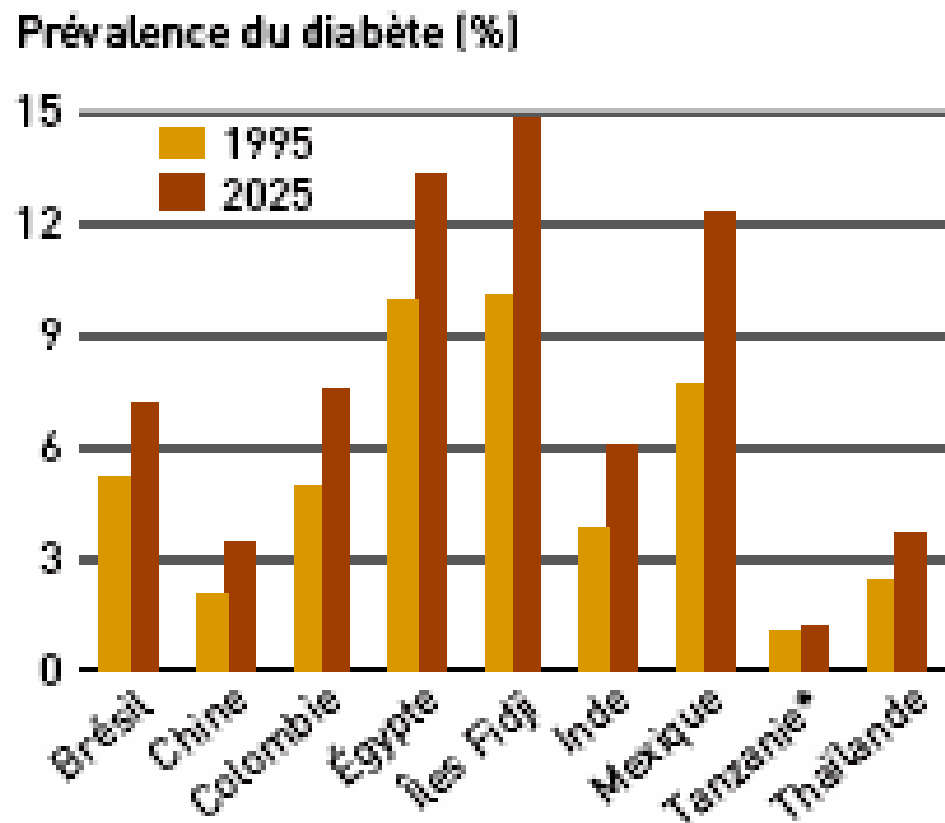




OMS 2005

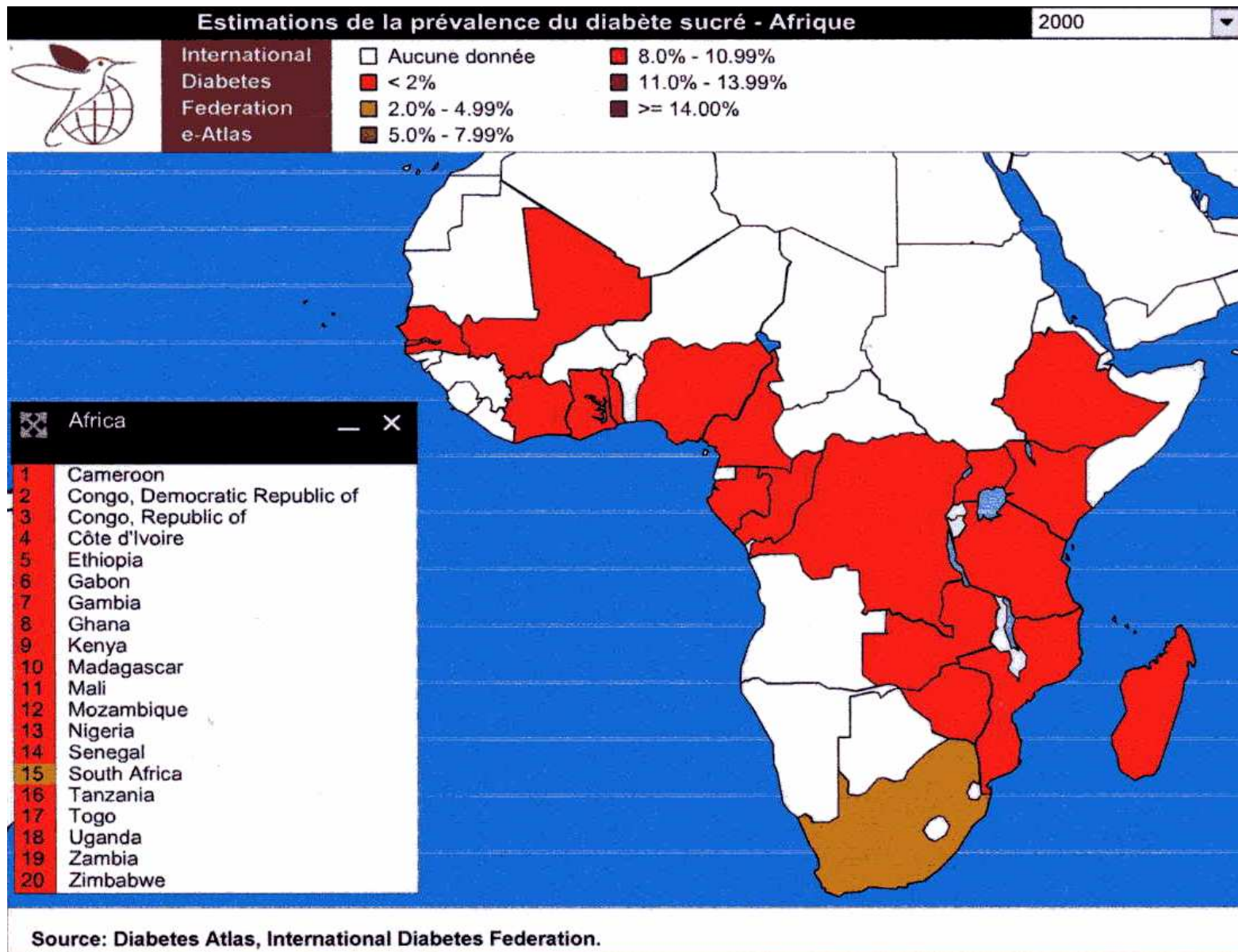


Prévalence du diabète dans les PED 1995-2025



*Rép.-Unie de

Source: OMS



Diabète : prévalence dans le monde

Tableau II. – Prévalences du diabète dans le monde (ajustées sur l'âge et restreintes à la tranche d'âge 30-64 ans) selon quelques grands groupes ethniques et leur lieu de résidence. D'après ^[42].

	< 3 %	3-10 %	11-20 %	> 20 %
Chinois	Da Qing (Chine continentale)	Singapour	Île Maurice	
Indiens (d'Inde)	Inde du Sud (rurale)	Dar-es-Salaam (Tanzanie)	- Madras - Durban (Afrique du Sud) - Singapour - Île Maurice	Îles Fidji
