



# DE LA PÉNURIE À L'EXCÈS

L'obésité et le diabète, deux défis majeurs pour les autorités des pays émergents

Eduardo J. Gómez

**P**our les pays émergents, l'avenir s'annonce radieux sur le plan économique, mais les maladies des pays riches, comme l'obésité et le diabète de type 2 constituent de nouvelles menaces.

Ces dernières années, par exemple, et avec le ferme appui de la société civile, le Brésil a pris plus de mesures que la Chine, l'Inde ou le Mexique pour renforcer l'engagement de l'État dans les programmes de prévention et de traitement.

Depuis les années 90, des circonstances similaires ont contribué à la hausse de l'obésité et du diabète de type 2 dans ces pays. L'essor des échanges internationaux a permis aux populations de découvrir et accéder à toute une gamme d'aliments trop riches. La technologie, notamment les ordinateurs et les téléphones portables, a contribué à la diminution de l'activité physique et à la prise de poids. Dans la plupart de ces pays, le manque d'accès aux espaces verts et la pollution environnementale découragent également l'activité physique.

Au Mexique, environ un tiers de la population est maintenant obèse. La proportion d'enfants obèses y est la plus élevée au monde. Le nombre de personnes atteintes du diabète de type 2 au Mexique devrait doubler d'ici à 2050. En Inde, l'obésité a également augmenté et les enfants sont tout aussi atteints dans les zones urbaines que dans les zones rurales

pauvres. En Inde, le taux de diabète de type 2 est dix fois plus élevé que dans les années 70. D'ici 2030, l'Inde devrait compter 100 millions de diabétiques. En Chine, plus de 120 millions de personnes sont maintenant obèses et le pays compte la plus grande population de personnes diabétiques au monde (French et Crabbe, 2010). Au Brésil, les taux d'obésité et de diabète de type 2 ont également augmenté au cours des deux dernières décennies.

## Une facture trop salée

L'obésité et le diabète ont un coût social non négligeable. Au Mexique, l'obésité et les maladies associées coûtent au système de santé national entre 4,3 et 5,4 milliards de dollars par an. Le coût des programmes et traitements contre le diabète est passé de 318 millions de dollars en 2005 à 343 millions de dollars en 2010. En 2012, le gouvernement a également déboursé environ 4 milliards de dollars pour des troubles associés au diabète (comme l'hypertension ou les problèmes cardiovasculaires), y compris pour le traitement, les soins de santé primaires et la recherche. D'après le docteur Abelardo Avila Curiel, du Salvador Zubiran National Institute of Medical Science and Nutrition, au Mexique, si ces coûts ne sont pas régulés, ils pourraient entraîner la faillite du système de santé d'ici 2030.

En Inde, l'obésité risque de mettre à mal le budget santé du gouvernement, mais aussi de pénaliser l'économie, avec une hausse probable de l'absentéisme pour maladie. En outre, les dépenses publiques destinées aux patients diabétiques de type 2 se situaient entre 25 et 38 milliards de dollars en 2010, principalement en médicaments et en hospitalisations (Yesudian, *et al.*). Au cours de la prochaine décennie, le gouvernement devrait consacrer environ 237 milliards de dollars aux soins liés au diabète, aux accidents vasculaires cérébraux et aux maladies cardiaques.

En 2009, le gouvernement chinois aurait dépensé environ 3,5 milliards de dollars pour traiter les patients obèses. Des estimations récentes suggèrent que le traitement du diabète coûte au gouvernement environ 25 milliards de dollars par an, un chiffre qui devrait s'élever à 47 milliards de dollars d'ici 2030, ce qui dépasserait les capacités du système de santé.

Les dépenses effectuées par le gouvernement brésilien pour les patients souffrant d'obésité — souvent pour le traitement de maladies telles que l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer — sont passées de 5,4 millions de dollars en 2008 à 10,4 millions de dollars en 2011 et pourraient atteindre dix milliards de dollars d'ici 2050. Les coûts associés au diabète de type 2 — y compris pour les hospitalisations, les tests de dépistage, les traitements et les soins de santé primaires — sont passés de 20,1 millions de dollars en 2008 à 28,3 millions de dollars en 2011, dont près de la moitié ont été consacrés aux médicaments.

