

# **JOURNÉE DE FORMATION SCIENTIFIQUE – 15 MAI 2026**

## **INDIVIDUALISER L'INTERVENTION NUTRITIONNELLE : LIMITES DES TENDANCES ET ADAPTATION AUX TRAITEMENTS MODERNES**

Valérie Savard, Dt.P., M.Sc., EAD

Florence Racine, Dt.P., M.Sc.

# CONFLITS D'INTÉRÊTS





# OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1. Identifier les principales diètes populaires et en discuter les limites dans la prise en charge du diabète et de l'obésité;
2. Adapter l'intervention nutritionnelle aux besoins individuels des patients, à partir d'histoires de cas;
3. Ajuster les recommandations alimentaires chez les personnes traitées par sémaglutide, en tenant compte de leurs effets sur l'appétit, la satiété et la tolérance digestive.

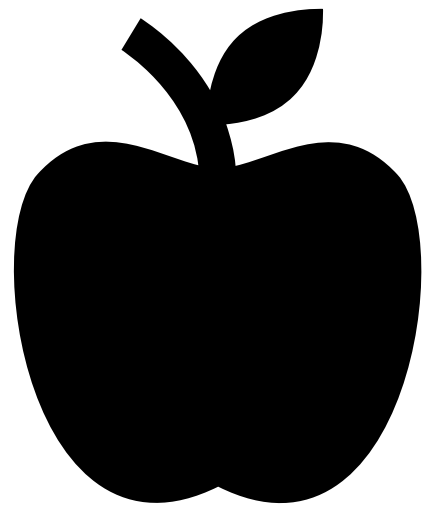
# LIGNES DIRECTRICES

- 80 à 90% des patients DbT2 sont en surpoids ou obèses et de plus en plus de patients DbT1 aussi.
- La restriction kcal pour atteindre un poids plus santé devrait faire partie intégrante du traitement du diabète.
- À tous les stades de la maladie, la perte de poids est encouragée si surpoids ou obésité.
- Une perte de poids 5 à 10% peut améliorer de façon significative la sensibilité à l'insuline, la gestion du diabète, l'HTA et la DLP.
- Médicaments pour la perte de poids et chirurgie bariatrique devraient être considérés chez les patients obèses.

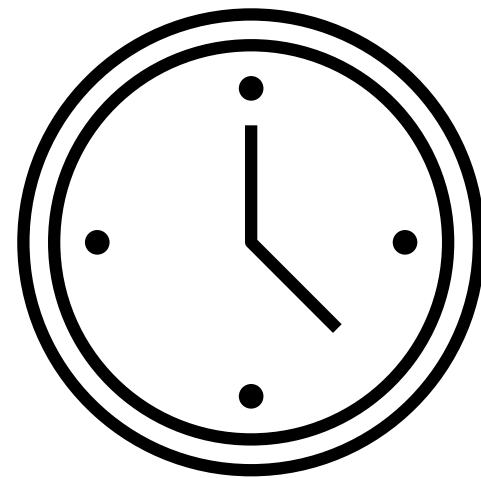


**1. Identifier les principales diètes populaires et en discuter les limites dans la prise en charge du diabète et de l'obésité**

# DIÈTES POPULAIRES IDENTIFIÉES



**Diète cétogène  
et faible en  
glucides**



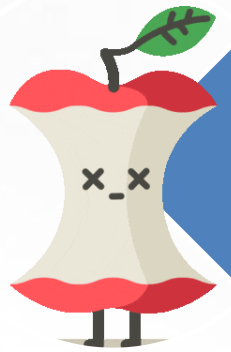
**Jeûne  
intermittent**



**Déficit  
calorique**

# DIÈTE CÉTOGÈNE

## Principes et définition :



Majorité des calories sous formes de lipides, avec peu de glucides et un apport modéré en protéines;

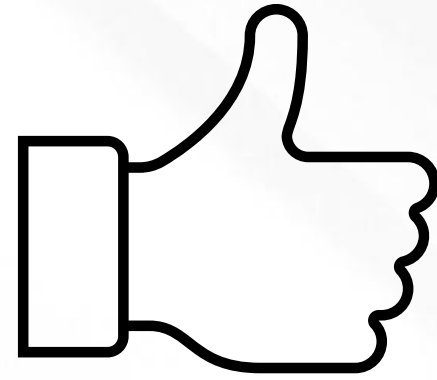


La faible consommation de glucides oblige le corps à produire des corps cétoniques pour subvenir à ses besoins, particulièrement ceux du cerveau;

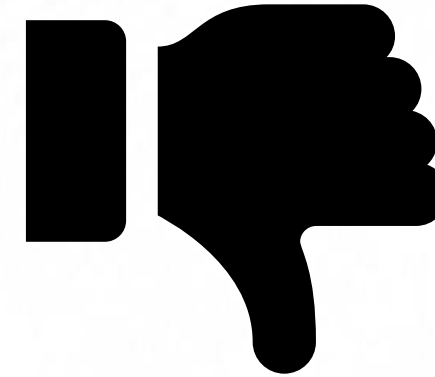



Autour de 20-50 g die pour atteindre la cétose généralement.

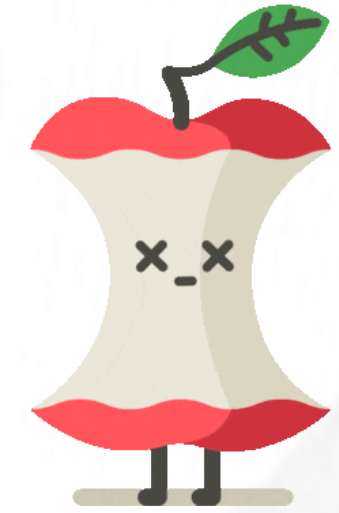
# DIÈTE CÉTOGÈNE



1. Amélioration de l'HbA1c
2. Perte de poids  
(↑ *satiété* , ↓ *appétit* avec ↑*GLP-1/CCK* et ↓ *ghréline*)
3. Diminution de la médication  
(↓ *consommation glucides*)



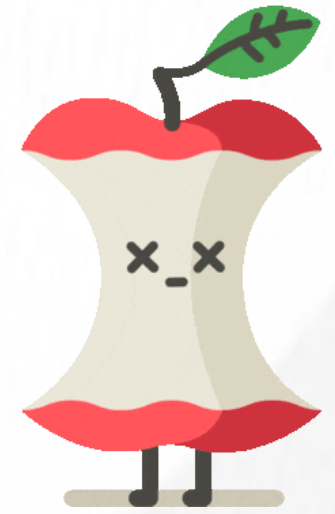
1. Effets sur le long terme ??
2. Risque hypos et hypers 
3. Risque de déficiences en nutriments
4. Faible consommation de fibres
5. ↑ Risque maladies cardiaques  
(↑ gras saturés)



