Document Cadre

Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire

Direction des Ressources Techniques
Juillet 2012

DC | 06

HANDICAP INTERNATIONAL

Auteurs
Pauline Guimet
Estelle Pasquier
Davide Olchini
Frédéric Joyeux (auteur des éléments concernant l'orthèse et la prothèse)

Contributeurs
Domaine Prévention et Santé
Jennifer Barak
Muriel Mac Seing
Guillaume Pégon
Sophie Pilleron
Équipes projets Mali, Nicaragua, Philippines, Kenya, Burundi, Inde
Dino Christodoulou
Fatoumato Dicko
Brenda Tapia
Candide Kayonde
Athanase Ntampuhwe
David Thomforde
Service Positionnement
Amandine Rave
Nathalie Herlemont

Édition
Handicap International
Direction des Ressources Techniques
Pôle Management des connaissances
Stéphanie Deygas

Création graphique
IC&K, Frédérick Dubouchet
Maude Cucinotta

Mise en page
NJmc, Frédéric Escoffier

Ce document peut être cité, sous réserve de mentionner la référence, de la façon suivante : GUIMET Pauline, PASQUIER Estelle, OLCHINI Davide. **Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire.** Lyon : Handicap International, 2012. Collection Document cadre, n°6

Document Cadre

Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire

« Les maladies cardiovasculaires sont l'une des principales causes de décès des personnes atteintes de diabète et peuvent représenter 50 % de tous les décès dus au diabète au sein de certaines populations. »

« Le diabète peut avoir un impact économique énorme, que ce soit en raison de la part importante des revenus dépensée dans les soins, de la perte du revenu ou de l'emploi ou de la productivité réduite. Ainsi, en Inde, les soins du diabète engloutissent jusqu'à 25 % du revenu annuel d'un ménage. Le fardeau économique du diabète et des handicaps résultant des complications peuvent conduire des familles dans la misère la plus totale. Au niveau national, l'épidémie du diabète menace de submerger les systèmes de santé, voire d'annuler les progrès réalisés par les pays à faible revenu en termes de développement. De ce fait, les efforts pour éradiquer la pauvreté extrême seront entravés. »[1]

Avant-propos

Ce document est un référentiel opérationnel destiné en particulier aux programmes de Handicap International, pour leur apporter une guidance et un cadre à toutes les étapes du cycle de projet (développement de projet, mise en œuvre, suivi et évaluation) sur la thématique du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Il fait suite à un document de pré-cadrage[2] élaboré en 2006 au commencement des activités de Handicap International sur la thématique du diabète. Depuis, des projets de prévention et de contrôle du diabète ont été mis en œuvre par Handicap International au Nicaragua, aux Philippines, au Mali, en Inde et en Thaïlande, puis au Kenya, au Burundi et en Tanzanie. Ces expériences ont permis d'enrichir le document de pré-cadrage et de se donner de nouvelles priorités de développement jusqu'en 2015.

Cette révision a essentiellement consisté à :

- intégrer les leçons apprises depuis 2006, dont certaines ont été formalisées lors d'un processus de capitalisation[3],
- mettre à jour les données contenues dans le document de pré-cadrage de 2006,
- modifier le format pour le rendre plus opérationnel,
- mettre le document en perspective avec la mission, le champ d'action et les principes d'intervention de Handicap International actualisés en 2009, et avec la stratégie fédérale 2011-2015,
- intégrer une vision systémique de l'accès aux services, conformément à l'approche portée par la Direction des Ressources Techniques[4].

Ce document cadre est principalement ciblé sur le diabète, mais aborde aussi les actions synergiques potentielles sur d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, troubles des lipides, surpoids, etc.). En effet, le diabète a été pour Handicap International une porte d'entrée dans les maladies non transmissibles. Il a permis de commencer à accompagner les systèmes sanitaires et sociaux dans le changement nécessaire à la prise en charge de ces maladies chroniques, en plus des maladies aigües. L'épidémie de VIH/SIDA a déjà aidé ce changement d'organisation des systèmes de santé, en particulier en Afrique Subsaharienne.
Désormais, au lieu d'une approche verticale par maladie, la stratégie de Handicap International tend à se décliner vers une approche plus intégrée des différentes maladies non transmissibles. Par exemple, les projets aux Philippines et au Nicaragua ont déjà pris cette orientation, puisque depuis 2009 ils intègrent le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire.

En septembre 2011, un haut sommet des Nations Unies sur les Maladies Non Transmissibles s'est tenu à New York. Le contexte international d'engagement des États et des bailleurs de fonds risque donc de changer dans les deux années à venir.

Ce contexte international et l'expérience acquise sur les programmes permettront d'enrichir et de redéfinir les cadres et priorités de Handicap International à partir de 2015. Par ailleurs, l'association développera parallèlement des notes techniques et/ou des documents cadres concernant le développement de projets intégrant d'autres maladies non transmissibles comme les maladies respiratoires chroniques ou les maladies cardiovasculaires. La plus-value et l'expertise de Handicap International sur la réadaptation des personnes vivant avec des incapacités liées à ces maladies non transmissibles devront se développer au fur et à mesure de l'intégration de ces « nouvelles maladies ».

Ce document se veut complémentaire des autres documents internes élaborés sur la thématique du diabète, en particulier le guide de mission exploratoire diabète[5], et des documents de positionnement de Handicap International relatifs à la santé[6, 7]. Il présente notamment la thématique du diabète, les raisons de l'intervention de Handicap International sur ce secteur, les populations cibles et la stratégie d'intervention. Le lecteur pourra également trouver une analyse de la thématique d'après le modèle du processus de production du handicap ; des exemples d'objectifs, de résultats attendus, d'activités et d'indicateurs pour construire un cadre logique ; une description du profil de poste d'un chef de projet diabète/maladies non transmissibles, etc.

Dr Pauline Guimet
Dr Estelle Pasquier

Résumé

Ce document est destiné avant tout aux programmes de Handicap International pour leur apporter une guidance et un cadre à toutes les étapes du cycle de projet sur la thématique du diabète (associé aux autres facteurs de risque cardiovasculaire). Il est complémentaire du guide de mission exploratoire diabète, et des documents de positionnement de Handicap International relatifs à la santé. Le diabète est une porte d'entrée pour débuter une action plus intégrée sur les maladies non transmissibles (invalidantes). Ce document traite particulièrement de la déclinaison de l'action de Handicap International sur le diabète, mais explique comment peu à peu la stratégie intègre d'autres maladies non transmissibles de façon moins verticale, en particulier concernant des actions de prévention primaire, d'accès aux médicaments et examens de laboratoire et de plaidoyer.

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne parvient plus à produire suffisamment d'insuline ou lorsque les organes deviennent résistants à l'insuline. Le taux de glucose dans le sang (glycémie) devient alors élevé : il s'agit de l'hyperglycémie. Si le diabète n'est pas traité ou est mal équilibré, l'hyperglycémie chronique induit à court terme des symptômes invalidants (fatigue, soif, augmentation du volume des urines), et à long terme de multiples complications invalidantes dont les principales sont la cécité, l'accident vasculaire cérébral (entraînant des paralysies), l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, la neuropathie diabétique, qui peut entraîner l'amputation d'un membre inférieur.

Selon le Rapport mondial sur le handicap[8], les estimations montrent que les maladies non transmissibles sont responsables de 66,5% des années vécues avec une incapacité dans les pays à faibles et moyens revenus[9]. 90% des décès par maladies non transmissibles avant l'âge de 60 ans s'opèrent dans les pays à faibles et moyens revenus. Selon l'OMS, « les maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, constituent la principale cause de décès et d'incapacité dans le monde, représentant 63% des décès. 80% des cas prématurés de cardiopathies vasculaires et d'accidents cérébraux, 80% des cas de diabète de type 2 ainsi que 40% des cancers pourraient être évités en adoptant une alimentation saine, en faisant de l'exercice physique et en évitant le tabac. » Et selon la Fédération Internationale du Diabète : « D'après les estimations, quelque 366 millions de personnes à travers le monde, soit 8,3 % de la population adulte, sont atteintes de diabète en 2011. Environ 80 % d'entre elles vivent dans des pays à faible et moyen revenu. Si cette tendance se poursuit, 552 millions de personnes environ, soit un adulte sur 10, auront le diabète d'ici 2030. »

Les principales causes profondes des maladies non transmissibles sont la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population. Dans les facteurs de risque des maladies non transmissibles, on distingue ceux qui sont modifiables (alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme) et ceux qui ne sont pas modifiables (âge, hérédité et facteurs génétiques). Les maladies non transmissibles peuvent plonger des individus et des familles dans la pauvreté et les entraîner dans une spirale d'aggravation de la maladie et de la pauvreté. Dans beaucoup de pays à revenus faibles ou intermédiaires, la lutte contre la pauvreté passe par des investissements dans des programmes de prévention des maladies non transmissibles.

C'est pour le moment dans des contextes de développement que Handicap International met en œuvre des projets sur cette thématique. Handicap International est engagée dans la lutte contre le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire pour trois principales raisons :

- dans les zones d'intervention, les besoins sont énormes devant l'épidémie de maladies non transmissibles, dont le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire,
- le diabète, en tant que maladie invalidante, fait partie du champ d'action de l'organisation,
- la mobilisation internationale contre cette épidémie annoncée est encore émergente.

L'année 2011 a cependant été un temps fort de mobilisation internationale, puisque qu'un haut sommet des Nations Unis sur les maladies non transmissibles a eu lieu en septembre 2011 à New York, mobilisant 133 États représentés, pour 34 d'entre eux, par des chefs d'États ou des ministres.

Ainsi, le diabète, au côté d'autres maladies chroniques, figure parmi les thématiques prioritaires pour la recherche d'impact définies par Handicap International dans sa stratégie fédérale 2011-2015.

Handicap International adopte une approche globale afin de :

- prévenir le diabète et les autres maladies non transmissibles par des actions ciblant les facteurs de risque,
- rendre disponible, adaptée et accessible l'offre des services de prévention, de soins et de réadaptation,
- renforcer les capacités,
- promouvoir la participation sociale,
- promouvoir l'application et l'exercice des droits des personnes diabétiques et vivant avec des facteurs de risque cardiovasculaire,
- rendre les politiques et les services inclusifs pour les personnes vulnérables et en particulier les personnes handicapées.

La prise de conscience du problème du diabète et des maladies non transmissibles est récente dans les pays en développement. Quelques programmes se développent localement avec très peu d'acteurs internationaux. Handicap International a ainsi un large champ d'interventions possibles. Basées sur une évaluation initiale des besoins, les modalités d'intervention dépendront du contexte et des ressources locales existantes (analyse des acteurs, offre de soins disponible, notamment dans le domaine de la réadaptation).

Le renforcement des services de santé et des services d'accès aux médicaments est un élément essentiel pour l'amélioration de la santé des personnes diabétiques et vivant avec d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, car dans la grande majorité des cas, un changement de mode de vie n'est pas suffisant pour équilibrer le diabète. Selon les principes d'intervention de Handicap International, le niveau d'intervention à privilégier est celui des services de proximité (services à base communautaire, centres de soins primaires et secondaires).

Lorsque des partenariats avec d'autres acteurs internationaux sont possibles et/ou lorsque le système de santé de proximité prend déjà en charge avec qualité les personnes diabétiques (et avec facteurs de risque cardiovasculaire), Handicap International choisit de focaliser son action sur ses potentielles plus-values, en particulier la réadaptation des personnes ayant des incapacités liées au diabète et aux autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Ce renforcement du système de santé doit être fait suivant une approche globale et intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, et pour la prise en charge des plaies chroniques et du lymphoedème.

Les principales perspectives sur la thématique du diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire pour les cinq ans à venir, selon les grandes lignes définies par la stratégie fédérale 2011-2015 de Handicap International, seront de :

- renforcer et consolider les projets existants de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles comme le diabète,
- développer de nouveaux projets en insistant particulièrement sur les pays ou les zones à plus faible Indice de Développement Humain (IDH) d'Asie, du Maghreb et du Moyen-Orient. L'épidémie de diabète est la plus criante dans ces régions à faibles et moyens revenus, avec une prévalence comparative en moyenne entre 7,5% et 10% de la population adulte avec des pics pouvant atteindre 18% dans certaines villes d'Asie du Sud[10],
- développer la plus-value de Handicap International sur les soins de réadaptation nécessaires aux personnes ayant des incapacités liées au diabète et autres facteurs de risque cardiovasculaire,
- renforcer le lien entre le traitement des maladies non transmissibles, les soins de réadaptation et le soutien psychosocial,
- développer des compétences sur le renforcement des systèmes d'analyse des besoins, de commande, et de distribution des médicaments,
- rendre les interventions plus inclusives pour les personnes vulnérables, et en particulier pour les personnes handicapées,
- faire évoluer, pour les actions de prévention primaire, l'approche de Handicap International vers une approche intégrée ciblant plusieurs maladies non transmissibles et une approche de promotion de la santé : promotion d'un mode de vie sain par une réponse multisectorielle, combinant des activités de nature différente comme l'éducation et le plaidoyer.

Philippines, 2011

Principes et repères

Définitions, importance et contexte

A

Le diabète, les facteurs de risque cardiovasculaire et les maladies non transmissibles

L'Organisation mondiale de la Santé appelle « maladies non transmissibles », les maladies chroniques non infectieuses, en opposition au groupe des maladies transmissibles (infectieuses). Les principales maladies considérées dans le groupe des maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces maladies ont des facteurs de risque communs : consommation de tabac, alimentation déséquilibrée, sédentarité, consommation excessive d'alcool. C'est sur la possibilité d'interventions communes de prévention que s'est construit ce groupe. Les troubles mentaux, dont les troubles liés à la prise de substance psychoactive (alcool, drogue) font aussi partie du groupe des maladies non transmissibles.

Les maladies cardiovasculaires sont des maladies touchant le cœur et les vaisseaux sanguins. Parmi les principales maladies cardiovasculaires, on peut citer :

- l'accident vasculaire cérébral entraînant des paralysies de certaines parties du corps,
- l'infarctus du cœur entraînant une insuffisance cardiaque et de ce fait, un essoufflement important au moindre effort,
- l'artérite des membres inférieurs entraînant des difficultés de marche.

Ces maladies sont largement **favorisées par des facteurs de risque appelés facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV), qui sont principalement le diabète, l'hypertension artérielle, les problèmes de lipides dans le sang (dyslipidémies), le tabagisme, le surpoids et l'obésité, les antécédents de maladies similaires dans la famille**.

B

Définitions du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne parvient plus à produire suffisamment d'insuline ou lorsque les organes deviennent résistants à l'insuline. Le taux de glucose dans le sang (glycémie) s'élève alors. Il s'agit de l'hyperglycémie.
Il existe **quatre types de diabète**[11] :

- Le **diabète de type 1** est caractérisé par un manque de sécrétion d'insuline par le pancréas du fait d'une destruction complète des cellules qui sécrètent cette hormone. L'insuline est une hormone qui permet le passage du glucose du sang vers les cellules. Il touche principalement des sujets jeunes (moins de 30 ans) et se manifeste de manière très visible par une perte de poids importante et rapide, une fatigue, une faim, une soif et une augmentation du volume urinaire, des malaises, des douleurs du ventre, des troubles de la conscience, un coma et la mort en l'absence d'apport d'insuline en urgence. La survie des personnes atteintes est dépendante de cette hormone vitale, administrée sous forme d'injection 2 à 4 fois par jour. La prévalence du diabète de type 1 varie de façon sensible d'un pays à l'autre. Elle est plus faible dans les pays où des soins de qualité ne sont pas accessibles, car la survie des malades est limitée.
- Le **diabète de type 2** est principalement caractérisé par une résistance progressive des organes à l'insuline. Il touche principalement les personnes de plus de 30 ans. Il existe un **facteur héréditaire et génétique** important, et ce diabète peut être favorisé par le manque d'activité physique, une alimentation riche en graisse et en sucre, le surpoids ou l'obésité. Il reste asymptomatique pendant plusieurs années, puis les symptômes restent longtemps discrets. C'est pourquoi il est souvent diagnostiqué au stade de complications chroniques dans le contexte d'accès difficile aux soins des pays en développement. Le traitement peut consister simplement au suivi des règles d'hygiène de vie, complété si nécessaire par la prise de médicaments antidiabétiques oraux, voire d'une ou deux injections d'insuline par jour dans certains cas. C'est de loin le type de diabète le plus fréquent (environ 80% à 85% des personnes diabétiques).

Focus

La classification en type 1 et type 2 n'est pas forcément transposable à tous les contextes. Ainsi, en Afrique Subsaharienne, un type particulier de diabète, le « ketosis prone diabetes », représente une proportion importante des cas rencontrés[12, 13]. Ce type de diabète présente des caractéristiques du type 1, comme la nécessité d'un recours à l'insuline, et des caractéristiques du type 2, comme de se manifester chez les patients en surpoids ou obèses.

- Le **diabète gestationnel** est un diabète qui survient pendant la grossesse, et qui peut conduire à des malformations congénitales chez l'enfant et des complications lors de l'accouchement. La femme atteinte de diabète gestationnel ainsi que l'enfant ont un risque plus important de développer un diabète de type 2 plusieurs années plus tard.
- Les **diabètes secondaires** sont liés à une destruction du pancréas, une anomalie génétique, etc.

Histoire naturelle du diabète de type 2 : évolution de la maladie en l'absence de prise en charge

Personnes à risques

- Pas d'activité physique
- Antécédents familiaux, facteurs génétiques
- Surpoids, obésité
- Faible ou gros poids de naissance
- Diabète pendant la grossesse
- Etc.

→

Diabète sans complication

- Pas de symptômes pendant quelques années

PUIS

Symptômes :

- Soif, faim
- Urines abondantes
- Fatigue, malaise
- Troubles visuels

→

Diabète avec complications

Complications :

- Ulcère chronique
- Amputation
- Cécité
- Hémiplégie
- Artérite des jambes
- Insufisance cardiaque
- Insufisance rénale
- Impuissance

Sans diabète

Avec diabète

Pourquoi intervenir

Handicap International est engagée dans la lutte contre le diabète pour trois principales raisons :

- dans les zones d'intervention, les besoins sont énormes devant l'épidémie de diabète et de facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV),
- le diabète, en tant que maladie invalidante, fait partie du champ d'action de l'organisation,
- la mobilisation internationale contre cette épidémie annoncée est encore émergente.

C'est dans des contextes de développement que Handicap International met actuellement en œuvre des projets sur cette thématique.

A

Le diabète, les maladies non transmissibles et le handicap

Selon le Rapport mondial sur le handicap[14], les estimations montrent que **les maladies non transmissibles sont responsables de 66,5% des années vécues avec une incapacité dans les pays à faibles et moyens revenus**[15].

Le diabète, une maladie invalidante

Mal équilibré, le diabète a un fort potentiel invalidant, lié aux symptômes quotidiens, et aux potentielles complications à long terme.

Ainsi les complications invalidantes à long terme sont les suivantes[16] :

- La rétinopathie diabétique (10% à 47% des diabétiques) : la rétine est mal irriguée par les vaisseaux et s'altère. Les patients peuvent donc devenir partiellement ou totalement **aveugles**.

- L'obstruction des artères au niveau cérébral : l'accident vasculaire cérébral entraîne souvent une **hémiplégie ou hémiparésie** (1% à 12% des diabétiques).

- **L'insuffisance cardiaque** entraîne un essoufflement important au moindre effort et des douleurs dans la poitrine. Elle est principalement due aux infarctus cardiaques, conséquences de l'obstruction des artères du cœur (1% à 43% des diabétiques).

- **L'insuffisance rénale** est la conséquence de la néphropathie diabétique (0.3% à 33% des diabétiques). À la phase terminale, les malades nécessitent des dialyses (épuration du sang par une machine) plusieurs fois par semaine ou une transplantation rénale.