### La riposte des gouvernements

En 2008, au Mexique, le gouvernement, le secteur privé et la société civile sont parvenus à un accord sur la nécessité de promouvoir l'exercice physique et une

alimentation plus saine. C'est ainsi que le ministère de la Santé a lancé en 2014 sa stratégie nationale pour la prévention et le contrôle du surpoids, de l'obésité et du diabète. Cette initiative favorise les modes de vie sains, propose une amélioration des soins de santé primaires et préconise des réglementations et des politiques budgétaires telles que les taxes sur la malbouffe. Cette année-là, le Congrès a approuvé une taxe soda de 1 peso par litre et de 8 % sur les aliments riches en calories.

Pourtant, cette taxe n'a pas éteint la soif des Mexicains pour les boissons sucrées : la consommation a même légèrement augmenté, passant de 19,4 milliards de litres en 2014 à 19,5 milliards en 2015. À ce casse-tête s'ajoutent une pénurie durable du personnel de santé et un accès imprévisible aux médicaments contre le diabète, qui contraignent un certain nombre de patients à payer de leur poche même quand ils ont droit à l'assurance maladie nationale.

En 2008, le ministère indien de la Santé et du Bien-être familial a présenté son programme national de prévention et de lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux. Cette initiative a porté sur le diagnostic précoce, les changements de mode de vie et l'amélioration des soins de santé primaires. Cependant, les efforts de mise en œuvre ont pâti de la désorganisation de l'infrastructure des soins de santé, ainsi que de la pénurie de médecins spécialistes et de personnel de santé.

Le ministère chinois de la Santé a travaillé auprès des écoles pour améliorer les habitudes alimentaires et encourager l'activité physique. Il a également mis en place en 2010 un programme de démonstration de la prévention et du contrôle complet des maladies chroniques, afin de s'associer aux gouvernements provinciaux pour promouvoir la forme physique et une meilleure alimentation. Le plan national pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles (2012–15) a stimulé les efforts visant à améliorer l'alimentation scolaire et la forme physique des élèves, à renforcer les systèmes de santé primaires, à sensibiliser les médias et à promouvoir des modes de vie sains.

Pourtant, seulement 25 % des personnes diabétiques reçoivent un traitement approprié, qui passe par un accès fiable aux médicaments et aux soins de santé primaires. Malgré les programmes de prévention de l'obésité et du diabète mis en place au cours de la dernière décennie, très peu de progrès ont été accomplis en matière de sensibilisation du public, de modes de vie plus sains et de dépistage précoce du diabète. La pénurie considérable de professionnels de santé, en particulier dans les zones rurales, et le manque de coordination du ministère de la Santé avec les gouvernements provinciaux ont contribué à freiner encore la mise en œuvre des politiques.

Au Brésil, le ministère de la Santé a élaboré un plan d'action stratégique en 2010 pour lutter contre les maladies non transmissibles. Ce plan comprend des lignes directrices pour encourager une meilleure alimentation et des programmes de nutrition scolaire. Il augmente le budget fédéral consacré aux programmes de prévention de l'obésité et à la mise en œuvre de programmes de sensibilisation par les personnels de santé. Une loi a été adoptée en 2007 pour garantir la distribution





gratuite des médicaments contre le diabète au Brésil. Ce n'est pas le cas en Chine, ni en Inde, ni au Mexique. L'accès aux médicaments a été élargi en 2011 avec le programme «La santé n'a pas de prix». Pour le diabète, le ministère a poursuivi son engagement en matière de surveillance, de prévention, de fourniture de médicaments et de soins de santé primaires. Ces politiques, combinées à des effectifs de santé suffisants travaillant avec les gouvernements des différents États brésiliens, les écoles et les familles, ont contribué à augmenter de façon considérable l'accès aux médicaments et aux services de prévention (Gómez, 2015).

## Une course d'obstacles

Les lacunes constatées au Mexique reflètent des défis politiques profonds. Il existe bien un consensus au sein du gouvernement sur la nécessité d'aborder les problèmes de l'obésité et du diabète. Toutefois, le secteur de la restauration rapide se livre à un lobbying agressif et le gouvernement tend à privilégier la croissance économique par rapport à la santé publique. Ces écueils se traduisent par un soutien limité au sein du Congrès pour les objectifs stratégiques du ministère de la Santé. En outre, les efforts déployés pour influencer la politique de santé par l'Alliance mexicaine pour la santé et la nutrition, un consortium de 20 organisations non gouvernementales, ont été freinés par le manque de ressources et de soutien de la part d'acteurs politiques influents (Barquera, 2013).

