

La meilleure manière d'éviter le diabète de type 2 est de bouger souvent tout en évitant une cuisine huilée et la consommation de sodas et autres aliments sucrés ou énergétiques (ex: alcool)

Le facteur d'hérédité n'est pas une fatalité, il faut éviter d'avoir un mode de vie sédentaire; marcher tous les jours 30 à 60 minutes!

Des médicaments et la prise en charge appropriée existent!
L'éducation thérapeutique est primordiale!

Un Observatoire du Médicament sur les maladies chroniques non transmissibles vous informe désormais !

Consultez: <http://ingenieris.net/newsinhealth/>

FOCUS: DIABETE

14 Novembre 2014
Journée Internationale

Sommaire

Le diabète et nous	1 & 2
Notions générales	3
Médicaments et Nutrition	4 & 5
Webographie	6 & 7
Observatoire du Médicament	8

LE DIABETE ET NOUS

Le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la glycémie. Le diabète se manifeste par un syndrome associant la polyurie, la polydipsie et la polyphagie. On est déclaré diabétique pour toute glycémie supérieure à 1.2g/l ou 7.1 mmol à jeun, ou alors toute glycémie supérieure 2g/l ou 11.1 mmol après deux heures d'un repas. On distingue deux types de diabète : le diabète de type de cause inconnu et souvent associé à l'hérédité se manifeste souvent chez le sujet jeune et se traduit physiquement par un amaigrissement progressif et le diabète de type 2 est lié à l'obésité et/ou l'inactivité physique. Les complications couramment observées au cours du diabète sont les comas (hyperglycémique et hypoglycémique), le pied diabétique, et une atteinte progressive et parfois irréversible de certains organes nobles (cœur, cerveau, reins, œil, etc.). En raison de ses complications, le diabète est une maladie grave. 347 millions de personnes souffrent du diabète dans le monde. En 2012, le diabète a été la cause directe de 1,5 million

de décès. Plus de 80% de ces décès par diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. En 2010, la mortalité attribuable au diabète en Afrique était de 6% de la mortalité totale [OMS, 2008]. Le diabète de type 1 qui est rapidement fatal, et celui de type 2 est plus répandu avec près de 85% des cas. L'obésité est un facteur de risque important car il est 5 à 10 fois plus fréquent chez les personnes obèses que chez celles ayant un poids normal [Molata, Omar, Pirie. 2008]. Selon l'enquête de surveillance STEPS, la prévalence du diabète des pays africains sur la base de la glycémie à jeun varie entre 3 et 15% [Mendis et al, 2004]. Au Cameroun, la prévalence du diabète chez l'homme était estimée à 6.5% sans distinction du milieu de vie en 2003; chez la femme, cette prévalence était de 8.5% en milieu urbain, et de 5% en milieu rural au cours de la même période [Njamnshi, Hiag, Mbanya. 2006]. Comme en Tanzanie et au Ghana, 60 à 80% de la population camerounaise vit sans connaissance de son statut vis-à-vis du diabète.

(suite à la page 2)

LE DIABETE ET NOUS (suite et fin)

Au Cameroun il existe un programme national conjoint de lutte contre l'hypertension et le diabète depuis 2004. Toutefois, l'insuffisance en données probantes ne permet pas encore aux décideurs politiques de prendre toutes les décisions appropriées pour inverser la courbe de croissance de ces maladies dans la société. Une enquête réalisée par le CDBPS explorant les connaissances, attitudes, pratiques et préférences des acteurs sur la gestion de l'information pharmaceutique et les indicateurs d'accès (prix, disponibilité, usage) des MMCNT a permis de relever : (i) l'inexistence d'un système formel de gestion de l'information sur les MMCNT, avec cependant de nombreux échanges d'informations entre les acteurs; (ii) l'accessibilité aux MMCNT à des prix variables dans le secteur public et onéreux dans le secteur privé, (iii) la disponibilité des antihypertenseurs et certains antidiabétiques meilleure que celle des anticancéreux, (iv) l'incertitude quant à l'usage rationnel des MMCNT, (v) l'insatisfaction de la majorité des acteurs vis-à-vis de la situation actuelle et (vi) l'expression de nombreux besoins insatisfaits en information et la suggestion de mesures correctrices [Ndongo, Ntsama, Ongolo-Zogo. 2014].

