

| Diabète et Ramadan

A. Chraïbi*

Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Ibn Zohr, Agadir

* a.chraïbi@uiz.ac.ma

Le jeûne du mois de Ramadan est le quatrième pilier de l'Islam. Pour le malade en général et le diabétique en particulier, cette pratique suscite toujours un débat le plus souvent polémique dans le secteur médical dont la composante socioculturelle est parfois prépondérante.

Caractéristiques générales

Caractéristiques nutritionnelles

Hormis le fait que la période de privation alimentaire peut dépasser les 16h par jour, des modifications nutritionnelles qualitatives et/ou quantitatives sont souvent observées au cours du mois de Ramadan, ainsi plusieurs études concordantes ont montré que :

- ▶ Les dépenses augmentent d'environ 10 % surtout dans les ménages pauvres
- ▶ La consommation du lait et des produits laitiers, des œufs, des viandes, du poisson et des légumes secs augmente
- ▶ Selon une étude marocaine, le repas de l'iftar représente 84 % de l'apport énergétique total ; les aliments les plus consommés au repas de l'iftar sont les dattes (91,3 %), la soupe (90,2 %), les crêpes (78,9 %), le beurre (49,6 %), le miel (41,7 %) et en inter prandial les jus, le thé, les gâteaux et les fruits secs (52,7 %)
- ▶ Selon la même étude, le dîner est consommé par 89 % des jeûneurs, le sohour par 50,7 % des jeûneurs.

Si les études montrent des disparités alimentaires inter et intra pays, le déséquilibre nutritionnel est le plus souvent mentionné, notamment un excès de glucides et de lipides

expliquant l'augmentation de l'apport calorique pendant le mois de Ramadan.

Ruée vers les consultations

L'approche du mois sacré de Ramadan est pour les médecins en général, et les endocrinologues en particulier, une occasion quasi obligatoire de consultation des patients diabétiques. Cette ruée vers les consultations médicales est une pratique classique de la part des patients dont certains avaient déjà manqué la dernière consultation. Tous posent à peu près les mêmes questions concernant le problème de leur diabète au cours du mois de Ramadan. Certains patients par contre, considèrent que l'avis médical a été déjà obtenu précédemment ou se considèrent eux mêmes capables de trouver des solutions au problème. Une autre catégorie de diabétiques, souffrant de la maladie depuis peu de temps, trouve le moyen de changer de médecin sous le prétexte ou à la recherche d'une décision médicale qui leur convient et qui est généralement l'autorisation de jeûne du mois de Ramadan.

Toutes ces situations, et d'autres intermédiaires, traduisent les différents degrés de médicalisation et de relation médecin-malade, mais aussi et surtout l'ancrage des traditions socioculturelles qui, il faut l'admettre, pèsent sur la décision finale du patient voire même du médecin lui-même.

Risques potentiels associés au jeûne chez le diabétique

Ils sont à appréhender en cas de jeûne du diabétique. Les principaux risques sont : hypoglycémie, hyperglycémie,

déshydratation, décompensation d'autres pathologies (cardiaque, rénale, ...) et acidocétose (surtout chez les diabétiques de type 1).

Diabète et Ramadan : recommandations

Particularités des études sur diabète et Ramadan

Ces particularités doivent être mises en compte avant l'élaboration de tout projet d'étude sur le sujet. Les résultats obtenus doivent aussi être interprétés en fonction de ces données, ce qui n'était pas toujours le cas pour plusieurs études déjà faites. Ainsi les principales particularités sont :

- ▶ 1 mois de jeûne diurne par an
- ▶ 1 mois "lunaire" de jeûne par an
- ▶ Différences importantes en fonction de la période de jeûne
- ▶ Caractéristiques spécifiques de chaque pays : type d'alimentation, zone géographique différente, ...
- ▶ Modification des horaires, de la qualité et la quantité des repas
- ▶ Modification des horaires et des posologies des médicaments
- ▶ Aspects sociaux, culturels, religieux très forts, ...
- ▶ Etudes réalisées avec un nombre réduit de patients
- ▶ Peu d'études multicentriques
- ▶ Limites méthodologiques pour disposer de groupes non jeûneurs (randomisation)
- ▶ Paramètres d'études nombreux : périodes et durée du jeûne, âge, sexe, ancienneté du diabète, type de diabète, qualité de l'équilibre glycémique, complications diabétiques, type de traitements hypoglycémiant, qualité de la prise en charge, éducation diabétique, diététique, aspects psychosociaux et spirituels, ...
- ▶ Rôle important de l'équipe soignante.