Amérindiens	Indiens Mapuche (Chili)			Indiens Pima (Arizona, États-Unis)
Populations des îles du Pacifique	- Mélanésiens Fidji (ruraux)	- Mélanésiens Fidji (urbains) - Micronésiens Kiribati (ruraux) - Polynésiens	- Micronésiens Kiribati (urbains)	- Micronésiens archipel de Nauru - Aborigènes (Australie)

Déterminants



JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux



JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux



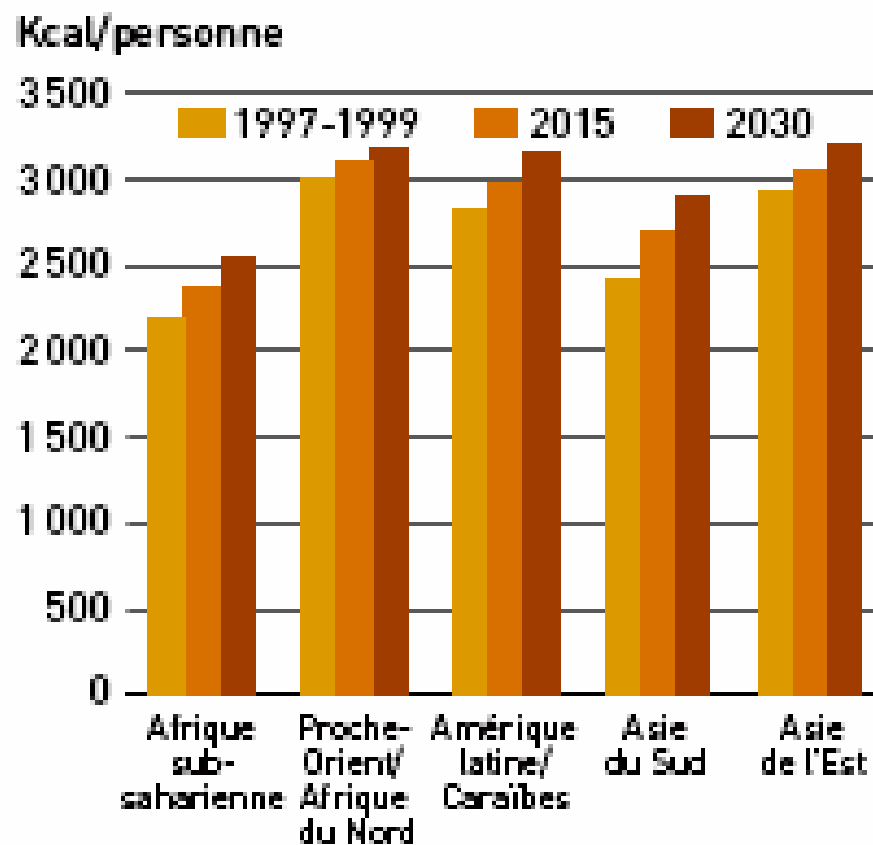


JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux



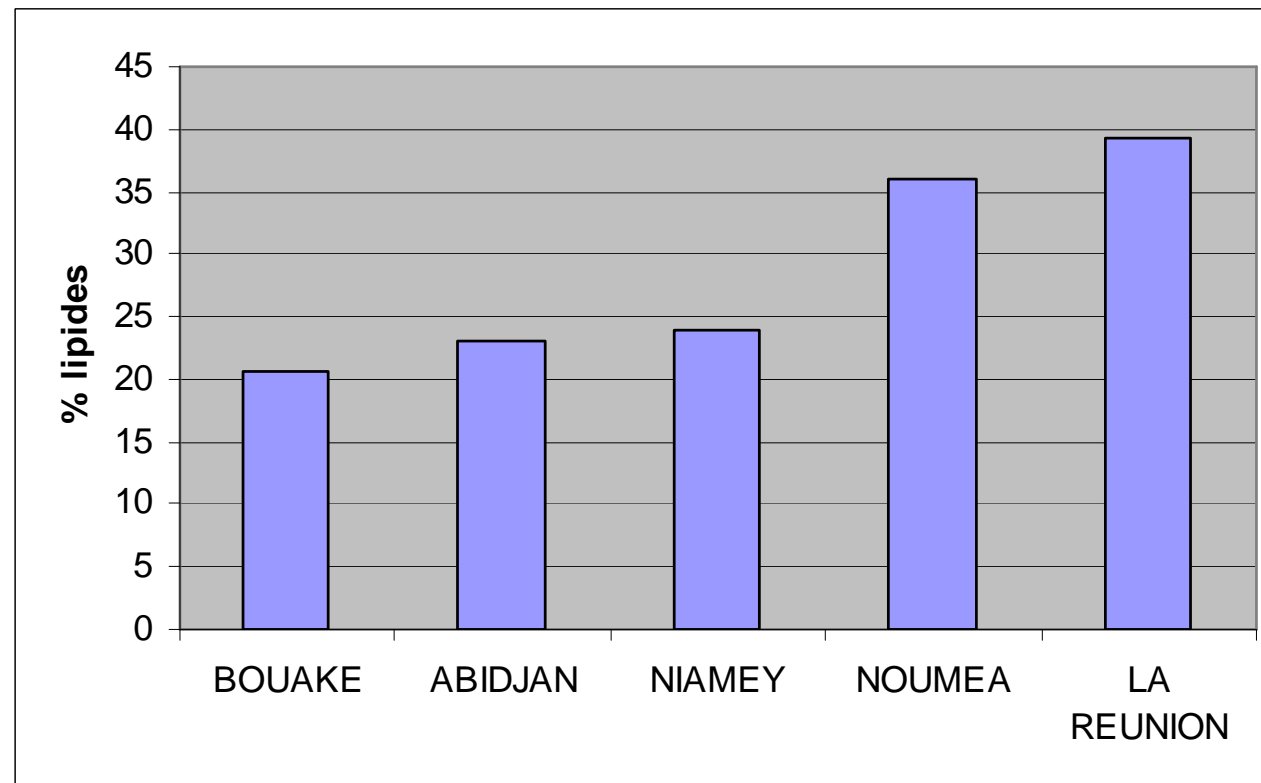
JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux

Apport calorique moyen par région 1997-2030

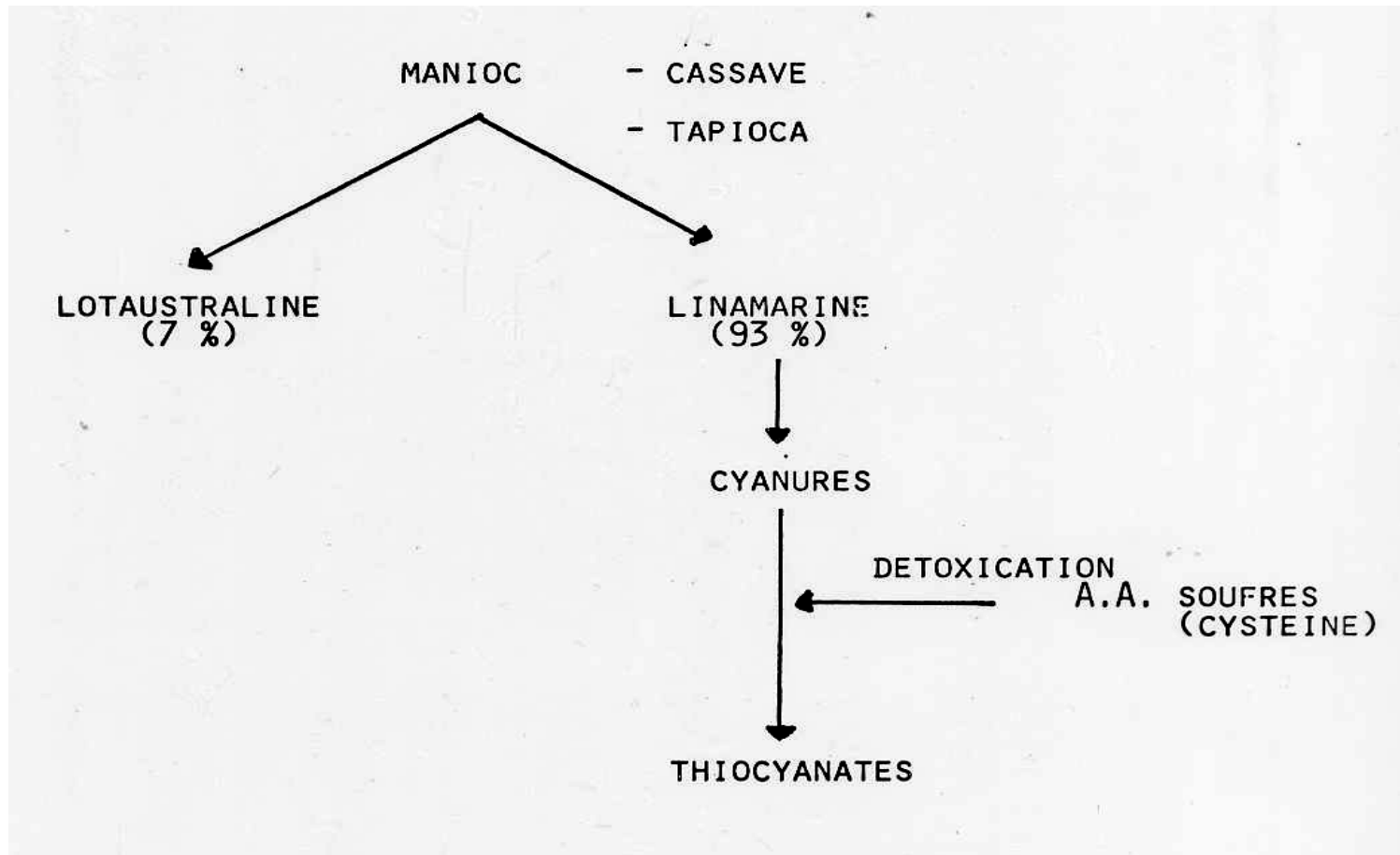


Source : FAO

Ration alimentaire lipidique



Consommation de manioc



Typologie clinique

CLASSIFICATION OMS 1985

Diabète sucré lié à la malnutrition (DSLMM).

– Deux groupes :

- **pancréatite fibro calculeuse (INDES : KERALA).**
- **diabète sucré lié à la malnutrition protidique.**

– Critères : AHUJA.

