



NEWS 20
LETTER 25

De la recherche fondamentale
à l'essai clinique,
du matériel de laboratoire
au salaire de chercheur,
CHAQUE DON
contribue à l'essor d'un projet
qui peut sauver des vies.

Merci pour
votre soutien!

Faites un don avec
TWINT!



Scannez le code QR avec
l'app TWINT



Confirmez le montant et
le don



CCP 12-144-1

IBAN: CH66 0900 0000 1200 0144 1



QR - IBAN

FONDATION POUR LA RECHERCHE SUR LE DIABÈTE

Maison des Fondations | chemin Rieu 17 | 1208 Genève

t. 41 78 765 32 32 | contact@fondation-diabete.ch | www.fondation-diabete.ch

& [fondation pour la recherche sur le diabète](#) [@fondation_diabete](#)



Keith Fiander | Président

CHÈRES LECTRICES, CHERS LECTEURS, CHÈRES DONATRICES, CHERS DONATEURS,

Voici plus de trente années maintenant que la Fondation pour la recherche sur le diabète a vu le jour. Au cours des trois décennies écoulées, que de progrès atteints, que d'étapes significatives franchies !

Ensemble, nous avons permis à certains espoirs de se concrétiser, transformant ainsi la qualité de vie de milliers de personnes touchées par le diabète. Derrière chaque avancée, il y a le vécu d'une ou d'un patient qui accède à de meilleures possibilités de soins ainsi qu'à une qualité de vie améliorée. De près et de loin, je suis un témoin de ces nombreuses évolutions positives.

Le diabète représente un défi mondial, les efforts investis dans la recherche se doivent de perdurer.

Dans un monde en pleine évolution, avec l'aide de nouvelles technologies, continuons à soutenir des projets innovants et prometteurs.

Plus que jamais la Fondation pour la recherche sur le diabète compte sur votre générosité.

Merci et bonne lecture !

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Keith Fiander', written on a light blue background.

M. Keith Fiander

La Fondation pour la recherche sur le diabète, suite à la présélection effectuée par les membres de son Comité scientifique (Prof François Jornayvaz, Prof Valerie Schwitzgebel, Prof Bernard Thorens et Mme Sylvie van Berchem), a choisi, pour cette année 2025, de soutenir trois projets de recherche aussi bien sur le diabète de type 1 que de type 2, pour un total de CHF 100'000. Nous avons le plaisir de vous les présenter ci-dessous.



Lauric Ferrat |
Collaborateur principal II
Faculté de médecine,
Université de Genève |
Département de médecine
génétique et développement

OPTIMISATION ET RENTABILITÉ DU DÉPISTAGE DU DIABÈTE DE TYPE 1 EN SUISSE

Les études montrent qu'il est crucial de détecter précocement le diabète de type 1 présymptomatique chez les enfants. Des programmes de dépistage ont montré une réduction significative des cas de l'acidocétose diabétique et une meilleure gestion glycémique sur le long terme. Cependant, l'adoption de tels programmes à grande échelle se heurte à des défis, notamment l'optimisation des coûts, des méthodes de dépistage, et des stratégies d'intervention.

Des résultats préliminaires aux États-Unis suggèrent que le dépistage du diabète de type 1 peut être rentable sous certaines conditions. Pour adapter ces stratégies à la Suisse, une plateforme de micro-simulation sera utilisée pour évaluer la rentabilité et l'impact budgétaire des stratégies de dépistage. Les modèles seront ajustés pour refléter l'épidémiologie du diabète de type 1 et les coûts suisses.

L'optimisation des stratégies de dépistage visera à minimiser les coûts, les événements de l'acidocétose diabétique et les interactions avec le système de santé. Des millions de stratégies seront simulées. Des contraintes d'optimisation seront ajoutées pour garantir la faisabilité clinique, en collaboration avec des cliniciens locaux.

Enfin, des directives et protocoles seront développés pour mettre en œuvre ces stratégies dans la pratique clinique, assurant que les modèles et outils soient accessibles pour les cliniciens et les familles.



Dr Christophe Kosinski |
Médecin adjoint du
Service d'endocrinologie
& diabétologie, HUG

AVANTAGES D'UNE EXPOSITION CONTINUE AUX CORPS CÉTONIQUES DANS LE CADRE D'UN RÉGIME CÉTOGÈNE CHEZ DES ADULTES ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 2 ET D'INSUFFISANCE CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (ÉTUDE REDIF)

Les traitements par inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose 2 (iSGLT2) ont révolutionné la prise en charge du diabète de type 2 et de l'insuffisance cardiaque, car ils améliorent la glycémie, diminuent la morbidité et la mortalité cardiovasculaire chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (DT2), mais également chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (IC) avec ou sans DT2. Cependant, les mécanismes des iSGLT2 sur la fonction cardiaque ne sont pas entièrement compris. Certains auteurs suggèrent un effet bénéfique de la cétogénèse induite par ces traitements, car le cœur défaillant dépend plus des corps cétoniques. Des études ont démontré un effet positif de l'utilisation ponctuelle des corps cétoniques en cas d'IC, mais aucune n'a évalué l'impact d'une exposition continue.