Les principales recommandations

Le médecin consulté se sent toujours réconforté lorsqu'il dispose d'une conduite à tenir ou d'un consensus adéquat ; c'est à lui donc que revient la responsabilité de les appliquer au cas clinique. Au moins quatre consensus ou recommandations internationales ont été élaborés. Nous

n'en citerons que les trois plus importants à notre sens : celui de Casablanca, le tout premier, celui rédigé par des experts musulmans et prôné par l'*American Diabetes Association (ADA)*, et les dernières recommandations de l'*International Diabetes Federation (IDF)* en collaboration avec *the Diabetes and Ramadan (DAR) international Alliance*.

- Consensus de Casablanca de 1995 :

International Meeting on Diabetes and Ramadan Recommendations : Editions of the Hassan II Foundation for Scientific and Medical Research on Ramadan. Casablanca, Morocco, FRSMR, 1995.

Les principales recommandations sont :

- ▶ En principe tout diabétique ne doit pas jeûner
- ▶ Le diabétique insulino-traité ne doit pas jeûner du fait du risque grave d'hypoglycémie
- ▶ Pour les diabétiques de type 2 qui s'obstinent à jeûner, des situations pourraient autoriser le jeûne sous surveillance rapprochée : équilibre sous diététique seule ou antidiabétiques oraux sans l'existence de complication dégénérative et nécessité d'un autocontrôle glycémique adéquat.

- Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan, *Diabetes Care*, volume 33, Number 8, 2010

Ces recommandations tout en évitant d'interdire ou de recommander le jeûne, ont préféré classer l'état du patient diabétique selon son niveau de risque à jeûner le mois de Ramadan. Ainsi quatre niveaux de risque ont été individualisés :

- ▶ Risque très élevé
- Hypoglycémie sévère les 3 derniers mois qui ont précédé le Ramadan
- Patients avec une histoire d'hypoglycémie récurrente
- Patients atteints d'hypoglycémie
- Patients dont le contrôle glycémique soutenu est pauvre
- Acidocétose dans les 3 derniers mois avant le Ramadan
- Diabète de type 1
- Maladie aiguë
- Coma hyperglycémique hyperosmolaire dans les 3 mois précédents
- Patients qui effectuent un travail physique intense
- Grossesse
- Patients en dialyse chronique.

- ▶ Haut risque
- Patients présentant une hyperglycémie modérée (glycémie moyenne entre 150 et 300 mg/dl, HbA1C entre 7,5 et 9,0 %)
- Patients atteints d'insuffisance rénale
- Patients présentant des complications macrovasculaires avancées
- Personnes vivant seules qui sont sous insuline ou sulfamides hypoglycémiantes
- Patients atteints de comorbidités qui présentent des facteurs de risque supplémentaires
- Vieillesse ou mauvaise santé.
- ▶ Risque modéré
- Patients sous sécrétagogues d'insuline à action brève.
- ▶ Risque faible
- Patients sous régime seul ou associé à la metformine et qui sont en bonne santé.

- **Diabetes and Ramadan :**

Practical Guidelines, International Diabetes Federation (IDF), in collaboration with the Diabetes and Ramadan (DAR) international Alliance, April 2016

Le Dr Mohamed Hassanein a créé l'alliance internationale sur diabète et Ramadan DAR, laquelle est à l'origine des dernières recommandations sur le sujet. Ces recommandations regroupent les situations à risque modéré et faible en y associant les patients sous :

- ▶ Sulfamides de seconde génération ;
- ▶ Acarbose ;
- ▶ Thiazolidinediones ;
- ▶ Inhibiteurs de SGLT2 ;
- ▶ Incrétino-mimétiques ;
- ▶ Insuline basale.

Entre les recommandations et la pratique

Comme nous l'avons signalé et se basant sur le principe de la médecine fondée sur les preuves, nous ne pouvons avoir des études concernant diabète et Ramadan d'un niveau de preuve élevé ; le plus souvent, les recommandations se basent sur un accord professionnel du groupe d'experts qui les a élaborées.

Le consensus international de Casablanca qui, quoiqu'il

date d'une vingtaine d'années reste à notre sens applicable dans la majorité des cas à l'échelle de la population. Quant aux recommandations de 2010 mises à jour sur le rapport de l'IDF d'Avril 2016, elles précisent implicitement que les diabétiques à très haut et haut risque ne doivent pas jeûner alors que ceux avec risque modéré ou faible pourraient jeûner moyennant une surveillance particulière ; d'ailleurs, une décision religieuse (Fatwa) du moufti d'Egypte conforte la position de DAR, cette fatwa laisse en particulier au médecin traitant le soin de juger de l'interdiction ou non du jeûne pour les diabétiques à moyen et faible risque tout en les responsabilisant (Encadré 1).