Les acteurs cités pour leur implication dans ces échanges étaient le MINSANTE, les centrales d'achat, les grossistes répartiteurs, les laboratoires pharmaceutiques, les professionnels de santé, les individus, les ménages et les associations de patients. Les Médecins et les professionnels de santé étaient largement perçus comme principale source d'informations pour les patients et les professionnels des médias. De manière générale, tous les acteurs autour de la problématique du médicament et plus particulièrement les patients et les associations, ont exprimé de façon très nette leur insa-

tisfaction vis-à-vis de la gestion actuelle de l'information sur les MMCNT.

Une solution évoquée pour remédier à cette insatisfaction, était l'observatoire du médicament. D'après la littérature disponible (études de cas et rapports d'activités) que l'observatoire serait la meilleure alternative pour le partage de l'information (dans un système complexe) et pour le suivi et l'évaluation en continu des acteurs pendant tout le processus.

Références :

Motala A, Omar M, Pirie F. 2008. Epidémiologie des diabètes en Afrique. En: Ekoe J-M, Rewers M, Williams R, Zimmet P, eds. L'épidémiologie des diabètes mellitus (2ème edn). Chichester: Wiley: 133–146.

OMS 2008. Programme pour le Diabète. Genève: OMS. http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html

Mendis S et al 2004. Entraves à la gestion des risques cardiovasculaires dans un système à faible ressources en se servant de l'hypertension comme point de départ. *J Hypertens*; 22:59-64.

Njamshi A, Bella A, Mbanja C. 2006. De la recherche à la politique : développement d'un programme national de diabète. *Diabète voice*, 2006, vol 51, n°3

Ndongo S, Ntsama C, Ongolo-Zogo P. 2014. Un Observatoire pour améliorer l'accès aux médicaments contre les maladies chroniques non transmissibles au Cameroun ? Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central.

RAPPEL SUR LES DIFFERENTS TYPE DE DIABETE**Diabète de type 1**

Le diabète de type 1 (précédemment connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou juvénile) est caractérisé par une production insuffisante d'insuline et exige une administration quotidienne de cette dernière. La cause de diabète de type 1 n'est pas connue, et en l'état des connaissances actuelles, il n'est pas évitable:

Les symptômes sont les suivants: excrétion excessive d'urine (polyurie), sensation de soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes peuvent apparaître brutalement.

Il est fréquent chez l'enfant et l'adolescent mais peut se déclarer à tout âge. Il est rapidement fatal si la prise en charge ne suit pas!

Diabète de type 2

Le diabète de type 2 (précédemment appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Le diabète de type 2 représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde. Il est en grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité.

Ses symptômes peuvent être les mêmes que ceux du diabète de type 1 mais sont souvent moins marqués. De ce fait, la maladie peut être diagnostiquée plusieurs années après son apparition, une fois les complications déjà présentes.

Récemment encore, ce type de diabète n'était observé que chez l'adulte mais on le trouve désormais aussi chez l'enfant

Diabète gestationnel se caractérise par une hyperglycémie, c'est-à-dire une élévation de la teneur en sucre du sang, avec des valeurs supérieures à la normale, mais inférieures à celles posant le diagnostic de diabète, apparaissant pendant la grossesse. Les femmes ayant un diabète gestationnel ont un risque accru de complications pendant la grossesse et à l'accouchement. Leur risque d'avoir un diabète de type 2 à un stade ultérieur de leur vie augmente également.

Il est très souvent diagnostiqué au cours du dépistage prénatal et non pas suite à des symptômes.