- La **neuropathie diabétique** (lésion des nerfs principalement des membres inférieurs) survient chez 13% à 65% des diabétiques, et entraîne une baisse de la sensibilité des pieds puis des jambes, les rendant plus sujet à des plaies qui cicatrisent difficilement. Associée à l'artérite (obstruction des artères des membres inférieurs), elle peut induire de multiples **ulcérations chroniques** (mal perforant plantaire ou **pied diabétique**) et **amputations d'un membre inférieur**. 0.2% à 4.8% des diabétiques sont amputés. 15% des personnes diabétiques développeront un ulcère du pied durant leur vie, le taux de récidive d'un ulcère plantaire est de 70% dans les cinq années qui suivent, et 85% des amputations du membre inférieur des personnes atteintes de diabète sont précédées d'un ulcère plantaire.

- Cette même complication neurologique et l'obstruction des artères peuvent aussi être la cause de **troubles de l'érection** chez l'homme.

- Les multiples complications vasculaires cérébrales peuvent avec l'âge entraîner une **démence vasculaire**, source d'**incapacité intellectuelle**.

- Vivre avec une maladie chronique peut entraîner des difficultés dans la vie quotidienne, des deuils impossibles, des troubles de la personnalité, de l'humeur, du comportement, voire des troubles mentaux invalidants (dépression, pathologie traumatique, phobies, troubles obsessionnels, etc.). Être atteint d'une maladie invalidante entraîne souvent une détresse psychologique et morale nécessitant une aide spécialisée. Les maladies chroniques sont donc souvent à l'origine d'**incapacités psychosociales et/ou psychiques**.[17]

La Convention relative aux droits des personnes handicapées désigne par personnes handicapées « des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »

Quant au Processus de Production du Handicap, auquel se réfère Handicap International, il désigne par personnes handicapées les « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres, justifiant des mesures de compensation et un travail sur l'environnement. »

Ainsi, les déficiences liées au diabète décrites ci-dessus peuvent entraîner des incapacités physiques, sensorielles, psychosociales, psychiques (= « mentales » au sens de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées) et intellectuelles (démence) durables qui, en interaction avec diverses barrières, peuvent faire obstacle à la participation sociale des personnes vivant avec le diabète et les mettre en situation de handicap.

Les personnes handicapées, population à risque ?

D'après le rapport mondial sur le handicap de l'OMS[18], quelques études ont montré que les personnes handicapées seraient plus à risque de développer des maladies non transmissibles que les personnes non handicapées. Par exemple, une étude a montré que la prévalence du diabète parmi les personnes vivant avec une schizophrénie serait de 15% comparée à la prévalence de 2 à 3% dans la population générale de la même zone géographique[19].
Cette différence peut être liée aux effets secondaires des traitements, mais aussi à une prévalence plus importante des facteurs de risque comportementaux des maladies non transmissibles chez certaines personnes handicapées par rapport aux personnes non handicapées[20]. Les personnes handicapées seraient plus à risque d'obésité, de fumer, et de pratiquer moins d'activité physique que les personnes non handicapées[21, 22, 23, 24].

Le diabète et le Processus de Production du Handicap

L'approche de Handicap International s'appuie sur le Processus de Production du Handicap développé par Patrick Fougeyrollas. En effet, au delà de la déficience elle-même, c'est le processus, le mécanisme, créant les situations de handicap qui est intéressant. Le handicap n'est plus une résultante d'un lien de cause à effet entre déficience et invalidité, mais l'interaction entre différents facteurs qui vont ou ne vont pas mettre la personne « en situation de handicap ». Les facteurs environnementaux jouent un rôle aussi important que les facteurs personnels dans la participation sociale ou la situation de handicap.

Le diabète peut être analysé d'après le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH). En effet, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux interagissent avec les habitudes de vie de la personne diabétique et participent à la pleine participation sociale ou au contraire à la production possible d'une situation de handicap (PPH)[25].

Le PPH permet d'analyser l'évolutivité de l'incapacité qui va d'une incapacité type fatigabilité jusqu'à une incapacité de marche, de voir, etc. Cette évolution peut faire vivre à la personne de multiples situations qui vont de la pleine participation sociale à la restriction de participation, voire une situation de handicap.
De par sa conception, le PPH permet de suivre cette évolution et de proposer des actions pour améliorer la participation quel que soit le degré d'incapacité.
La personne est donc au centre de ce schéma qui décline tous les facteurs qui peuvent agir potentiellement sur cette personne.
Ainsi, une personne diabétique est atteinte à court terme de symptômes invalidants (fatigue, soif, augmentation du volume des urines). Si le diabète est mal équilibré et à risque de favoriser des complications invalidantes (ulcère chronique, amputation, hémiplégie, cécité, dépression, démence), il est source d'incapacités physiques, sensorielles, psychosociales, psychiques ou intellectuelles.

Cependant, toute personne diabétique peut vivre une pleine participation sociale ou au contraire vivre une restriction de participation, voire une situation de handicap.

Facteurs de risque

- Les facteurs de risque **biologiques**
- Les facteurs de risque liés aux **comportements individuels**
- Les facteurs de risque liés à **l'environnement physique**
- Les facteurs de risque liés à l'**organisation sociale**
- Les facteurs de risque liés aux **comportements sociaux**

Facteurs personnels

Facteurs physiques

- Pancréas
- Récepteur à insuline
- Artères
- Nerfs
- Membres inférieurs
- Yeux
- Reins
- Cœur
- Cerveau
- Etc.

Facteurs psychologiques

Déficience ↔ Intégrité

Capacités physiques

- Sensibilité
- Motricité
- Marcher
- Voir
- Respirer
- Parler
- Réfléchir
- Etc.

Capacités psychologiques

Incapacité ↔ Capacité

Facteurs environnementaux

- Environnement professionnel
- Environnement lié à l'éducation / l'information
- Existence de services de santé spécialisés primaire
- Environnement familial
- Environnement économique
- Environnement social
- Etc.

Obstacle ⟷ Facilitateur

Interaction

Habitudes de vie

- Nutrition
- Relations interpersonnelles
- Loisirs
- ...

Restriction de participation ⟷ Pleine participation sociale

Les facteurs de risque du développement du diabète

Les déficiences sont favorisées par des **facteurs de risque biologiques** :

- Modifiables : surpoids et obésité, faible poids de naissance et suralimentation après la naissance, diabète et malnutrition pendant la grossesse,
- Non modifiables : âge avancé, antécédents familiaux de diabète de type 2, facteurs génétiques liés à l'origine ethnique (Asie, Amérique latine et Afrique).

Les facteurs de risque liés aux **comportements individuels** :

- Alimentation riche en graisses et en sucre, pauvre en fibres,
- Manque d'activité physique,
- Les autocontrôles glycémiques réguliers et l'administration des médications (orales ou injectables), les soins des pieds demandent un investissement temporel et personnel non négligeable. Si ces soins quotidiens ne sont pas effectués, le patient est à risque de développer des complications ou leurs aggravations pour ceux qui en sont déjà atteints.

Les facteurs de risque liés à **l'environnement physique** peuvent aussi être facteurs de risque de déficiences et d'incapacités (liste non exhaustive) :

- **L'urbanisation et la transition économique** entraînent le changement du mode de vie vers une sédentarisation (manque d'activité physique) et une alimentation déséquilibrée,
- La présence d'**infrastructures sportives et récréationnelles** diminue le risque de diabète.

Les facteurs de risque liés à **l'organisation sociale** :

- **Organisation des systèmes et services de santé** primaires et secondaires : la non-existence d'une politique nationale face à ce problème de santé grandissant est un facteur de risque de déficiences (existence ou non d'un programme national de lutte, approvisionnement efficace ou non en médicaments et en consommables pour examens de laboratoire, existence ou non d'un système de prise en charge des coûts des soins, y compris pour les indigents, etc.). L'existence et la qualité des soins pour le malade diabétique sont aussi facteurs de risque de déficiences ou de leur aggravation (dépistage, éducation du patient, disponibilité des traitements, soins médicaux, paramédicaux et de rééducation : nutritionniste, podologue, orthoprothésiste, etc.).
- **Environnement éducationnel** : la présence ou non d'information et d'éducation sur la maladie, ses facteurs de risque ainsi que sur les incapacités qu'elle entraîne, favoriseront ou non les modes de vie adéquats.
- **Le contexte d'environnement alimentaire et publicitaire :** la présence de fast food, ou d'échoppes de rue vendant de la nourriture riche en graisse et en sucre, appuyée ou non par un système publicitaire favorisant cette alimentation, voire colportant de fausses informations telles que de faux médicaments antidiabétiques ou de faux conseils d'hygiène alimentaire, peuvent créer un environnement à risque de développer du diabète.

Les risques liés aux **comportements sociaux** :

Les **habitudes nutritionnelles et sportives de la société**, la **prise de conscience générale** de la population face au problème du diabète et ses facteurs de risques, et les **représentations culturelles** peuvent influencer majoritairement l'apparition de nouveaux diabétiques et l'hygiène de vie de ceux qui en sont déjà atteints.

Les facteurs personnels

- Les **facteurs personnels physiques** (cf. schéma)
- Les **facteurs personnels psychologiques**, qui induisent une perception plus ou moins positive de leur maladie et a fortiori des complications invalidantes qu'elle entraîne : certains diabétiques accepteront leur pathologie sans problème particulier, d'autres la vivront avec une angoisse et un sentiment de contrainte, voire d'infériorité, pouvant entraîner une désocialisation.

Les facteurs environnementaux

Ils favorisent ou défavorisent aussi la pleine participation sociale de la personne diabétique avec ou sans incapacité (liste non exhaustive).

- **L'environnement professionnel et du système éducatif** sont facilitateurs ou non. Certains employeurs ou certains établissements scolaires n'acceptent pas de personnel ou d'étudiants diabétiques sous insuline de peur de l'hypoglycémie. Cette situation est un obstacle à la pleine participation sociale de la personne diabétique.
- L'existence d'un **système de santé tertiaire** (centres de rééducation, d'orthoprothésie, etc.) favorise la participation sociale d'une personne diabétique ayant des déficiences/incapacités.
- **L'environnement familial** de la personne est potentiellement facilitateur s'il soutient la personne diabétique (avec ou sans incapacité) dans sa vie, son alimentation et ses soins quotidiens. Au contraire, dans certaines familles, la personne diabétique peut être exclue du plat commun familial par méconnaissance en nutrition, ou bien la famille peut ne pas soutenir la personne diabétique dans ses efforts pour changer son mode de vie.
- Selon **l'environnement économique**, la part du coût des soins dans un budget familial peut être un frein ou un facilitateur de la pleine participation sociale. Un impact financier important de la maladie peut entraîner plus ou moins des retards de soins, des difficultés d'accès aux soins pour le malade ou même des conséquences socioéconomiques pour l'ensemble de la famille (en Inde, 18% à 59% du revenu familial doit être utilisé pour acheter les traitements du malade[26, 27]).
- **L'environnement social** peut également être facilitateur en fonction de la capacité ou non des services sociaux publics ou organisés par la société civile à mobiliser une aide humaine et sociale autour de la personne diabétique.

Interaction avec les habitudes de vie

Les deux types de facteurs (personnels et environnementaux) vont interagir avec les habitudes de vie personnelles du malade diabétique, le faisant vivre une pleine participation sociale ou une situation de handicap. Il est important de noter que ces habitudes de vie sont propres à chaque personne en fonction de sa culture, de son âge, etc. Pour chaque personne, ces habitudes doivent être analysées personnellement. Voici quelques exemples d'habitude de vie pouvant favoriser ou non la pleine participation sociale de la personne diabétique.

- **Nutrition** : une personne qui a l'habitude d'une alimentation riche en graisse et en sucre sera plus difficilement en pleine participation sociale, puisqu'elle devra s'astreindre à changer ses habitudes alimentaires et à adapter son rythme aux habitudes de sa famille, l'obligeant parfois à prendre ses repas à part (plat commun malien par exemple). A l'inverse, une personne qui habituellement mange équilibrée sera facilement en pleine participation sociale. Un environnement facilitant / promouvant la nourriture équilibrée permet à la personne une meilleure participation sociale.
- **Loisirs** : une personne non sportive devra s'adapter pour pouvoir réaliser un minimum d'activité physique quotidienne. Autre exemple, une personne diabétique sous insuline très sportive pourra être en restriction de participation de peur des hypoglycémies. Par contre, elle sera en pleine participation sociale lorsqu'elle réussira à équilibrer parfaitement ses besoins nutritionnels, ses besoins en insuline et son activité physique intense. Pour cela, un environnement facilitant l'activité physique est indispensable.
- **Les relations interpersonnelles** : selon les personnes, ces relations peuvent être plus ou moins perturbées par la maladie. De façon générale, les relations à l'autre sont liées aux facteurs personnels psychologiques (acceptation d'une maladie chronique contraignante), mais aussi aux facteurs environnementaux culturels. Par ailleurs, les relations interpersonnelles intimes peuvent être compromises par les troubles de l'érection liée à la maladie, induisant en plus des conséquences psychologiques importantes.

B

Les besoins sont énormes

Les besoins sont énormes devant l'épidémie de diabète et de maladies non transmissibles. Alors que des interventions peu coûteuses et efficaces sont possibles, souvent les systèmes de santé des pays en développement ne sont pas en capacité de les mettre en œuvre.

L'épidémie de maladies non transmissibles dans le monde

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les maladies non transmissibles (principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète) constituent la principale cause de décès et d'incapacité dans le monde, représentant 63 % des décès. 90% des décès par maladies non transmissibles avant 60 ans surviennent dans les pays à faibles et moyens revenus. Ainsi, comme précisé précédemment, les estimations montrent que **les maladies non transmissibles sont responsables de 66,5% des années vécues avec une incapacité dans les pays à faibles et moyens revenus[28].**

« 80 % des cas prématurés de cardiopathies vasculaires et d'accidents cérébraux, 80 % des cas de diabète de type 2, ainsi que 40 % des cancers pourraient être évités en adoptant une alimentation saine, en faisant de l'exercice physique et en évitant le tabac. »

Les principales causes profondes des maladies non transmissibles sont la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population[29].
La transition nutritionnelle explique en partie l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. La transition nutritionnelle se réfère « au passage d'une alimentation monotone, mais riche en amidon et fibres, faible en gras et d'une vie physiquement active à une alimentation plus diversifiée mais riche en sucres, en graisses animales saturées et en aliments usinés, faible en fruits, légumes et fibres et à un mode vie sédentaire. »[30]

Dans les facteurs de risque des maladies non transmissibles, on distingue ceux qui sont modifiables (alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme) et ceux qui ne sont pas modifiables (âge, hérédité, facteurs génétiques).

« Les maladies chroniques peuvent plonger des individus et des familles dans la pauvreté et les entraîner dans une spirale d'aggravation de la maladie et de la pauvreté. Dans beaucoup de pays à revenus faibles ou intermédiaires, la lutte contre la pauvreté passe par des investissements dans des programmes de prévention des maladies chroniques.»[31]

L'épidémie de diabète dans le monde

Selon la Fédération Internationale du Diabète : « D'après les estimations, quelque 366 millions de personnes à travers le monde, soit 8,3 % de la population adulte, sont atteintes de diabète en 2011. Environ 80 % d'entre elles vivent dans des pays à faible et moyen revenu. Si cette tendance se

poursuit, 552 millions de personnes environ, soit un adulte sur 10, auront le diabète d'ici 2030. »

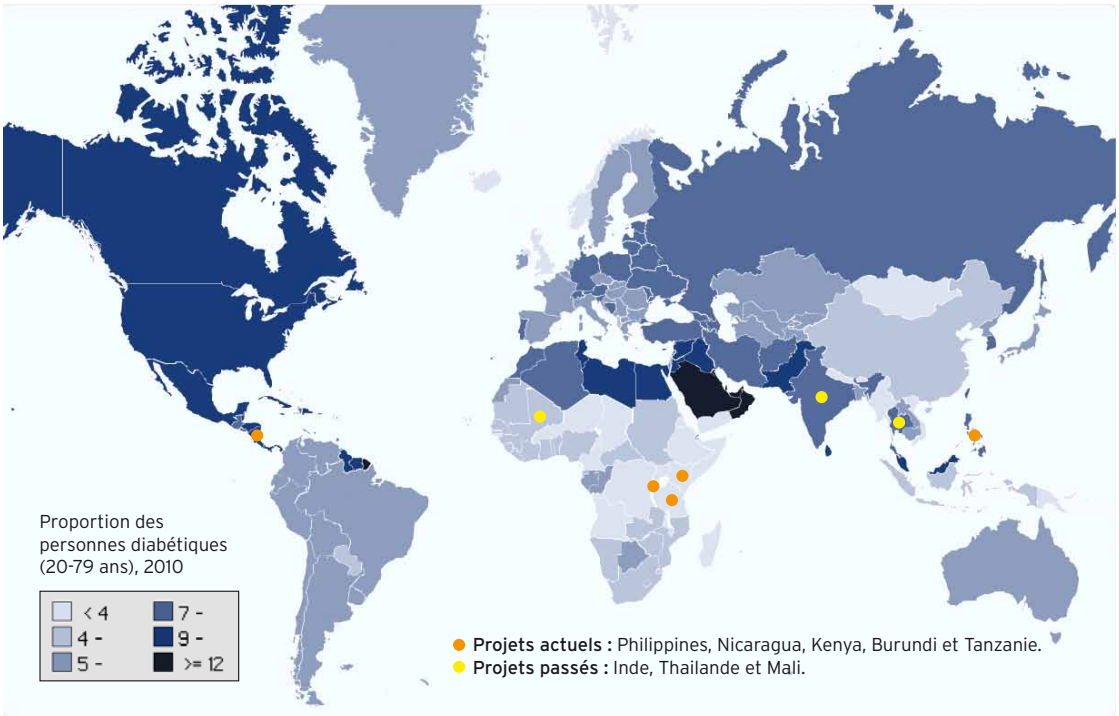
« C'est un résultat constamment retrouvé dans les études de prévalence du diabète qu'une proportion substantielle des cas identifiés comme diabétiques n'avaient pas été diagnostiqués auparavant. La découverte de nouveaux cas, lorsque des campagnes de mesure de la glycémie sont réalisées, s'explique par l'absence de symptômes lors des premières années du diabète de type 2, ce qui fait que les personnes diabétiques ne sont alors pas conscientes de leur maladie, et ainsi n'ont pas recours aux soins. »

Il y a plus de personnes diabétiques dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

Focus - Le sucre diabolisé à tort

Il convient d'éviter un écueil souvent observé qui est de diaboliser la consommation de sucre, et de la rendre responsable de l'augmentation de prévalence du diabète. Cet écueil s'explique notamment par des raisons linguistiques, le diabète étant souvent nommé, en langue locale, littéralement la « maladie du sucre ». Rappelons que les principales causes profondes des maladies non transmissibles, notamment le diabète, sont la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population[32]. Les activités de prévention devront donc éviter de diaboliser le sucre et plutôt promouvoir un mode de vie sain. Ce mode de vie sain contribue au « bien vieillir » des populations, incluant la prévention du diabète.

Prévalence du diabète dans le monde (20-79 ans), 2010



Source : http://archive.diabetesatlas.org/map

Aperçus régionaux[33]

- Afrique : 78 % des personnes atteintes de diabète ne sont pas diagnostiquées.
- Europe : le taux de prévalence du diabète de type 1 le plus élevé chez les enfants.
- Amérique du Nord et Caraïbes : 1 adulte sur 10 est atteint de diabète.
- Asie du Sud-Est : près d'un cinquième des personnes atteintes de diabète au monde vivent dans sept pays seulement.
- Pacifique occidental : région enregistrant le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète, avec 132 millions d'adultes concernés.