L'objectif de ce projet de recherche est d'évaluer les avantages potentiels d'une exposition durant 1 mois aux corps cétoniques en utilisant une diète cétogénique, qui est riche en bonnes graisses et très pauvre en glucides. Le but recherché avec ce type de diète est que le corps utilise les graisses pour produire beaucoup de corps cétoniques comme quasi seule source d'énergie. Le projet visera aussi d'évaluer ces bénéfices sur la fonction rénale, qui peut parfois être altérée chez des personnes avec DT2, avec ou sans IC. Les corps cétoniques étant anti-inflammatoires, il peut y avoir aussi un bénéfice sur le plan rénal.



Yannick Muller | MD-PhD,
Prof Assistant, Centre
hospitalier universitaire
vaudois (CHUV)
et Université de Lausanne,
Faculté de biologie
et de médecine

FAIRE PROGRESSER LA THÉRAPIE CELLULAIRE T RÉGULATRICE EN SUISSE POUR RESTAURER LA TOLÉRANCE DANS LE DIABÈTE DE TYPE 1

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire détruit par erreur les cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Cette attaque est favorisée notamment par une prédisposition génétique à mieux présenter les peptides dérivés de l'insuline aux globules blancs. Parmi ces derniers, il existe néanmoins une police des polices, les cellules T régulatrices (Tregs), qui, en temps normal, empêchent les réactions auto-immunes. Lorsque les Tregs sont défectueuses, cela accélère le développement du DT1. Actuellement, il n'existe aucun traitement qui puisse efficacement bloquer la réponse auto-immune, quand elle s'est déclenchée, ce qui provoque inexorablement une destruction complète des cellules productrices d'insuline.

Notre projet propose une approche innovante basée sur la thérapie cellulaire. Grâce à des ciseaux moléculaires de haute précision, CRISPR-Cas9, nous voulons profiter de la prédisposition génétique pour entraîner et produire une armée de cellules Tregs qui reconnaîtraient spécifiquement les cellules pancréatiques attaquées. Ces Tregs personnalisées pourraient bloquer localement l'inflammation, protéger les cellules restantes et ainsi ralentir ou stopper l'évolution de la maladie.

Nous allons tester cette stratégie dans un modèle de souris qui développent spontanément le DT1, tenter de caractériser une librairie de récepteurs ciblant les îlots pancréatiques, et ainsi poser les bases pour le développement d'une thérapie cellulaire de précision contre le DT1 en Suisse.



Dr Santiago Peregalli |
Médecin adjoint du Service
de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent, HUG

SANTÉ MENTALE ET DIABÈTE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Le diabète de type 1 (DT1) est une maladie chronique qui touche les enfants et les adolescents et qui nécessite une autogestion rigoureuse. En plus des conséquences physiologiques du diabète, les jeunes atteints sont plus susceptibles de développer des troubles psychiatriques que leurs pairs non diabétiques. Des études montrent qu'elles/ils ont près de deux fois plus de risques d'être diagnostiqués avec un trouble de l'humeur tel que la dépression, de l'anxiété, un trouble du comportement ou de l'alimentation.

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles de la personnalité et les troubles liés à l'utilisation de substances sont également plus prévalents chez ces jeunes. Environ un-e-x jeune sur cinq présente une comorbidité, c'est-à-dire au moins deux diagnostics psychiatriques simultanément. L'importance de la détection précoce et la prise en charge réside sur le fait que ces troubles sont fréquemment associés à une autogestion altérée du diabète, pouvant inclure une manipulation inadéquate de l'insuline ou une non-adhérence au traitement, dérivant ainsi sur une qualité de vie inférieure.

Troubles du comportement alimentaire et comportements alimentaires désordonnés

Les jeunes atteints de DT1 présentent un risque accru de développer des troubles du comportement alimentaire (TCA). La prévalence est particulièrement élevée chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes. Parmi les conséquences graves des TCA figurent une augmentation du risque d'acidocétose diabétique (ACD), un développement précoce des complications vasculaires et une mortalité accrue.