## Limites des études :

- Variabilité a/n de la définition de la diète
- Adhésion difficile à maintenir et à documenter
- Études de courte durée avec petit nombre de participants uniquement
- Pas toutes les études qui comparent des diètes isocaloriques

# DIÈTE CÉTOGÈNE



## Comment accompagner les patients qui souhaitent tout de même faire cette diète ?

- Favoriser les aliments faibles en gras saturés et privilégier les aliments riches en gras insaturés.
- Favoriser les aliments riches en fibres.
- Miser sur la variété pour réduire le risque de déficiences.
- Se faire accompagner par un.e pharmacien.ne pour ajuster la médication et idéalement un.e nutritionniste pour la transition du type d'alimentation.
- Mesurer la glycémie plus souvent si la personne est à risque d'hypoglycémie (par exemple, sécrétagogues, insuline).

# DIÈTE FAIBLE EN GLUCIDES



Author, Year of Publication	Intervention	Description of Intervention	Comparator	Description of Comparator
Saslow, 2017 [44]	Very low-carb ketogenic diet with lifestyle factors; "intervention"	Reduce carb intake to between 20–50 g of nonfiber carbohydrates a day	Online diet program based around a plate method diet	A low-fat diet that emphasizes green vegetables, lean protein sources, and somewhat limited starchy and sweet foods
Nishimori, 2018 [40]	Low carb diet	70–130 g/day	Calorie restricted diet	25 kcal/kg of ideal body weight per day
Zadeh, 2018 [30]	Low carb diet plus high intensity interval training	45% energy (E %) from fat, 20 E% from carbohydrate and 35 E% from protein	Low fat diet plus high intensity interval training	30 E% from fat (less than 10 E% from saturated fat), 50 E% from carbohydrate and 20 E% from protein
Tay, 2018 [49]	Low-carb, high-unsaturated/low-saturated fat diet	14% energy as carb, 28% as protein, 58% as fat (<10% saturated fat)	High-carbohydrate, low-fat diet	53% as CHO, 17% as protein, 30% as fat (<10% saturated fat)
Perna, 2019 [41]	Low carb diet and metformin	CHO <125 g/ day, 1600 kcal/day for females and 1800 kcal/day for males	Balanced standard diet	Carbohydrates 55–60%, lipids 25–30%, proteins 15–20%
Chen, 2020 [31]	Low carb diet	90 g/day	Traditional diabetic diet	Macronutrient percentage was 50–60% for CHO, 1.0–1.2 g/kg for protein and ≤30% for fat
Morris, 2020 [39]	Low-energy, low-carb diet	800–1000 kcal/day, with <26% of daily energy intake from carb and a minimum of 60 g protein/day	Usual care dietary advice	Healthy balanced eating
Gram-Kampmann, 2022 [53]	Low carb diet	Maximum of 20 E% of carbohydrates (mainly complex and water-soluble), 50–60 E% fat, and 25–30 E% protein.	Control diet	50–60 E% carbohydrates mainly from fruit, vegetables, and whole-grain sources, 20–30 E% fat
Li, 2022 [52]	Ketogenic diet	carbohydrate 30–50 g, protein 60 g, fat 130 g, and total calories (1500 ± 50) Kcal	Routine diet for diabetes	Carbohydrate 250–280 g, protein 60 g, fat 20 g, total calories (1500 ± 50) Kcal

# JEÛNE INTERMITTENT



## Principes et définition :



Ne pas manger ou boire des aliments qui contiennent des calories pour une période spécifique de temps;

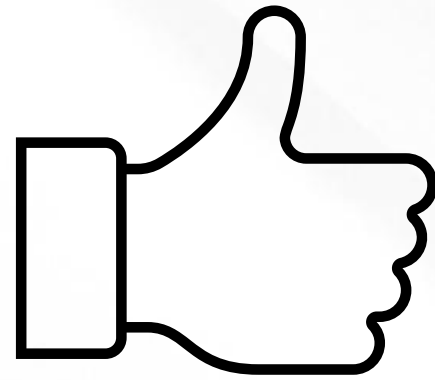


Importance mise sur le moment de prise alimentaire plutôt que ce qui est consommé;

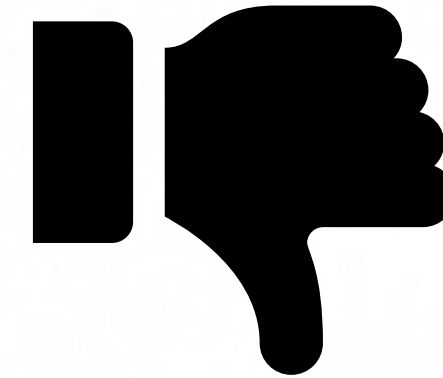


Différents types de jeûne – Ex. 8-16h die, 1 jour complet/sem, etc.

# JEÛNE INTERMITTENT



1. Maintien ou perte de poids  
*(selon qualité alimentaire et comportement suite au bris du jeûne)*
2. Amélioration du bilan lipidique  
*(selon qualité alimentaire)*
3. Meilleure gestion de la glycémie  
*(↑ sensibilité à l'insuline)*



1. ↑ variabilité glycémique
2. Risque hypos et hypers
3. Risques de déficiences en nutriments
4. Difficulté à respecter ses signaux de faim et de rassasiement
5. Dur à maintenir sur le long terme

## **Limites des études :**

- Études de courtes durées
- Petit nombre de participants

# JEÛNE INTERMITTENT



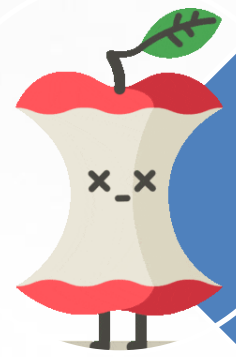
## Comment accompagner les patients qui souhaitent tout de même faire cette diète ?

- Viser un horaire régulier et l'assiette équilibrée aux repas.
- Inclure des fruits et légumes au quotidien et favoriser les produits céréaliers à grains entiers.
- Consulter un.e pharmacien.ne pour évaluer s'il est nécessaire d'ajuster le moment de prise des rx ou la dose, et idéalement consulter un.e nutritionniste pour la transition du type d'alimentation.
- Mesurer la glycémie plus souvent si la personne est à risque d'hypoglycémie (par exemple, sécrétagogue, insuline).