Estimations régionales pour le diabète (20-79 ans) pour 2011 et 2030

	2011			2030			
	Population	Nombre de personnes atteintes du diabète	Prévalence comparative du diabète	Population	Nombre de personnes atteintes du diabète	Prévalence comparative du diabète	**Augmentation du nombre de personnes atteintes du diabète**
RÉGION	MILLIONS	MILLIONS	%	MILLIONS	MILLIONS	%	%
AFR	387	14,7	4,5	658	28,0	4,9	90
EUR	653	52,8	6,7	673	64,2	6,9	22
MENA	356	32,6	11,0	539	59,7	11,3	83
NAC	322	37,7	10,7	386	51,2	11,2	36
SACA	289	25,1	9,2	376	39,9	9,4	59
SEA	856	71,4	9,2	1188	120,9	10,0	69
WP	1 544	131,9	8,3	1766	187,9	8,5	42
Monde	**4 407**	**366,2**	**8,5**	**5 586**	**551,8**	**8,9**	**51**

« En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, la prévalence du diabète est très élevée (11%) alors que la population totale touchée, en nombre absolu, est estimée à 32,6 millions. À l'inverse, dans la région Pacifique occidentale, la prévalence est moins élevée (8,3 %) alors que la population totale touchée, en nombre absolu, est estimée à 131,9 millions. »

Peu d'études ont été réalisées sur la prévalence du diabète en Afrique Subsaharienne, par conséquent les données sont souvent extrapolées à partir de pays voisins. C'est l'Afrique qui connaîtra la plus forte augmentation de la prévalence dans les 20-30 prochaines années.
Il existe des variations de la prévalence du diabète entre les pays, et à l'intérieur d'un pays entre différents groupes ethniques. Ces variations peuvent s'expliquer par le profil démographique, le mode de vie, ainsi que par les caractéristiques génétiques de chaque population. Ainsi, différentes recherches réalisées aux États-Unis d'Amérique ont montré que les minorités ethniques vivant dans ce pays, à l'exception des natifs d'Alaska, avaient une prévalence du diabète de type 2 de 2 à 6 fois supérieure à celle de la population de « type caucasien »[34].

C

Capacités limitées des systèmes de santé

Les études menées périodiquement par l'Organisation mondiale de la Santé pour évaluer la capacité des États dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles, ainsi que d'autres sources, ont identifié des lacunes majeures[35], dont :

- le manque de politiques, et le manque de données sur les maladies non transmissibles,
- le manque de disponibilité et de compétence des professionnels de santé,
- le manque de disponibilité et d'accessibilité financière des médicaments essentiels.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la progression spectaculaire des affections chroniques exige des mesures novatrices[36], notamment un changement de paradigme, d'un modèle de soins conçu pour répondre aux maladies aiguës vers un système de soins permettant aussi la réponse aux maladies chroniques. Ainsi, un suivi régulier est nécessaire en dehors des épisodes aigus, et les soins doivent être réorganisés pour permettre ce suivi. Cela implique de mettre l'accent sur le rôle central de la personne et de sa famille, ce qui constitue un écart important par rapport à la pratique clinique existante qui cantonne souvent la personne dans le rôle du bénéficiaire passif des soins. Cette évolution nécessite que les professionnels de santé incluent dans leurs services des actions d'éducation thérapeutique du patient.

Et pourtant, des interventions peu coûteuses et efficaces pour la prévention et le contrôle du diabète existent[37] (cf. partie 2).

D

Une mobilisation internationale émergente

Malgré cette épidémie qui s'annonce, la mobilisation de la communauté internationale, aussi bien dans les Pays du Nord que dans les Pays du Sud, est encore émergente. Les maladies cardiovasculaires et le diabète, premières causes de mortalité et de morbidité (potentiellement source d'incapacités) dans beaucoup de pays en développement, figurent en effet rarement au tableau des priorités d'action.
Dans un premier temps, l'Organisation mondiale de la Santé et la Fédération Internationale du Diabète (FID) ont mené de façon conjointe des actions de plaidoyer qui ont abouti à l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies de la résolution 61/225 du 20 décembre 2006[38]. Dans cette résolution, le diabète est reconnu comme « une maladie chronique, invalidante et coûteuse, qui s'accompagne de graves complications, fait courir de graves risques aux familles, aux États Membres et au monde entier et entrave sérieusement la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement. »

Dans un deuxième temps, les acteurs du diabète se sont regroupés avec les acteurs des autres maladies non transmissibles (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies chroniques respiratoires) afin de faire un plaidoyer commun, qui a abouti en 2010 à l'adoption de la résolution A/64/L.52 par l'Assemblée générale des Nations Unies.

L'Assemblée se déclare « Convaincue qu'il faut d'urgence mener une action multilatérale au plus haut niveau politique pour faire face à l'accroissement du taux de prévalence des maladies non transmissibles dans le monde entier, ainsi qu'à la morbidité et la mortalité qui en découlent, et accorder un rang de priorité plus élevé aux maladies non transmissibles dans la coopération pour le développement, en renforçant cette coopération.[39]»

Focus - Le Haut Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles

En 2010, de nombreuses actions de plaidoyer ont été réalisées par des réseaux, comme la NCD alliance, et le NCDnet animé par l'OMS, en amont du haut sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles de septembre 2011. Il s'agissait d'un sommet similaire à celui qui s'est tenu sur le VIH/SIDA il y a 10 ans. Handicap International y a été très active pour promouvoir l'inclusion de la réadaptation et du handicap dans la déclaration politique. Ainsi, le contexte international d'engagement des États et des bailleurs de fonds risque de changer dans les deux années à venir.
Il n'existe pas encore de recommandations de l'OMS destinées aux États Membres pour le développement de politiques de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, cependant cela figure dans le plan d'action 2008-2013 du secrétariat de l'OMS.

Les maladies non transmissibles ne sont pas inscrites dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement, qui ciblent un nombre limité de maladies considérées comme prioritaires (infection à VIH, paludisme, tuberculose), ainsi que la santé maternelle et infantile. Cependant, l'équilibre du diabète étant un élément fondamental pour la réussite du traitement antituberculeux chez les personnes diabétiques, des actions de plaidoyer sont menées par la Fédération Internationale du Diabète et l'Organisation mondiale de la Santé afin que les maladies non transmissibles, dont le fardeau est encore insuffisamment reconnu, fassent l'objet d'un véritable engagement politique par la communauté internationale.

Un certain nombre d'acteurs spécifiques du diabète sont très actifs dans les pays en développement.
La Fédération Internationale du Diabète regroupe des associations de professionnels de santé et de patients provenant du monde entier, coordonne de nombreux projets et organise tous les deux ans un congrès mondial du diabète. La Fondation Mondiale du Diabète (World Diabetes Foundation), émanant du laboratoire pharmaceutique danois Novo Nordisk, finance de nombreux projets locaux menés par des gouvernements et/ou des associations locales. Par ailleurs, des sociétés ou fondations médicales de spécialistes se mobilisent (International Insulin Foundation, Insulin For Life, ...).

Par contre, à notre connaissance, très peu d'ONG de solidarité internationale s'engagent actuellement dans la lutte contre cette épidémie des pays du sud. Au Mali, l'ONG Santé Diabète a obtenu des résultats encourageants. Dans les contextes de développement, Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde prennent parfois en charge des personnes diabétiques ou vivant avec d'autres maladies non transmissibles, principalement au sein de leurs programmes VIH. Mais ils n'ont semble-t-il pas développé de programmes qui permettent une amélioration du système de santé publique local sur le long terme. Des universités et des ONG anglo-saxonnes ont démarré des projets sur les maladies non transmissibles : PATH (A catalyst for global health) ; Project Hope ; Population Services International (PSI), etc., réseaux que Handicap International cherchera à investir d'ici 2015.

Handicap International intensifie désormais ses efforts en étant une des premières ONG internationales à s'engager sur le long terme et à l'échelle internationale dans cette lutte contre le diabète. Son rôle opérationnel dans plusieurs pays en développement lui permettra de témoigner pour favoriser la reconnaissance de cette pathologie comme une priorité, car une mobilisation internationale de grande ampleur paraît nécessaire, et pourra limiter la mortalité et le handicap liés au diabète.

Principes d'intervention et champ d'action

A

Le diabète au sein du champ d'action de Handicap International

Le diabète, maladie invalidante, est inscrit dans les documents de référence de Handicap International, tels que le champ d'action et la stratégie fédérale 2011-2015. Ainsi, la santé figure dans les secteurs d'activité composant le champ d'action de l'organisation, et le diabète, ainsi que d'autres maladies chroniques, figure parmi les thématiques prioritaires pour la recherche d'impact définies dans la stratégie fédérale.

Parmi les catégories de bénéficiaires listées dans le champ d'action de Handicap International, figurent les personnes vivant avec des maladies invalidantes, selon la définition suivante : « Personnes atteintes d'une maladie le plus souvent chronique, qui affecte l'intégrité ou la fonction d'un ou plusieurs organes, pouvant entraîner des restrictions fonctionnelles. Faute de traitement ou de prise en charge appropriée, la maladie peut entraîner à plus ou moins long terme des déficiences irréversibles physiques, sensorielles ou mentales. »

B

Principes d'intervention

Comme présenté précédemment dans ce document, la prévention et le contrôle du diabète et des maladies non transmissibles nécessitent l'accès à des services de prévention, de soins médicaux et de réadaptation.
Dans cette partie, les populations cibles des actions sont présentées, et des recommandations seront données afin de définir dans chaque contexte le positionnement de Handicap International sur cette thématique au sein du jeu d'acteurs.
Dans un second temps, les principales interventions de Handicap International pour permettre l'accès géographique et financier à des services de qualité seront résumées. Ensuite, les grandes lignes de l'approche de Handicap International, définies par rapport à des référentiels internes (en particulier, les principes d'intervention de Handicap International) et externes (notamment les référentiels de l'Organisation mondiale de la Santé), seront présentées.

Les populations cibles des actions

Selon le stade d'intervention (avant la maladie, à un stade précoce ou avancé de la maladie), les interventions peuvent être regroupées en trois principales catégories qui ont des populations cibles et des finalités différentes : prévention primaire, soins médicaux (prévention secondaire) et réadaptation (prévention tertiaire).

- La prévention primaire des maladies non transmissibles, au sein de la population générale, et en particulier auprès des personnes les plus exposées aux risques de maladies non transmissibles, vise à éviter la survenue de ces maladies.
- Les soins médicaux, incluant les orthèses de décharge, réalisés chez des personnes diabétiques et les personnes ayant un risque cardiovasculaire élevé, visent à faire disparaître les symptômes, et à prévenir les complications à long terme (prévention secondaire).
- La réadaptation des personnes diabétiques atteintes d'une complication invalidante contribue, en synergie avec d'autres actions (insertion économique, sociale, éducative, plaidoyer, action sur les facteurs environnementaux), à la prévention de la situation de handicap (prévention tertiaire).
- Le diabète étant une maladie chronique, il est important également de cibler, comme bénéficiaires du projet, les familles et l'entourage des personnes diabétiques, car ils jouent un rôle clé de soutien de la personne diabétique.

Ainsi, Handicap International s'attachera à cibler le plus possible les populations vulnérables parmi l'ensemble de ces groupes cibles. Selon le champ d'action de Handicap International, les populations vulnérables sont : « personnes ou groupes de populations, qui en raison de leur état de santé ou de leur condition sociale, peuvent se trouver dans l'impossibilité de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Elles sont particulièrement exposées aux risques et, par voie de conséquence, requièrent la mise en œuvre de mesures spécifiques. »
Les personnes vulnérables seront différentes selon les contextes, mais dans le cadre des maladies non transmissibles, on s'attachera particulièrement à s'assurer que les interventions ciblent aussi les personnes les plus pauvres qui ont difficilement accès aux soins, les personnes handicapées qui sont plus à risque de diabète et autres facteurs de risque cardiovasculaire[40], les personnes âgées, les enfants et les populations touchées par les guerres ou les désastres.

Grandes catégories d'interventions possibles selon le stade du diabète

Population générale	Personnes diabétiques, Personnes à haut risque cardiovasculaire (HTA, diabète), Personnes à risque podologique, Personne atteintes d'une plaie chronique du pied	Personnes atteintes d'une complication invalidante du diabète (cécité, amputation du membre inférieur, accident vasculaire cérébral, ...)
Prévention de la survenue de maladies non transmissibles (Prévention primaire)	Soins médicaux (dont orthèses de décharge) pour la prévention des complications invalidantes (Prévention secondaire)	Réadaptation Soins médicaux pour prévenir l'aggravation de complications invalidantes (Prévention tertiaire)

Les principes d'intervention de Handicap International appliqués au diabète

Le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH), un modèle de référence pour Handicap International
Sur le modèle du PPH, Handicap International adopte une approche globale du handicap. En fonction des besoins identifiés dans chaque situation, des actions de prévention des déficiences, de réadaptation, d'intégration sociale et économique des personnes ayant une déficience et de plaidoyer peuvent être mises en œuvre (cf. analyse du diabète d'après le modèle du PPH proposée dans la partie « Le diabète, les maladies non transmissibles et le handicap »).

Une intervention de proximité

En cohérence avec les principes d'intervention de Handicap International, le niveau d'intervention à privilégier est celui des services de proximité (services à base communautaire, centres de soins primaires et secondaires). C'est aussi une recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé, qui décrit depuis des décennies une dérive du système de santé, avec un accent mis de manière disproportionnée sur des soins curatifs spécialisés au niveau des centres de soins tertiaires.

Partenariat avec les acteurs locaux

Handicap International fait le choix de privilégier, chaque fois que c'est possible, un appui aux structures existantes en intégrant ses projets dans les structures sanitaires, associatives, éducatives en place et en les renforçant si besoin.
L'organisation veillera ainsi à ne pas créer de services supplémentaires si une offre de service existe déjà, mais à plutôt renforcer les capacités de cette offre de service.
Une démarche partenariale institutionnelle et/ou avec une association locale est très recommandée dans l'objectif d'une autonomisation de ce partenaire dans la gestion du projet à terme. Elle est nécessaire pour la pérennité des actions.

La recherche d'impact

« L'impact le plus large possible, positif et mesurable, sur les conditions de vie des bénéficiaires finaux, est au cœur de nos choix de programmation, de méthodes et d'actions. »
Ainsi, lors de l'élaboration des projets, Handicap International priorise les interventions dont l'impact est le plus large possible. Par exemple, le traitement de l'hypertension artérielle, permettant la prévention de l'insuffisance rénale, sera priorisé à la dialyse.

Approche genre

Les actions prennent en compte, en termes d'analyse et de programmation, la question du genre. Les estimations de prévalence présentées dans l'atlas du diabète[41] montrent qu'il y a plus de femmes diabétiques que d'hommes diabétiques, sans pour autant que la différence de prévalence liée au genre ne soit frappante. Des inégalités d'accès aux soins des femmes diabétiques par rapport aux hommes ont été rapportées dans des pays en développement de plusieurs continents[42, 43] et doivent faire l'objet d'une attention particulière. La programmation des projets de Handicap International doit donc prendre en compte pour chaque activité les possibles différences et inégalités entre les hommes et les femmes afin de promouvoir des opportunités égales entre les deux sexes. Utiliser des indicateurs de suivi/monitoring/évaluation sensibles au genre est une façon

de s'assurer que celui-ci est pris en compte dans les actions.
Par ailleurs, des besoins spécifiques sont à prendre en compte chez les hommes, qui peuvent être atteints de troubles de l'érection. Ces troubles ne doivent pas être négligés, car ils sont sources de difficultés de fécondité, mais aussi de conséquences psychosociales non négligeables.

Référence au droit

Un certain nombre de textes de références peuvent être utilisés pour veiller au respect des droits des personnes diabétiques.
Le droit à la santé est défini comme un droit humain essentiel dans de nombreux traités comme la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé de 1946 et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. Cette dernière, dans son article 25, affirme que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires[44] ».
La Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées[45], adoptée par les Nations Unies en 2006, peut également être utilisée comme texte de référence.
En effet, un grand nombre de personnes diabétiques entrent dans la définition des personnes handicapées sur laquelle se base cette convention, lorsque le diabète, comme les autres maladies chroniques, entraîne des incapacités physiques durables qui, en interaction avec un environnement non adapté, créent la situation de handicap.

Démarche qualité et impact

La qualité des actions s'appuie notamment sur l'évaluation des résultats.
Des indicateurs spécifiques du diabète sont présentés dans les modalités d'intervention et en annexe dans le cadre logique type, et les équipes sont encouragées à concevoir dès le début du projet un système de suivi/évaluation permettant de mesurer ces indicateurs.
Il est recommandé de démarrer les activités par des expériences pilotes, sur des zones géographiques limitées. Cette phase pilote permet de définir, élaborer, évaluer, améliorer et modéliser les modalités d'intervention au niveau local, les contenus de formations, les différents outils, etc. Il est ensuite possible de répliquer le modèle d'intervention dans une autre zone, ou de faire du plaidoyer auprès des autorités nationales pour l'institutionnalisation du modèle d'intervention, ou encore de les accompagner dans cette démarche, tout en s'assurant que les receveurs finaux bénéficient réellement de l'action.

Positionnement par rapport aux référentiels externes

Conformément aux principes d'intervention de Handicap International, il sera fait « une lecture et un usage critique des sources et référentiels externes, afin d'en tirer les éléments utiles et conformes à la mise en œuvre de notre champ d'action, à notre statut d'acteur non gouvernemental et aux intérêts de l'organisation. »
Les principaux référentiels externes dans le domaine du diabète sont au niveau politique l'Organisation mondiale de la Santé, et au niveau clinique la Fédération Internationale du Diabète (pour plus de détails, se référer à la partie Notions complémentaires à prendre en compte).
En règle générale, il est recommandé

que l'action de Handicap International cherche à s'inscrire en conformité avec ces référentiels. Dans le cas où ces référentiels ne seraient pas pertinents dans un contexte donné, il sera justifié pour l'organisation d'adopter et d'assumer un positionnement différent. Néanmoins, ce positionnement devra être explicite, argumenté et documenté, et éventuellement partagé afin de contribuer aux débats sur le plan international.

Une approche inclusive des personnes vulnérables

« Conformément à son champ d'action, Handicap International affirme sa vocation première d'agir auprès des personnes les plus vulnérables et des exclus, avec une attention particulière pour les personnes en situation de handicap en toutes circonstances. »[46] Ainsi, les actions de Handicap International doivent permettre un accès égal aux services (de santé, d'éducation, d'insertion économique et professionnelle, de loisir, d'insertion sociale, etc.) et à l'information pour ces populations vulnérables, et en particulier pour les personnes handicapées comme le stipule la Convention des Droits des Personnes Handicapées (CDPH)[47].
Ceci est d'autant plus important dans les projets développés sur le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire où bon nombre de personnes vivant avec ces pathologies peuvent être en situation de handicap, et où les personnes handicapées seraient plus à risque que les personnes non handicapées de développer des maladies non transmissibles[48].

« Lorsque nous nous référons particulièrement aux concepts larges du handicap tels que définis par la CDPH et le PPH, il est crucial d'évaluer, de mettre en œuvre et de suivre les activités en prenant en compte l'ensemble du panel des incapacités. Concrètement, cela veut dire que les projets sur le diabète et les FDRCV planifient systématiquement les étapes nécessaires pour lever les barrières et promouvoir les facteurs facilitants de l'environnement pour permettre un accès aux services (en particulier de santé) pour les hommes et les femmes avec tous les types d'incapacités : physique, sensoriel, intellectuel et mental – et à tous les niveaux : services, communauté, attitudes, politiques et environnement.
Par exemple, quand on développe des activités de sensibilisation ou de renforcement de capacité sur le diabète, il est nécessaire que les fournisseurs de service et les acteurs reconnaissent le besoin d'outils de communication accessibles pour tous. Les messages de prévention, d'information et d'éducation doivent être diffusés sous un format accessible aux personnes vivant avec des incapacités intellectuelles et sensorielles (à travers des outils traduits en braille, ou imprimés avec de larges caractères, à travers le langage des signes ou un langage facile à comprendre).
Pour plus d'information sur l'intégration du handicap dans les projets, voir les expériences développées par Handicap International dans les projets VIH à travers :

- le document produit par Handicap International au Cambodge Disability Mainstreaming Guideline et ses annexes sur des grilles d'évaluation des incapacités,
- deux manuels de formation produits par Handicap International en Éthiopie sur l'inclusion du VIH et de la santé reproductive[49].