PREVENIR LE DIABETE

Pour prévenir ou retarder le diabète de type 2 et ses complications, les gens doivent:

- parvenir à un poids corporel normal et le maintenir;
- faire de l'exercice physique – au moins 30 minutes par jour d'un exercice régulier d'intensité modérée. Une activité physique plus intense est nécessaire pour perdre du poids;
- avoir un régime alimentaire sain composé de 3 à 5 fruits et légumes par jour et réduire l'apport en sucre et en graisses saturées;
- arrêter le tabac – la cigarette augmente le risque de maladie cardio-vasculaire.

RAPPELS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU DIABETE

On peut poser un diagnostic précoce à l'aide d'un test sanguin relativement peu coûteux. Le traitement du diabète impose l'abaissement de la glycémie et la réduction des autres facteurs de risque de lésion des vaisseaux sanguins. L'arrêt du tabac est également important pour éviter les complications.

Les interventions économiques et réalisables dans les pays en développement sont les suivantes: (i) le contrôle de la glycémie modérée. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'insuline; celles atteintes de diabète de type 2 peuvent être traitées par une médication par voie orale, mais peuvent également avoir besoin d'insuline; contrôle de la tension artérielle; soin des pieds. Les autres interventions économiques comprennent: (i) le dépistage de la rétinopathie (qui provoque la cécité); (ii) le contrôle des lipides sanguins (afin de réguler les concentrations de cholestérol); (iii) le dépistage des premiers signes d'une maladie rénale liée au diabète.

ETUDE SUR LES MEDICAMENTS DU DIABETE AU CAMEROUN NOV 2013

Variation des prix de médicaments contre le diabète

Selon 158 diabétiques répertoriés sur le plan national, le prix d'achat des médicaments du diabète varient entre 500 et 25 000 FCFA. Les écarts entre les prix des médicaments varient entre 500 et 22 000 FCFA.

Evolution des prix sur 12 mois

Médicaments	Nombre de malade	Prix moyen	Prix minimal	Prix maximal	Différence min et max
Insuline	19	6 332	3 000	25 000	22 000
Mixtard	29	7 621	3 000	19 500	16 500
Amarel	9	7 489	3 500	17 000	13 500
Glucophage	55	3 807	1 000	13 000	12 000
Daonil	13	2 828	500	6 500	6 000
Glibomet	3	4 633	2 900	8 000	5 100
Metformine	5	4 200	2 000	7 000	5 000
Glucovance	3	6 400	3 700	8 500	4 800
Diamicron	14	10 675	9 400	13 200	3 800
Glibenclamide	5	3 100	2 000	4 500	2 500
Actrapid	2	7 750	7 500	8 000	500
Diaglim	1	3 500	3 500	3 500	-

Selon les 79 diabétiques, les prix de médicaments (Glucophage, Diamicron et Daonil.) du diabète ont connu sur 12 mois un taux d'inflation variant de 2 à 233%.

Selon 53 diabétiques, les prix de médicaments (Mixtard, l'insuline, le Glucophage et le Daonil) ont connu sur 12 mois une diminution estimée entre 8 et 79%.

Prix des médicaments contre le diabète pratiqués à Yaoundé

L'équipe de recherche du CDBPS-H s'est rendu chez un grossiste et une pharmacie dans une formation sanitaire publique de 1ère catégorie et dans deux officines de la ville de Yaoundé pour recueillir les prix pratiqués sur les médicaments contre le diabète: Voir tableau ci-contre