# DÉFICIT CALORIQUE



## Principes et définition :



Correspond à une situation où le corps consomme moins d'énergie qu'il en dépense.



# DÉFICIT CALORIQUE



**Tableau 1**  
Propriétés des interventions diététiques\*†‡

Propriétés des interventions diététiques (énumérées dans l'ordre selon lequel elles sont présentées dans le texte)				
Interventions diététiques	HbA <sub>1c</sub>	Bienfait CV	Autres avantages	Inconvénients
<b>Stratégies axées sur des macronutriments particuliers</b>				
Régimes riches en aliments à faible indice glycémique	↓ <sup>32,44,46,47</sup>	↓ MCV <sup>52</sup>	↓ C-LDL, ↓ CRP, ↓ hypoglycémie, ↓ médicaments contre le diabète	Aucun
Régimes riches en fibres	↓ (fibres visqueuses) <sup>57</sup>	↓ MCV <sup>63</sup>	↓ C-LDL, ↓ C-non-HDL, ↓ apo B (fibres visqueuses) <sup>54,57,59</sup>	Effets indésirables GI (transitoires)
Régimes riches en matières grasses monoinsaturées	↔	↓ MCV	↓ poids, ↓ TG, ↓ TA	Aucun
Régimes pauvres en glucides	↔	-	↓ TG	↓ micronutriments, ↑ charge rénale
Régimes riches en protéines	↓	-	↓ TG, ↓ TA, préserve la masse maigre	↓ micronutriments, ↑ charge rénale
Régime alimentaire méditerranéen	↓ <sup>50,139</sup>	↓ MCV <sup>143</sup>	↓ rétinopathie <sup>144</sup> , ↓ TA, ↓ CRP, ↑ C-HDL <sup>139,140</sup>	Aucun
<b>Autres schémas diététiques</b>				
Régimes végétariens	↓ <sup>145,251</sup>	↓ MC <sup>152</sup>	↓ poids <sup>146</sup> , ↓ C-LDL <sup>149</sup>	↓ vitamine B <sub>12</sub>
Régime DASH	↓ <sup>159</sup>	↓ MC <sup>161</sup>	↓ poids <sup>159</sup> , ↓ C-LDL <sup>159</sup> , ↓ TA <sup>159</sup> , ↓ CRP <sup>160</sup>	Aucun
Régime Portfolio	-	↓ MCV <sup>162,163</sup>	↓ C-LDL <sup>162,163</sup> , ↓ CRP <sup>162</sup> , ↓ TA <sup>163</sup>	Aucun
Régime nordique	-	-	↓ C-LDL+, ↓ C-non-HDL <sup>169-171</sup>	Aucun
<b>Régimes amaigrissants populaires</b>				
Régime Atkins	↔	-	↓ poids, ↓ TG, ↑ C-HDL, ↓ CRP	↑ C-LDL, ↓ micronutriments, ↓ observance
Régime Protein Power Plan	↓	-	↓ poids, ↓ TG, ↑ C-HDL	↓ micronutriments, ↓ observance, ↑ charge rénale
Régime Ornish	-	-	↓ poids, ↓ C-LDL, ↓ CRP	↔ glycémie à jeun, ↓ observance
Régime Weight Watchers	-	-	↓ poids, ↓ C-LDL, ↑ C-HDL, ↓ CRP	↔ glycémie à jeun, ↓ observance
Régime Zone	-	-	↓ poids, ↓ C-LDL, ↓ TG, ↑ C-HDL	↔ glycémie à jeun, ↓ observance
<b>Régimes mettant l'accent sur des aliments précis</b>				
Légumineuses à grains	↓ <sup>176</sup>	↓ MCV <sup>181</sup>	↓ poids <sup>179</sup> , ↓ C-LDL <sup>177</sup> , ↓ TA <sup>178</sup>	Effets indésirables GI (transitoires)
Fruits et légumes	↓ <sup>183,184</sup>	↓ MCV <sup>79</sup>	↓ TA <sup>188,187</sup>	Aucun
Noix	↓ <sup>188</sup>	↓ MCV <sup>143,181</sup>	↓ C-LDL <sup>190</sup> , ↓ TG, ↓ glycémie à jeun <sup>189</sup>	Allergies aux noix (certaines personnes)
Grains entiers	↓ (avoine) <sup>194</sup>	↓ MC <sup>99</sup>	↓ C-LDL, glycémie à jeun (avoine, orge) <sup>57,193</sup>	Effets indésirables GI (transitoires)
Produits laitiers	↔	↓ MCV <sup>199,200</sup>	↓ TA, ↓ TG (en cas de substitution des boissons sucrées) <sup>197</sup>	Intolérance au lactose (certaines personnes)
Substituts de repas	↓	-	↓ poids	Intervention temporaire

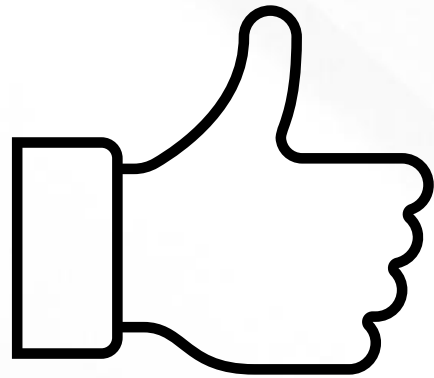
\* ↓ = réduction inférieure à 1 % de l'HbA<sub>1c</sub>

† Rajusté en fonction de changements de médicaments

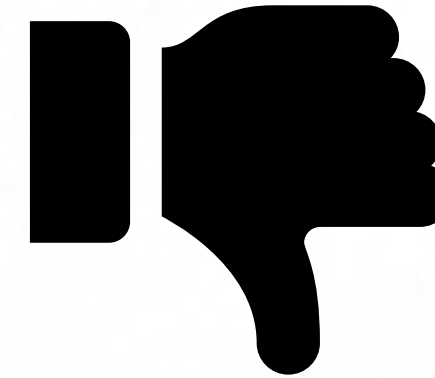
‡ Les références renvoient aux données probantes utilisées à l'appui des recommandations présentées.

HbA<sub>1c</sub> = hémoglobine glycosylée; apo B = apolipoprotéine B; TA = tension artérielle; MC = maladie coronarienne; CRP = protéine C réactive; CV = cardiovasculaire; MCV = maladie cardiovasculaire; DASH = Dietary Approaches to Stop Hypertension; GI = gastro-intestinaux; C-HDL = cholestérol à lipoprotéines de haute densité; C-LDL = cholestérol à lipoprotéines de basse densité; TG = triglycérides; C-non-HDL = cholestérol non à lipoprotéines de haute densité.