Parmi les TCA les plus courants chez les jeunes présentant un diabète, on retrouve la boulimie et les troubles de l'alimentation non spécifiés, tandis que

l'anorexie mentale semble moins prévalente dans cette population. Les études longitudinales montrent que ces troubles alimentaires persistent souvent à l'âge adulte, aggravant la gestion de la maladie.

Les comportements alimentaires désordonnés (CAD), tels que la restriction alimentaire excessive ou l'omission intentionnelle d'insuline, sont encore plus fréquents que les TCA. Chez les filles atteintes de DT1, entre 30 et 50 % rapportent des comportements alimentaires désordonnés, tandis que cette prévalence est de 10 à 20 % chez les garçons. Pour les jeunes atteints de diabète de type 2 (DT2), la prévalence des troubles alimentaires peut atteindre 50 %.

Les CAD sont souvent sous-diagnostiqués car les adolescents ne veulent pas s'exprimer sur leurs difficultés alimentaires, et les soignants ne se sentent pas toujours équipés pour dépister ces problèmes.

Symptômes et troubles anxio-dépressifs

Lors du diagnostic du diabète, de nombreux jeunes connaissent une augmentation physiologique et transitoire des symptômes anxieux et dépressifs. Avec le temps, ces symptômes peuvent réapparaître et s'intensifier, par exemple, en raison des difficultés liées à l'autogestion de la maladie et de ses implications quotidiennes. Une partie de ces jeunes continue de souffrir de troubles anxio-dépressifs de manière persistante.

Les symptômes dépressifs incluent une humeur triste, une absence de plaisir dans les activités et des pensées négatives. La fatigue et le brouillard cérébral, symptômes communs du DT1 dus aux fluctuations glycémiques, peuvent se superposer à ces symptômes psychologiques, compliquant ainsi le diagnostic.

Environ 32 % des jeunes atteints de diabète présentent des symptômes anxieux, cette anxiété peut les amener à éviter les rendez-vous médicaux, à négliger la surveillance glycémique ou à ne pas prendre leur insuline correctement.

Fonctionnement neurocognitif

Plusieurs recherches indiquent que les jeunes atteints de diabète sont plus vulnérables aux déficits neurocognitifs, notamment en ce qui concerne la mémoire, l'apprentissage et les fonctions exécutives. Les hypoglycémies et hyperglycémies répétées peuvent affecter les capacités cognitives, entraînant des difficultés scolaires. Bien que certaines études indiquent des performances scolaires inférieures chez ces jeunes, d'autres ne montrent pas de différences significatives. Les stratégies de protection incluent une bonne gestion glycémique, un sommeil régulier, un soutien parental fort et l'utilisation des technologies pour aider à l'autogestion du diabète.

L'évaluation psychologique : suivi et dépistage de routine

Intégrer une évaluation psychologique de routine dans le suivi des jeunes atteints de diabète, notamment au moment du diagnostic inaugural est essentiel. La discussion avec les enfants/jeunes et leur entourage, ainsi que des outils tel que des questionnaires standardisés permettent de détecter les problèmes psychologiques et d'ajuster la prise en charge. Un suivi annuel est recommandé à partir de 12 ans, avec une approche graduelle incluant des discussions ouvertes sur le bien-être social et psychologique.

Conclusions

Un jeune atteint de diabète sur sept présente des troubles psychologiques persistants. L'impact de ces troubles sur l'autogestion du diabète et la qualité de vie nous montre l'importance de bénéficier d'un accès à un soutien psychologique intégré aux soins du diabète.



Dr Christophe Kosinski |
Médecin adjoint du
Service d'endocrinologie
& diabétologie, HUG

LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE

Effets métaboliques et physiologiques de l'activité physique

L'exercice physique influence directement le métabolisme glucidique. Il favorise une diminution de la glycémie grâce à une meilleure captation musculaire du glucose, réduisant ainsi la résistance à l'insuline. L'exercice aérobique intense peut multiplier par cinq l'absorption du glucose musculaire, un effet qui persiste plusieurs heures après l'effort. Par ailleurs, les exercices en intervalles à haute intensité (appelés aussi "HIIT") permettent une utilisation du glycogène musculaire plus importante, avec des effets bénéfiques prolongés sur la glycémie.

Impact sur la prévention du diabète

Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'un mode de vie actif dans la prévention du diabète. L'étude Finnish Diabetes Prevention Study a montré qu'une perte de poids de 5 %, associée à une activité physique régulière (≥ 30 minutes/jour), réduisait de 58 % l'incidence du DT2 à 4 ans. Dans le cadre du Diabetes Prevention Program, il a été observé que l'exercice, combiné à une perte de poids, diminuait de 58 % le risque de développer un diabète, contre 31 % avec la metformine seule. Ces résultats ont été confirmés sur le long terme, avec une diminution de 38 % de l'incidence du diabète sur 13 ans.