PRIX (FCFA) DES MEDICAMENTS CONTRE LE DIABETE PRATIQUES DANS LA VILLE DE YAOUNDE NOV 2014

Médicaments /insulines contre le diabète	Dosage	Quantité /boite	Prix grand public des Médicaments contre le diabète / Yaoundé			
			Grossiste	Fosa ¹ 1 ^{ère} Catégorie	Officine 1	Officine 2 ²
Actrapid HM			6275	3000	6300	10820
Insulatard HM			6275	3000	6300	10821
Insulet rapide			4175		3100	6442
Insulet NpH					6450	
Insulet Mixt			4175	5000		8550
Mixtard				3000	6300	
Bandelette Accu				18000		
Bandelette one touch				8500		
Appareil Accu Chek				32000		
Médicaments						
Amarel	1mg		2603	3000	3500	3500
	2mg		3899	5000	5250	5250
	3mg		5091	5600	6890	6825
	4mg		8218	9900	11050	11050
Amaril m			5025		6750	6750
Diaglim	2mg			3000	2700	
	3mg	30 cp	3400	3900	4600	4575
	4mg				6850	
Daonil	5mg	20 cp	1240	1500		1675
		100 cp	5155		6750	6950
	2,5mg	60 cp		2900		
Diamicron	460mg		8443	9600	11350	11325
Glucor	50mg	30 cp	2334		3150	3130
	100mg	30 cp	4342		5850	5825
Glimeperid denk 3	3mg	30 cp			4600	
Glibomet		40 cp	2160	2400		2960
Glidiabet	500mg	30cp	1009		1400	1360
Glucophage	500mg	30 cp	773		1050	1050
	500mg	50 cp	1301			1750
	850mg	100 cp	6851	7600	9200	9250
	850mg	30 cp	2047		2750	2750
	1000mg	30 cp	2192		2950	2950
Glucovance	5mg		2793	3300	3750	3750
	2,5mg		2793	3300		3750
Metformine	1000	20 cp	2003		2700	2700
	500	30 cp			1350	
	500	100 cp		4005	5400	5370
	850	120 cp		7256	7400	12000
Metforal	850mg	30 cp			2700	
Ranophage od	1000mg	30 cp			2200	

¹ Formation sanitaire publique

² Les prix varient des pharmacies et des quartiers

Source : Officines dans la ville de Yaoundé et Pharmacie des diabétiques dans une fosa de 1ère catégorie à Yaoundé

TENEUR NUTRITIONNELLE DE CERTAINS PLATS COMPOSITES CONSOMMÉS AU CAMEROUN

Sangita Sharma, Jean Claude Mbanya et coll ont mené en 2007 une étude sur la teneur nutritionnelle des plats composites consommés au Cameroun. Le calcul de la teneur en énergie et micronutriments s'est adossé sur la base de données Nationales du Ministère de l'Agriculture des Etats Unis d'Amérique.

Les principaux résultats, résumés dans le tableur ci-dessous ont permis d'obtenir, pour la 1ere fois au Cameroun, la composition de 34 plats composites couramment consommés à partir d'un questionnaire alimentaire spécifique.

Ces données sont indispensables pour calculer l'absorption des éléments nutritifs et la détermination des associations entre l'alimentation et le diabète, mais aussi d'autres maladies chroniques. Ces données peuvent également servir pour des interventions de nutrition destinées à moduler la consommation courante des plats composites afin d'améliorer l'apport alimentaire.