Encadré 1 : Décision religieuse (Fatwa) du moufti d'Egypte



Ainsi, nous pensons qu'à la question importante posée par les patients qui est le jeûne du diabétique, la réponse toute simple est non. En fait, le contexte socioculturel oblige le plus souvent le médecin à "marchander" avec le patient laissant donc à la subjectivité dans la décision une place importante. De toute façon, encore faut-il le rappeler, la décision finale revient au patient lui-même, les conseils du médecin n'étant évidemment en cette situation que consultatifs. Néanmoins, il est important de préciser que l'idéal serait que l'avis du médecin soit la décision finale après le consentement éclairé du patient. En effet, et s'agissant d'une responsabilité médicale mais aussi et surtout religieuse, l'avis du médecin prend le qualificatif de Fatwa ou décision religieuse.



De ce fait, il est en pratique clair que le plus souvent, même en la présence d'un consensus ou de recommandations, c'est au cas par cas qu'on opère. S'agissant du diabète insulino-traité, même si le risque d'hypoglycémie laisse entendre que le jeûne représenterait un risque imminent pour le diabétique, beaucoup de patients affirment jeûner "sans problème", mieux que cela, certains auteurs ont conduit des études dont les résultats tempèrent beaucoup d'inquiétudes, la polémique existe donc même en milieu médical la rendant beaucoup plus aigüe au sein de la communauté des diabétiques. L'explication toute simple en est que les diabétiques insulinés et qui s'obstinent à jeûner le font le plus souvent en contre partie d'un déséquilibre tellement évident que le risque d'hypoglycémie est quasi nul alors que ceux qui ont jeûné sous insuline ou antidiabétiques oraux dans le cadre d'études scientifiques l'ont fait avec leur consentement et sous la surveillance de leurs médecins et le plus souvent en utilisant des analogues de l'insuline ou des antidiabétiques oraux connus par leur risque moindre d'hypoglycémie.

Le problème se pose aussi chez le diabétique non insulino-traité avec une acuité moindre, là aussi la surveillance médicale et l'arsenal thérapeutique très varié incluant de nouvelles galéniques des sulfamides et de nouvelles médications permettent le plus souvent un jeûne avec le moins de dégâts possibles en particulier un risque moindre d'hypoglycémie.

Quoi qu'il en soit, en cas de décision du patient diabétique de jeûner le mois du Ramadan, certaines règles doivent être impératives :

- ▶ Consulter son médecin pour éliminer toute contre-indication médicale formelle
- ▶ Adapter avec son médecin son traitement oral ou son insuline
- ▶ Auto-surveillance glycémique
- ▶ Prudence à la rupture du jeûne
- ▶ Conserver au moins 2 repas équilibrés
- ▶ Rompre le jeûne en cas d'hypoglycémie ressentie ou détectée par l'auto-surveillance glycémique.

Conclusion

Malgré la tolérance de la religion et l'avis des médecins, beaucoup sont les patients qui s'obstinent à jeûner ;

l'impact psychologique de non observance du Ramadan peut conduire à un sentiment d'exclusion vis-à-vis de la famille et de la société.

A notre humble avis, à la question le diabétique doit-il jeûner ? La réponse simple est non. Les diabétiques (et les médecins) non satisfaits par cette réponse, doivent conjuguer leurs efforts pour rendre ce jeûne le moins périlleux possible pour le patient !

Conflit d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Al-Arouj M et al. Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2305-11.
2. Al-Arouj M et al. Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan. *Diabetes Care*. 2010;33(8):1895-902.
3. Benaji B et al. Diabetes and Ramadan: Review of the literature. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2006;73:117-25.
4. Doaa F et al. Importance de l'éducation dans la prise en charge du diabète de type 2 durant le Ramadan. *Canadian Family Physician*. 2014;60(6):518-20.
5. International Diabetes Federation and the DAR International Alliance. *Diabetes and Ramadan : Practical Guidelines*. Brussels, Belgium : International Diabetes Federation, 2016.
6. www.idf.org/guidelines/diabetes-in-ramadan and www.daralliance.org
7. International Medical Recommendations for Muslim Subjects with Diabetes Mellitus who fast during the month of Ramadan. *Diabetes Middle East Edition*. 2004;3:143-5.
8. International Meeting on Diabetes and Ramadan Recommendations, Edition of the Hassan II Foundation for Scientific and Medical Research on Ramadan. Casablanca, Morocco, 1995.
9. Management of Type 2 diabetes in Ramadan: Low-ratio premix insulin working group practical advice. *Ind J Endocrin Metab*. 2014;18(6):794-9.
10. Salti I et al. A population-based study of diabetes and its characteristics during the fasting month of Ramadan in 13 countries: results of the epidemiology of diabetes and Ramadan 1422/2001 (EPIDIAR) study. *Diabetes Care*. 2004;27:2306-11.