Ces documents fournissent des détails pour inclure le handicap dans les interventions et en particulier dans les secteurs de la santé. »[50]

Les cinq premières années de l'expérience sur le diabète de Handicap International se sont en priorité attelées à développer les services pour la population en général (incluant les personnes vulnérables et handicapées), puisque ces services étaient en général complètement inexistants. A partir de 2012, Handicap International continuera à développer les services en portant une attention toute particulière à l'approche inclusive nécessaire à la pleine participation de l'ensemble des bénéficiaires.

Fin des Principes et repères

Philippines, 2011

Modalités d'intervention

Les modalités d'intervention

Sur le modèle du Processus de Production du Handicap, l'organisation adopte une approche globale mettant la personne elle-même au centre du processus, afin qu'elle puisse réaliser ses activités quotidiennes et maintenir sa qualité de vie. Cette approche ne cible pas seulement les interventions d'accompagnement des personnes vivant avec des incapacités liées au diabète ou aux facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV). Elle a aussi pour but de prévenir de façon intégrée les maladies non transmissibles (prévention primaire), de fournir des soins à toute personne vivant avec le diabète et les FDRCV, et de soutenir des actions de plaidoyer pour favoriser leur pleine participation sociale à tous les niveaux. Ainsi, Handicap International peut inclure en fonction des besoins de chaque terrain, des actions préventives, curatives, de réadaptation, de soins psychosociaux, d'intégration sociale et économique et de plaidoyer, en utilisant des **compétences interdisciplinaires en synergie avec les réseaux communautaires**.

L'approche globale de Handicap International appliqué aux maladies non transmissibles[51]

Ce schéma montre les interactions possibles entre les différents éléments de l'approche globale de la communauté au niveau international, et de la prévention à la promotion des droits pour la participation sociale. Les différents aspects sur les deux axes ne doivent pas être vus comme linéaires, mais plutôt comme multidimensionnels.

Toutes les activités ne sont pas forcément seulement promues par Handicap International, mais par un consortium d'organisations travaillant ensemble dans un réseau établi. De plus, comme indiqué précédemment, Handicap International atteindra ses objectifs en appuyant le plus possible les acteurs locaux pour qu'ils mettent en œuvre leurs propres actions. Ainsi, elle n'agira pas de façon directe chaque fois que possible.

Cette approche globale peut se décliner par la promotion et la mise en place de services, tels que décrits dans les modalités d'intervention suivantes.

Les indicateurs objectivement vérifiables nécessitent souvent des études épidémiologiques ou qualitatives avant/après. En l'état actuel du développement des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays à ressources limitées, des indicateurs faciles à recueillir n'ont pas encore été trouvés. Ceci devrait s'améliorer avec le développement de ces programmes qui permettront au système d'information sanitaire d'inclure des indicateurs, qui seront de ce fait plus faciles à recueillir pour les programmes de Handicap International. En attendant, toute proposition de nouveaux indicateurs objectivement vérifiables plus faciles à recueillir est la bienvenue, afin d'évaluer l'efficacité (l'impact) des actions.

A

Promouvoir des services de prévention des maladies non transmissibles (prévention primaire)

Afin de prévenir la survenue de maladies non transmissibles comme le diabète, des interventions de promotion d'un mode de vie sain peuvent être mises en œuvre au sein de la population générale et des groupes à risque de diabète, sous l'égide du gouvernement dans les secteurs de la santé, des affaires sociales, de l'éducation et de l'agroalimentaire. Sous forme de lois pour la création d'un environnement favorable à la santé et de campagnes de communication de masse, ces actions consistent à promouvoir un mode de vie sain incluant activité physique, alimentation équilibrée et absence de consommation de tabac et d'alcool. Les actions de sensibilisation sont dirigées sur la personne à risque elle-même, mais aussi sur sa famille et son entourage. Ce changement de mode de vie est un travail à long terme, surtout dans les pays où le surpoids et l'obésité sont assimilés à la réussite sociale et à la richesse. Néanmoins, des interventions bien menées peuvent réduire le risque de diabète de 50% chez les personnes à risque, et de 20% chez les autres[52], [53], [54], [55]. Par ailleurs, selon l'OMS, 80 % des cas prématurés de cardiopathies vasculaires et d'accidents cérébraux, 80 % des cas de diabète de type 2, ainsi que 40 % des cancers pourraient être évités en adoptant une alimentation saine, en faisant de l'exercice physique et en évitant le tabac. Ces actions de prévention primaire peuvent tout d'abord être mises en place dans les écoles, lieux où l'éducation pourra porter ses fruits sur le long terme.

Afin d'être plus pertinentes, ces interventions doivent notamment prendre en compte la répartition des rôles entre les hommes et les femmes concernant l'alimentation au sein du foyer (prise de décisions sur la composition des repas, gestion du budget alimentaire, achat des aliments, préparation des repas).

Recommandations concernant les activités de prévention primaire

- Avoir une approche intégrée de prévention primaire des maladies non transmissibles en général, et pas seulement du diabète et des FDRCV.
- Une attention particulière doit être portée, lors des activités de prévention, à ne pas stigmatiser les personnes obèses ou en surpoids.
- Il n'est pas envisageable de développer un partenariat avec l'industrie du tabac, puisque leur activité va à l'encontre de l'objectif de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles.
- Adopter une approche de promotion de la santé, c'est-à-dire allier éducation de la population générale et à risque avec une amélioration de l'environnement (offre de services pour l'alimentation, l'activité physique et sportive, etc.).

Exemples de résultats attendus en prévention primaire

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
Prévention primaire : prévention de l'apparition des maladies non transmissibles invalidantes.	Le niveau de connaissances des communautés sur les FDRCV et la manière de les prévenir augmentent, afin de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, qui prévient la survenue des maladies non transmissibles invalidantes.	Au moins X% de la population adulte (> 20 ans) des zones d'intervention obtiennent au moins 80% de bonnes réponses à l'enquête sur les connaissances sur les FDRCV et leur prévention.	Études STEPwise (méthodologie OMS), Ou Résultats d'études transversales avant/après (ici/ailleurs) sur les connaissances de la population sur les FDRCV.
		Au moins X% de la population de moins de 20 ans fréquentant les écoles des zones d'intervention obtiennent au moins 80% de bonnes réponses à l'enquête sur les connaissances sur les FDRCV et leur prévention.	Résultats des tests avant/après sur les connaissances dans les écoles sur les FDRCV.
	L'ensemble de la population dans la zone d'intervention a accès à des services de prévention des maladies non transmissibles invalidantes.	Le programme local de lutte contre les maladies non transmissibles inclut un plan de prévention primaire qui est mis en œuvre.	Existence du document de politique du programme de lutte contre les maladies non transmissibles. Rapports d'activités de prévention primaire.

Exemples d'activités de prévention primaire

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
Prévention primaire des maladies non transmissibles.	Autorités sanitaires au niveau national ou local.	Études pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles (STEPwise).	Appui technique en santé publique (mobilisation d'une expertise en santé publique, type OMS).
		Élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques publiques concernant : - la prévention des maladies non transmissibles par une approche de promotion de la santé, - le développement de politiques publiques agissant sur l'environnement (développement de politiques urbaines favorisant l'activité physique, réglementation concernant le tabac et l'alcool, réglementation de l'industrie agroalimentaire, de la restauration, etc.), - la promotion de la santé en milieu scolaire, - le développement de recommandations, de curriculums et de modules de formation initiale et continue (en lien avec les sociétés savantes). Rendre ces politiques et recommandations inclusives (les personnes handicapées sont plus à risque que la population générale de développer des maladies non transmissibles). Formation des autorités sanitaires sur le handicap et développement d'outils afin qu'ils soient accessibles pour les différents types d'incapacité. Valorisation des politiques mises en œuvre (présentation lors de congrès nationaux ou internationaux).	Formation Appui technique Appui à l'organisation de réunions (appui logistique, versement d'indemnités de participation, remboursement des frais de transport, paiement des repas). Plaidoyer au niveau national et international pour que le diabète et les maladies non transmissibles deviennent une des priorités sanitaires. Si une demande se formule, Handicap International peut participer à l'élaboration des programmes nationaux de lutte contre le diabète, les facteurs de risque cardiovasculaire et les maladies non transmissibles. Plaidoyer pour améliorer l'environnement : favorable à l'activité physique, réglementation du tabac, alcool, au niveau des compagnies agroalimentaires et de la restauration (locales, nationales, multinationales) pour qu'elles deviennent actrices de la promotion d'une meilleure hygiène de vie.

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
	Population générale.	Organisation de campagnes de sensibilisation grand public sur l'hygiène de vie, inclusives du handicap (via les autorités sanitaires et/ou les associations locales) : - Développement d'outils Information, Éducation, Communication (IEC) inclusifs, - Mise en œuvre de la campagne. Différents canaux d'information peuvent être utilisés : médias, groupes de discussion communautaires, porte-à-porte par les agents de santé communautaire, théâtre, films, associations de personnes handicapées, etc.	Appui organisationnel et technique.
		Études de connaissance avant/après (évaluation).	Réalisation des études (via institut de recherche).
	Agents de santé communautaires, leaders, associations, personnel de santé.	Développement de modules de formation sur la prévention des maladies non transmissibles par la promotion de la santé.	Appui technique au développement.
		Puis formations sur la prévention des maladies non transmissibles par la promotion de la santé.	Formation.
		Études de connaissance avant/après (évaluation).	Réalisation des études.
	École.	Développement d'une politique à l'école sur la prévention des maladies non transmissibles. Intégration dans les curriculums d'un module sur le mode de vie sain.	Appui technique.
		Formation des instituteurs sur le mode de vie sain.	Formation.
		Développement d'activités environnementales au sein de l'école.	Suivi.
		Études de connaissance avant/après (évaluation).	Réalisation des études (via institut de recherche).

B

Développer l'accès aux soins médicaux (prévention secondaire)

Les soins médicaux indispensables à la prise en charge des patients diabétiques nécessitent une équipe de soignants multidisciplinaires (médecin, infirmier, pharmacien, bottier-cordonnier, orthoprothésiste, kinésithérapeute, etc.).

Dépistage du diabète / Identification des personnes à haut risque cardiovasculaire

Recommandations concernant les activités de dépistage du diabète

- Les activités de dépistage du diabète ou d'identification des personnes à haut risque cardiovasculaire peuvent être mises en place, à condition que le système de soins soit capable de prendre en charge ces patients[56].
- Des différences génétiques entre les ethnies vis-à-vis du diabète imposent une adaptation de la politique de dépistage à chaque groupe ou pays[57].

Contrôle de la glycémie et des autres facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, troubles des lipides, tabagisme)

- Ce contrôle passe d'abord toujours par une **évaluation générale des risques cardiovasculaires** de la personne. Ceci inclut l'histoire médicale et personnelle du patient, les symptômes cardiovasculaires, les symptômes de dépression, l'examen clinique complet, les tests de laboratoire et la classification du risque selon l'échelle développée par United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS) pour une personne diabétique (ou de Framingham s'il n'y a pas de diabète ou de maladie cardiaque).
- Ensuite, le contrôle passe toujours par **l'éducation thérapeutique** du patient pour l'aider à adopter une bonne hygiène de vie.
- Souvent, le contrôle passe aussi par la **prescription de médicaments**. Dans les contextes d'intervention de Handicap International, cette prescription prend les formes suivantes :
  - Diabétique de type 2 : antidiabétiques oraux - d'abord en monothérapie (metformine en première intention si pas de contre-indication), puis en bithérapie en cas d'échec, puis en association avec l'insulinothérapie en cas de nouvel échec.
  - Diabétique de type 1 : insulinothérapie d'emblée
  - Antihypertenseurs si principalement hypertension : diurétique, inhibiteur calcique, Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC), B-bloquant et Inhibiteur de l'Angiotensine II (IAII), seul ou en association. Le choix de la thérapeutique doit se faire de façon réfléchie en fonction des antécédents, des effets secondaires, des autres traitements en cours, du coût et de l'histoire de chaque personne. Il faut savoir que les IEC et les IAII sont moins efficaces pour les populations d'origine africaine.
  - Hypolipémiant si dyslipidémie associée (statine en première intention si pas de contre-indication)
  - Utilisation de l'aspirine à faible dose, si le risque cardiovasculaire est élevé ou si la personne a déjà une complication cardiovasculaire.
  - Counselling, coaching et médicaments pour le tabagisme.

- Enfin par un suivi régulier (examens de laboratoire et examen clinique).

Ce contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire permet de prévenir les complications du diabète et les complications cardiovasculaires.

Recommandations sur l'accès aux médicaments et examens de laboratoire pour le diabète et les maladies non transmissibles

L'accès pérenne, approprié, abordable et de bonne qualité aux médicaments et aux examens de laboratoire doit être une priorité dans tous les projets sur les maladies non transmissibles.
Dans le cas où cet accès n'est pas assuré, la position de Handicap International est de **ne pas faire de dons de médicaments**.
Pour assurer cet accès, plusieurs modalités d'interventions sont possibles selon les contextes et les besoins :

- Appui technique du système d'approvisionnement en médicaments et réactifs de laboratoire du pays après une étude approfondie des barrières à son bon fonctionnement. Pour cela, Handicap International privilégiera le partenariat avec un organisme compétent en la matière.
- Appui de la société civile (associations de personnes vivant avec les maladies non transmissibles ou de soignants) dans le plaidoyer auprès de leur État et du système privé pour un accès aux médicaments et aux examens de laboratoire pour tous, y compris les indigents.
- Appui des structures de santé pour s'équiper du matériel de laboratoire nécessaire. Cette modalité d'intervention ne se fera que si les partenaires locaux prennent en charge la maintenance des appareils et les coûts de fonctionnement de leur utilisation.
- Travail sur l'observance du traitement auprès des personnes vivant avec le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire, ceci dans l'objectif d'améliorer leur propre prise en charge de la maladie, mais aussi les prévisions des structures de santé dans leur approvisionnement en médicaments.
- Appui à la mise en place de fonds sociaux et/ou de systèmes de mutuelle.
- Développement d'activités génératrices de revenus pour les personnes vivant avec le diabète, les facteurs de risque cardiovasculaire et/ou leurs associations.

Il est important d'avoir, chaque fois que possible, une approche intégrée des principales maladies non transmissibles lorsque l'on agit sur l'accès pérenne aux médicaments et aux examens de laboratoire.

Détection et prise en charge précoce des complications telles que les troubles de la vue, les complications cardiaques, la rétinopathie, la neuropathie et le pied diabétique, l'artériopathie, l'insuffisance rénale ou la pathologie cardiaque[58], [59], [60]. Le personnel de santé primaire doit être formé à reconnaître précocement les complications du diabète afin de les référer aux structures compétentes, dans lesquelles une prise en charge spécifique des complications pourra être proposée.

Prévention des plaies du pied : identification des patients diabétiques à risque podologique afin de prévenir la survenue de plaies du pied. Si le chaussage avec des chaussures ordinaires est trop étroit (à cause de déformations du pied) ou s'il existe des signes d'anomalies de répartition de la pression (par exemple, rougeur, hyperkératose, ulcérations), les

patients doivent bénéficier de conseils pour l'achat de chaussures du commerce, d'une modification des chaussures achetées dans le commerce, de la fabrication d'une chaussure orthopédique, ou de la réalisation de semelles orthopédiques (cf. Recommandations du Groupe de Travail International sur le Pied Diabétique de la Fédération Internationale du Diabète[61]). L'éducation thérapeutique du patient aux soins quotidiens des pieds est également essentielle. S'il est nécessaire de réaliser un chaussage approprié, les patients doivent être orientés vers un bottier-cordonnier (le métier de podo-orthésiste est très rare dans les pays en développement).

L'éducation de la personne diabétique ou de celle vivant avec des FDRCV et de sa famille permet l'acquisition de compétences d'autogestion de la maladie à domicile. La formation d'un réseau d'agents sanitaires de proximité (devant inclure les familles et le malade lui-même), l'implication des associations de patients, des pairs (pair-éducation), voire des pharmaciens selon les contextes[62, 63], sont autant de stratégies possibles. Ces actions d'éducation, favorisant d'abord une bonne hygiène de vie et si besoin la prise de médicaments (observance du traitement), se sont déjà avérées très efficaces sur le contrôle du taux de glucose[64]. L'éducation sanitaire doit aussi permettre aux communautés, aux familles et aux malades de détecter les complications pour lesquelles ils doivent se rendre vers une structure de santé. D'autres approches, comme l'entretien motivationnel[65], sont très efficaces afin d'aider la personne diabétique à faire évoluer son comportement.

Le soutien psychologique du patient est essentiel pour accompagner les patients dans l'acceptation de leur maladie, pour permettre un changement de comportement et le maintenir sur le long terme[66], et pour aider les patients dans les difficultés quotidiennes liées à leur maladie. Ce soutien peut être assuré par les agents communautaires, les associations et les professionnels de santé. Des outils ont été récemment développés, comme les Cartes de Conversation[67], promues par la Fédération Internationale du Diabète, afin d'accompagner le patient dans son cheminement vers l'acceptation de la maladie, et de lui permettre d'acquérir des compétences d'autogestion de sa maladie. Handicap International a développé une expertise spécifique de soutien psychosocial pour les personnes en détresse psychologique[68].

Les activités physiques adaptées pour les personnes diabétiques ou avec des facteurs de risque cardiovasculaire seront encadrées par des professionnels formés, comme des kinésithérapeutes ou des éducateurs sportifs.

Recommandations concernant l'activité physique adaptée

- L'activité physique adaptée aux personnes diabétiques doit être encadrée par un professionnel formé (kinésithérapeute ou éducateur sportif).
- Il sera nécessaire, dans chaque contexte d'intervention, d'analyser les professions existantes, et de renforcer les compétences des professionnels si l'on envisage une telle activité. Handicap International au Mali a développé des recommandations[69] qui pourront inspirer d'autres programmes.
- Pour développer ce type d'activités, l'expertise développée par Handicap International pour l'accès des personnes handicapées aux activités physiques et sportives peut aussi être mobilisée.

Handicap International suit de façon préférentielle les recommandations des pays dans lesquels elle travaille lorsqu'elles existent, qu'elles sont adaptées au contexte et qu'elles sont en accord avec les recommandations internationales les plus à jour sur le sujet.

Au niveau international justement, Handicap International promeut l'application des recommandations pour la pratique clinique en matière de prise en charge des personnes diabétiques de type 2 écrites par la Fédération Internationale du Diabète[70].

Pour les autres facteurs de risque cardiovasculaire, des recommandations pour la pratique clinique existent [71, 72, 73, 74, 75]. Le référent technique médical fera un travail approfondi d'analyse critique de ces guides afin d'orienter les équipes vers les plus pertinentes et les plus adaptées au contexte donné.

Exemples de résultats attendus en prévention secondaire

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
Prévention secondaire : prévention des incapacités liées aux FDRCV.	Les personnes vivant avec des FDRCV dans la zone d'intervention ont accès géographiquement et financièrement à des services de dépistage et de prise en charge des FDRCV de qualité.	**Indicateur d'efficacité globale de ce résultat attendu** Le pourcentage de patients diabétiques ayant un bon équilibre glycémique (HBA1c<6,5%) augmente de X% entre le début et la fin du projet. Le pourcentage de patients hypertendus ayant une tension artérielle satisfaisante (TA<14/9) augmente de X% entre le début et la fin du projet. Le pourcentage de patients suivis pour des FDRCV ayant un IMC<25 augmente de X% entre le début et la fin du projet. Le pourcentage de patients suivis pour des FDRCV, déclarant faire au moins 30 min d'activité physique 3 fois par semaine, augmente de X% entre le début et la fin du projet.	Études transversales prospectives avant/après (ici/ailleurs) sur l'état de santé des patients (contrôle glycémique mesuré par l'HBA1c, contrôle de la tension artérielle).