# DÉFICIT CALORIQUE



1. Perte de poids possible
2. Amélioration du profil cardiométabolique possible



1. Adhérence à moyen/long terme
2. Perte de masse musculaire
3. Ne tient pas toujours compte de la qualité
4. Effets négatifs sur la santé mentale
5. Cycle restriction – phénomène poids yo-yo



# DÉFICIT CALORIQUE



Restriction calorique



Perte de poids, ou pas



Frustration, culpabilité,  
comportements  
obsessifs

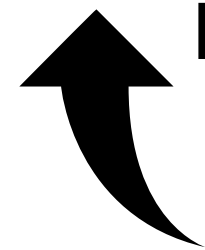


Perte de masse  
musculaire, diminution  
du métabolisme de base

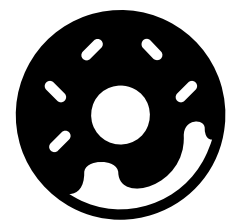


Plusieurs cycles :  
↑ du risque de  
développer un  
diabète de type 2

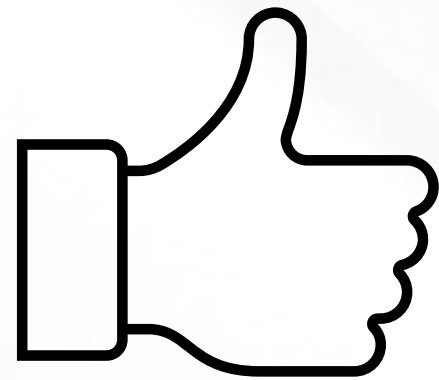
Reprise du poids perdu  
et même plus



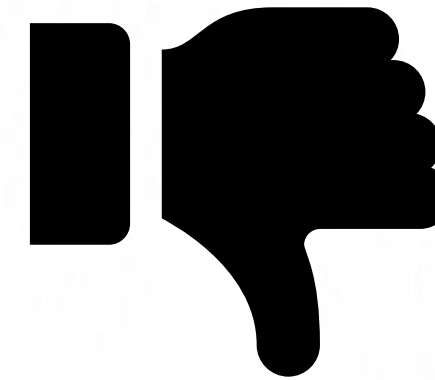
Abandon du régime,  
«rage» de nourriture



# DÉFICIT CALORIQUE



1. Perte de poids possible
2. Amélioration du profil cardiométabolique possible



1. Adhérence à moyen/long terme
2. Perte de masse musculaire
3. Ne tient pas toujours compte de la qualité
4. Effets négatifs sur la santé mentale
5. Cycle restriction – phénomène poids yo-yo



## **Limites des études :**

- Variabilité importante a/n de la définition de la diète inter-études
- Adhésion difficile à maintenir et à documenter
- Études de courte durée uniquement

**POIDS → QUALITÉ**

# RECOMMANDATIONS

L'étude Look AHEAD a démontré qu'une intervention intensive sur le mode de vie visant la perte de poids n'a pas réduit la morbidité ni la mortalité cardiovasculaire, comparativement à **un programme de**

**S** **Donc, même avec une perte de poids minime ou en l'absence de perte de poids, des interventions axées sur le mode de vie pourraient améliorer de manière significative la santé**  
**L** **cardiométabolique et mentale.**

Prevention Outcome Study a démontré qu'une **intervention sur le mode de vie** d'une durée de 6 ans chez des personnes présentant une intolérance au glucose a permis de réduire l'incidence du diabète de type 2, de diminuer les décès cardiovasculaires et les complications microvasculaires et d'augmenter l'espérance de vie.

Un **régime méditerranéen** en prévention primaire et secondaire réduit significativement les événements cardiovasculaires et les complications cardiovasculaires.

classification NOVA des aliments montrent que **diminuer la consommation d'aliments ultra-transformés et privilégier des aliments peu transformés** diminue l'apport énergétique et améliore les marqueurs de santé métabolique.

# ALIMENTS TRANSFORMÉS

- Après les États-Unis, les Canadiens sont les deuxièmes plus grands acheteurs d'aliments et de boissons ultra-transformés au monde.
- En 2004 au Canada, dans tous les groupes socioéconomiques, pratiquement la moitié de tous les aliments consommés sont ultra-transformés.

## 1. Aliments non transformés ou peu transformés.



## 2. Ingrédients culinaires transformés



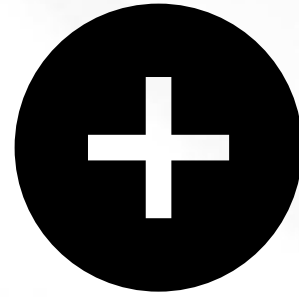
## 3. Aliments transformés



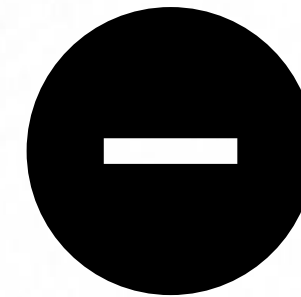
## 4. Aliments ultra transformés



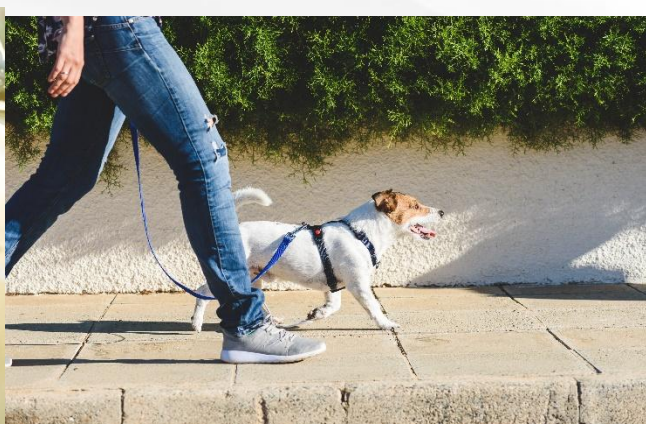
# RECOMMANDATIONS



- Aliments peu ou pas transformés
- Fruits et légumes
- Gras favorables à la santé du cœur
- Activité physique
- Gestion du stress
- Bonne routine de sommeil



- **Boissons sucrées**
- **Aliments ultra transformés**
- **Sédentarité**



# ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

- Plus de 200 origines ethniques au Canada
- Plusieurs barrières : éducation, statut socioéconomique
- L'importance de l'éducation
- Freins aux changements de comportement
- Nécessité d'un suivi fréquent pour favoriser une bonne adhérence → pas toujours réaliste

---

**2. Adapter l'intervention  
nutritionnelle aux besoins  
individuels des patients, à  
partir d'histoires de cas**



# HISTOIRE DE CAS 1 – DENISE

**F, 62 ans, travail sédentaire en assurances.**

ATCD personnels : DbT2 x 5 ans, DLP, HTA, SAHOS

ATCD familiaux : Pas de Db.