Activité physique et diabète de type 1

Le DT1 requiert une gestion plus complexe de l'activité physique en raison de la dépendance à l'insuline. Contrairement au DT2, l'effet de l'exercice sur la glycémie dépend directement de plusieurs facteurs, notamment : type d'exercice, intensité, durée, moment de la journée, doses d'insuline et d'alimentation préalables. On peut également observer des variations sur la glycémie selon le type d'exercice, l'endurance prolongée faisant diminuer progressivement la glycémie,

tandis qu'une activité "explosive" peut même la faire monter transitoirement. Il est donc important de bien connaître ceci, de tester différentes stratégies et d'en discuter avec son équipe soignante.

Obstacles et précautions

Malgré ses nombreux bénéfices, l'activité physique reste parfois crainte et pas toujours mise en place ou suivie régulièrement, en raison de divers obstacles. Certaines précautions sont à prendre selon les complications préexistantes, telles que l'atteinte de la rétine ou la sensibilité des pieds, ou les maladies cardiovasculaires préexistantes symptomatiques (p.ex. angor). En cas de sensibilité réduite au niveau des pieds, il est primordial de bien surveiller les pieds et d'avoir un chaussage adapté. En cas de diabète insulino-requérant, il est important d'anticiper surtout les hypoglycémies et d'avoir une surveillance glycémique accrue avant/pendant/après l'exercice, d'adapter les doses d'insuline en fonction du type d'activité prévue, d'avoir de quoi se resucrer ou une collation sur soi, de garder une hydratation suffisante et une surveillance des signes d'hypoglycémie, qui peuvent survenir même plusieurs heures après l'activité physique.

En pratique : programmes et accompagnement

Des programmes spécialisés comme DIAfit ont été mis en place pour accompagner les patients ayant un diabète de type 2 dans l'adoption d'une activité physique régulière. En Suisse, ces programmes sont pris en charge par l'assurance-maladie de base tous les 3 ans et permettent aux patients de bénéficier d'un encadrement multidisciplinaire. Il existe plusieurs centres en Romandie qui proposent ce programme. D'autres possibilités existent telles que les marches organisées par Diabète Genève ("Balades Heb'Dromadaires", <https://diabete-geneve.ch/balades>), ou l'Association Diabète Type Sport (<https://diabetetypesport.ch>),

créée en 2024 par des personnes ayant du diabète et des soignants : celle-ci vise à promouvoir l'activité physique chez les adultes atteints de diabète en Suisse Romande. Elle propose des activités sportives, des événements et un accompagnement personnalisé pour favoriser l'engagement physique durable, ainsi que la mise en contact entre pairs, notamment pour démontrer que le diabète ne doit pas être un frein à la pratique de l'activité physique.

Conclusion

L'activité physique est une stratégie incontournable dans la prise en charge du diabète, permettant non seulement de mieux contrôler la glycémie, mais aussi de prévenir les complications associées à cette pathologie. Une approche adaptée aux besoins individuels, tenant compte des facteurs de risque et des contre-indications, est essentielle pour maximiser ses bienfaits.



TÉMOIGNAGES DE DANIEL SILVA PEREIRA ET FLAVIA HODEL, SPORTIFS VIVANT AVEC LE DT1

Quels sports pratiquez-vous, à quel degré et pour quels bienfaits?

DSP: Je pratique essentiellement la course à pied et le cyclisme. Je m'entraîne en moyenne 10 à 11 fois par semaine dont 7 à 8 entraînements en course à pied et 3-4 entraînements à vélo. Je pratique la course à pied car premièrement j'ai du plaisir, c'est un sport facile à mettre en place ayant un rapport temps de pratique/bénéfices sur la santé très intéressant, qui permet de repousser les limites de son corps et cela même pour des diabétiques de type 1. Pour ma part, la course à pied me permet de mieux gérer ma glycémie, c'est-à-dire d'avoir une hémoglobine glyquée plus basse et de réguler la glycémie majoritairement par le biais de l'activité physique du fait de mon nombre d'heures de pratique élevé. De ce fait, mes doses d'insuline sont relativement faibles en comparaison d'une personne pratiquant 2-3 fois par semaine de l'activité physique.