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
		Indicateur d'efficacité de l'amélioration de l'accessibilité géographique Le pourcentage de centres de soins de santé primaire délivrant des services de prise en charge des personnes vivant avec des FDRCV dans la zone d'intervention augmente de X% entre le début et la fin du projet (ou atteint X% à la fin du projet). Le nombre de consultations réalisées par an dans les centres de santé primaire augmente de X% entre le début et la fin du projet. Le pourcentage de patients diabétiques et avec d'autres FDRCV ayant eu accès aux tests de laboratoire au moins 1 fois dans l'année (HBA1C, créatinine, test des lipides, microalbuminurie, etc.) augmente de X% entre le début et la fin du projet. Le pourcentage de patients vivant avec des FDRCV ayant eu accès à un soutien psychosocial augmente de X% entre le début et la fin du projet.	Système d'information sanitaire (données d'activité des services). Registres des patients (si disponibles).
		Indicateur d'efficacité du dépistage Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués augmente de X% par an.	Système d'information sanitaire (données d'activité des services). Registres des patients (si disponibles).

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
		Indicateur d'efficacité de l'amélioration de la qualité des soins	
		100% des participants aux formations obtiennent au moins 80% de bonnes réponses aux post-tests (les notes aux post-tests pratiques et théoriques sont supérieures aux notes des pré-tests).	Rapport d'évaluation des formations.
		Les structures de santé de la zone du projet améliorent leur score d'audit clinique (évaluation des pratiques professionnelles selon les recommandations) de X% entre le début et la fin du projet.	Audit clinique.
		Le score de satisfaction des personnes venant visiter les structures de prise en charge des FDRCV s'améliore de X% entre le début et la fin du projet.	Étude sur la satisfaction des patients sur les services délivrés.
		Indicateur de disponibilité et coût des médicaments dans les centres de santé	
		Le nombre de jours par mois de rupture de stock en médicaments antidiabétiques, antihypertenseurs et hypolipémiants diminue de X% entre le début et la fin du projet.	Registre des médicaments des structures de santé, Ou Études de surveillance de la disponibilité et des prix des médicaments essentiels (méthodologie OMS).

Exemples d'activités de prévention secondaire

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
Prévention secondaire : prévention des incapacités liées aux maladies non transmissibles.	Autorités sanitaires au niveau local et/ou national.	Élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques publiques concernant : - le contrôle des maladies non transmissibles, - le développement de recommandations pour la pratique clinique, de curriculums et de modules de formation initiale et continue (en lien avec les sociétés savantes). Rendre ces politiques et recommandations inclusives (les personnes handicapées sont plus à risque de développer des maladies non transmissibles, et beaucoup de personnes vivant avec des maladies non transmissibles sont en situation de handicap). Formation des autorités sanitaires sur le handicap. Valorisation des politiques mises en œuvre (présentation lors de congrès nationaux ou internationaux).	Formation. Appui technique. Appui à l'organisation de réunions (appui logistique, versement d'indemnités de participation, remboursement des frais de transport, paiement des repas). Plaidoyer pour l'accessibilité financière aux soins pour tous (plaidoyer auprès des compagnies pharmaceutiques et d'équipement médical, de l'État, mise en place de fonds sociaux, etc.).

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
	Services médicaux pour les personnes diabétiques au sein d'un centre de soins primaire, secondaire ou tertiaire, Ou Services médicaux de prise en charge intégrée des facteurs de risque cardiovasculaire, pour les personnes à haut risque cardiovasculaire.	Lancement / renforcement des services médicaux pour les personnes diabétiques / personnes à haut risque cardiovasculaire au sein d'un centre de soins primaire, secondaire ou tertiaire : - Appui à l'amélioration des formations initiales et continues des professionnels de santé, - Appui dans l'adhésion à l'initiative HINARI menée par l'OMS pour l'accès aux publications scientifiques, - Construction ou rénovation d'infrastructures, - Équipement médical, - Soutien à des activités de dépistage du diabète chez les personnes à risque et d'identification des personnes à haut risque cardiovasculaire, lors de campagnes de dépistage (outreach activities) ou bien au sein des centres de santé (à condition qu'une offre de soins soit disponible) : · Développement d'outils de dépistage, · Organisation de politique et de campagnes de dépistage. - Démarches d'amélioration de la qualité des soins : · organisation des soins, · élaboration de protocoles de soins, protocoles de référencement / contre-référencement des patients à d'autres professionnels de santé, · développement d'outils de diagnostic, traitement et suivi des patients, · développement des modules de formation,	Financement. Appui technique dans le développement des modules de formation. Mise en œuvre des rénovations, équipement (+/- avec participation des bénéficiaires). Développement des outils. Formation. Appui organisationnel. Appui technique pour la réorganisation. Pilotage du développement des protocoles, outils, modules, etc.

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
		· formation des professionnels de santé (théorique et pratique) sur le dépistage et la prise en charge, · supervision formative, suivi des professionnels de santé, · participation à des conférences internationales, · audits cliniques avant/après, ici/ailleurs, - Amélioration de l'accès aux médicaments, - Développement de l'éducation du patient : · développement d'outils d'éducation, · développement de modules de formation des éducateurs, · formation des éducateurs (infirmiers, etc.), · organisation de l'éducation (individuelle, groupe, etc.). - Intégration des maladies non transmissibles dans le système d'information médical (SIM), - Rendre les services de santé inclusifs : · développement de politiques internes inclusives, · formation des professionnels de santé sur le handicap, · développement des outils de façon à ce qu'ils soient accessibles pour les différents types d'incapacité.	Appui en formation. Réalisation des études (via institut de recherche). Développement des outils, modules. Formation. Appui organisationnel. Appui technique dans le développement du système d'information médical. Appui technique. Formation.

C

Développer des actions de prévention tertiaire

En prévention tertiaire (prise en charge des complications invalidantes entraînant une incapacité), Handicap International a déjà développé la prise en charge :
- du pied diabétique,
- de l'amputation liée aux FDRCV.

Dans les cinq ans à venir, elle souhaite continuer la prise en charge de ces deux complications et développer plus avant la prise en charge de :
- l'accident vasculaire cérébral,
- l'artérite des membres inférieurs,
- l'insuffisance cardiaque,
- certains troubles des yeux (cataracte).

Cela ne veut pas dire que Handicap International ne se préoccupera pas des personnes ayant d'autres complications invalidantes. Ces personnes seront référées vers les structures compétentes existantes, et l'organisation pourra appuyer le développement ou le renforcement de services spécifiques en pilote au cas par cas en fonction des besoins et de la faisabilité.

Pour les six pathologies décrites ci-dessus, la prise en charge nécessite des soins médicaux, infirmiers, médicamenteux et de réadaptation fonctionnelle spécifiques. Le partenariat avec une ONG médicale sera privilégié, afin de pouvoir se positionner le plus possible sur le corps de métier de l'organisation : la réadaptation.
Les grandes lignes de cette prise en charge sont :
- Équilibration stricte des FDRCV (cf. prise en charge en prévention secondaire).
  Le diabète, les troubles de la tension artérielle, les troubles des lipides dans le sang, etc. doivent être pris en charge par un traitement médicamenteux, et un suivi très rapproché et strict afin de permettre un équilibre le plus proche des objectifs possibles, prévenant l'aggravation des complications invalidantes.
- Traitement des plaies vasculaires ou du pied diabétique, afin d'éviter l'évolution vers l'amputation et de permettre la guérison : soins locaux quotidiens des plaies chroniques selon les recommandations internationales (cf. Recommandations mondiales pour la pratique clinique pour la prise en charge du pied diabétique, IDF[76]), si nécessaire plâtre de décharge (plâtre à contact total), voire chaussure thérapeutique de Barouk, chaussure à semelle bateau (Rocker Sole), orthèse plantaire de répartition des charges.
- Traitement de l'amputation par une amputation chirurgicale de qualité, des soins médicaux quotidiens du moignon selon les recommandations internationales, et la mise en place d'une prothèse.
- Traitement médicamenteux et suivi médical régulier selon les recommandations internationales, et avec de la réadaptation fonctionnelle pour :
  - l'accident vasculaire cérébral,
  - l'artérite des membres inférieurs,
  - l'insuffisance cardiaque chronique.
- Prise en charge chirurgicale simple de la cataracte et du glaucome oculaire, puis réadaptation fonctionnelle si nécessaire.

Développement des services de réadaptation fonctionnelle

Les services de réadaptation pour les personnes diabétiques ou vivant avec des FDRCV atteintes de complications invalidantes seront particulièrement développés, au niveau des centres de santé ou au niveau communautaire (Réadaptation à Base Communautaire), pour :

- La prévention du pied diabétique avec le développement de semelles, de chaussages adaptés, d'orthèse, etc. incluant un suivi régulier et une éducation du patient.
- La prise en charge des plaies chroniques diabétiques et/ou vasculaires : avec si nécessaire plâtre de décharge (plâtre à contact total), voire chaussure thérapeutique de Barouk, chaussure à semelle bateau (Rocker Sole), orthèse plantaire de répartition des charges, et avec un suivi régulier et une éducation thérapeutique du patient.
- Fabrication de prothèses pour les personnes ayant subi une amputation du membre inférieur.
- Réadaptation fonctionnelle des personnes vivant avec une paralysie suite à un accident vasculaire cérébral.
- Accès à la chirurgie ophtalmologique simple et la réadaptation fonctionnelle pour les malvoyants.
- Réadaptation à l'effort pour les personnes vivant avec une artérite ou une insuffisance cardiaque.
- Le soutien psychosocial (cf. prévention secondaire) par des professionnels formés et/ou par des groupes de soutien par les pairs.

Les soins médicaux restent nécessaires même à ce stade, pour faire disparaître les symptômes du diabète et éviter l'aggravation de complications déjà présentes.

Recommandations concernant les activités d'appareillage orthopédique des personnes diabétiques

- Une amputation de qualité est un préalable indispensable avant l'appareillage d'une personne amputée. Les chirurgiens nécessitent d'être formés pour cela, ainsi que pour la prescription et les indications d'appareillage.
- Une attention particulière doit être apportée à la qualité des appareillages livrés, pour éviter les blessures et diminuer le risque de récidive.
- Développer des technologies appropriées dans la confection des appareillages.
- La chaussure standard du commerce doit être considérée comme une solution intéressante dans la prise en charge du pied à risque podologique de grade 1. La chaussure aura alors une fonction protective du pied et viendra en prévention des ulcères.
- Les services d'appareillage doivent être en mesure de proposer une gamme d'appareillage allant de l'orthèse plantaire à la prothèse du membre inférieur, en passant par les dispositifs de décharge partielle et totale, ainsi que les aides à la mobilité telles que les béquilles axillaires, les cannes anglaises, les déambulateurs et les fauteuils roulants.
- Avoir une attention particulière sur le suivi et l'éducation des patients pour éviter les complications (blessure, infection) en raison d'un appareillage qui ne serait plus adapté, mal entretenu ou d'une hygiène négligée.
- Adapter le contenu de formation en fonction du public cible : agents de santé primaire et communautaires, infirmiers, médecins généralistes, médecins spécialistes, diabétologues / endocrinologues, techniciens prothésistes-orthésistes, bottiers-cordonniers, etc.

- Les formations techniques spécifiques à l'appareillage du pied doivent être dispensées par un professionnel podo-orthésiste.
- Le plâtre total contact (TCC) est le traitement préconisé pour la décharge des ulcères non infectées, les maux perforants plantaires neuropathiques diabétiques de l'avant-pied chez les patients ne présentant pas de signes d'ischémie critique des membres.

D'une façon générale, il faut développer l'emboîture contact, et si possible l'emboîture à ischion intégré pour les patients amputés fémoraux.
Handicap International ne recommande pas l'utilisation de l'électrothérapie pour le traitement de la douleur.

Des recommandations sur les spécificités en réadaptation fonctionnelle des complications invalidantes (pied diabétique / plaies chroniques vasculaires, amputation, paralysie suite à un accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, artérite des membres inférieurs, malvoyance) seront développées dans les trois ans à venir.

Exemples de résultats attendus en prévention tertiaire

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
Prévention tertiaire : prise en charge et accompagnement des personnes vivant avec des incapacités liées aux FDRCV.	Les personnes vivant avec des FDRCV atteintes de complications invalidantes entraînant des incapacités ont un meilleur accès géographique et financier à des services médicaux, y compris des services de réadaptation de qualité. [Pour cela, lister les complications concernées, en particulier celles sur lesquelles Handicap International a décidé de développer ses actions : pied diabétique, amputation, hémiplégie, maladies du cœur, maladies vasculaires des membres inférieurs]. Si le projet est ciblé sur le pied diabétique et l'amputation, cela doit inclure : 1-Prise en charge médicale du pied diabétique incluant la prescription d'orthèse et dispositif de décharge par les professionnels de santé : « Les professionnels de la santé sont en mesure de prendre en charge les complications du pied diabétique, y compris de prescrire une orthèse du pied et des dispositifs de décharge, et de référer les patients dans les services d'appareillage ». 2-Prise en charge chirurgicale du pied diabétique et de l'amputation si nécessaire : « Les chirurgiens sont capables de poser les bonnes indications de chirurgie dans le pied diabétique, d'effectuer cette chirurgie avec qualité et de prescrire les éventuels appareillages et soins de rééducation fonctionnelle nécessaires ».	Dans les centres de prise en charge du pied diabétique, le taux de / nombre d'amputations diminue de X% entre le début et la fin du projet.	Registre des centres de prise en charge des pieds diabétiques.
		La fréquentation des centres d'appareillage / de réadaptation pour prise en charge de complications des FDRCV augmente de X% entre le début et la fin du projet.	Registre des centres d'appareillage.
		Les capacités fonctionnelles des patients sont améliorées après l'appareillage / la réadaptation.	Étude qualitative prospective sur le suivi de 10 personnes ayant bénéficié des services d'appareillage.
		Indicateur d'efficacité de l'amélioration de la qualité des soins (médical, réadaptation) 100% des participants aux formations obtiennent au moins 80% de bonnes réponses aux post-tests (les notes aux post-tests pratiques et théoriques sont supérieures aux notes des pré-tests). Les structures de santé de la zone du projet améliorent leur score d'audit clinique (évaluation des pratiques professionnelles selon les recommandations) de X% entre le début et la fin du projet.	Rapport d'évaluation des formations. Dossier pédagogique des techniciens. Audit clinique.

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
	3- Fourniture des orthèses et dispositifs de décharge par les orthoprothésistes : « Les techniciens prothésistes-orthésistes sont en mesure de fournir des orthèses du pied et semelles plantaires de redistribution ou de décharge pour les personnes diabétiques ayant des complications du pied ». 4- Fourniture des prothèses adaptées pour les personnes amputées suite à des FDRCV : « Les techniciens prothésistes-orthésistes sont en mesure de fabriquer des prothèses du membre inférieur appropriées pour les personnes amputées (dont les personnes diabétiques et les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires) ». 5- Identification et suivi des personnes avec pied diabétique et/ou amputation : « Les travailleurs à base communautaire et autres agents de santé sont capables d'identifier les pieds à risque, de dispenser une éducation appropriée au patient, de référer aux professionnels de santé pour un traitement individualisé, et de suivre les patients contre-référé. »	Le score de satisfaction des personnes venant visiter les structures de prise en charge des FDRCV s'améliore de X% entre le début et la fin du projet.	Étude de la satisfaction des patients sur les services délivrés.

Exemples d'activités de prévention tertiaire

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
Prévention tertiaire : prise en charge des incapacités liées aux facteurs de risque cardiovasculaire.	Services médicaux pour les personnes diabétiques avec complications au sein d'un centre de soins primaire, secondaire ou tertiaire, Ou Services médicaux de prise en charge intégrée des facteurs de risque cardiovasculaire, pour les personnes ayant des complications invalidantes.	Lancement / renforcement des services médicaux pour les personnes vivant avec des complications invalidantes entraînant des incapacités au sein d'un centre de soins primaire, secondaire ou tertiaire. Possibilités : 1- Pied diabétique 2- Amputation 3- Accident vasculaire cérébral 4- Artérite des membres inférieurs 5- Insuffisance cardiaque 6- Cataracte oculaire	Financement.
		- Appui à l'amélioration des formations initiales et continues des professionnels de santé,	Appui technique dans le développement des modules de formation.
		- Appui dans l'adhésion à l'initiative HINARI menée par l'OMS pour l'accès aux publications scientifiques,	
		- Construction ou rénovation d'infrastructures, - Équipement médical,	Mise en œuvre des rénovations, équipement (+/- avec participation des bénéficiaires).
		- Démarches d'amélioration de la qualité des soins (y compris en chirurgie) : · organisation des soins, · élaboration de protocoles de soins, protocoles de référencement / contre-référencement des patients à d'autres professionnels de santé,	Appui organisationnel. Développement des outils.
		· développement d'outils de diagnostic, traitement et suivi des patients, · développement des modules de formation,	Pilotage du développement des protocoles, outils, modules, etc.
		· formation des professionnels de santé (théorique et pratique), sur le dépistage et la prise en charge des complications, · supervision formative, suivi des professionnels de santé,	Appui en formation.

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
		· participation à des conférences internationales, · audits cliniques avant/après, ici/ailleurs, - Développement de l'éducation du patient, - Intégration des complications des maladies non transmissibles dans le système d'information médical, - Rendre les services de santé inclusifs : · développement de politiques internes inclusives, · formation des professionnels de santé sur le handicap, · développement des outils de façon à ce qu'ils soient accessibles pour les différents types d'incapacité.	Réalisation des études (via institut de recherche). Appui technique dans le développement du système d'information médical. Appui technique. Formation.
	Services d'appareillage / de réadaptation.	- Étude nationale et régionale sur les fournisseurs d'équipements et de matériaux appropriés. - Rénovation et équipement des structures de réadaptation fonctionnelle. - Développement de protocoles de prise en charge en réadaptation fonctionnelle. - Aide à l'organisation du service. - Développement d'outils de prise en charge et de suivi. - Développement des modules de formations.	Appui technique dans les études, le développement des outils et protocoles.

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
		- Formation des chirurgiens. - Formation des médecins prescripteurs de la rééducation fonctionnelle. - Formation des kinésithérapeutes. - Formation des techniciens prothésistes-orthésistes. - Formation de techniciens en techniques d'orthèse, de bottiers, cordonniers. - Formations théorique et pratique de base des travailleurs communautaires. - Formation des professionnels de santé. - Supervision formative, suivi des professionnels formés. - Participation à des conférences internationales. - Audits cliniques avant/après, ici/ailleurs.	Formation. Supervision.
	Mutuelle, assurance ou organisme gestionnaire de fonds d'équité	Mise en œuvre de fonds d'équité ou autres mesures pour améliorer l'accessibilité financière des soins.	Appui à la mise en œuvre pérenne de ce fonds d'équité (subvention partielle de soins médicaux avec maintien d'une participation du patient).

D

Développer des actions de plaidoyer

L'action de plaidoyer tire sa légitimité des constats et de l'action de terrain de Handicap International. Par la mise en œuvre de projets, l'organisation cherche à montrer qu'il est possible dans des contextes de ressources limitées de mettre en œuvre des interventions efficientes pour prévenir et contrôler les maladies chroniques. Cela implique tant que possible de modéliser les interventions mises en œuvre et d'évaluer leur impact, afin d'avoir une base documentée sur laquelle construire le plaidoyer.

Comme la prévention primaire et l'accès aux médicaments, l'action de plaidoyer cherche à cibler de façon intégrée les principales maladies non transmissibles.