En Inde, le manque d'investissement du gouvernement à l'égard de la réforme politique est aggravé par un désaccord parlementaire sur la gravité de la menace constituée par l'obésité et le diabète pour la santé publique. Il s'agit en effet de maladies «de riches» dans un pays dont une grande partie de la population, très pauvre, souffre encore de malnutrition. Parallèlement, les organisations non gouvernementales indiennes n'ont pas réussi à influencer la politique, pour différentes raisons : peu d'intérêt du gouvernement pour leur cause, manque de ressources et problèmes de gestion.

En Chine, bien que le gouvernement ait intensifié ses efforts pour lutter contre l'obésité et le diabète, les autorités ont surtout axé leurs efforts sur l'économie et la sécurité nationale. Les responsables gouvernementaux n'avaient aucune incitation à mettre en valeur les politiques du ministère de la Santé.

Par ailleurs, les ONG ne font pas pression sur le gouvernement pour l'inciter à lutter contre l'obésité et les responsables du secteur de la santé ne prennent pas en compte les revendications de ces organisations. La Chinese Diabetes Society, bien organisée et financée, se concentre plus sur la recherche et la sensibilisation du public que sur la critique et le lobbying auprès du gouvernement.

En revanche, le gouvernement brésilien a pris les bonnes décisions politiques en matière d'obésité et de

diabète. L'engagement historique du Congrès envers les soins de santé universels, conjugué au solide bilan du ministère de la Santé sur la pauvreté et la malnutrition, a permis à ces efforts politiques de recevoir un large soutien. Contrairement à la Chine, à l'Inde et au Mexique, ce soutien politique a permis d'organiser des conférences nationales en amont et d'officialiser la reconnaissance par le gouvernement des dangers de l'obésité et du diabète, mais aussi d'encourager l'innovation dans le domaine des soins primaires. Le Brésil a été reconnu en 2010 pour ses mesures innovantes par l'IOTF (International Obesity TaskForce). C'est le seul pays émergent à avoir reçu cette distinction.

Au début des années 2000, plusieurs organisations non gouvernementales, comme l'Association brésilienne de la nutrition et la Société brésilienne du diabète, ont commencé à faire pression sur le ministère pour qu'il légifère sur ces questions. Contrairement à la Chine, à l'Inde et au Mexique, le Brésil s'est également engagé, par l'intermédiaire de ses responsables de la santé, à travailler avec ces organisations par l'intermédiaire du Conseil national de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

L'obésité et le diabète de type 2 représentent une grave menace économique et de santé publique au Brésil, en Chine, en Inde et au Mexique. Les dirigeants ont mis en place des programmes novateurs de prévention et de traitement. Toutefois, ces politiques ne peuvent réussir qu'avec le soutien total de l'ensemble des acteurs des secteurs public et privé, en étroite collaboration avec la société civile, comme c'est le cas au Brésil. Les cas d'obésité et de diabète augmenteront inévitablement et les coûts seront de plus en plus difficiles à supporter pour les systèmes de santé et les économies de ces pays.

Pour assurer la pérennité d'une main-d'œuvre saine et productive, il faut un environnement dans lequel les dirigeants s'engagent réellement à travailler avec les gouvernements locaux aux fins de mettre en œuvre des politiques, tout en restant à l'écoute de la société civile en vue d'améliorer en permanence les services de santé. **FD**

---

**EDUARDO J. GÓMEZ** est Professeur associé au Département du développement international du King's College et auteur de l'ouvrage à paraître : «*Geopolitics in Health: Confronting Obesity, AIDS, and Tuberculosis in the Emerging BRICS Economies*».

## Bibliographie :

Barquera, S., I. Campos, and J. A. Rivera. 2013. "Mexico Attempts to Tackle Obesity: The Process, Results, and Push Backs and Future Challenges." *Obesity Reviews* 14 (2): 69–78.

French, Paul, and Mathew Crabbe. 2010. *Fat China: How Expanding Waistlines Are Changing a Nation*. New York: Anthem Press.

Gómez, Eduardo J. 2015. "Understanding the United States and Brazil's Response to Obesity: Institutional Conversion, Policy Reform, and the Lessons Learned." *Globalization & Health* 11 (24): 1–14.

Yesudian, Charles, Mari Grepstad, Erica Visintin, and Alessandra Ferrario. 2014. "The Economic Burden of Diabetes in India: A Review of the Literature." *Globalization and Health* 10 (80): 1–18.