	Keleng Keleng	Viande (bœuf) rotie / Meat stew	Feuilles Manioc / Kpem (cassva leaves) Sanga	Zoom /Hucberry soup and pumpkin leaves	Poisson braisé / Fish stew	Sauce gombo /Okra Pod soup	Sauce avec gombo entier / Okra leaves soup	Haricot roti / Beans stew	Koki de Mais Ndol (Corn) e	Sauce d'arachide au Poisson fumé / Dried fish and groundnuts pudding	Corn flour and gradnuts pudding		
Number of recipe collected	16	14	13	11	9	9	7	7	7	7	7	6	5
Energie (Kcal)	152,0	186,0	153,0	244,0	134,0	188,0	153,0	128,0	240,0	75,0	246,0	108,0	180,0
Energie (Kjoules)	637,0	780,0	643,0	1021,0	560,0	788,0	640,0	534,0	1 003	315,0	1 029	451	755
Eau	78,7	76,8	84,9	64,8	83,0	75,1	75,5	82,3	71,9	78,8	55,7	88,3	63,7
Proteines (gr)	5,7	1,1	3,0	3,0	0,9	2,1	5,4	3,8	0,2	2,4	10,5	6,7	7,5
glucides (gr)	3,2	1,7	2,3	31,1	1,1	2,8	4,6	2,3	0,9	17,4	4,3	1,7	16,5
lipides (gr)	13,9	20,0	15,5	12,1	14,5	19,4	13,5	12,2	26,6	0,9	21,9	8,7	11,4
lipides saturés (gr)	4,7	9,3	6,6	6,0	7,1	8,3	4,7	4,4	13,1	0,2	7,2	2,5	1,6
Acides gras non mono saturés	5,8	7,6	6,0	4,5	5,3	7,6	5,7	5,0	9,8	0,3	8,7	3,8	5,6
Acides gras non polysaturés	2,7	2,3	2,1	1,1	1,4	2,6	2,5	2,2	2,5	0,3	4,9	2,0	3,7
Acides gras Omega 3 (gr)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Acides gras Omega 6 (gr)	2,5	2,2	2,0	1,1	1,3	2,6	2,5	2,1	2,4	0,0	3,6	1,7	3,5
Cholesterol (mg)	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2	0,0	0,0
total fibres (gr)	1,4	0,7	0,9	2,8	0,0	1,2	2,3	1,0	0,2	2,1	1,7	0,9	3,4
Thiamine (mg)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2
Riboflavine (mg)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Niacine (mg)	1,6	0,5	0,9	0,2	0,2	1,0	1,8	1,2	0,1	1,2	3,0	1,1	3,6
Viamine B6 (mg)	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2
Folates totales (mg)	59,4	13,3	55,0	8,6	32,9	25,8	60,1	44,6	2,7	29,7	51,7	22,9	75,2
Vitamine C (mg)	12,8	3,0	16,5	2,6	13,1	4,1	9,4	9,4	2,0	5,4	8,2	0,7	3,9
Vitamine A	73,1	0,7	101,0	23,1	80,1	1,2	7,3	55,3	0,0	8,9	16,7	0,0	6,5
Vitamine K (mg)	195,0	3,7	269,0	1,0	214,0	5,3	21,7	148,0	2,2	0,3	99,5	0,3	0,2
Calcium (mg)	60,4	7,2	69,1	15,8	50,5	13,9	103,0	45,1	4,7	3,7	52,5	17,0	23,3
Fer (mg)	1,1	0,2	1,0	1,2	0,6	0,4	0,9	0,8	0,1	0,5	1,6	0,4	1,4
Zinc (mg)	0,6	0,2	0,4	0,1	0,2	0,3	0,7	0,4	0,1	0,5	1,7	0,3	1,1
Magnesium n(mg)	39,5	8,3	32,9	23,5	18,2	16,8	43,1	29,3	2,1	24,0	61,7	23,1	55,0
Manganèse (mg)	0,5	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,6	0,3	0,0	0,1	0,5	0,2	0,5
Selenium (mg)	1,2	0,3	0,8	0,2	0,3	0,6	1,1	0,9	0,2	0,6	4,8	0,7	2,0
Phosphore (mg)	88,2	18,4	51,3	63,0	18,2	35,5	114,0	59,5	4,9	64,5	144,0	98,4	131,0
Potassium (mg)	298,0	70,0	269,0	167,0	171,0	113,0	228,0	209,0	30,9	218,0	315,0	185,0	317,0
Sodium (mg)	32,6	4,3	26,1	150,0	17,5	5,3	20,6	21,3	4,7	4,5	49,9	37,3	7,4

Note: Rural recipe, Urban recipe, Rural and urban recipe

Source: SANGITA SHARMA, Jean claude MBANYA, and All, Nutritional composition of commonly consumed composite dishes from the central province of Cameroon

International Journal of Food Sciences and Nutrition, September 2007: 58 (6): 475 - 485

Webographie Prévention Diabète

Titre: *Prévention et contrôle du diabète : une stratégie pour la région africaine de L'OMS*