Au niveau international, Handicap International cherche à contribuer à la mobilisation internationale en cours, afin que les maladies non transmissibles deviennent une des priorités sanitaires. Cette mobilisation a culminé en septembre 2011 lors du haut sommet des Nations Unies prévu sur les maladies non transmissibles. Ainsi, grâce au plaidoyer actif de Handicap International et d'autres ONG du handicap lors de ce sommet, la réadaptation a été inclue dans le continuum de soins des personnes vivant avec des maladies non transmissibles, et l'inclusion du handicap a commencé à être prise en compte.

Il est recommandé aux équipes projets de s'inscrire au sein des alliances d'acteurs nationales, et de définir dans chaque pays une stratégie d'intervention de Handicap International adaptée au contexte. Le principal axe de plaidoyer se focalise sur l'intégration de la réadaptation et du handicap dans les engagements pris par les États Parties.

D'autres axes de plaidoyer peuvent être développés selon les besoins, en particulier :

- selon une approche de promotion de la santé, un plaidoyer au niveau des compagnies agroalimentaires et de la restauration (locales, nationales, multinationales), pour qu'ils deviennent acteurs de la promotion d'une meilleure hygiène de vie,
- un plaidoyer pour l'accès aux soins[77] (plaidoyer auprès des compagnies pharmaceutiques et d'équipement médical, de l'État, mise en place de fonds sociaux, etc.), y compris l'accès aux médicaments et aux examens de laboratoire.

Exemples de résultats attendus liés au développement de la société civile et du plaidoyer

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
Développement de la société civile et du plaidoyer local.	Les associations locales de personnes diabétiques (ou de personnes vivant avec des FDRCV) : - sont organisées, - proposent différentes activités de… (incluant du soutien psychosocial), - connaissent leurs droits et les font valoir en plaidant auprès des autorités locales pour… (en fonction des besoins : l'accès aux médicaments, une amélioration de la qualité des soins, etc.).	Chaque association a un statut légal à la fin du projet.	Statuts des associations.
		Chaque association a mis en œuvre au moins X activités par an.	Rapport d'activités des associations.
		Chaque association possède un plan de plaidoyer et le met en œuvre (indicateur de réussite du plaidoyer : disponibilité des médicaments dans les structures de soins de santé primaire, etc.).	Rapport d'activités des associations.
Plaidoyer national et international.	Les besoins des personnes diabétiques dans des zones négligées sont documentés et exprimés aux décideurs.	Les résultats des études réalisées pendant le projet sont valorisés par des actions de plaidoyer (publications, présentations orales, sensibilisation grand public, bailleurs, décideurs, etc.).	Publications. Actes de séminaires.

Exemples d'activités liées au développement de la société civile et du plaidoyer

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
Organisation des associations et du plaidoyer.	Associations locales de personnes vivant avec des facteurs de risque cardiovasculaire.	Diagnostic organisationnel des associations.	Appui à la réalisation du diagnostic.
		Renforcement des capacités des associations en fonction des besoins.	Formation. Suivi. Appui dans le développement de leurs projets.
		Soutien psychosocial entre pairs.	- Formations, - Appui/accompagnement, - Appels à propositions avec appui dans le processus de développement du projet, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, - Dotation en équipement de bureau.
		Éducation thérapeutique par les pairs (notamment sur le mode de vie).	Idem.
		Actions de plaidoyer auprès des décideurs pour une amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de soins (incluant l'accès aux médicaments essentiels). Participation des associations dans les décisions des autorités sanitaires.	Idem.
		Actions de plaidoyer pour l'amélioration de l'environnement (urbain, rural pour favoriser l'activité physique, réglementation tabac, alcool, industries agroalimentaires, restauration, etc.).	Idem.

Type d'action	Public cible	Activité	Nature de l'appui
		Sensibilisation de la communauté sur le diabète par les personnes diabétiques.	Idem. Information, Éducation, Communication (IEC). Analyse de la situation, définition d'une stratégie, puis conception de supports de communication (conception du contenu, mise en forme, impression).
		Actions pour favoriser l'insertion sociale des personnes diabétiques. Exemple de mise en place d'un réseau d'échange de pratiques entre personnes diabétiques, incluant les personnes handicapées.	Idem.
		Soutien à la mise en œuvre d'activités physiques et sportives adaptées aux personnes diabétiques / à haut risque cardiovasculaire.	Idem.
		Soutien dans l'organisation d'activités de dépistage (à condition qu'elles soient délivrées par des professionnels de santé et qu'une offre de soins soit disponible).	Idem.
		Orientation des personnes diabétiques au sein du système de santé : développement d'un annuaire des services.	Idem.
		Rendre les associations de personnes avec maladies chroniques inclusives : - Diagnostic, - Formation, - Développement d'outils d'éducation adapté aux différents types d'incapacités.	Idem.

E

Développer des actions pour améliorer l'accès aux services

Déclinées au diabète et aux facteurs de risque cardiovasculaire, les finalités des actions de Handicap International sont de :

- prévenir les incapacités et les situations de handicap liées au diabète et aux FDRCV,
- rendre disponible, adaptée et accessible l'offre des services de prévention, de soins et de réadaptation,
- renforcer les capacités, promouvoir la participation sociale, l'application et l'exercice des droits des personnes diabétiques et des personnes vivant avec des FDRCV.

Les interventions de Handicap International pour permettre l'accès géographique et financier à des services de qualité, font intervenir des partenariats avec trois principales catégories d'acteurs[78] : les prestataires de service, les décideurs et les personnes diabétiques et/ou vivant avec des FDRCV. Ces interventions sont destinées à être mises en œuvre de façon simultanée afin d'obtenir un effet synergique.

Interventions en partenariat avec les prestataires de service

- Démarches d'amélioration de la qualité des services (en particulier, formation des professionnels de santé et mise en place de processus d'éducation thérapeutique du patient).
  A noter que la prise en charge du diabète est par nature multidisciplinaire. Elle requiert l'expertise de nombreux types de professionnels : médecin, infirmière, nutritionniste, podologue, podo-orthésiste, ortho-prothésiste, kinésithérapeute, travailleur social.

Recommandations concernant les activités de formation

- Pour toutes ces actions qui s'effectuent à tous les niveaux du système de santé (primaire, secondaire, tertiaire), Handicap International favorise l'intégration de la problématique du diabète dans les formations initiales et continues des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins, orthoprothésistes, nutritionnistes, podologues, etc.).
- Lorsque cela est nécessaire, en attendant l'arrivée des promotions formées, elle initie elle-même cette formation spécifique (éducateurs à base communautaire, orthoprothésistes, etc.) en s'assurant le plus possible qu'elle soit reconnue par l'État.
- Amélioration des infrastructures (rénovation, construction).
- Fourniture d'équipement médical.

Interventions en partenariat avec les décideurs (autorités nationales)

- Appui au développement, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de politiques sanitaires intersectorielles.
- Plaidoyer pour l'allocation de ressources pour les politiques de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, et en particulier pour un accès pérenne, abordable et universel aux médicaments.

Interventions en partenariat avec les usagers de service (personnes diabétiques)

- Sensibilisation, mobilisation communautaire, et plaidoyer pour un accès à des services de prévention primaire, de soins et de réadaptation de qualité, disponibles et abordables.
- Soutien psychologique et social entre personnes diabétiques.
- Évaluation des besoins des personnes diabétiques dans des zones négligées à des fins de plaidoyer.
- Soutien des associations de personnes vivant avec le diabète (ou autres maladies chroniques) pour qu'elles réalisent un plaidoyer concernant l'allocation de ressources pour les politiques de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, et en particulier pour un accès pérenne, abordable et universel aux médicaments.
- Éducation thérapeutique entre pairs.

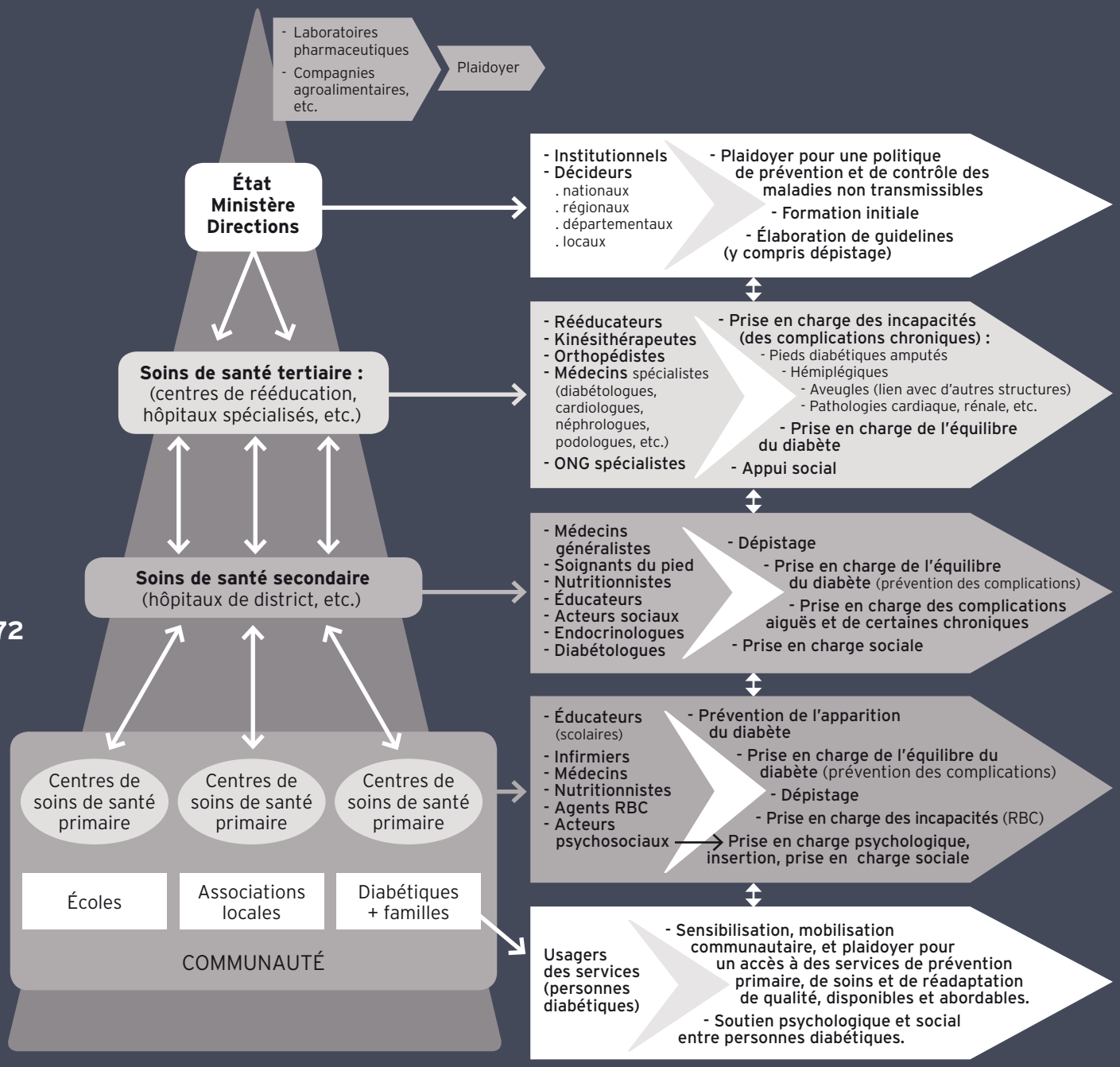
Exemples de résultats attendus en lien avec la coordination

Type d'action	Résultats attendus	Indicateur objectivement vérifiable	Sources de vérification
Coordination.	Il existe une coordination effective entre les différents prestataires de service destinés aux personnes vivant avec des FDRCV, incluant un système de référence / contre-référence effectif.	Le nombre de personnes référées aux centres de santé primaire pour le dépistage et/ou la prise en charge augmente de X% par an. Le nombre de personnes référées aux centres d'appareillage et de prise en charge spécialisée augmente de X% par an. Le nombre de personnes contre-référées aux centres de santé primaire augmente de X% par an. La proportion de contre-référencements réalisés sur la totalité des référencements augmente de X% entre le début et la fin du projet. Le délai entre l'amputation et le recours aux services de réadaptation diminue de X% entre le début et la fin du projet.	Existence du document décrivant le système de référence / contre-référence. Statistiques sur le nombre annuel de référencements / contre-référencements.

Exemples d'activités en lien avec la coordination

Type d'action	Public cible	Activité
Coordination.	Tous les services et les acteurs.	- Organisation de réunions. - Système de référence / contre-référence : · Développement d'outils (fiche de référencement, livret, etc., parcours thérapeutique des patients, répertoire des services existants, etc.), · Développement de politiques, · Mise en œuvre du système, · Évaluation du système.

Les différentes interventions possibles de Handicap International contre le diabète

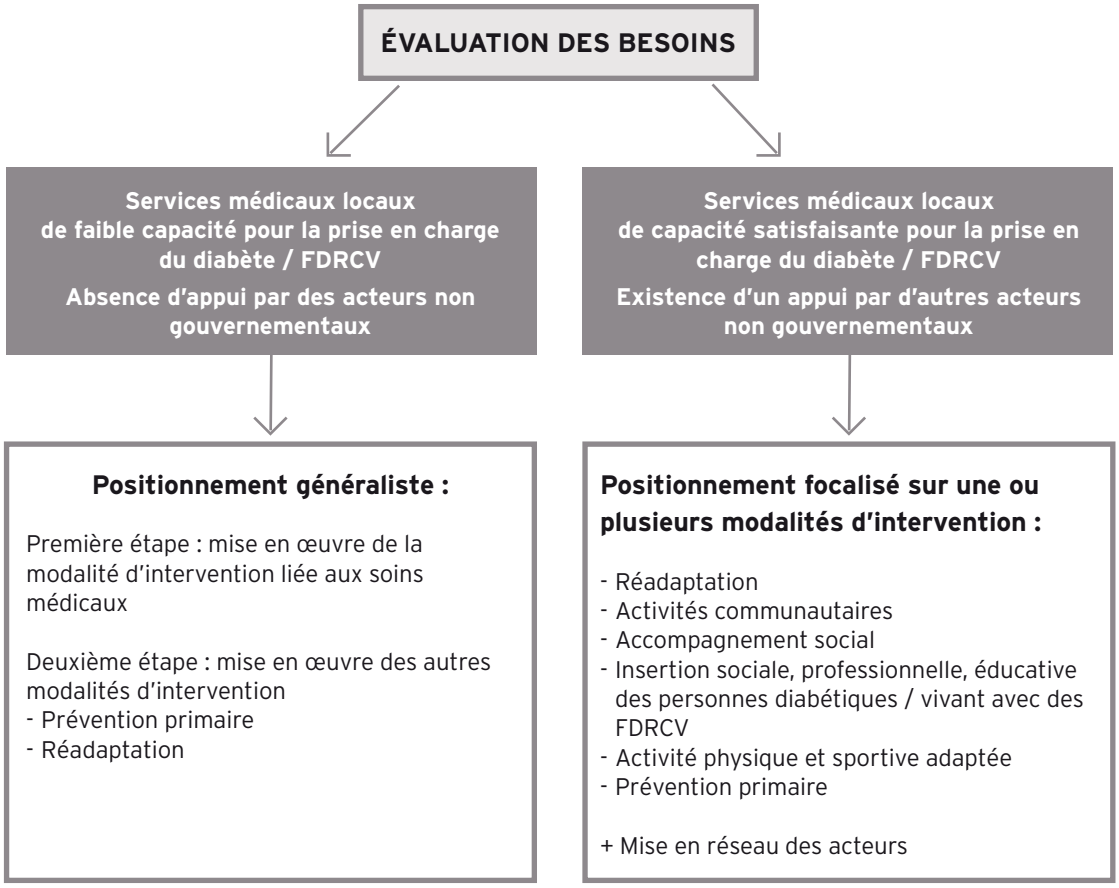


Les choix stratégiques

Ce qui va conditionner les choix stratégiques et les modalités d'intervention de Handicap International sur la thématique du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire tient essentiellement au jeu d'acteurs présents localement.
La prise de conscience du problème du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire est récente dans les pays à faibles et moyens revenus. Quelques programmes se développent localement avec très peu d'acteurs internationaux.

Handicap International a ainsi un large champ d'interventions possibles.
Les options stratégiques dépendent alors du contexte et des actions déjà existantes. Basées sur une évaluation initiale des besoins[79], les modalités d'intervention dépendront du contexte et des ressources locales existantes. Deux principaux choix stratégiques peuvent être distingués.

Schématisation des deux principaux choix stratégiques



A

Un positionnement généraliste

Handicap International peut adopter un positionnement généraliste qui prend en considération les trois niveaux d'intervention (prévention primaire, soins médicaux, réadaptation), et qui coordonne les efforts des différents acteurs.
Ce positionnement se justifie si peu ou aucun autre acteur non gouvernemental n'est en place sur le terrain pour lutter contre cette maladie.
Dans ce cas, en termes de chronologie d'action, il est recommandé pour Handicap International de se positionner d'abord sur les soins médicaux pour la prévention des complications invalidantes (prévention secondaire). Dans un second temps, il est possible de se positionner sur la prévention de la maladie (prévention primaire) et la réadaptation des personnes handicapées diabétiques ou vivant avec des FDRCV (prévention tertiaire). Il est ainsi déconseillé de débuter par des actions de dépistage, car cela conduirait à identifier des personnes diabétiques, sans pour autant pouvoir les référer à des centres de soins de qualité. Ainsi, un renforcement de l'offre de soins est recommandé en préalable aux actions de dépistage.
Dans la planification des interventions, les équipes sont encouragées à prioriser les interventions selon leur efficience. Ainsi, dans des contextes à ressources limitées, Handicap International ne soutiendra pas en priorité des interventions coûteuses ciblant une minorité de patients, comme l'hémodialyse pour les insuffisances rénales, la greffe rénale, le laser pour les rétinopathies et la chirurgie vasculaire.

L'accès aux médicaments doit être central à toutes les actions concernant les maladies non transmissibles. Il est important de garder à l'esprit que le changement de mode de vie n'est en général pas suffisant pour équilibrer le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire, et qu'un traitement médical doit y être associé.
Il est essentiel de développer au sein de l'équipe soignante une expertise en podo-orthèse pour la prévention des plaies chez les personnes diabétiques à risque podologique et pour le traitement des plaies des pieds, afin qu'elles n'évoluent pas jusqu'à une nécessaire amputation du membre inférieur.

B

Un positionnement focalisé sur une ou plusieurs modalités d'intervention

Ce positionnement se justifie si d'autres acteurs non gouvernementaux ont été identifiés. Dans ce cas, il est recommandé que Handicap International joue un rôle de mise en réseau des acteurs et mette en œuvre, en complémentarité avec les autres acteurs, des actions spécifiques selon les besoins identifiés et le cœur de métier (plus-value) de l'organisation :

- Renforcement des services de réadaptation des personnes atteintes de complications invalidantes du diabète et des FDRCV par la prévention du pied diabétique, la prise en charge de la personne amputée, paralysée, hémiplégique, malvoyante, vivant avec une artérite ou une insuffisance cardiaque,
- Accompagnement social et soutien psychologique des personnes diabétiques,
- Insertion sociale, professionnelle, éducative des personnes diabétiques,
- Activité physique et sportive adaptée,
- Prévention primaire.

Néanmoins, l'accès aux médicaments doit rester une des préoccupations centrales concernant les maladies non transmissibles, même si des actions en partenariat avec des organisations compétentes en la matière sont à privilégier.

Selon les capacités des services de réadaptation dans la zone d'intervention, Handicap International décidera d'effectuer un renforcement global de ces services, ou bien un renforcement ciblant les services de réadaptation destinés aux personnes à risque podologique, aux personnes atteintes d'une plaie chronique du pied et aux personnes ayant été amputées.

Attention, un projet qui se limiterait à la réadaptation des personnes diabétiques et vivant avec des FDRCV atteintes de maladies invalidantes n'a de sens que si les capacités des services médicaux locaux sont suffisantes. En effet, les complications du diabète au niveau des membres inférieurs sont entièrement dues au mauvais contrôle de la maladie.