Données anthropométriques : 103.5 kg et 165 cm; IMC 38 kg/m<sup>2</sup>

Hx de poids :

- Récemment, ↓ 10 lbs ss sémaglutide, mais aimerait diminuer davantage.
- Par le passé, ↓ 20 lbs à 3 reprises différentes. Reprise à chaque fois.
- ATCD diètes ++ (Weight Watchers, Minçavi, sauter des repas).

Médication et résultats de prise de sang :

- Metformine 1000 mg BID
- Gliclazide MR 60 mg DIE
- Sémaglutide 1 mg sous cutané 1 f.p.s.
- Rosuvastatin 5 mg DIE
- Candesartan 32 mg DIE

Derniers labos avec HbA1c à 6.2 % et bilan lipidique débalancé.

Habitudes de vie :

- Activité physique : Promène son chien environ 15 minutes après souper quand il fait beau.
- Pas de tabac, pas d'alcool.
- Sommeil : Se réveille souvent.
- Stress : 7/10 avec charge de travail importante et proche aidante pour sa mère.

Habitudes alimentaires:

- 3 repas die sans collations
- Beaucoup de légumes et protéines, peu de féculents et fruits, utilise des produits faibles en gras.
- Culpabilité ++ le weekend 2° consommation d'aliments « interdits » (ex. poutine Costco, plusieurs collations en soirées).
- Hydratation : 2-3L d'eau die.
- Signaux de faim : Mange selon l'heure. Parfois mal de tête.
- Rassasiement : Difficile à ressentir. N° le weekend.
- Vitesse prandiale : Lente.

# HISTOIRE DE CAS 1 – DENISE (SUITE)

**Attentes :** N'a jamais eu d'enseignement nutritionnel post dx et souhaite perdre 40 lbs.

Éléments à considérer :

- ATCD diètes ++ et alimentation générale;
- Aspects psychologiques reliées à l'alimentation et nos limites professionnelles;
- Motivations derrière la perte de poids à investiguer.

Suite à investigation des motivations, découvrons :

- Épuisée des fluctuations de poids.
- Rapporte une charge mentale très élevée en lien avec la nourriture et la privation.

# HISTOIRE DE CAS 1 – DENISE (SUITE)

## Intervention:

- Tenter de trouver des objectifs associés au bien-être.
  - ✓ Améliorer la relation avec la nourriture pour se libérer de la charge mentale liée à l'alimentation.
  - ✓ Plus d'énergie au quotidien.
  - ✓ Être en mesure de jouer avec ses petits enfants.
- Cycle de restrictions et effet sur le poids / Gestion des attentes en lien avec la perte de poids.
- Normaliser le poids stable malgré les changements d'habitudes de vie, mais faire le lien avec impact sur santé.
- Assiette équilibrée

## Objectifs court terme :

- Réintroduire des sources de glucides aux repas.
- Introduire des collations (glucides et protéines) entre les repas.

## Objectifs long terme :

- Reconnecter aux signaux de faim et de rassasiement (vraie vs fausse faim et échelle faim et rassasiement).
- Recentrer vers les caractéristiques organoleptiques des aliments (ex. dégustation sensorielle).

# CE QU'ON RETIENT AVEC L'HISTOIRE DE CAS DE DENISE :

- Tenir compte du potentiel de perte de poids pour gérer les attentes.
- Perdre du poids n'est pas toujours la solution miracle.
- Trouver des objectifs associés au bien-être risque d'être plus motivant pour la patiente.



# HISTOIRE DE CAS 2 – MAURICE

## **H, 55 ans, travaille en construction.**

ATCD personnels : DbT2 x 2 ans, DLP, HTA, goutte, neuropathie.

ATCD familiaux : Père avec DbT2.

Données anthropométriques : 116 kg et 170 cm; IMC 40.1 kg/m<sup>2</sup>

## Hx de poids :

- Poids stable dans les dernières années.
- A augmenté graduellement au fil des ans.
- Ne s'est jamais préoccupé de son poids et de son alimentation. S'inquiète x dx DbT2 et début de complications (neuropathie). S'inquiète maintenant de sa qualité de vie sur le long terme.

## Médication et résultats de prise de sang :

- Metformine 1000 mg BID
- Jardiance 25 mg DIE
- Atorvastatin 40 mg DIE
- Amlopidine 5 mg DIE
- Allopurinol 300 mg DIE

Derniers labos avec HbA1c à 7.4 % et bilan lipidique débalancé.

## Habitudes de vie :

- Activité physique : Peu outre travail actif. Aimait débuter le vélo stationnaire (en possède un) et musculation.
- Pas de tabac, alcool aux occasions spéciales.
- Sommeil : Dort bien.
- Stress : 4/10.

## Habitudes alimentaires:

- 3 repas die, grignote chips HS.
- Restauration rapide le matin et le midi. Mets préparés en soirée.
- Similaire durant le weekend, car aimer la routine.
- Hydratation : 2-3L d'eau die.
- Signaux de faim : Ressent bien via gargouillements.
- Rassasiement : Difficile à ressentir. Rapporte se sentir très souvent très rempli 30 mins PC.
- Vitesse prandiale : Très rapide.

# HISTOIRE DE CAS 1 – MAURICE (SUITE)

**Attentes :** Connaître les recommandations alimentaires en contexte de DbT2.

Éléments à considérer :

- Potentiel de changements d'habitudes de vie et potentiel de perte de poids plus élevé que Denise avec peu d'ATCD de diètes.
- Approche plus directe considérant moins d'enjeux psychologiques associés à l'alimentation.

Suite à investigation des motivations, découvrons :

- Peur des complications qui débutent (neuropathie).
- Souhaite avoir plus d'énergie tout au long de la journée.

# HISTOIRE DE CAS 1 – MAURICE (SUITE)

## Intervention:

- Impacts positifs de consommer des aliments peu ou pas transformés.
- Assiette équilibrée en décrivant l'importance de chaque macronutriment pour le corps et leur impact sur la glycémie.
- Faire le lien entre l'énergie et la consommation de gras à l'heure du dîner.

