

Les inégalités face à la maladie chronique: l'exemple du diabète

Xavier Debussche

► **To cite this version:**

Xavier Debussche. Les inégalités face à la maladie chronique: l'exemple du diabète. Expressions, Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) Réunion, 2012, Journées régionales "société, santé, éducation". Approche interdisciplinaire des inégalités sociales de santé à La Réunion, pp.43-50. hal-02388566

HAL Id: hal-02388566

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02388566>

Submitted on 2 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES INEGALITES FACE A LA MALADIE CHRONIQUE L'exemple du diabète

Xavier DEBUSSCHE

Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion

Résumé. – Les grandes disparités géographiques de prévalence du diabète (20% des adultes à la Réunion), sont avant tout liées à l'évolution des modes de vie avec des déterminants sociaux majeurs. Les disparités s'étendent à la qualité et à l'accès aux soins. La maladie chronique est une problématique posée non seulement aux individus malades, avec ses implications sociales, mais aussi aux soignants qui doivent intégrer la dimension chronique non curative de la maladie. Les stratégies de promotion de la santé ne peuvent se limiter au dépistage et aux « changements de comportements » et doivent intégrer la prise en compte des causes environnementales et sociétales des inégalités avec une implication communautaire et institutionnelle.

Mots-clés : - maladie chronique - diabète – inégalités – environnement – soignants - .

Abstract. – Diabetes prevalence is increasing all over the world but with rising geographic disparities (up to 20% of adults in Reunion) mainly due to lifestyle changes and social determinants. Discrepancies broaden to access and quality of health care. Chronic diseases issues challenge both the individuals with the illness and its social implications, and the health professionals who struggle with the non-curative dimension of the disease. Health promotion strategies should go beyond screening and behaviour changes recommendations, and integrate environmental and societal causes of inequalities with implications at the community, institutional and public levels.

Key words : - chronic disease – diabetes – health disparity – environment – health professionals - .

La prévalence des maladies métaboliques que sont le diabète et l'obésité, maladies chroniques non transmissibles dites « de

civilisation », est en constante augmentation. Elles touchent une part de plus en plus importante de la population mondiale et s'imposent à l'individu, aux soignants et aux institutions, bousculant les repères de la santé et de la médecine. Le diabète est l'exemple même de la maladie chronique du monde moderne, aux coûts financiers et humains majeurs, mais touchant de façon préférentielle les populations défavorisées.

1. Diabète, obésité et disparités : les faits

La prévalence du diabète présente d'énormes disparités selon les pays : de 1,7% de la population au Malawi à 30,9% dans l'île Nauru, et, en France, selon les régions (2,8 % de la population générale tous âges confondus en Ille et Vilaine, 5,5% le Pas de Calais, 8,8% à la Réunion). Les écarts de prévalence se creusent entre les régions (+0,4% en 3 ans, entre 2006 et 2009 pour les plus faibles prévalences, à +1,4% pour les plus hautes), mais aussi selon le sexe, le niveau d'études, les niveaux socio-économiques, le niveau d'accès aux soins, et la qualité du suivi médical. Quelque soit l'âge, les personnes diabétiques ont un revenu moyen inférieur de 1000 à 1500 euros à celui de la population générale et 34% gagnent moins de 1200 euros/mois, 53% affirment que leur situation financière est juste ou qu'ils y arrivent difficilement sans faire de dettes. A la Réunion, 55% des personnes diabétiques sont à la CMU, contre 34% en population générale (En France : 11% en cas de diabète versus 7% de la population générale). La prévalence de l'obésité augmente également dans la population générale : selon l'enquête Obépi, de 9% en 1997 à 15% en 2009, mais beaucoup plus en cas de faible niveau d'instruction (de 14% à 24% pour le niveau primaire, contre une augmentation de prévalence de 4% à 7% en cas d'études supérieures de 3^{ème} cycle), ou pour les revenus inférieurs.

La survenue de complications dans le diabète présente de même des disparités majeures. L'enquête réalisée par l'observatoire régional de la santé en 2002 sur les amputations des membres inférieurs a montré que 62% des hommes et 81% des femmes ayant été amputé pour lésion compliquée du pied étaient de niveau scolaire

Les inégalités face à la maladie chronique : l'exemple du 45 diabète

primaire ou inférieur, que 65% disaient avoir des difficultés pour lire et/ou écrire, 62% étaient à la CMU, et 43% n'avaient jamais consulté un spécialiste du diabète.