FH: Je pratique principalement la course à pied, généralement 1 à 2 fois par semaine. La course m'apporte un véritable bien-être et me motive, d'autant plus que je ne cours jamais seule! J'ai trouvé un chouette groupe de course au travail, et cette dynamique collective est vraiment stimulante. De plus, je trouve que la course a un effet très bénéfique sur mes glycémies. Cependant, étant au dernier trimestre de ma grossesse, j'ai choisi d'adapter mes efforts : depuis quelques mois, j'ai donc troqué la course contre des activités plus douces comme le yoga, la natation et la gymnastique, afin de quand même continuer à rester en forme et d'équilibrer mes glycémies.

Comment gérez-vous votre diabète pendant le sport et quels sont vos principaux défis?

DSP: La gestion de la glycémie doit se faire en amont par des phases d'expérimentation de pratiques sportives variées car la glycémie fluctue différemment en fonction du type de sport (endurance, force pure, explosivité) ainsi que du temps de pratique et de l'intensité. Ces premières tentatives de pratique sont des sources élevées de stress puisqu'on ne sait pas comment la glycémie va réagir en appréhendant les risques d'hypoglycémies. Pour ma part, j'ai toujours mesuré les valeurs glycémiques sur mon glucomètre au bout des doigts avant et après l'effort et par le biais du capteur continu de glycémie me donnant l'information en direct sur mon téléphone. Durant la pratique sportive, je surveille ma glycémie en temps réel grâce à mon capteur continu de glycémie sans oublier d'écouter les sensations de mon corps qui me permettent de savoir si je suis en hyperglycémie ou hypoglycémie. Le challenge consiste à essayer de débiter la séance de sport avec une glycémie moyenne à élevée, tout en finissant la séance dans des valeurs moyennes et en évitant donc toute hypoglycémie. Bien évidemment, ceci est induit par la nutrition et la quantité d'insuline injectée.

FH: La gestion de mon diabète pendant le sport commence déjà avant l'effort lui-même, car je veille à ne jamais commencer une séance avec une glycémie trop basse. Étant actuellement sous pompe à insuline, je préviens l'appareil suffisamment à l'avance que j'ai l'intention de faire du sport, afin qu'il ajuste la quantité d'insuline en fonction de l'effort à venir. Ensuite, je ne pars jamais sans avoir de quoi me resucrer en cas de besoin.

Les principaux défis auxquels je fais face sont la planification préalable du sport, ce qui réduit un peu la spontanéité des séances, et le fait de ne jamais pouvoir partir “les mains libres”. Il est essentiel d’avoir toujours sur soi des éléments de gestion du diabète, ce qui peut parfois être contraignant. Et dernièrement, il m’arrive de devoir m’arrêter en plein effort si ma glycémie est trop basse, ce qui implique des pauses forcées et parfois des interruptions dans l’intensité de l’exercice.

Quels conseils donneriez-vous à des personnes qui voudraient faire du sport tout en étant diabétiques?

DSP: Premièrement, avant de vous lancer, discutez-en directement avec votre diabétologue afin qu’il vous conseille sur la gestion glycémique et nutritionnelle avant, pendant et après l’effort.

Deuxièmement, soyez curieux, discutez directement avec des diabétiques ayant déjà une expérience sportive, ce sont les personnes les mieux placées pour vous conseiller avec les professionnels en diabétologie.

N’oubliez pas, chaque individu est singulier et donc chaque corps réagit différemment, vous devez donc faire vos propres expériences, en sécurité.

Pour cela, prenez toujours avec vous au minimum une boisson sucrée contenant 20g de glucides pendant la séance de sport car les risques d’hypoglycémies sont toujours présents et d’autant plus fréquents lorsque l’on débute une activité physique.

Allez-y progressivement, commencez par une séance de 30 minutes afin de voir comment votre glycémie réagit et notez les valeurs de votre glycémie avant, pendant et après l’effort, les quantités d’insuline injectées ainsi que les aliments et la quantité de glucides ingérés avant la séance.

FH: Écoutez-vous, prenez votre temps, ne soyez pas trop dur avec vous-même si une séance ne se déroule pas comme prévu, et n’ayez pas peur de recommencer! Le sport doit être une source de plaisir et de bien-être, pas de stress. Ensuite, n’hésitez pas à faire appel au corps médical et aux associations. Ils sont là pour vous soutenir, vous donner des conseils personnalisés et vous guider dans l’adaptation de votre traitement et de vos activités physiques.

dexcom G7

Dexcom G7 est compatible dès à présent avec Omnipod® 5 !