Source: *Organisation Mondiale de la Sante*

Résumé: *Le diabète est une maladie chronique, caractérisée par une hyperglycémie persistante qui nécessite un traitement à vie. Sa prévalence varie entre 1 % et 20 % en Afrique. Le diabète de type 2, qui est la forme la plus courante, est grave par ses complications, en particulier cardiovasculaires. Il constitue un problème de santé publique.*

Dans la Région, à l'instar des autres maladies non transmissibles, le diabète bénéficie très peu de l'attention qu'il mérite, en dépit de ses répercussions sociales, humaines et économiques. Peu de pays ont des programmes nationaux et des structures de base appropriés de lutte contre cette maladie. La présente stratégie propose aux États Membres d'évaluer l'ampleur du diabète, d'identifier et d'améliorer les axes d'intervention basés sur des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les pays sont encouragés à créer les conditions requises pour prévenir, dépister, diagnostiquer, traiter précocement, garantir un accès équitable aux soins et rendre accessibles les médicaments au sein des centres de soins existants.

Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

Lien pour texte intégral: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2082/1/AFR-RC57-7_fr%5B1%5D.pdf

Lien principal: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/1640>

Webographie

Diabète de type 1 Guide du patient

Titre: *Diabète de type 1 de l'adulte – Guide pour le patient*

Source: *Guide de la Haute Autorité de Santé (HAS)*

Résumé: *Ce guide a pour objectif d'informer le patient adulte admis en affection de longue durée (ALD), au titre d'un diabète de type 1, sur les principaux éléments du traitement et du suivi. Il fournit également plusieurs sources d'informations complémentaires. Ce guide est remis par le médecin traitant et peut constituer un support de dialogue.*

Lien principal: www.has-sante.fr/

Lien pour texte intégral: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bd-07-057-diabete_1_mar_08.pdf

Webographie

Diabète de type 1 Guide du Médecin

Titre: *Diabète de type 1 de l'adulte – Guide médecin*

Source: *Guide de la Haute Autorité de Santé (HAS)*

Résumé: *L'objectif de ce guide est d'explicitier pour les professionnels de la santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en affection de longue durée (ALD), au titre de l'ALD 8 : diabète. Le guide est limité à la prise en charge du diabète de type 1 de l'adulte et ne concerne pas la prise en charge des complications du diabète.*

Ce guide a été développé à partir du guide médecin réalisé pour le diabète de type 2. Les principales sources d'informations utilisées pour préciser les particularités de prise en charge du diabète de type 1 ont été les recommandations étrangères (NICE 2004, ADA 2005, IDC 2003, SIGN 2001). Ce guide est un outil pragmatique auquel le médecin traitant peut se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Son contenu est discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ou des conférences de consensus (CDC) disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts, lorsque les données sont manquantes.

Lien principal: www.has-sante.fr/ Lien pour texte intégral:

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8_guidemedecin_diabetetype1_revunp_vucd.pdf

Webographie Diabète type 2

Source: Déclaration de consensus de la Société Suisse d'Endocrinologie-Diabétologie

Titre: *Recommandations sur le traitement du diabète de type 2*

Résumé: Les recommandations dans le domaine de la diabétologie reposent en effet non seulement sur la médecine factuelle qui a ses limites, mais aussi sur l'opinion d'experts. Les experts suisses, par la composition équilibrée de leur groupe, proposent une attitude différenciée des traitements antidiabétiques.

Ce papier se compose de trois parties. La première partie résume brièvement les recommandations de l'ADA et de l'EASD, la deuxième partie contient les commentaires suisses. La troisième partie constitue un complément suisse et parle de l'éducation du patient. Ces recommandations se résument comme suit: **L'objectif glycémique** recommandé par l'ADA/EASD permettant d'améliorer la prévention des complications à long terme est un taux d'HbA_{1c} <7% chez la plupart des patients, et un taux d'HbA_{1c} le plus proche de la normale (<6%) chez des patients individuels présentant un faible risque d'hypoglycémie. Les **Principes applicables** lors du choix d'un traitement antidiabétique en d'autres termes, le choix des antidiabétiques devrait reposer sur leur efficacité sur le contrôle glycémique et leurs autres effets susceptibles de réduire les complications à long terme, ainsi que sur leur profil de sécurité, leur tolérance et leurs coûts. Outre les effets sur la glycémie, les antidiabétiques oraux peuvent avoir d'autres effets bénéfiques sur les facteurs de risque cardiovasculaires tels que sur la pression artérielle et les dyslipidémies.