- **Survenue avant 30 ans.**
- **Antécédent de malnutrition.**
- **IMC < 20 kg/m².**
- **Besoin d 'insuline > 2u./kg.**
- **Cétose non obligatoire**

Classification internationale du Diabète sucré (ADA 1998)

I. Diabète de type 1

- **A. Origine auto immune.**
- **B. Idiopathique.**

II. Diabète de type 2.

III. Autres types spécifiques.

- **A. anomalie génétique cellulaire bêta.**
- **B. anomalie génétique insulinique**
- **C. maladie du pancréas. (6. Pancréatite fibro calculeuse)**
- **D. endocrinopathies.**
-

IV. Diabète gestationnel

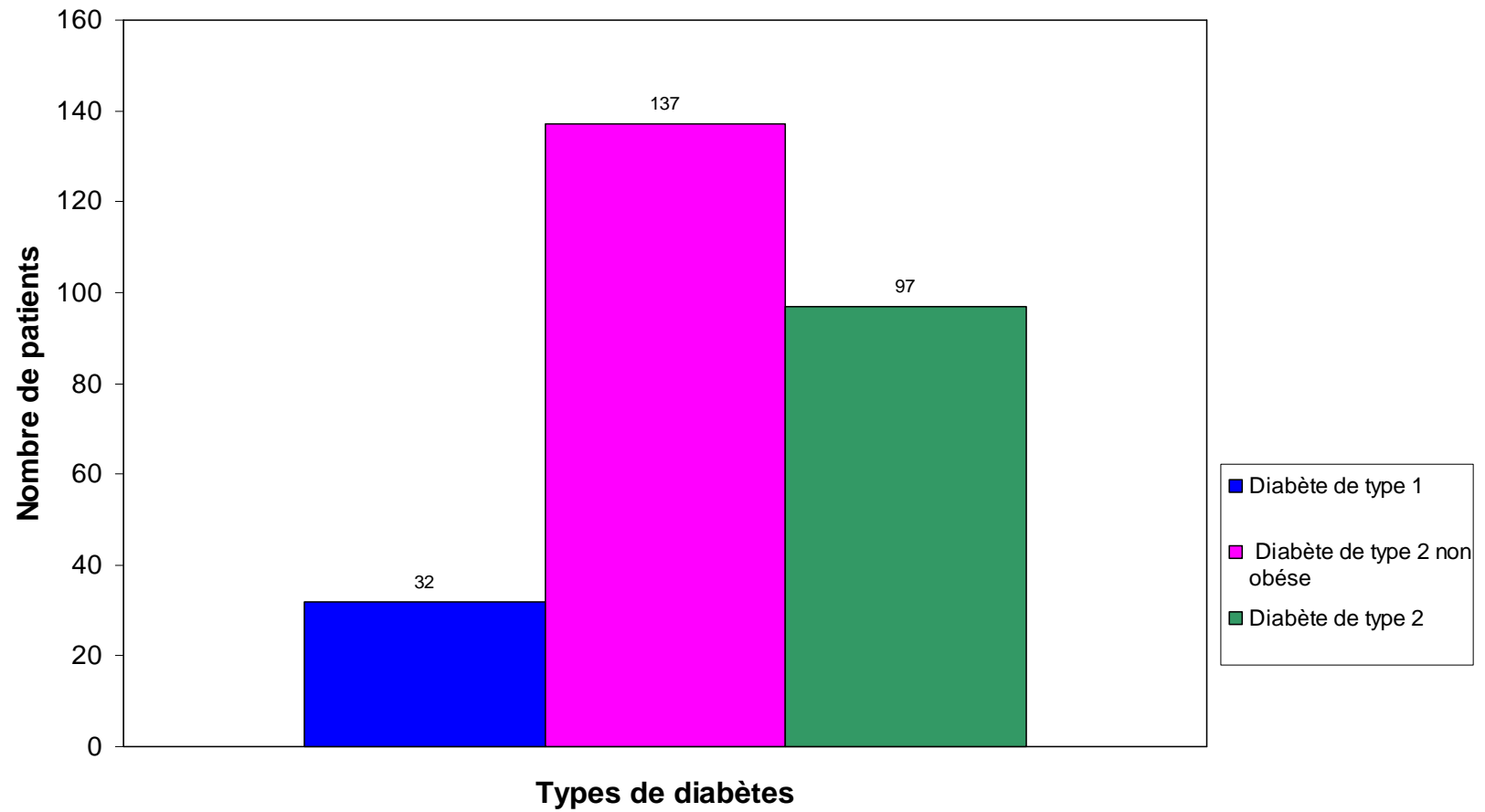
Diabète de type 1 : prévalence mondiale

Table. World-wide prevalence of type 1 diabetes

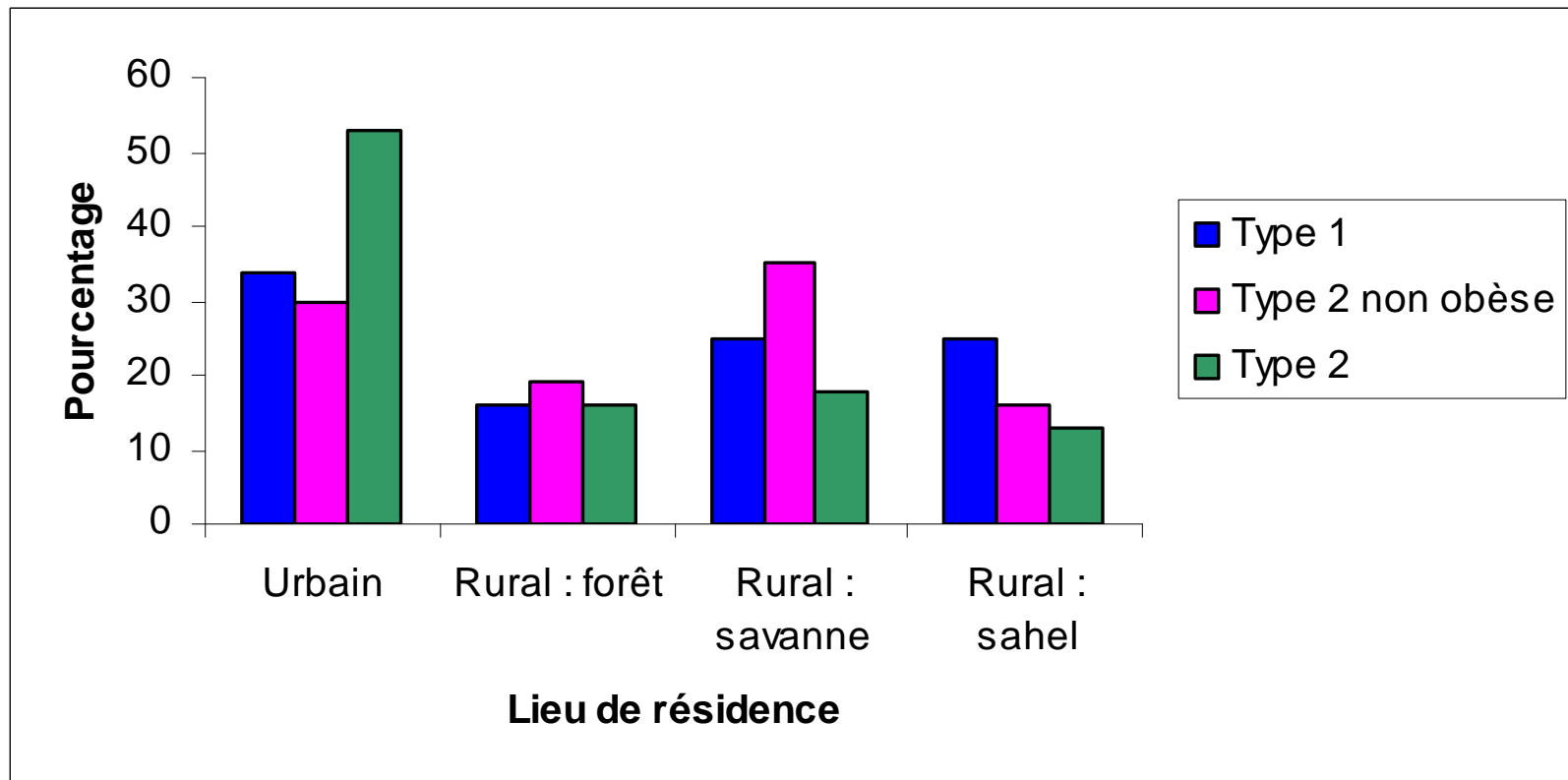
Population	Prevalence per 100
Finland	2·2
Denmark	2·0
Sweden	2·0
USA	1·0
UK	0·7
Czechoslovakia	0·4
France	0·3
Italy	0·26
Spain	0·25
China	0·09
Japan	0·03
Tropical Africa	0·03^a

^aAccurate prevalence figures are not yet available; the figure given is a realistic estimate based on available data.