Pour les personnes atteintes de diabète de type 1 dès l'âge de 2 ans

NOUVEAU



Dexcom International Switzerland

Allmendstr. 18 | 6048 Horw
ch.info@dexcom.com | www.dexcom.com

Hotline Dexcom (numéro gratuit) : 0800 002 810

 DexcomSchweiz

 @dexcom_ch

En savoir plus : www.dexcom.com/fr-ch/omnipod

Afin de vous informer de manière plus digitale à l'avenir, nous vous remercions de nous transmettre votre adresse email à l'adresse: contact@fondation-diabete.ch



TÉMOIGNAGE DE M. CHRISTIAN DUCOR, AMI DE LA FONDATION ET VIVANT AVEC LE DT2

J'ai 68 ans et une longue carrière de banquier derrière moi. Après avoir passé ma maturité j'ai obtenu une licence en droit. Je me destinais à une carrière d'avocat mais le hasard m'a conduit dans la banque pendant presque 40 ans.

A la retraite depuis fin 2021, j'essaie de la maintenir active en siégeant dans le conseil de plusieurs fondations et en présidant un club de football.

Depuis mon adolescence j'ai pratiqué le sport, notamment l'athlétisme, le football, le handball, le basketball et le ski. Aujourd'hui encore, je pratique plusieurs fois par semaine la course à pied ainsi que le ski alpin, la randonnée à ski et le vélo.

J'avais entendu parler du diabète assez tôt dans ma vie car mon père était confronté à cette maladie. Pour ma part, elle a brutalement fait irruption dans ma vie à l'âge de 61 ans fin 2017.

Je venais de courir la course de l'Escalade et j'ai attrapé une grippe. Cette dernière ne partait pas et je me sentais très affaibli. J'avais en plus un besoin permanent de boire beaucoup de boissons sucrées et passais mes nuits à uriner.

Me sentant de plus en plus faible et ayant des pertes d'équilibre, je me suis rendu aux urgences de la clinique des Grangettes où l'infirmière, à la suite de la description de mes symptômes, m'a demandé si j'avais vérifié mon taux de glycémie. C'est la première fois que j'entendais parler de glycémie!

Mon taux était de 40, ce qui est énorme: c'est donc en ambulance que j'ai été amené aux HUG.

Durant mon séjour à l'hôpital on m'a dit que j'étais atypique : je ne comprenais pas pourquoi. Une infirmière m'a même dit : "Monsieur vous savez que vous devez bouger et avoir des activités physiques!" Ma réponse fut de lui désigner le Salève que je voyais depuis la fenêtre de ma chambre et de lui dire qu'un mois auparavant j'étais là-haut, à vélo, donc que je savais ce que bouger voulait dire. J'ai alors compris pourquoi on me traitait d'"atypique".

J'ai ensuite découvert à mes dépens la neuropathie diabétique: avec des photos assez traumatisantes de pieds de diabétiques chez le podologue d'abord, puis avec une paralysie dans le bas de ma jambe droite au-dessous du genou, ensuite.

Depuis début 2018, je vis avec cette maladie et ses diverses contraintes, nutritionnelles notamment. J'ignorais tout de celle-ci et ce qu'elle impliquait pour ma vie quotidienne. Je n'ai finalement pas changé mes habitudes sportives car je n'y ai vu aucun changement au niveau fatigue ou récupération même si je ressens parfois des moments d'intense fatigue que je mets sur le compte de l'âge.

Je suis suivi aujourd'hui par une doctoresse qui était d'ailleurs celle qui s'était occupée de moi à l'hôpital et qui me conseille. Elle me répète que j'ai un diabète particulier car vraisemblablement génétique.

Je vais enfoncer une porte ouverte, mais il est évident que cette maladie silencieuse a des effets pervers dans notre corps et c'est la raison pour laquelle il faut être vigilant.

Vivre avec le diabète est un défi quotidien mais qui pour moi est parfaitement gérable. Ce qui est difficile à gérer est la compréhension des proches et parfois le renoncement à de bons repas!



Dr Fadi Haidar | Médecin
adjoint Responsable de la
transplantation rénale
HUG

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE CLINIQUE SUR LE DIABÈTE DE TYPE 1 DE VERTEX - FORWARD

Introduction

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève, une étude clinique est actuellement en cours sur une thérapie à base de cellules souches pour le diabète de type 1 (DT1). Cette étude est dirigée par l'investigateur principal, le Dr Fadi Haidar, et la coordinatrice de l'étude, Mme Erika Holmgren Lacin, tous les deux membres du service de transplantation des HUG. L'étude de Vertex FORWARD est une étude interventionnelle avec un recrutement en cours pour des adultes atteints de diabète de type 1. Cette étude multicentrique avec des sites d'étude internationaux, aux États-Unis, au Canada et en Europe est sponsorisée par Vertex Pharmaceuticals Incorporated.