## Objectifs court terme :

- Amener son lunch 3 fois par semaine pour commencer en optant pour des options faciles (Ex. craquelins, canne de thon ou saumon, crudités et fruits).
- Diminuer vitesse prandiale aux repas.

## Objectifs long terme :

- Diminuer grignotage ou alternatives
- Optimiser le repas du soir.
- Optimiser le repas du matin.

# CE QU'ON RETIENT AVEC L'HISTOIRE DE CAS DE MAURICE :



- On ne vise pas d'objectif de perte de poids.
- Miser sur la qualité alimentaire.

---

**3. Ajuster les recommandations alimentaires chez les personnes traitées par sémaglutide, en tenant compte de leurs effets sur l'appétit, la satiété et la tolérance digestive.**



# HISTOIRE DE CAS 3 – MARIA

## **F, 64 ans, couturière**

ATCD personnels : DbT2 x 6 ans, DLP

ATCD familiaux : Frère DbT2

Données anthropométriques : 84 kg et 165 cm; IMC 30,9 kg/m<sup>2</sup>

## Hx de poids :

A « fait attention », toute sa vie

Poids relativement stable avec prise d'environ 20 livres depuis la ménopause (principalement au niveau de l'abdomen)

## Médication et résultats de prise de sang :

- Metformine 1000 mg BID
  - Gliclazide MR 60 mg DIE
  - Atorvastatin 10 mg DIE
- + Sémaglutide 1mg sous cutané 1 FPS

Derniers labos avec HbA1c à 7,8% % et bilan lipidique légèrement débalancé.

## Habitudes de vie :

- Activité physique : aucune
- Pas de tabac, alcool à l'occasion
- Sommeil : Dort bien
- Stress : 5/10

## Habitudes alimentaires:

- Prise de 3 repas/jour
- Manque parfois de protéines aux repas
- Repas principalement maison
- « *Cravings* » d'aliments sucrés HS
- Signaux de faim/rassasiement : difficile, a grandi dans une famille avec peu de moyens et s'est toujours fait dire de terminer son assiette
- Vitesse prandiale: rapide

**Attentes :** « Fait attention », mais glycémie reste > cible et poids ne bouge pas. Veut maigrir et avoir meilleur contrôle diabète.

# HISTOIRE DE CAS 3 – MARIA (SUITE)

RDV suivi 5 semaines plus tard :

## Nouveaux éléments :

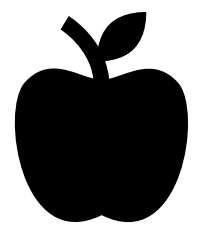
- Sémaglutide à dose de 0,5 mg 1 FPS
- Rapporte beaucoup d'effets secondaires : reflux, ballonnements, nausées

## Éléments à considérer :

- Patiente plus ou moins consciente de ses signaux de faim et rassasiement, habituée à finir son assiette avec vitesse prandiale rapide --- > portions probablement trop grosses
- Sédentaire et apports en protéines probablement insuffisants --- > attention à la perte musculaire

## Suite à investigation des motivations, découvrons :

- Sa petite bédaine l'énerve, mais a surtout une peur bleue des complications liées au diabète



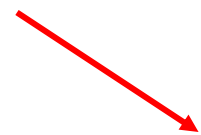
Production  
incrétines :  
GLP-1 et GIP



Ralentissement de la vidange  
gastrique



Diminution de l'appétit



Stimulation de la sécrétion  
d'insuline

# HISTOIRE DE CAS 3 – MARIA (SUITE)

## Intervention :

- Favoriser la prise de 3 petits repas et ajouter des collations au besoin
- Déconstruire la mentalité qu'il faut finir son assiette à tout prix
- Déposer la fourchette entre chaque bouchée et mieux mastiquer la nourriture
- Limiter les aliments très gras
- Limiter les aliments épicés
- Boire entre les repas plutôt qu'aux repas
- Ne pas sauter de repas
- Éviter de s'étendre après les repas
- Intégrer de l'activité physique

# HISTOIRE DE CAS 3 – MARIA (SUITE)

RDV suivi 4 mois plus tard :

## Nouveaux éléments :

- Sémaglutide à dose de 1 mg
- Effets secondaires beaucoup atténués, mais doit continuer à prendre des plus petits repas
- A perdu 3 kg
- A peu de lousse dans ses pantalons
- A commencé aquaforme
- A1C à 6,8%
- Diminution des « *cravings* »

## Prochaines étapes:

- Viser davantage de perte de poids?
- Exploration des « *cravings* »
- Optimisation certains aspects alimentaires pour améliorer bilan lipidique

Donc, perte de poids modeste (3% de poids initial), mais

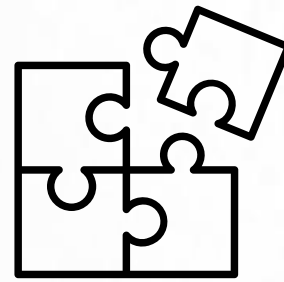
- Amélioration A1C
- Diminution gras abdominal
- Diminution des « *cravings* »
- Patiente qui se sent mieux

# CE QU'ON RETIENT DE L'HISTOIRE DE CAS DE MARIA :

- Il existe des stratégies alimentaires pour mieux tolérer les médicaments qui agissent sur les incrétines et ainsi augmenter les chances d'adhérence des patients.
- Une perte de poids modeste peut être tout à fait adéquate pour l'amélioration de la santé.



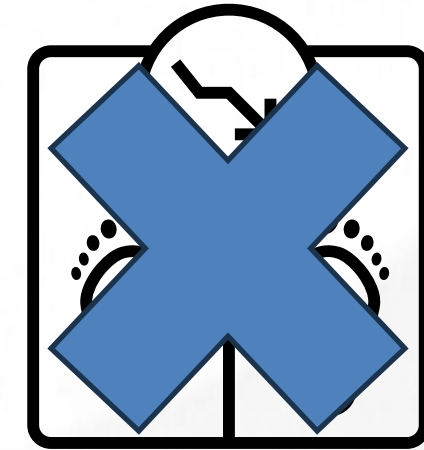
# DONC, SI ON RÉSUME...