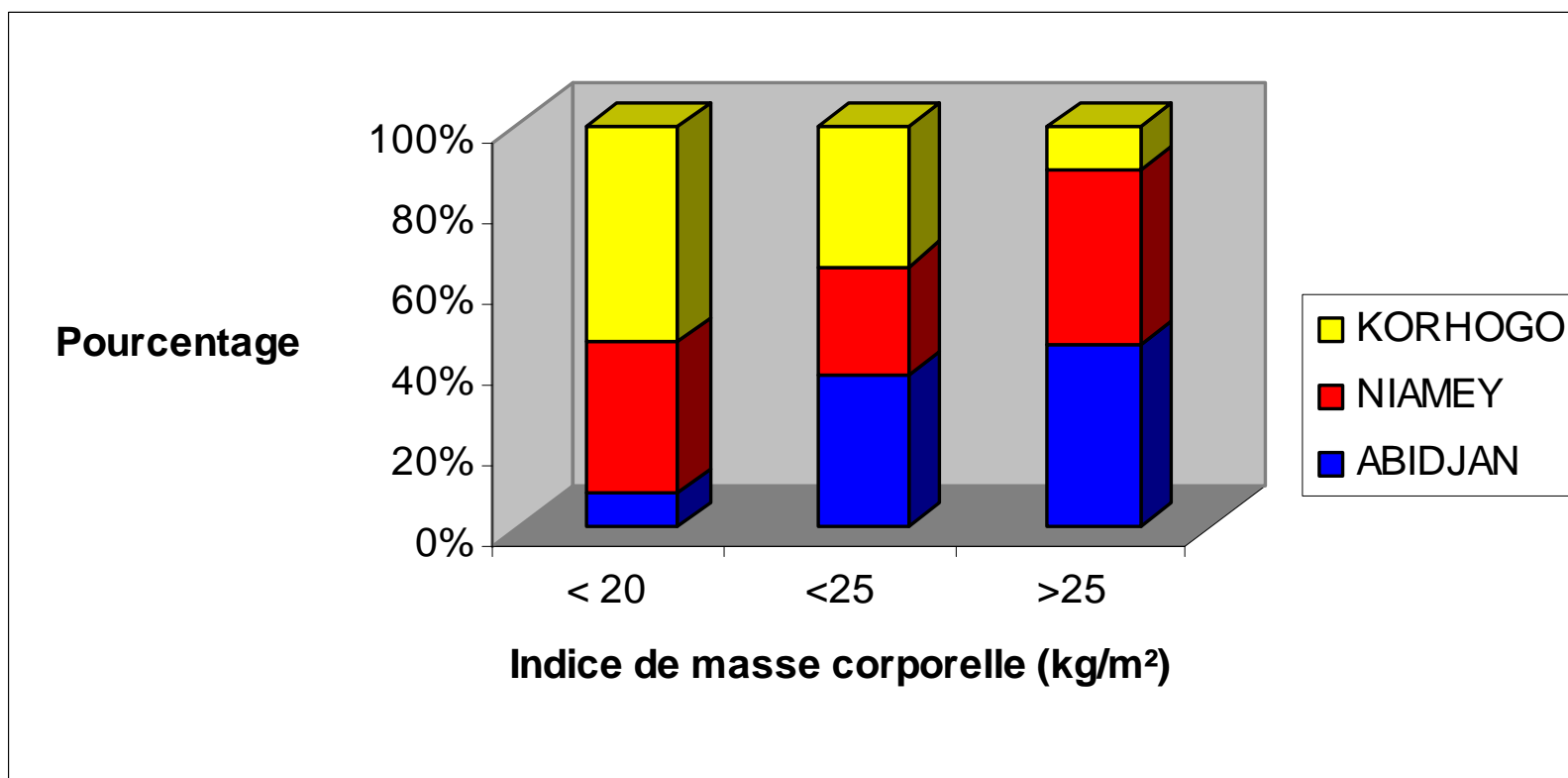
TYOLOGIE DES DIABETES OBSERVES



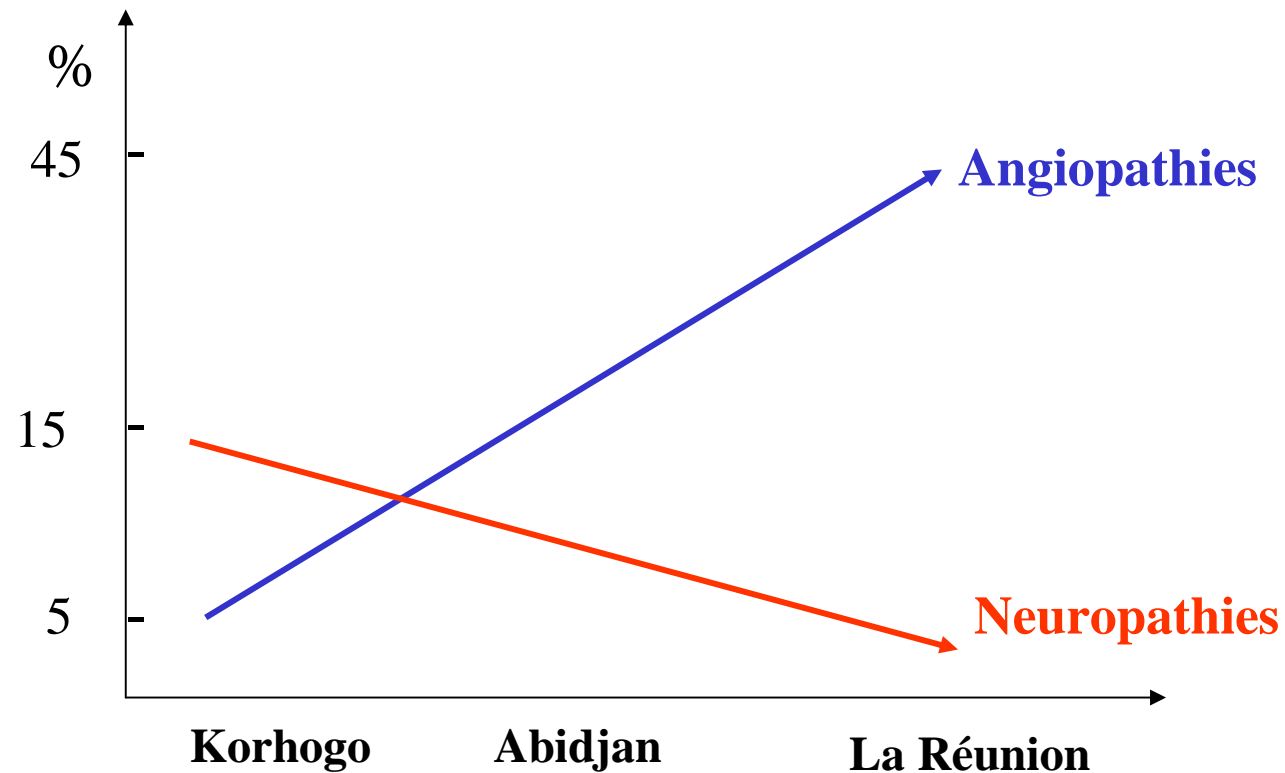
Lieu de résidence



INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC)