L'étude FORWARD

Egalement connue sous le nom de VX20-880-101, l'étude FORWARD combine les phases 1/2/3 de l'étude clinique et évalue la sécurité d'emploi, la tolérabilité (les effets secondaires) et l'efficacité d'une thérapie expérimentale à base de cellules d'îlots dérivées de cellules souches nommée VX-880 ou Zimislecel, perfusée dans la veine porte hépatique. L'étude prévoit de recruter 52 participants dans des sites mondiaux. Le recrutement concerne des personnes atteintes de DT1 qui souffrent d'hypoglycémie(s) sévère(s) et d'une diminution du ressenti de l'hypoglycémie. Pour que ces cellules puissent s'implanter et perdurer dans le foie, un traitement immunosuppresseur est nécessaire à l'instar des allogreffes d'îlots humains. Un des

objectifs est d'évaluer si la thérapie pourrait réduire ou éliminer les épisodes d'hypoglycémie et potentiellement diminuer ou éliminer le besoin d'injections d'insuline. Les participants seront suivis pendant 5 ans après la perfusion de VX-880. Les premiers résultats de cette étude sont extrêmement prometteurs et peuvent aboutir à supplanter l'allogreffe d'îlots pancréatique ou même l'allogreffe du pancréas entier.

Résultats préliminaires

Les résultats préliminaires de la cohorte de phase 1/2 de 12 patients entièrement dosés ont révélé un contrôle glycémique robuste et une réduction de la dépendance à l'insuline:

- > 11 des 12 patients ont réussi à réduire ou à éliminer l'utilisation de l'insuline exogène, avec trois participants maintenant une indépendance à l'insuline pendant plus de 12 mois.
- > Tous les patients ont présenté des niveaux d'HbA1c inférieurs à 7.0% et des temps dans la plage cible (3.9 – 10.0 mmol/l) dépassant 70% sur la surveillance continue du glucose, atteignant les objectifs de l'American Diabetes Association (ADA).
- > La prise de greffe des cellules d'îlots infusées a été confirmée via des niveaux de C-peptide détectables à jeun au jour 90, indiquant une reprise de la production d'insuline endogène.

L'avenir

Concernant le profil de sécurité, le VX-880 a été bien toléré, avec la plupart des événements indésirables (EI) classés comme légers à modérés. Les EI courants ont été classifiés surtout en lien avec le régime immunosuppresseur et aucun événement indésirable grave n'a été considéré comme lié au VX-880. Deux décès de patients sont survenus pendant l'étude, tous deux jugés non liés à la thérapie interventionnelle.

Vertex vise à terminer le recrutement pour l'étude FORWARD de phase 1/2/3 d'ici mi-2025, avec des soumissions réglementaires à la FDA et à Santé Canada prévues pour fin 2025 ou début 2026.

Si vous souhaitez participer à cette étude et vérifier si vous y êtes éligibles, merci de contacter:

Vivien Glocker, Erika Holmgren Lacin, Fadi Haidar
erika.holmgrenlacin@hug.ch
fadi.haidar@hug.ch
t. +41 79 553 31 05





Dr Eva Brù Tari | Maître-assistante, Centre facultaire du diabète, Université de Genève, co-présidente de la commission ECR



Dr Karim Gariani | Médecin adjoint agrégé responsable de l'unité de diabétologie HUG, Centre facultaire du diabète, Université de Genève, co-président de la commission ECR

UNE NOUVELLE ÉTAPE AU CENTRE DU DIABÈTE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE: DONNER LA PAROLE AUX JEUNES TALENTS ET RENFORCER LE PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS

Le Centre du Diabète de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève ouvre une nouvelle phase de son développement, marquée par une ambition renouvelée en faveur de l'innovation, de la transversalité et de l'engagement des patients dans la recherche. Dans le cadre d'une réorganisation stratégique, nous posons les bases d'un environnement scientifique plus inclusif, où les jeunes chercheurs et les personnes vivant avec le diabète sont invités à jouer un rôle actif dans la définition des priorités du Centre.

Au cœur de cette dynamique, la création d'un Comité des Jeunes Chercheur·euse·s (Early Career Researchers Committee – ECR) constitue l'un des piliers de cette nouvelle structure. Regroupant des postdoctorants, maître-assistants, chefs de groupe en début de carrière ainsi que de jeunes cliniciens-chercheurs, ce comité représente une nouvelle génération de scientifiques aux compétences solides, à l'esprit novateur et profondément engagés à faire évoluer la recherche en diabétologie. Ce collectif a pour mission de contribuer à l'orientation stratégique et scientifique du Centre, en favorisant les initiatives transversales, le dialogue interdisciplinaire, et l'implication directe des jeunes chercheurs dans la construction de l'agenda scientifique.