- Les lignes directrices mettent l'accent sur l'importance de perdre du poids pour favoriser un meilleur statut cardiométabolique.
- Toutefois, on remarque que les différentes diètes ayant pour objectif de perdre du poids sont difficiles à maintenir dans le temps et favorisent le phénomène yo-yo du poids, en plus de miner la santé mentale des patients.
- Ainsi, quoi faire en pratique ? Favoriser la qualité alimentaire, une saine relation avec l'alimentation et de bonnes habitudes de vie (sommeil, activité physique, gestion du stress) plutôt qu'une perte de poids.
- Chez certaines personnes, il sera possible de remarquer une perte de poids, tandis que d'autres non. Dans tous les cas, chaque amélioration des habitudes de vie aura un effet positif sur leur santé cardiométabolique.

# MESSAGES À RETENIR

- 3 patients qui correspondent à un IMC de catégorie obésité
- 3 situations complètement différentes
- Aucun objectif de perte de poids



- **Visez des changements d'habitudes de vie graduels et encouragez le patient à l'aide de ses motivations intrinsèques dans cette démarche !**
- **Félicitez chaque changement, aussi minime soit-il 😊**



**MERCI**

Diabète  Québec  
[diabete.qc.ca](http://diabete.qc.ca)

# À VOS CRAYONS...

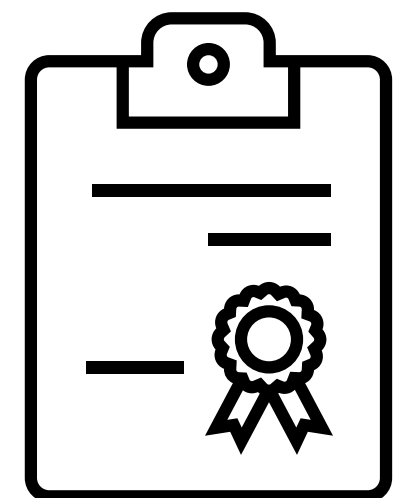
**Vrai ou faux.** La diète cétogène ne pose pas de risque au niveau des hypoglycémies pour les personnes vivant avec le diabète de type 2.

**Parmi les aliments suivants, lequel serait considéré comme un aliment ultra-transformé ?**

- a) Un pain de boulangerie
- b) Du yogourt grec nature
- c) Une barre tendre Cliff

**Parmi tous ces énoncés, lequel n'aide pas à atténuer les effets secondaires gastro-intestinaux qui peuvent subvenir avec le sémaglutide ?**

- a) Favoriser la prise de 3 petits repas et ajouter des collations au besoin
- b) Limiter les aliments très gras
- c) Limiter les aliments épicés
- d) Boire avec le repas plutôt qu'entre les repas
- e) Ne pas sauter de repas



# SOURCES

- Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition therapy. In: Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. Can J Diabetes. 2018;42(Suppl 1):S64–S79.
- Wharton S, Calam B, Chiu S, et al. Weight management in diabetes. In: Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. Can J Diabetes. 2018;42(Suppl 1):S124–S129.
- Machado AM, Guimarães NS, Boccardi VB, Silva TPR, Carmo AS, Menezes MC, Duarte CK. Understanding weight regain after a nutritional weight loss intervention: systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN*. 2022;49:138–153.
- A.J. Tomiyama, D. Carr, E.M. Granberg, B. Major, E. Robinson, A.R. Sutin, et al., How and why weight stigma drives the obesity “epidemic” and harms health, *BMC Med*. 16 (1) (2018 Aug 15) 123
- D.M. Quinn, R.M. Puhl, M.A. Reinka, Trying again (and again): weight cycling and depressive symptoms in U.S. adults, *PLoS One* 15 (9) (2020) e0239004.
- C.D. Madigan, T. Pavey, A.J. Daley, K. Jolly, W.J. Brown, Is weight cycling associated with adverse health outcomes? A cohort study, *Prev. Med*. 108 (2018 Mar) 47–52.
- Zou H, Yin P, Liu L, Duan W, Li P, Yang Y, Li W, Zong Q, Yu X. Association between weight cycling and risk of developing diabetes in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Investig*. 2021 Apr;12(4):625-632. doi:10.1111/jdi.13380.
- Arsenault, B. J., Carpentier, A. C., Poirier, P., & Després, J. P. (2024). Adiposity, type 2 diabetes and atherosclerotic cardiovascular disease risk: Use and abuse of the body mass index. *Atherosclerosis*, 394, 117546.
- R. Estruch, E. Ros, J. Salas-Salvadó, M.I. Covas, D. Corella, F. Arós, et al., Retraction and republication: primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet, *N. Engl. J. Med*. 368 (2013) 1279–1290. *N Engl J Med*. 2018. Jun 21;378(25):2441–1290.

# SOURCES

- J. Delgado-Lista, J.F. Alcala-Diaz, J.D. Torres-Peña, G.M. Quintana-Navarro, F. Fuentes, A. Garcia-Rios, et al., Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial, *Lancet* 399 (10338) (2022 May 14) 1876–1885.
- M. de Lorgeril, P. Salen, J.L. Martin, I. Monjaud, J. Delaye, N. Mamelle, Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study, *Circulation* 99 (6) (1999 Feb 16) 779–785.
- Q. Gong, P. Zhang, J. Wang, J. Ma, Y. An, Y. Chen, et al., Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study, *Lancet Diabetes Endocrinol.* 7 (6) (2019 Jun) 452–461.
- Look AHEAD Research Group, R.R. Wing, P. Bolin, F.L. Brancati, G.A. Bray, J.M. Clark, et al., Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes, *N. Engl. J. Med.* 369 (2) (2013 Jul 11) 145–154.
- Hall KD, Ayuketah A, Brychta R, Cai H, Cassimatis T, Chen KY, et al. Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: an inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. *Cell Metab.* 2019 Jul 2;30(1):67-77.e3. doi:10.1016/j.cmet.2019.05.008.
- Dicken SJ, Jassil FC, Brown A, Kalis M, Stanley C, Ranson C, et al. Ultraprocessed or minimally processed diets following healthy dietary guidelines on weight and cardiometabolic health: a randomized crossover trial. *Nat Med.* 2025;31:3297–3308. doi:10.1038/s41591-025-03842-0.
- Moubarac JC. Ultra-processed foods in Canada: consumption, impact on diet quality and policy implications. Montréal: TRANSNUT, University of Montreal; December 2017.
- Swartz AZ, Wood K, Farber-Eger E, Petty A, Silver HJ. Weight trajectory impacts risk for 10 distinct cardiometabolic diseases. *J Clin Endocrinol Metab.* 2026;111(1):e49-e57. doi:10.1210/clinem/dgaf348.