Adaptation des habitudes et du mode de vie, par une influence positive sur l'hygiène de vie, on obtient un meilleur contrôle de la glycémie ainsi qu'une amélioration de la tension artérielle et de la dyslipidémie. Dans ce contexte, le rôle central revient à la réduction du poids corporel grâce à une alimentation équilibrée avec diminution de l'apport calorique et à une activité physique accrue.

Lien principal: www.sgedssed.ch

Titre: *Guide de prise en charge du diabète de type 2 pour l'Afrique sub-saharienne*

Source: Fédération Internationale du Diabète Région Afrique

Résumé: Ce document comporte les recommandations de pratique clinique pour la prise en charge du diabète de type 2 en Afrique Subsaharienne. Il s'appesantit sur les questions clés que se posent les professionnels de santé, les patients et leur famille à propos du diabète de type 2 et de sa prise en charge. Il est fondé sur l'expérience d'un groupe d'experts en diabétologie travaillant dans la région et présente de façon explicite des recommandations basées sur les preuves scientifiques locales et internationales accumulées au sujet de la prise en charge du diabète de type 2. Ces recommandations peuvent être utilisées en l'état ou servir de base pour une adaptation aux contextes locaux. **Lien principal:** www.worlddiabetesfoundation.org/

Webography - Glycemic control

Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke (Review)

After a stroke, people with high levels of sugar in their blood have increased mortality regardless of their age, how severe the stroke was, or what type of stroke they had. Insulin can reduce blood sugar levels. We do not know what the optimal level of blood sugar should be after a stroke. We searched for trials that compared usual care with intensive insulin treatment (trying to keep blood sugar levels within the normal range of 4 to 7.5 mmol/L) after stroke. We found 11 trials involving 1583 participants. Trying to keep the blood sugar level within a tight range immediately after a stroke did not improve the outcomes of neurological deficit and dependency. It did, however, significantly increase the chance of experiencing very low blood sugar levels (hypoglycaemia), which can be harmful and can cause brain damage and death. On balance, the trials did not show any benefit from intensive control of blood sugar levels after stroke.

Reference: Bellolio MF, Gilmore RM, Ganti L. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD005346. DOI: 10.1002/14651858.CD005346.pub4

POLICY BRIEF SUR L'OBSERVATOIRE DU
MÉDICAMENT / MESSAGES CLÉS**Le problème**

- En 2010, les taux standardisés de la mortalité due aux MCNT au Cameroun étaient de 861-882
- pour 100 000 dont 60% dus aux maladies cardiovasculaires et au diabète et 9% aux cancers.
- Une analyse récente par le CDBPS constate : (i) l'inexistence d'un système formel de gestion de l'information sur les médicaments contre les MCNT (MMCNT) mais de nombreux échanges d'informations entre les acteurs; (ii) l'accessibilité des MMCNT dans le secteur public mais des prix variables et onéreux dans le secteur privé, (iii) la disponibilité des antihypertenseurs et certains antidiabétiques meilleure que celle des anticancéreux, (iv) l'incertitude quant à l'usage rationnel des MMCNT, (v) l'insatisfaction de la majorité des acteurs vis-à-vis de la situation actuelle et (vi) l'expression de nombreux besoins insatisfaits en information et la suggestion de mesures correctrices.
- Les facteurs sous jacents sont d'ordre socio culturel, structurel et infrastructurel.
- Le partage insuffisant et inapproprié de l'information impacte négativement l'accès effectif aux médicaments de qualité, l'observance au traitement, la qualité de la prise en charge et le suivi des patients et accroît l'incidence des dépenses de santé catastrophiques.