Un projet de prévention primaire seul peut se concevoir si l'analyse de situation montre que l'offre de soins pour les personnes diabétiques et/ou vivant avec des FDRCV est déjà relativement accessible et de bonne qualité. Le projet suivra alors une approche de promotion de la santé (promotion d'un mode de vie sain), et s'intègrera à la prévention de plusieurs maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, cancers). Ce choix stratégique est expliqué dans la partie « Principes d'intervention ».

En revanche, si l'analyse de situation montre que les structures de santé ne sont pas aptes à prendre en charge une personne diabétique et/ou vivant avec des FDRCV, il ne serait pas acceptable de développer un projet de prévention primaire des maladies non transmissibles créant une demande de dépistage et de soins que l'on ne pourra ensuite pas satisfaire. Menées au niveau communautaire, les activités de sensibilisation, d'éducation pour la santé, et d'éducation par les pairs ne peuvent ainsi réellement porter leurs fruits que si elles sont judicieusement couplées à des activités de renforcement des services médicaux visant à prendre en charge médicalement les personnes atteintes.

Selon le positionnement adopté, Handicap International bâtira sur son expérience et sa légitimité acquises localement son plaidoyer auprès des États et des décideurs, afin que le diabète devienne une priorité dans leur politique sanitaire et que les soins de réadaptation ne soient pas omis.

Liens avec les autres secteurs d'activité

Dans cette partie, une réflexion a été menée avec l'ensemble des référents techniques afin d'identifier d'éventuelles synergies possibles entre thématiques. La stratégie fédérale de Handicap International prévoit de renforcer notamment le lien entre les maladies non transmissibles et deux autres secteurs d'activité particulièrement synergiques : les soins de réadaptation et l'accompagnement social.

Les services de réadaptation

Les services de réadaptation, ainsi que l'accessibilité des centres de santé, sont essentiels pour les personnes diabétiques atteintes d'une complication invalidante, principalement la cécité, la paralysie (hémiplégie), l'ulcère chronique et l'amputation d'un membre inférieur.
L'expertise en podo-orthèse est également nécessaire à des stades plus précoces, non pas dans un objectif de réadaptation d'une personne handicapée, mais dans un objectif de prévention de l'amputation.
La collaboration entre le domaine Prévention et Santé et le Domaine Services de Réadaptation, initiée depuis plusieurs années, a déjà permis d'intégrer dans plusieurs projets sur le diabète une composante réadaptation (Mali, Nicaragua, Philippines).

Le VIH/sida, la santé mentale et les maladies tropicales négligées

Au sein du secteur d'activité de la santé, le diabète partage un certain nombre de caractéristiques avec les autres thématiques que sont le VIH/sida, la santé mentale et les maladies tropicales négligées.
Les personnes vivant avec des maladies chroniques ont souvent des troubles psychologiques associés. Il sera donc important d'utiliser l'expertise de Handicap International concernant le soutien psychosocial au sein des projets. Les troubles mentaux, dont les troubles liés à la prise de substance psychoactive (alcool, drogue), font aussi partie du groupe des maladies non transmissibles.
Comme le VIH/sida et les troubles mentaux, le diabète est une maladie chronique, ce qui nécessite un ajustement des systèmes de santé souvent conçus pour répondre à des problèmes de santé aigus. Ainsi, un suivi régulier est nécessaire en dehors des épisodes aigus, et les soins doivent être réorganisés pour permettre ce suivi régulier.
Dans le cas des maladies chroniques, comme dans le cas des maladies tropicales négligées, les personnes malades ont un rôle actif à jouer dans leur prise en charge, ce qui nécessite que les professionnels de santé incluent dans leurs services des actions d'éducation thérapeutique du patient. C'est particulièrement le cas pour le diabète, et pour la filariose lymphatique où la principale intervention est l'auto-soin à domicile.

L'insertion économique, l'insertion sociale et l'éducation inclusive

Selon les contextes, des actions d'insertion économique ou d'insertion sociale et/ou éducative peuvent être envisagées.
Les personnes diabétiques peuvent en effet rencontrer des difficultés pour être scolarisées, employées ou pour se marier. Il peut être pertinent de mettre en œuvre des séances d'activité physique adaptée pour les personnes diabétiques, dans un objectif d'amélioration de la santé mais aussi d'insertion sociale.
Pour un plein accomplissement des habitudes de vie de la personne et une participation sociale optimale, Handicap International cherche à agir sur les facteurs

personnels mais aussi environnementaux par :

- la mise en place de soutien économique pour permettre l'accès aux soins et aux médicaments pour les plus pauvres,
- le développement des activités sportives et de loisir chez les personnes diabétiques, mais également en amont dans la population générale y compris handicapée (société sédentaire principalement urbaine),
- l'insertion sociale de la personne diabétique, à travers l'aide à l'organisation de sa vie quotidienne (repas, soins, travail, sexualité et éducation de ses enfants, etc.), la sensibilisation et l'encouragement à la participation de l'entourage pour l'aide à la vie quotidienne de la personne diabétique (repas, médicaments, etc.),
- l'insertion professionnelle et éducative si le besoin s'en fait sentir (parfois refus d'employer ou d'assurer des personnes sous insuline dans certaines entreprises),
- enfin, dans le cadre des activités d'éducation pour la santé menée en milieu scolaire, il est tout à fait pertinent de faire le lien avec l'expertise développée en matière d'éducation inclusive.

La prévention

La prévention primaire est un élément fondamental des politiques concernant les maladies non transmissibles. Il est possible d'agir sur les facteurs de risque modifiables de ces maladies, et ainsi d'empêcher la survenue de plus de la moitié des cas de maladies non transmissibles. Les interventions de prévention sont particulièrement efficientes. Par ailleurs, les recommandations actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé sont de réaliser des programmes de prévention intégrés visant les maladies non transmissibles, la santé mentale et les traumatismes.

L'appui à la société civile

L'appui à la société civile, et en particulier aux associations de personnes diabétiques, permet à ces dernières d'avoir les moyens de mettre en œuvre leurs projets et de défendre leurs droits.

La réduction des risques liés à des catastrophes naturelles et à des conflits

Dans les zones sujettes aux désastres, des activités de réduction des risques peuvent être mises en œuvre afin de préparer notamment les personnes diabétiques à parcourir de longues distances à pied, et à préparer une réserve de médicaments de contingence, pour pallier une éventuelle rupture de l'approvisionnement des centres de santé.

Les mines antipersonnel

Il existe des points communs entre la prévention des accidents liés aux mines antipersonnel et l'éducation pour la santé pour la prévention des maladies non transmissibles, ces secteurs d'activité faisant en effet tous deux appel à la pédagogie et aux méthodes de changement de comportements.

Les contextes d'urgence et de reconstruction

Dans les contextes d'urgence et de reconstruction, des activités d'identification des malades chroniques et des activités de référence à des centres de soins fonctionnels peuvent être mises en œuvre. Handicap International peut aussi favoriser le lien avec les associations permettant un **approvisionnement d'urgence en insuline** pour les malades pour qui ce médicament est vital[80].
Une réflexion plus poussée avec le Département de l'Action de l'Urgence est nécessaire pour définir plus avant les contours des potentielles interventions de Handicap International dans ces contextes.

Positionnements par rapport aux référentiels externes de santé publique

L'approche globale et intégrée des maladies non transmissibles promue par l'Organisation mondiale de la Santé

Le concept « d'approche intégrée » s'oppose à celui « d'approche spécifique » d'une maladie. Il est recommandé de suivre cette approche et même de la promouvoir, afin d'augmenter l'impact positif des projets de Handicap International dans ce secteur d'activité, d'éviter la fragmentation du système de santé et d'optimiser les ressources[81]. Elle est déjà latente ou mise en œuvre dans certains des projets de Handicap International.
Cette approche a été transcrite sous forme d'un plan d'action 2008-2013, qui vise à coordonner l'intervention de l'ensemble des acteurs de santé publique[82].

Cette recommandation se décline sur les grandes catégories d'activités.

- Les services de prévention primaire ne doivent pas être focalisés uniquement sur la prévention du diabète, mais plutôt dans un cadre plus large de promotion d'un mode de vie sain (activité physique, alimentation saine, absence de consommation de tabac et d'alcool) pour la prévention des maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, cancers).

- Les services de soins doivent être renforcés pour améliorer la prise en charge des personnes diabétiques, et le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, tabagisme, dyslipémie).

- Le renforcement des services de réadaptation doit être réalisé pour la population cible initiale, les personnes diabétiques atteintes d'une complication invalidante, mais aussi pour les personnes handicapées ayant des besoins similaires.

- Face à l'ampleur de l'épidémie des maladies non transmissibles, et comme très peu d'acteurs internationaux s'étaient engagés dans la lutte contre cette épidémie il y a 5 ans, Handicap International a souhaité développer son soutien aux bénéficiaires pour une de ces principales maladies - le diabète - en fonction des demandes et besoins identifiés sur le terrain. Cette pathologie a été une porte d'entrée à la thématique des maladies non transmissibles. Ceci a permis de développer l'expertise de Handicap International, de tester les modalités d'intervention et de permettre une adaptation en douceur des systèmes de santé pour une prise en charge des pathologies chroniques, en plus des pathologies aigües. L'organisation intègre désormais peu à peu d'autres maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, afin de permettre aux systèmes de santé d'éviter le plus possible les approches verticales, parfois source d'inégalité dans l'accès aux soins.

Focus - Une prise en charge intégrée des plaies chroniques et du lymphoedème

Depuis plusieurs années, Handicap International promeut une approche intégrée des plaies chroniques et du lymphoedème[83]. La publication en 2010 de recommandations pour la pratique clinique intégrées[84] fournit désormais un outil pour l'opérationnalisation de cette approche dans le cadre des projets de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

L'approche de la promotion de la santé promue par l'Organisation mondiale de la Santé

Il est recommandé de suivre l'approche de promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, qui se base sur une combinaison d'activités de nature différente (éducation, plaidoyer, etc.), multisectorielles, impliquant notamment les secteurs de l'éducation, de la santé et de la production alimentaire. « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.[85]» En effet, il est important de rappeler que la prévention ne se traduit pas seulement par des actions d'information, d'éducation et de communication. En effet, les actions visant à changer l'environnement, pour qu'il soit favorable à la santé, sont souvent primordiales et ne doivent donc pas être omises.

En milieu scolaire, Handicap International recommande que les activités de prévention primaire s'inscrivent dans l'Initiative Mondiale pour la Santé à l'École[86] pilotée par l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF.

Les recommandations émises par la Fédération Internationale du Diabète

Des recommandations pour la pratique clinique en matière de prise en charge des personnes diabétiques ont été émises par la Fédération Internationale du Diabète[87] au niveau mondial. Ces recommandations ont souvent servi de référence pour l'élaboration de recommandations à l'échelle régionale ou nationale. Dans le cadre des projets de Handicap International, il est conseillé de suivre les recommandations émises à l'échelle nationale, si elles sont en accord avec les recommandations internationales les plus à jour sur le sujet et si elles sont adaptées au contexte. Si elles n'existent pas, il est alors conseillé de se référer aux recommandations mondiales comme celles très pédagogiques développées par la Fédération Internationale du Diabète. De plus, elle a fait un travail de hiérarchisation des interventions, et a défini trois niveaux de soins selon les ressources disponibles : « soins de base, soins standard, soins globaux ». Ces recommandations sont élaborées par les sociétés savantes selon une méthodologie rigoureuse qui prend en compte le niveau de preuve et l'efficience de chaque intervention.

Des recommandations spécifiques sur le pied diabétique ont été élaborées, et font aussi référence sur le plan international. Elles ont été élaborées par le Groupe de Travail International sur le Pied Diabétique[88].

Suivi et évaluation des projets

A

Recommandations concernant le suivi et l'évaluation du projet

- Les indicateurs seront recueillis à partir de différentes sources d'information :
  - Le système d'information sanitaire national (données recueillies de façon routinière et intégrée aux soins délivrés par les professionnels de santé).
  - Les études réalisées de façon ponctuelle pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles (études STEPwise). Ces études, mises en œuvre par les Ministères de la Santé avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé, sont idéalement réalisées tous les 5 ans. Elles permettent de recueillir des informations utiles pour le pilotage des politiques de santé.
  - Les études réalisées dans le cadre du projet par Handicap International. Dans ce cas, il est fortement conseillé d'établir un partenariat avec un organisme d'épidémiologie national ou international, dont les compétences sont reconnues par leurs pairs. Les études recommandées pour l'évaluation du projet sont les suivantes : audit clinique, enquête de satisfaction des patients, étude sur l'état de santé des patients.

- Il est recommandé de chercher à recueillir des indicateurs sur l'état de santé des personnes diabétiques, en particulier l'HBA1c moyenne des patients, ainsi que la proportion de patients dont l'HBA1c est dans la cible thérapeutique. C'est de loin l'indicateur le plus performant, et il est recommandé d'investir des ressources pour recueillir cet indicateur, afin que sa mesure en début et fin de projet soit comparable.

- Le poids n'est pas un bon indicateur de bonne santé, car un diabète mal équilibré entraîne une perte de poids. C'est une variable qui sera recueillie lors de la réalisation des études pour décrire les patients, mais elle ne devra pas être utilisée en tant qu'indicateur de bonne santé.

- Il n'est pas souhaitable de chercher à recueillir des indicateurs sur les complications invalidantes. Bien qu'un des objectifs visés à long terme soit la diminution de l'incidence des complications invalidantes du diabète, la durée moyenne d'un projet (3-4 ans) n'est pas suffisante pour que l'impact de l'intervention soit perceptible. En effet, les complications invalidantes du diabète se développent à l'issue de plusieurs années de déséquilibre du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Pour que l'impact d'une intervention de prévention de ces complications invalidantes soit perceptible, il faut donc attendre plusieurs années.

B

Recommandations concernant la réalisation d'études

- Selon les besoins, Handicap International peut faire appel à différentes disciplines : épidémiologie, anthropologie, sociologie, etc. Il est fortement recommandé pour la réalisation d'études de le faire en partenariat avec un organisme de recherche dont la compétence est reconnue par leurs pairs internationaux. Il est nécessaire que le choix de l'expert soit validé par le référent technique qui aura l'appui du référent recherche si nécessaire. Il est aussi indispensable de s'assurer que suffisamment de moyens humains, techniques, logistiques et financiers sont à disposition pour mener une étude de qualité.

- Si une activité de recherche clinique est envisagée, il convient d'être particulièrement vigilant. Dans ce cas, il convient de privilégier la collaboration avec un organisme de recherche dont la compétence est reconnue, dans le respect des règles en vigueur, notamment éthiques. Certains des projets de Handicap International étant financés par des fondations d'entreprises émanant de l'industrie pharmaceutique, il convient de vérifier préalablement l'accord de la fondation pour contribuer au financement de ce type d'activité.

- Il peut être envisagé, en tant qu'action de recherche appliquée, de soutenir l'adaptation des recommandations internationales pour la pratique clinique aux pays à ressources limitées, comme cela a été fait par Handicap International avec l'élaboration de technologies appropriées dans le domaine de la réadaptation.

Éclairage sur le système de surveillance des maladies non transmissibles

Attention, il n'est pas recommandé de recueillir en routine des données exhaustives sur le diabète. En effet, dans le cas des maladies non transmissibles, il n'y a pas de nécessité d'établir des systèmes de surveillance pour la détection précoce de foyers de contagion. Ainsi, le système de surveillance des maladies non transmissibles selon le modèle recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé est assez différent de celui des maladies transmissibles.
Il repose essentiellement sur deux systèmes :
- Le Ministère de la Santé est responsable de la mise en place du système d'information sanitaire national (soutenu par l'OMS) : il s'agit de données recueillies par les professionnels de santé de façon routinière et intégrée aux soins délivrés. Ce sont principalement des données d'activité (nombre de consultations, nombre d'hospitalisations). Ces données permettent aux autorités sanitaires de décider d'une allocation de ressources adéquate.
- Les études de surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles (études STEPwise), mises en œuvre par les Ministères de la Santé, avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé, sont idéalement réalisées tous les 5 ans. Elles permettent de recueillir des informations utiles pour le pilotage des politiques de santé. Il est recommandé de chercher plutôt à soutenir la réalisation d'études STEPwise, plutôt que de procéder à des études CAP (connaissances, attitudes et pratiques), qui sont moins performantes dans le domaine des maladies non transmissibles.

Positionnement

Il n'est pas recommandé que Handicap International fasse réaliser une étude de prévalence du diabète. En effet, des estimations de prévalence, émanant d'extrapolations de résultats obtenus par des études réalisées dans des pays voisins, existent et sont disponibles via l'Atlas du diabète (IDF). Le diabète n'étant pas une maladie transmissible, c'est une maladie répandue partout dans le monde, avec une distribution surtout liée à la pyramide des âges des populations. En cas de suspicion d'une prévalence particulièrement élevée ou de diabètes atypiques, et seulement dans ces cas, la réalisation d'études de prévalence peut être envisagée, avec l'appui d'un organisme de recherche.

Perspectives pour la période 2011-2015

Les principales perspectives sur la thématique du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire pour les 5 ans à venir, selon les grandes lignes définies par la stratégie fédérale 2011-2015 de Handicap International, seront de :

- Renforcer et consolider les projets existants de prévention et contrôle des maladies non transmissibles comme le diabète,

- Développer de nouveaux projets, en insistant particulièrement sur les pays ou les zones à plus faible IDH d'Asie, du Maghreb et du Moyen-Orient. En effet, l'épidémie de diabète est la plus criante dans les régions à faibles et moyens revenus, avec une prévalence oscillant en moyenne entre 7,5% et 10% de la population adulte, avec des pics pouvant atteindre 18% dans certaines villes d'Asie du Sud,

- Développer la plus-value de Handicap International sur les soins de réadaptation nécessaires aux personnes ayant des incapacités liées au diabète et autres facteurs de risque cardiovasculaire,

- Renforcer le lien entre le traitement des maladies non transmissibles, les soins de réadaptation et le soutien psychosocial,

- Développer des compétences sur le renforcement des systèmes d'analyse des besoins, de commande, et de distribution des médicaments,

- Rendre les interventions de Handicap International encore plus inclusives pour les personnes vulnérables, et en particulier pour les personnes handicapées,

- Faire évoluer, pour les actions de prévention primaire, l'approche de Handicap International vers une approche globale ciblant plusieurs maladies non transmissibles et de promotion de la santé : promotion d'un mode de vie sain par une réponse multisectorielle, combinant des activités de nature différente comme l'éducation de la population générale et de la population à risque, et le plaidoyer auprès des décideurs politiques et des acteurs de l'environnement (aires d'activité physique, industrie agroalimentaire, etc.).

Fin des Modalités d'intervention

Nicaragua, 1980

Annexes

Éléments utiles à la construction d'un cadre logique

Cette partie propose des éléments types issus de cadres logiques de précédents projets. Ces éléments seront à adapter aux besoins mesurés lors d'une analyse des besoins et à discuter avec le référent technique pour trouver le meilleur compromis entre technicité et faisabilité sur les terrains. Néanmoins, les exemples donnés ici sont destinés à fournir une aide dans la formulation des objectifs généraux, des objectifs spécifiques, des indicateurs objectivement vérifiables et des sources de vérification nécessaires pour la réalisation d'un projet. Ils sont par ailleurs à compléter avec les exemples de résultats et d'activités proposés dans la partie 2 consacrée aux modalités d'intervention.