# SOURCES

- Diabetes Canada. (2024, October). *Ketogenic diet and diabetes* [PDF]. Diabetes Canada. [https://www.diabetes.ca/getmedia/0be3714f-4339-4cd5-b003-fd254f5448fd/Ketogenic\\_Eating\\_Ver\\_4.pdf?ext=.pdf](https://www.diabetes.ca/getmedia/0be3714f-4339-4cd5-b003-fd254f5448fd/Ketogenic_Eating_Ver_4.pdf?ext=.pdf)
- Diabetes Canada Position Statement on Low-Carbohydrate Diets for Adults With Diabetes: A Rapid Review. *Can J Diabetes*. 2020 Jun;44(4):295-299. doi: 10.1016/j.jcjd.2020.04.001.
- Firman CH, Mellor DD, Unwin D, Brown A. Does a Ketogenic Diet Have a Place Within Diabetes Clinical Practice? Review of Current Evidence and Controversies. *Diabetes Ther*. 2024 Jan;15(1):77-97. doi: 10.1007/s13300-023-01492-4. Epub 2023 Nov 15. PMID: 37966583; PMCID: PMC10786817.
- Saslow LR, Daubenmier JJ, Moskowitz JT, Kim S, Murphy EJ, Phinney SD, Ploutz-Snyder R, Goldman V, Cox RM, Mason AE, Moran P, Hecht FM. Twelve-month outcomes of a randomized trial of a moderate-carbohydrate versus very low-carbohydrate diet in overweight adults with type 2 diabetes mellitus or prediabetes. *Nutr Diabetes*. 2017 Dec 21;7(12):304. doi: 10.1038/s41387-017-0006-9. PMID: 29269731; PMCID: PMC5865541.
- Westman EC, Yancy WS Jr, Mavropoulos JC, Marquart M, McDuffie JR. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Nutr Metab (Lond)*. 2008 Dec 19;5:36. doi: 10.1186/1743-7075-5-36. PMID: 19099589; PMCID: PMC2633336.
- Saslow LR, Mason AE, Kim S, Goldman V, Ploutz-Snyder R, Bayandorian H, Daubenmier J, Hecht FM, Moskowitz JT. An Online Intervention Comparing a Very Low-Carbohydrate Ketogenic Diet and Lifestyle Recommendations Versus a Plate Method Diet in Overweight Individuals With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2017 Feb 13;19(2):e36. doi: 10.2196/jmir.5806. PMID: 28193599; PMCID: PMC5329646.
- Apekey TA, Maynard MJ, Kittana M, Kunutsor SK. Comparison of the Effectiveness of Low Carbohydrate Versus Low Fat Diets, in Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 2022 Oct 19;14(20):4391. doi: 10.3390/nu14204391. PMID: 36297075; PMCID: PMC9609579.

# SOURCES

- Diabetes Canada. (2024, October). *Intermittent fasting and diabetes* [PDF]. Diabetes Canada. [https://www.diabetes.ca/getmedia/813ba88d-a1f8-4838-b742-daca1e096706/Intermittent\\_Fasting\\_Ver\\_4.pdf?ext=.pdf](https://www.diabetes.ca/getmedia/813ba88d-a1f8-4838-b742-daca1e096706/Intermittent_Fasting_Ver_4.pdf?ext=.pdf)
- National Institutes of Health. (2023, November 7). *Intermittent fasting for weight loss in people with type 2 diabetes*. National Institutes of Health. <https://www.nih.gov/news-events/nih-research-matters/intermittent-fasting-weight-loss-people-type-2-diabetes>
- Grajower MM, Horne BD. Clinical Management of Intermittent Fasting in Patients with Diabetes Mellitus. *Nutrients*. 2019 Apr 18;11(4):873. doi: 10.3390/nu11040873. PMID: 31003482; PMCID: PMC6521152.
- Pavlou V, Cienfuegos S, Lin S, Ezpeleta M, Ready K, Corapi S, Wu J, Lopez J, Gabel K, Tussing-Humphreys L, Oddo VM, Alexandria SJ, Sanchez J, Unterman T, Chow LS, Vidmar AP, Varady KA. Effect of Time-Restricted Eating on Weight Loss in Adults With Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2023 Oct 2;6(10):e2339337. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.39337. PMID: 37889487; PMCID: PMC10611992.
- Andriessen C, Fealy CE, Veelen A, van Beek SMM, Roumans KHM, Connell NJ, Mevenkamp J, Moonen-Kornips E, Havekes B, Schrauwen-Hinderling VB, Hoeks J, Schrauwen P. Three weeks of time-restricted eating improves glucose homeostasis in adults with type 2 diabetes but does not improve insulin sensitivity: a randomised crossover trial. *Diabetologia*. 2022 Oct;65(10):1710-1720. doi: 10.1007/s00125-022-05752-z. Epub 2022 Jul 25. PMID: 35871650; PMCID: PMC9477920.
- Che T, Yan C, Tian D, Zhang X, Liu X, Wu Z. Time-restricted feeding improves blood glucose and insulin sensitivity in overweight patients with type 2 diabetes: a randomised controlled trial. *Nutr Metab (Lond)*. 2021 Oct 7;18(1):88. doi: 10.1186/s12986-021-00613-9. PMID: 34620199; PMCID: PMC8499480.
- Henry, C.J., Kaur, B. & Quek, R.Y.C. Chrononutrition in the management of diabetes. *Nutr. Diabetes* **10**, 6 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41387-020-0109-6>

# AUTRES RESSOURCES PERTINENTES

Équilibre :

- Exercice de dégustation sensorielle :  
<https://www.youtube.com/watch?v=GDxhYbbIH6A>
- Le cycle de la privation : <https://equilibre.ca/images/equilibre/librairy/Depliant-sensibilisation-Pas-besoin-de-se-priver-pour-bien-manger.pdf>
- Êtes-vous au régime sans le savoir ?  
[https://equilibre.ca/images/equilibre/librairy/outil\\_sensibilisation\\_JISD2018.pdf](https://equilibre.ca/images/equilibre/librairy/outil_sensibilisation_JISD2018.pdf)
- Comment mieux respecter mes signaux de faim et de rassasiement ?  
<https://equilibre.ca/blogue/comment-mieux-respecter-mes-sensations-de-faim-et-de-rassasiement/>

ANEB – Anorexie et boulimie Québec : <https://anebquebec.com/>



**QUESTION ?**

Diabète  Québec  
[diabete.qc.ca](http://diabete.qc.ca)

**Universi** **D** 



**PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT**  
pour les personnes  
vivant avec le diabète