Un axe central de cette démarche réside dans le renforcement du lien entre recherche et expérience vécue de la maladie. Nous sommes résolument engagés à intégrer les patients dès les premières étapes des projets de recherche: dans la formulation des questions,

l'identification des besoins, et l'émergence de solutions concrètes. Cette volonté s'incarne dans le développement de dispositifs de dialogue ouverts et continus: séminaires publics, ateliers participatifs, événements de discussion et espaces d'échange permettront une rencontre fertile entre la recherche académique et les vécus du quotidien. Ces interactions enrichiront nos travaux, tout en donnant aux chercheurs — notamment celles et ceux en début de parcours — une compréhension plus fine de la portée sociétale et humaine de leur activité scientifique.

Un autre objectif fondamental est de renforcer les passerelles entre recherche fondamentale et pratique clinique. Des sessions de formation permettront aux chercheur·euse·s en sciences biomédicales de mieux appréhender les enjeux cliniques, tandis que les cliniciens seront invités à contribuer à la réflexion dès les phases amont des projets. Ce croisement des expertises vise à instaurer une culture de recherche véritablement interdisciplinaire, au service d'une meilleure compréhension et prise en charge du diabète.

Ce projet de transformation repose sur une volonté claire: faire évoluer nos structures avec exigence, mais aussi avec humilité et sens de la continuité. Le Comité des Jeunes Chercheur·euse·s bénéficie du soutien d'un Conseil Consultatif composé de professeurs émérites et de cliniciens expérimentés. Ce conseil joue un rôle essentiel de mentorat, d'orientation et de transmission, garantissant que les idées nouvelles s'inscrivent dans l'héritage d'excellence scientifique qui caractérise le Centre.

Dans cette dynamique, nous lançons un appel à toutes les composantes de la communauté genevoise du diabète — patients, familles, professionnels de santé, chercheurs — à nous rejoindre dans cette évolution. Partager vos expériences, assister à nos événements, contribuer à nos réflexions : les opportunités de collaboration seront nombreuses et ouvertes.

Ensemble, faisons du Centre du Diabète non seulement un pôle d'excellence scientifique, mais aussi un modèle de recherche concertée, participative et pleinement connectée à la réalité des patients.



Cérémonie de remise
du Prix de la Fondation
Mardi 30 septembre 2025
à 18h00
Auditoire Louis-Jeantet
17 chemin Rieu
1208 Genève



28^{ème} Journée Romande du Diabète
Samedi 1^{er} novembre 2025
de 8h30 à 16h30
aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
Auditoire Marcel Jenny
4 rue Gabrielle-Perret-Gentil | 1205 Genève

27ÈME JOURNÉE ROMANDE DU DIABÈTE





Loop
CamAPS | FX

my freedom, mylife

Embrassez la vie en toute confiance
mylife Loop vous décharge 24/7 de
la gestion de votre diabète de type 1.

Comment mylife Loop renforce votre liberté

- Gérez votre diabète directement depuis votre smartphone.
Administrez des bolus repas en toute discrétion.
- L'algorithme adaptatif et auto-apprenant s'ajuste à votre emploi du temps quotidien, sur 3 niveaux: apprentissage global, diurne et post-prandial.
- Choisissez l'objectif glycémique qui vous convient, de 4.4 à 11.0 mmol/L.



Profitez de la vie sans limites

Découvrez mylife Loop



Clause de non-responsabilité: Les images de produits sont exclusivement proposées à fins d'illustration. // mylife et Ypsopump sont des marques déposées d'Ypsomed AG dans plusieurs pays. // CamAPS est une marque déposée de CamDiab Ltd. // Dexcom et Dexcom G6 sont des marques déposées de Dexcom, Inc. aux États-Unis et/ou dans d'autres pays. // Le boîtier du capteur, FreeStyle, Libre et les marques apparentées sont des marques commerciales d'Abbott et sont utilisées avec autorisation. // La marque et les logos Bluetooth® sont des marques déposées appartenant à Bluetooth SIG, Inc., et leur utilisation par Ypsomed est soumise à licence. // Disponible pour les téléphones sous Android. La version pour iOS sera disponible ultérieurement.

❗ Pour obtenir des informations concernant la sécurité des produits mentionnés, consultez le mode d'emploi ou le site www.mylife-diabetescare.ch/securite

Ypsomed Diabetes Care AG // Marché suisse // Zieglmattstrasse 1 // 4500 Soleure //
info@ypsomed.ch // www.mylife-diabetescare.ch // Numéro gratuit: 0800 44 11 44

YPSOMED
SELF CARE SOLUTIONS