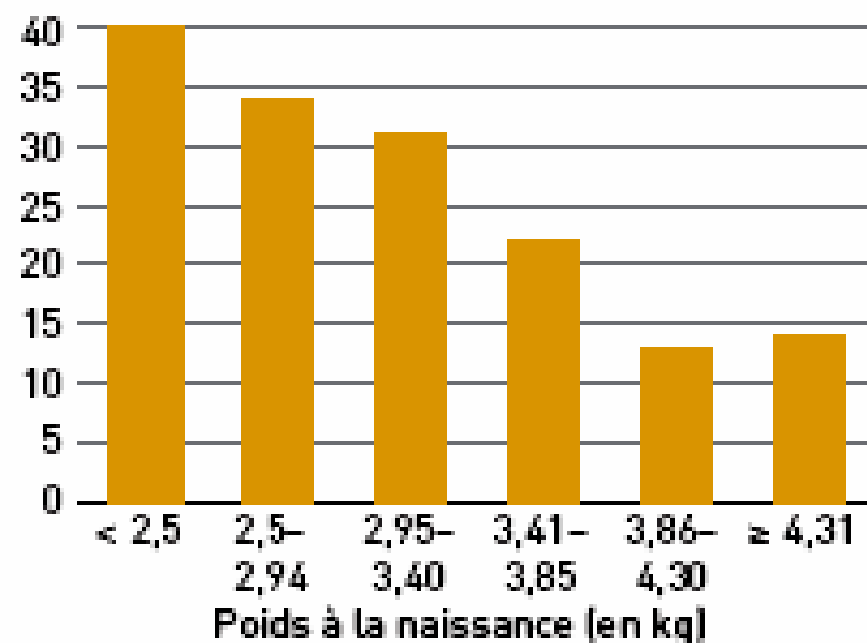
Diabète de type 2 : complications



Physiopathologie

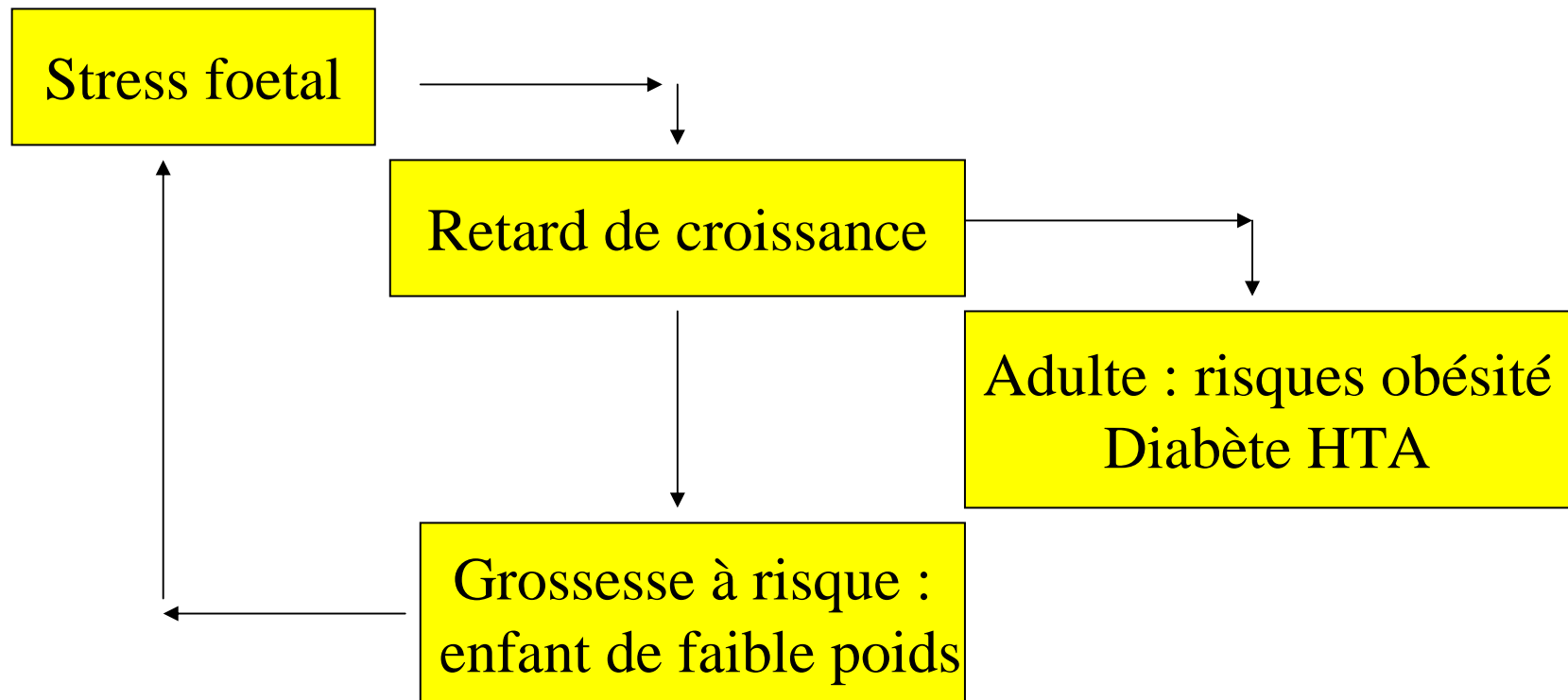
Prévalence du diabète en fonction du poids de naissance

% de la population présentant une intolérance au glucose ou souffrant de diabète



Source : Barker

Physiopathologie : hypothèse du phénotype d'épargne



Physiopathologie : hypothèse du phénotype d'épargne

Stress fœtal = hyper activité hormonale, cortisol, glucagon,
hormone de croissance