2. Problématique de la maladie chronique : individus, médecins et institutions

La maladie chronique pose de nombreuses difficultés et écueils au long terme à la fois aux individus malades et aux soignants. Les individus présentant une maladie chronique sont confrontés par définition à la perte définitive de la condition antérieure de sujet « sain ». Ils doivent assurer le contrôle de l'évolution de la maladie et viser à l'autonomie pour une meilleure « prise en charge », impliquant connaissance et gestion des aspects thérapeutiques et non thérapeutiques influençant sur la maladie. L'entrave à la qualité de la vie induite est source d'une difficulté d'acceptation et les implications sociales de la maladie et du statut de malade sont souvent majeures. La connaissance des complications du diabète est très disparate selon le niveau d'études : 40% des personnes diabétiques ayant un niveau scolaire de primaire ne peuvent citer aucune complication. Les analyses des discours de patients mettent en avant des facteurs causaux ou aggravants de la maladie tels que émotionnels, stress, événements traumatiques, religion. Les perceptions « profanes » de la cause du mal sont en opposition aux modèles étiologiques médicaux. La recherche de sens dépasse les réponses de la médecine, avec un besoin de rapporter la maladie à un ordre du monde et à un ordre social, dans le contexte de l'observation et de la perception quotidienne accessible à chacun.

Alors que la maladie aiguë est de dimension quasi exclusivement médicale, la maladie chronique intègre une dimension individuelle et sociale. Les soignants sont confrontés dans leur pratique professionnelle à un suivi des malades chroniques souvent vécu comme ingrat avec la tentation forte au travail de routine, vers une prise en charge médicale « classique », riviée au curatif

(renouvellement de traitement, prise en charge de l'aigu, sans dimension préventive). À l'inverse certains soignants peuvent investir dans une implication personnelle pouvant aboutir à une emprise trop forte. La maladie aiguë, caractérisée par un objectif curatif, situé dans le court terme, s'oppose à la maladie chronique dont l'objectif est préventif, sur le long terme, avec des aspects thérapeutiques non médicaux, nécessitant un suivi et une observance de longue durée. La maladie chronique est souvent asymptomatique (« malades en bonne santé »), et les pratiques préventives efficaces s'accompagnent d'un bénéfice que l'on ne voit pas. La médecine contemporaine répond avant tout à l'obligation du soin et de la guérison : le médecin est un expert doté d'une autorité professionnelle, avec donc risque de dépendance du patient et de dépossession, qui peut évoluer selon les cas vers la révolte ou l'aveugle confiance. Dans le contexte de la maladie chronique, ceci est peu opérant. Les discours des médecins s'attachent en priorité à l'observance des traitements, aux comportements à changer, au mode de vie, à l'alimentation, à l'activité physique. Face à l'éducation des patients, le professionnel de santé est confronté à ses propres représentations sur les patients, et au décalage professionnel-patient. Faute de formation initiale, ses compétences en éducation sont limitées, et les pratiques de soins, à l'acte et sur un temps limité, sont peu propices aux activités d'éducation.

Sur un autre versant, les pratiques professionnelles restent le plus souvent peu conformes aux recommandations dans la dimension chronique de la maladie. On le voit notamment dans la fréquence de réalisation des examens de surveillance ou de dépistage des complications dans le diabète : à la Réunion, en 2004, le dosage de l'HbA1c n'était réalisé au moins tous les 4 mois, que dans 44% des cas, l'examen annuel des pieds dans 58% des cas, l'examen ophtalmologique dans 50% des cas. Quand on les interroge, 88% des praticiens reconnaissent que des disparités existent dans la dispensation des soins, mais 40% disent qu'elles sont présentes dans leurs propres pratiques.

Les inégalités face à la maladie chronique : l'exemple du 47 diabète

La maladie chronique est enfin aussi une problématique de santé publique, avec des coûts sociaux et financiers importants. Le coût moyen de soins directs est de 4000 euros/patient/an, s'élevant avec la durée du diabète, le traitement (5900 euros/an en cas de traitement par insuline), et de l'existence de complications (5130 euros en cas de complications macro-vasculaires, contre 1770 euros en l'absence de complication décelée).

Face à ces coûts, devant l'inadéquation de l'idée de guérison, on fait appel à la gestion de la maladie, transformant le soigné en « auto-soignant », avec un devoir de santé dévolu au malade chronique. Dans le discours public, tenu par le corps médical, les responsables administratifs et les hommes politiques, la logique préventive remplace la médecine logique curative d'efficacité limitée, avec un objectif de réduction des dépenses de santé passant par la responsabilisation des individus qui doivent adopter des comportements rationnels et adapter leur mode de vie. C'est un discours éminemment ambigu, faisant s'opposer les logiques médicale et sociale, chez des personnes malades chroniques qui font, dans une grande majorité, des classes sociales les moins favorisées.

