

Partie 2 : Le diabète, un problème majeur de santé publique pour l'Afrique

David Béran (a), Stéphane Besançon (b), John Bowis (c)

Une explosion épidémiologique

Contrairement à une ancienne conception qui considérait le diabète sucré comme une maladie des pays et des hommes riches, la prévalence de diabète connaît aujourd'hui une croissance exponentielle dans les pays en développement et particulièrement en Afrique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique une croissance mondiale de la prévalence de 135 millions de malades en 1995 à 300 millions en 2025. La majorité de cette augmentation se fera dans les pays en développement. Les pays développés verront les cas augmenter de 42 % (51 à 72 millions) tandis que les pays en développement verront leur nombre de diabétiques augmenter de 170 % (84 à 228 millions). En 2025, les pays en développement compteront 76 % des patients diabétiques identifiés dans le monde.

Pourquoi cette explosion?

Selon l'OMS, cette explosion du diabète et plus généralement cette transition épidémiologique entre les maladies transmissibles et non transmissibles dans les pays en développement est la conséquence directe de l'apparition massive de surpoids et de l'obésité, dans toutes les classes sociales de ces pays. Ce phénomène est étroitement relié à l'apparition d'une transition nutritionnelle progressive, définie comme une modification des régimes alimentaires, qui additionne au modèle de base très glucidique, composé généralement de céréales ou tubercules avec une sauce, une occidentalisation des régimes. Cette transition trouve son origine dans l'augmentation des revenus des populations, mais surtout dans l'évolution des modes de vie, avec la très forte croissance de l'urbanisation. Enfin, la croissance des maladies chroniques comme le diabète est renforcée par l'augmentation de l'espérance de vie et la croissance de la sédentarité.

Une barrière à la survie : le prix de l'insuline

Au Mali, en 2000, le produit intérieur brut (PIB) était de 310 euros par habitant et le prix d'une ampoule d'insuline pour un patient était de neuf euros. Une année d'approvisionnement d'insuline pour un malade représente approximativement 38 % des ressources annuelles de sa famille.

Le coût de l'insuline n'est pas un problème uniquement au niveau des patients diabétiques, mais aussi au niveau des gouvernements. Le Mozambique dépense approximativement 1,20 euros par personne et par an pour les médicaments. En parallèle, le gouvernement du Mozambique doit dépenser 3,60 euros pour acheter une ampoule d'insuline (en moyenne un patient à besoin de treize ampoules par an), ainsi le gouvernement se trouve devant un choix de priorités entre fournir l'insuline pour une personne par an, ou des médicaments essentiels pour quarante autres malades.

Autres barrières : les différents outils nécessaires à la prise en charge du diabète

L'insuline seule ne suffit pas. Les seringues sont nécessaires pour injecter l'insuline. Les patients diabétiques ont également besoin de contrôler régulièrement le niveau de sucre dans leur sang, avec des bandelettes urinaires, des glucomètres ou différents tests de laboratoire. Ces tests doivent être disponibles et abordables pour les patients. Au

Mozambique seulement 6 % des structures possèdent le matériel nécessaire pour mesurer la glycémie. De plus, ces tests sont souvent absents dans les centres de santé et les diabétiques doivent souvent parcourir une grande distance pour pouvoir faire ce test. Ce transport ajoute encore des coûts de prise en charge au malade. Pour les patients soignés avec des antidiabétiques oraux, le coût de ces traitements est également prohibitif pour de nombreux malades. Ainsi au Mali, il est estimé qu'un patient diabétique à Bamako dépense mensuellement en moyenne 17,70 euros dans la prise en charge de son diabète (coût comprenant une mesure de glycémie, huit seringues avec une ampoule d'insuline ou les antidiabétiques oraux, une consultation et les frais de transport pour rejoindre les structures de soin) sachant que le salaire mensuel moyen au Mali se situe autour de cinquante euros.

L'importance du système de santé

La présence d'insuline, de seringues et du matériel d'analyse est vital, mais ne suffit pas. Il doit être accompagné d'un système de santé avec un personnel formé et des structures adéquates. Les systèmes de santé en Afrique sub-saharienne sont organisés pour le traitement des maladies aiguës non chroniques. Au Mali, au Mozambique et en Zambie, pays qui comptent entre 10 et 19 millions d'habitants, il y a seulement deux médecins spécialisés pour la prise en charge du diabète, avec en plus cinq à dix agents de santé ayant reçu des petites formations d'appoint. En parallèle à la formation clinique sur le diabète, les agents de santé doivent également apprendre l'éducation du patient diabétique nécessaire pour une prise en charge adéquate et à long terme des malades.

Que peut-on faire ?

Dans de très nombreux pays en développement les ressources inadéquates (financières et humaines) représentent une barrière majeure pour la prise en charge et le contrôle des maladies chroniques. D'autres obstacles apparaissent pour cette prise en charge adéquate, comme le manque de mesures concrètes et de données fiables sur les maladies chroniques, le manque de compréhension des facteurs économiques influençant les risques de maladies chroniques et l'orientation vers les maladies aiguës des systèmes de santé. La prise en charge des maladies chroniques est plus complexe que celle des maladies aiguës. En effet, elle requière une approche intégrée, où les patients, la famille et la communauté sont des participants actifs dans le traitement.

Une partie du problème vient du fait que la communauté internationale ne reconnaît pas comme une priorité le problème des maladies chroniques et particulièrement du diabète en Afrique sub-saharienne. La banque mondiale a accordé plus de 3,54 milliards d'euros aux différents pays pour leur secteur de la santé. Sur la totalité de cette somme uniquement 2,5 % ont été alloués à la prévention et la prise en charge des maladies chroniques et, dans tous les cas, dans des pays d'Europe de l'Est. La majorité des fonds de santé sont destinés à la lutte contre des maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida. Malgré ceci, le diabète doit bénéficier d'un financement approprié car il faut rappeler que chaque année 3,2 millions de mort sont attribuées au diabète et 3,1 millions (2,8 à 3,5 millions) au VIH/sida.

Le diabète n'est pas encore considéré comme un problème majeur de santé publique en Afrique sub-saharienne, bien qu'il contribue déjà au fardeau général pesant sur les systèmes de santé (en 1995, le diabète accaparait déjà 8% des budgets de santé en Tanzanie). Malgré les données épidémiologiques alarmantes, le diabète n'est pas une préoccupation des acteurs locaux, nationaux et internationaux. Il est donc très urgent que:

- les bailleurs de fonds et les organisations internationales reconnaissent le diabète comme un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et allouent les ressources appropriées pour ceci;
- les gouvernements des pays en développement adoptent des politiques concernant la prévention et les soins du diabète et des mesures pour amoindrir le fardeau financier du diabète;
- le secteur privé prenne en compte le coût de l'insuline, des seringues, du matériel de dépistage et de suivi pour les personnes les plus pauvres;
- les individus de part le monde s'assurent que leurs représentants sont conscients de la problématique du diabète dans les pays en développement et des enjeux autour de la gestion de cette question.

.....

a–*International insuline foundation*, www.access2insulin.org

b– Santé Diabète Mali, www.santediabetemali.org

c– Député européen UK Conservateurs, membre de la commission *environnement, santé publique et de sécurité alimentaire* et ministre de la Santé de Grande-Bretagne (1993-96)