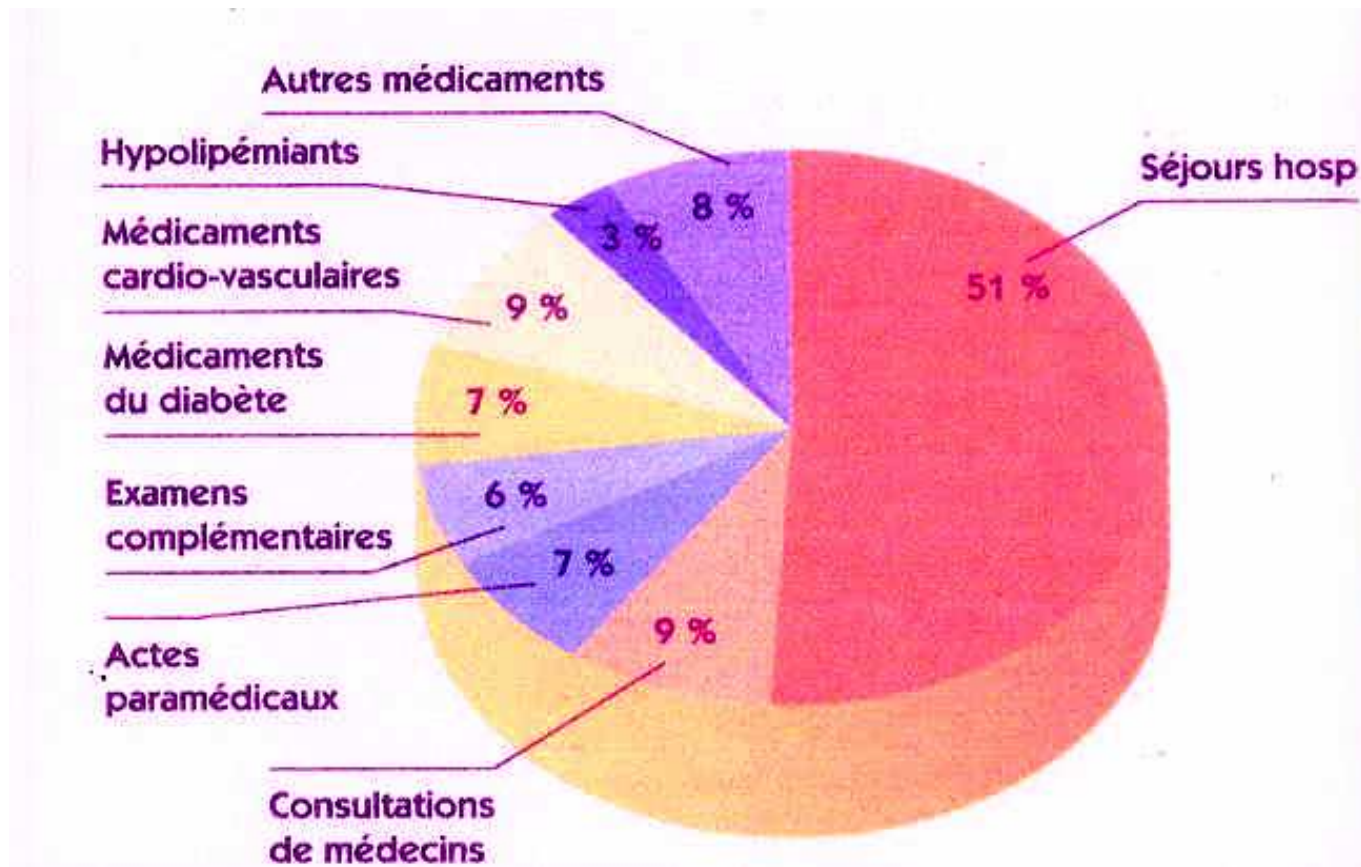
= **syndrome d'adaptation bénéfique à court terme** : protection
cerveau

= **syndrome délétère à long terme** : perte de contre régulation et
surcharge métabolique

= relation indépendante de l'alimentation et du mode de vie
adulte (BARKER) et **transgénérationnelle**

Accessibilité aux soins

Diabète de type 2 : consommation de soins



Accès aux soins des diabétiques

Accessibilité économique :

Coût mensuel = 65 €

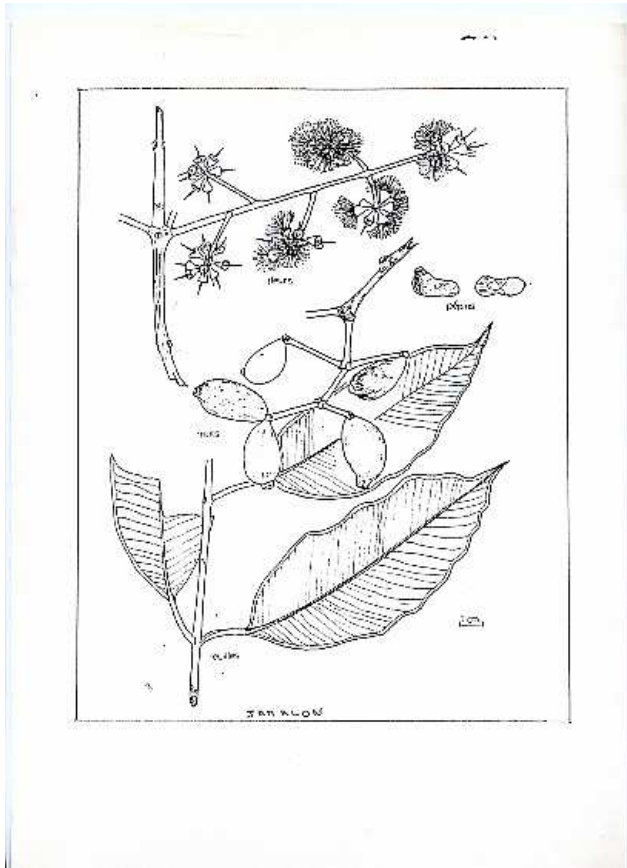
(bandelettes = 15 €, glycémies = 5 €, insuline = 45 €)

Salaire mensuel = 100 €

Systeme de soins : *manque de personnel qualifié et de matériel*

Refus *de la maladie chronique et de ses médicaments*

Accès aux soins des diabétiques



- + 150 à + 170 % en 2025
 - diagnostic précoce.
 - **alimentation et exercice.**
 - disponibilité :
 - **insuline *****
 - médicaments oraux
 - soins ambulatoires.
 - formation des personnels.
 - éducation des populations

Lutte contre les maladies chroniques

Les huit éléments essentiels pour l'adoption de mesures

1. Soutenir un changement de paradigme
2. Gérer l'environnement politique
3. Élaborer des soins de santé intégrés
4. Aligner les politiques sectorielles pour la santé
5. Utiliser les personnels de soins de santé de façon plus efficace
6. Axer les soins sur le malade et la famille
7. Soutenir les malades dans leur communauté
8. Privilégier la prévention

Réduction d'apport en sel



- Une réduction de 40% des apports en sel de l'enfant provoque une baisse significative des chiffres tensionnels et contribue à éviter l'installation d'une HTA permanente à l'âge adulte.

He FJ (Hypertension 2006)

Risque tabac



JC Cuisinier-Raynal Gessnet
Bordeaux