3. Déterminants de santé : maladie biologique, individuelle, ou sociale ?

Devant l'explosion de la prévalence du diabète, notamment à la Réunion, la prédisposition génétique des individus est la première cause mise en avant dans les discours des institutionnels, des décideurs, et des spécialistes. Cette notion de prédisposition génétique renvoie au dépistage familial, et, par le truchement des interactions génétique-environnement, à la notion de risque de diabète lié à la combinaison génétique+comportement. Le diabète peut-il être réduit à sa composante génétique et/ou sa composante comportementale individuelle ? La composante sociétale est de fait largement ignorée.

A la Réunion, l'étude de l'évolution des disponibilités alimentaires entre 1975 et 2002 montre que la proportion de lipides dans la ration énergétique totale a augmenté de 25% à 37%, de même

que la proportion des protéines, essentiellement d'origine animale, tandis que celle des glucides s'est réduite de 66% à 51%, au détriment des glucides complexes (les « sucres lents »).

Parallèlement, la modernisation rapide s'est accompagnée de la motorisation des transports et de l'afflux de la télévision et autres moyens modernes d'information et de communication, augmentant les durées d'inactivité physique quotidienne. La relation entre apports à haute densité énergétique, essentiellement lipidiques associés à une réduction de la part des glucides complexes et d'autres éléments nutritionnels importants (fibres, anti-oxydants,...) et à une part grandissante de sédentarité, et survenue du diabète et de maladies cardiovasculaires est maintenant bien connue et étayée.

La survenue des maladies chroniques de civilisation répond ainsi d'une interaction complexe entre des facteurs individuels (stress, alimentation, sédentarité), des facteurs génétiques (capacités d'adaptation métabolique et énergétique, d'insulino-sécrétion), et des déterminants sociaux : urbanisation, restrictions alimentaires dans l'enfance, transition économique, consommation de masse, motorisation.

Les stratégies actuelles de promotion de la santé, que ce soit en prévention primaire (population générale) ou secondaire (maladie présente), s'adressent largement aux changements de comportements (modèles de Prochaska, motivation, observance, locus of control, health belief model,...), et aux actions de dépistage du risque ou de maladie (dépistage familial, génétique, facteurs de risque, modélisation du risque). Mais ces stratégies font pas ou peu appel aux implications communautaires et institutionnelles pourtant nécessaires : identification et prise en compte des causes socio-environnementales et sociétales des inégalités en terme de santé, et notamment de nutrition et de diabète.

L'hétérogénéité des individus et les inégalités face à la maladie chronique sont un fait que l'on ne peut ignorer. Au delà de l'hétérogénéité physiologique (génétique) ou individuelle (comportementale), les inégalités se mesurent aux atouts et

Les inégalités face à la maladie chronique : l'exemple du 49 diabète

ressources mobilisés et mobilisables, aux disparités d'accès aux soins, à la santé et à l'éducation, et à l'occultation persistante relative des déterminants sociaux de la maladie chronique.

Bibliographie

- ALLIROT & al. (2006), « Évolution des disponibilités alimentaires à la Réunion depuis 1975 », *Cahiers de nutrition et de diététique*, 41 : 4, pages 203-209.
- BALCOU-DEBUSSCHE M. & DEBUSSCHE X. (2008), « Type 2 diabetes patient education on Reunion Island: perceptions and needs of professionals at the initiation of a primary care management network », *Diabetes & Metabolism*, 34, pages 375-381.
- DEBUSSCHE X. & al., (2006), « Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study », *Diabetes Metab*, vol. 32 (1), pages 50-55.
- Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.* Obépi-Roche 2009.
- EVERETT M., (2011), « They say it runs in the family : Diabetes and inheritance in Oaxaca, Mexico », *Social Science & Medicine*, vol. 72 (11), pages 1776-1783.
- HERZLICH C. & PIERRET J., (1985), « The social construction of the patient : patients and illnesses in other ages », *Soc Sci Med*, vol. 20 (2), pages 145-151.
- NDONG J.R., ROMON I., DRUET C., PREVOT L., HUBERT-BRIERRE R., PASCOLINI E., THOMASSET J.P., CHEUNGKIN R., BRAVO A., CHANTRY M., DELIGNE J., PAUMIER P., WEILL A., FAGOT-CAMPAGNA A., (2010), « Caractéristiques, risque vasculaire, complications et qualité des soins des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer et comparaison à la métropole : Entred 2007-2010, France, *BEH*, 42-43, pages 432-436.
- RICCI P., Blotière P.O., Weill A., Simon D., Tuppin P., Ricordeau P., Allemand H., (2010), « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? » *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, INVS, N°42-43, pages 425-431.

SHAW J.E., SICREE R.A., ZIMMET P., (2009), « Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 », *Diabetes Research and Clinical Practice*, N°87, volume 1, pages 4-14.