Options

- La revue exhaustive de la littérature a identifié les observatoires de santé ou du médicament comme la meilleure stratégie de partage transparent et équitable de l'information dans les systèmes complexes sur la base de cadres conceptuels mais il n'existe pas de données probantes de portée universelle sur leurs effets à partir de revue systématique.
- Deux options sont soumises à la délibération, le statu quo et un système formel de gestion de l'information sous la forme d'un Observatoire du Médicament à titre pilote.
- Le statu quo signifie que chacun des acteurs renforce les stratégies de mise en œuvre et de suivi-évaluation de ses missions pour davantage d'efficacité.
- L'Observatoire est une unité qui collecte, analyse, synthétise et distribue de manière ciblée les informations stratégiques à son audience. Il s'agit d'un service de facilitation du partage des connaissances pour accroître la transparence et un service d'aide à la prise de décision éclairée de qualité.
- En raison, de l'absence de données probantes sur chacune des options, un cadre rigoureux de suivi-évaluation est nécessaire. Les coûts inhérents à l'option statu quo n'ont pu être estimés.
- Un soutien financier de l'OMS est prévu pour une phase pilote de l'Observatoire de 24 mois.

PLAN MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE 2011-21

Titre: Plan Mondial contre le Diabète 2011- 2021**Source:** Fédération internationale contre le Diabète

Résumé: Le diabète est une crise sanitaire, mais c'est également une catastrophe sociétale mondiale. Aux quatre coins de la planète, les gouvernements luttent pour faire face aux coûts des soins liés au diabète. Les coûts supportés par les employeurs et les économies nationales ne cessent de croître, et chaque jour, de plus en plus de familles à bas revenus glissent dans la pauvreté en raison des pertes de revenus provoquées par le diabète et les soins de santé liés qu'il leur faudra assumer toute la vie.

Aujourd'hui, 366 millions de personnes souffrent du diabète et 280 autres millions courent un risque élevé de le développer. Si rien n'est fait, ces chiffres devraient respectivement passer à 552 millions et 398 millions d'ici 2030. Faute de diagnostic, de traitement ou de contrôle adéquat, le diabète peut provoquer de très graves complications, parfois irréversibles, comme d'importants troubles de la vision ou la cécité, une insuffisance rénale, une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, l'amputation d'un membre inférieur ou encore des dysfonctionnements érectiles. Si ces complications trouvent pour l'essentiel leur origine dans la persistance d'une hyperglycémie, d'autres facteurs tels que l'hypertension, les perturbations lipidiques ou l'obésité ont également leur importance. Le diabète de type 1 serait déclenché par certaines infections virales et, parfois, par des toxines environnementales. Le diabète de type 2 peut être déclenché par un éventail de facteurs étroitement liés, parmi lesquels certains ne peuvent être modifiés (avancement de l'âge, origine ethnique et antécédents familiaux liés au diabète). Les personnes atteintes du diabète doivent pouvoir avoir accès à des médicaments appropriés et à toute une série de services de soins de santé tout au long de leur vie. Des traitements précoces et adaptés et l'accès à des services efficaces, notamment aux soins de santé primaires, afin d'assurer un contrôle glycémique de qualité sont autant d'éléments essentiels si l'on souhaite éviter l'apparition de complications coûteuses par la suite. **Lien pour texte intégral:** <http://www.idf.org/>

Centre for Development of Best
Practices in Health Yaoundé

Avenue Henry Dunant - Messa Yaoundé

Phone: + 237 220 819 19

www.cdbph.org**Éditorial Team**

Pr P. Ongolo Zogo, Dr D. Yondo, Dr J S Ndongo, D. Danejo, C R Bonono, CD Evina, Marius Vouking, Mustapha Nsangou, J Atangana, T Binde, A Abessolo et O Fosso Lele