Exemples d'objectifs généraux d'un projet de lutte contre le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire (FDRVC)

Objectifs généraux	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Remarques
La mortalité liée au diabète et aux FDRCV diminue.	La mortalité liée au diabète et aux maladies cardiovasculaires diminue de X% en Y années dans la zone Z. X% de personnes diabétiques bénéficiaires du projet diminuent leur HBA1c de 1% en 2 ans dans la zone Z (indicateur proxy).	Registre de mortalité de la zone d'intervention Z. Système d'information sanitaire (si prise en compte des maladies non transmissibles et HbA1c). Sinon étude avant/après (ici/ailleurs) sur l'état de santé des personnes diabétiques bénéficiaires.	Il est prouvé que dans les diabètes de type 2 et de type 1, une diminution de 1% du taux sanguin d'hémoglobine glyquée (HBA1Oc) pendant 10 ans entraîne une réduction de 25% de la mortalité (Études DCCT et UKPDS)[89, 90].
La prévalence du diabète / des FDRCV diminue.	La prévalence du diabète diminue de X% en Y années dans la zone Z.	Études de prévalence du diabète / des FDRCV, dans le cadre des études STEPwise faites par les Ministères de la Santé avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé.	

Objectifs généraux	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Remarques
Les déficiences / incapacités liées au diabète et aux FDRCV diminuent.	L'incidence des amputations diabétiques et vasculaires diminuent de X% en Y années dans la zone Z. X% de personnes diabétiques bénéficiaires du projet diminuent leur HBA1c de 1% en 2 ans dans la zone Z (indicateur proxy).	Système d'information sanitaire national (ou étude à partir des registres des services chirurgicaux dans la zone d'intervention). Système d'information sanitaire (si prise en compte des maladies non transmissibles et HbA1c). Sinon étude avant/après (ici/ailleurs) sur l'état de santé des personnes diabétiques bénéficiaires.	L'impact de ces actions de prévention secondaire sera perceptible 10 ans après l'intervention. Il est par ailleurs prouvé que dans les diabètes de type 2 et de type 1, une diminution de 1% du taux sanguin d'hémoglobine glyquée (HBA1C) pendant 10 ans entraîne une réduction de 25% à 35% des complications invalidantes (Études DCCT et UKPDS)[91, 92]. En effet, cela réduit de 35% les risques de perte de vision (rétinopathie), les lésions des nerfs des membres inférieurs (neuropathie) et de maladie rénale, de 22% les risques d'artérite (trouble de la marche), de 11% les risques d'accidents vasculaires cérébraux et de 18% les risques d'infarctus du cœur.
La qualité de vie et la participation sociale des personnes vivant avec le diabète et les FDRCV augmentent.	X% des personnes atteintes de maladies non transmissibles bénéficiaires du projet déclarent avoir une qualité de vie et une participation sociale améliorées à la fin du projet. Les bénéficiaires diabétiques du projet déclarent que leur qualité de vie s'est améliorée grâce au projet.	Études de cohorte ou études avant/après (ici/ailleurs) sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies non transmissibles, Ou Étude qualitative sur un groupe de bénéficiaires à propos de l'effet que le projet a eu sur leur vie.	L'impact de ces actions est perceptible dès la mise en œuvre de l'intervention.

Exemples d'objectifs spécifiques

Objectifs spécifiques	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
Les acteurs locaux (personnel de la santé, gouvernement local et personnes à risque de maladies cardiovasculaires) sont capables de mettre en œuvre une prise en charge de qualité du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire, et de coordonner leurs actions permettant un meilleur accès des populations aux services connexes.	Une politique (inclusive) nationale / régionale / locale de lutte contre le diabète et les FDRCV existe. Les acteurs se rencontrent régulièrement pour coordonner leurs actions. La qualité des soins dans les structures de santé et de réadaptation est améliorée.	Document de politique. Rapports de réunions. Résultats des études avant/après (ici/ailleurs) sur la qualité des soins (audit clinique, étude de satisfaction).
Les méthodes de prévention, de prise en charge et d'accompagnement des situations de handicap engendrées par les FDRCV sont comprises et intégrées par les acteurs clés de la santé et de la réadaptation dans la zone Z.	Existence de politiques, de protocoles de soins et de budget au sein des structures de santé, de réadaptation et du social pour la prévention, la prise en charge et l'accompagnement des personnes diabétiques.	Documents de politique. Protocoles de soins / de prises en charge. Guidelines disponibles.
Les personnes vivant avec des FDRCV de la zone Z ont accès à une meilleure prise en charge de leur maladie et de ses complications.	La qualité des soins dans les structures de santé et de réadaptation est améliorée.	Résultats des études avant/après (ici/ailleurs) sur la qualité des soins (audit clinique, étude de satisfaction).

Profil type d'un chef de projet diabète

Attention, l'expertise clinique (soin des patients) est différente de l'expertise en santé publique (politiques de santé).

Pour les soins des pieds diabétiques, différentes expertises sont requises : médicale, chirurgicale, soins infirmiers, podologie, podo-orthèse.

	Indispensable	Souhaitable
Diplômes	- Professionnel de santé - Master de Santé Publique (ou équivalent)	- Ingénierie de formation - Promotion de la santé / Éducation pour la santé - Maladies non transmissibles / maladies chroniques
Expérience	- Expérience professionnelle significative en santé publique - Expérience professionnelle dans les pays en développement ou dans des contextes défavorisés	- Expérience professionnelle clinique sur les maladies non transmissibles

Il est indispensable de s'assurer qu'un appui technique suffisant existe au sein du projet pour mettre en œuvre les aspects techniques médicaux et de santé publique.

Pour le **volet réadaptation**, les ressources humaines spécifiques minimales nécessaires à la mise en œuvre d'un projet diabète sont :
- un chirurgien orthopédiste/plastique formateur,
- un formateur prothésiste-orthésiste temporaire,
- un formateur podo-orthésiste temporaire,
- un kinésithérapeute temporaire.

Il est important de s'assurer qu'un appui technique suffisant existe au sein du projet pour mettre en place ces composantes de réadaptation.

Glossaire

Approche STEPwise de surveillance (STEPS)

Cette approche est une méthode standardisée pour collecter, analyser et diffuser des données. En utilisant les mêmes questions et protocoles, tous les pays membres de l'Organisation mondiale de la Santé peuvent utiliser les informations STEPS non seulement pour la surveillance des tendances au sein des pays, mais également pour faire des comparaisons entre pays. Il existe actuellement deux principaux systèmes de surveillance STEPS : l'approche STEPwise de surveillance des facteurs de risque, et l'approche STEPwise de surveillance des accidents vasculaires cérébraux.

Dosage de l'HbA1c = hémoglobine glyquée

Analyse de sang en laboratoire permettant la surveillance de l'équilibre glycémique.

Dyslipémie / Dyslipidémie

Taux anormal de lipides dans le sang (cholestérol et/ou triglycérides).

Facteur de risque

Selon la classification québécoise du Processus de production du handicap, un facteur de risque est un élément (appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement) susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

- Lorsque l'on utilise le terme « facteur de risque », il est important de préciser quel est le risque encouru. Par exemple, le tabagisme est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires.
- Pour rappel, le diabète est à la fois un facteur de risque cardiovasculaire et une maladie.

Groupes de maladies

Le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire peuvent être rattachés à différents groupes de maladies, selon que l'on considère leur temporalité, leurs facteurs de risque, ou qu'on les définit par opposition à un autre groupe de maladies, ou en référence au mandat de Handicap International.

- Souvent, le diabète et les facteurs de risque cardiovasculaire sont rattachés au groupe des maladies chroniques. Selon l'Organisation mondiale de la Santé OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Cette caractéristique de temporalité nécessite des ajustements des systèmes de santé, qui ont souvent été conçus à l'origine pour répondre à des problèmes de santé aigus. Suite à la disponibilité des traitements antirétroviraux, l'infection par le VIH, une des principales maladies infectieuses, est devenue une maladie chronique.
- L'Organisation mondiale de la Santé promeut le terme « maladies non transmissibles », qui est construit par opposition au groupe des maladies transmissibles. Les principales maladies considérées dans le groupe des maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces maladies ont des facteurs de risque communs, qui sont la consommation de tabac, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, et la consommation excessive d'alcool. C'est sur la possibilité d'interventions de prévention communes que s'est construit ce groupe. Les troubles mentaux, dont les troubles liés à la prise de substance psychoactive (alcool, drogue) font aussi partie du groupe des maladies non transmissibles.
- La terminologie « maladies liées au mode de vie », qui met l'accent sur les facteurs de risque des maladies chroniques, est progressivement abandonnée car jugée culpabilisante et simpliste.

- Au sein de Handicap International, ce sont les termes « **maladies invalidantes** » (en référence à la mission de l'organisation) ou « **maladies chroniques** » qui sont utilisés dans les documents internes de référence (champ d'action, principes d'intervention, stratégie fédérale). Ces termes englobent donc le VIH/sida, les maladies non transmissibles comme le diabète, et les maladies tropicales négligées.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse de corporelle est un outil permettant d'évaluer les risques pour la santé liés au surpoids.

Prévalence et incidence

La prévalence et l'incidence sont deux notions différentes à ne pas confondre mais pourtant liées.
La prévalence est le nombre de cas d'une maladie, ou de tout autre problème de santé, dans une population définie à un moment donné.
L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'un évènement lié à la santé, dans une population donnée durant une période de temps connue.
L'incidence comptabilise le nombre de nouveaux cas alors que la prévalence s'intéresse à tous les cas, nouveaux et anciens.

Prévention

Ensemble de mesures à prendre afin d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies, les accidents et la survenue de déficiences.
Selon le stade de la maladie, les trois niveaux de prévention sont :
- la prévention primaire, qui vise à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas,
- la prévention secondaire, qui vise à réduire l'évolution de la maladie,
- la prévention tertiaire, qui vise à réduire les invalidités consécutives à la maladie.

Réadaptation

« La réadaptation est un processus visant à permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de maintenir un niveau fonctionnel optimal du point de vue physique, sensoriel, intellectuel, psychologique et social. La réadaptation fonctionnelle donne les outils dont les personnes handicapées ont besoin pour atteindre l'indépendance et l'autodétermination. »
Cette définition de l'Organisation mondiale de la Santé montre que la réadaptation fonctionnelle est une composante essentielle dans le processus global de réinsertion de la personne handicapée.
Cette définition s'applique à de nombreuses pathologies et maladies. Le diabète, maladie chronique qui peut devenir extrêmement invalidante, ne fait pas exception à la règle.

Système de référence et de contre-référence

Système permettant une prise en charge continue et coordonnée des patients d'un niveau de soins à un autre.
Par exemple, un hôpital de district (soins de santé secondaire) oriente une personne diabétique récemment amputée vers un centre d'appareillage (soins de santé tertiaire). Ceci constitue le **référencement**.
Après l'appareillage, la personne est réorientée au centre de soins secondaire (hôpital) pour permettre son suivi médical et contrôler la maladie. Par ailleurs, un suivi de son moignon sera aussi instauré pour être sûr que la prothèse n'entraîne pas de complications (plaies, frottements, etc.)
C'est le **contre-référencement**.
Pour un bon fonctionnement de ce système, il est important que les informations circulent entre les deux entités de soins via une bonne coordination.

Bailleurs spécifiques sur le secteur

Principaux bailleurs de fonds spécifique du diabète :

- Fondation Sanofi Espoir (qui accompagne Handicap International depuis 2006) : http://www.fondation-sanofi-espoir.com
- Fondation Mondiale du Diabète : http://www.worlddiabetesfoundation.org

Par ailleurs, les **bailleurs institutionnels** suivants accompagnent les projets de Handicap International depuis 2008 :

- Le Ministère des Affaires Etrangères Luxembourgeois
- L'Union Européenne

Après le haut sommet des Nations Unies en septembre 2011, il est à prévoir que de nouveaux bailleurs institutionnels se focalisent davantage sur ces thématiques.

Il serait intéressant de creuser d'autres pistes de financements innovantes comme :

- des partenariats privés avec des acteurs travaillant à l'amélioration de l'environnement (activité physique, etc.),
- un système de parrainage des projets par des personnes du Nord vivant avec des maladies chroniques.

Principaux documents techniques et sites internet

Épidémiologie du diabète

Atlas du Diabète
http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/fr/avant-propos?language=fr

Épidémiologie des maladies non transmissibles

Organisation mondiale de la Santé, Chronic Diseases and Health Promotion
http://www.who.int/chp/en/
Organisation mondiale de la Santé, Approche STEPwise de surveillance / STEPwise approach to surveillance (STEPS)
http://www.who.int/chp/steps/en/
http://www.who.int/chp/steps/manual/fr/index.html

Maladies non transmissibles (dont diabète) et handicap

Organisation mondiale de la Santé - World Report on Disability
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html

Maladies non transmissibles et santé mentale

Organisation mondiale de la Santé
http://www.who.int/nmh/fr/index.html

Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques

Organisation mondiale de la Santé
http://www.who.int/medicines/fr/index.html

Recommandations pour la pratique clinique

Fédération Internationale du Diabète :
http://www.idf.org
Documents de référence :
- Recommandations mondiales pour la pratique clinique pour le traitement du diabète
- Recommandations mondiales pour la pratique clinique pour la prise en charge du pied diabétique

Pour une liste actualisée des documents de référence externes et d'outils, le lecteur peut se référer au site internet des Ressources Techniques de Handicap International (Skill Web), régulièrement mis à jour et sur lequel un certain nombre d'outils liés au diabète peuvent être trouvés :
http://www.hiproweb.org/
Ce site est accessible en interne, grâce à l'attribution d'un mot de passe (contacter le Pôle Management des connaissances pour l'obtenir).
Dans les deux années à venir, un guide méthodologique de mise en œuvre des interventions de ce type de projets, fruit de la capitalisation de l'expérience de Handicap International, sera développé.

Notes / Références bibliographiques

1. Fédération Internationale du Diabète. **Atlas du diabète de la FID**, Cinquième édition, 2011 :
1ère citation : http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/fr/mortalite?language=fr
2ème citation : http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/fr/diabete-OMD?language=fr

2. Pasquier Estelle. **Document de Positionnement Handicap International et Diabète.** Lyon : Handicap International, 2006, 21 p.

3. Handicap International. **Projets de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées. Retour d'expérience : analyse de savoir-faire.** Lyon : Handicap International, 2009, 37 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/CapiDiabeteFR.pdf

4. Chiriacescu Diana, de Backer Maryvonne, Botokro Rozenn. **L'accès aux services pour les personnes handicapées.** Lyon : Handicap International, 2010, 102 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HI_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf

5. Pasquier Estelle, Guimet Pauline. **La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées : guide à l'intention des organisations de solidarité internationale.** Lyon : Handicap International, 2009, 73 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/Guide4.pdf

6. Flachenberg Franck. **Positionnement de Handicap International dans le champ de la Santé publique : actualisation dans le cadre des champs d'action.** Lyon : Handicap International, 2004, 9 p.

7. Service Positionnement / Domaine Santé. **Positionnement de Handicap International sur l'accès à la santé**, 2007, 6 p.

8. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le handicap. Genève : OMS, 2012, 360 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

9. World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update.** Geneva: World Health Organization, 2008, 146 p. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

10. Fédération Internationale du Diabète. Atlas du diabète de la FID, Cinquième édition, 2011. http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/fr/avant-propos?language=fr

11. ALBERTI KGMM, ZIMMET P for the WHO consultation. **Definition, Diagnosis and Classification of diabetes mellitus and its complications.** Geneva: World Health Organization, 1999, 59 p. http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf

12. Mauvais-Jarvis F, Sobngwi E, Porcher R, Riveline JP, Kevorkian JP, Vaisse C, Charpentier G, Guillausseau PJ, Vexiau P, Gautier JF. **Ketosis-prone type 2 diabetes in patients of sub-Saharan African origin: clinical pathophysiology and natural history of beta-cell dysfunction and insulin resistance**, in Diabetes, 2004, Vol. 53, n°3, p. 645-653. http://diabetes.diabetesjournals.org/content/53/3/645.full.pdf+html

13. Mbanya JC. **Diabetes in sub-Saharan Africa**, in Lancet, 2010 June 26, Vol. 375, n°9733, p. 2254-2266.

14. Organisation mondiale de la Santé. **Rapport mondial sur le handicap.** Genève : OMS, 2012, 360 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

15. World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update.** Geneva: World Health Organization, 2008, 146 p. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

16. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific / International Diabetes Federation Western Pacific Regional Office / Secretariat of Pacific Community / Malaysian Ministry of Health. **The Wersten Pacific Declaration on Diabetes**. Kuala Lumpur, June 2000. http://www.wpro.who.int/publications/pub_3.htm

17. Pégon Guillaume. **Santé mentale en contexte de post-crise et de développement**. Lyon : Handicap International, 2011, 74 p. Collection Document Cadre n°03. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf

18. Organisation mondiale de la Santé. **Rapport mondial sur le handicap.** Genève : OMS, 2012, 360 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

19. Prince M et al. **No health without mental health**, in Lancet, 2007, Vol. 370, n°9590, p. 859-877.

20. Drum CE et al. **Health of people with disabilities: determinants and disparities.** In: Drum C, Krahn G, Bersani H, eds. **Disability and Public Health**, Washington, American Public Health Association, 2009, p. 125-144.

21. **Australia's health 2010**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2010.

22. Rimmer JH, Rowland JL. **Health promotion for people with disabilities: implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments**, in American Journal of Lifestyle Medicine, 2008, Vol. 2, n°5, p. 409-420.

23. Woodcock K, Pole JD. **Health profile of deaf Canadians: analysis of the Canada Community Health Survey**, in Canadian Family Physician, 2007, n° 53, p. 2140-2141. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231554/pdf/0532140.pdf

24. Amosun SL, Mutimura E, Frantz JM. **Health promotion needs of physically disabled individuals with lower limb amputation in Rwanda**, in Disability and Rehabilitation, 2005, Vol. 27, n°14, p. 837-847.

25. Fougeyrollas Patrick. **Classification québécoise : Processus de Production du Handicap**. Lac St-Charles : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 1998, 164 p.

26. Ramachandran Ambady, Kapur Anil, Björk Stefan, Nair Jyotsna, Kelkar Sanjeev. **Facteurs socio-économiques du coût du diabète en Inde**, in Diabetes Voice, 2004, Vol. 49, n°3, p. 18-21. http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_295_fr.pdf

27. Shobhana R, Rama Rao P, Lavanya A, Williams R, Padma C, Vijay V et al. **Costs incurred by families having Type 1 diabetes in a developing country - A study from Southern India**, in Diabetes Research and Clinical Practice, 2002, Vol. 55, n°1, p. 45-48

28. World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva: World Health Organization, 2008, 146 p. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

29. Organisation mondiale de la Santé. **Prévention des maladies chroniques : un investissement vital**. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006, 203 p. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf

30. **Pôle francophone africain sur le double fardeau nutritionnel** : http://poledfn.org/dfn_transition.php

31. World Health Organization, **Information sheets on noncommunicable diseases**.

32. Organisation mondiale de la Santé. **Prévention des maladies chroniques : un investissement vital**. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006, 203 p. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf

33. Fédération Internationale du Diabète. **Atlas du diabète de la FID**, Cinquième édition, 2011. http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/regional-overviews

34. Agency for Healthcare Research and Quality. **Diabetes Disparities Among Racial and Ethnic Minorities**. Fact Sheet, November 2001. http://www.ahrq.gov/research/diabdisp.htm

35. Alwan Ala, MacLean David R. **A review of non-communicable disease in low- and middle-income countries**, in International Health, 2009, Vol. 1, n°1, p. 3-9.

36. Organisation mondiale de la Santé. **Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs**. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2003, 105 p. http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccfrench.pdf

37. Banatvala N, Donaldson L. **Chronic diseases in developing countries**, in Lancet, 2007 December 22, Vol. 370, n°9605, p. 2076-2078.

38. Ces résolutions sont téléchargeables sur le site Internet de l'Organisation des Nations Unies : http://www.un.org/en/

39. Ces résolutions sont téléchargeables sur le site Internet de l'Organisation des Nations Unies : http://www.un.org/en/

40. Organisation mondiale de la Santé. **Rapport mondial sur le handicap.** Genève : OMS, 2012, 360 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

41. Fédération Internationale du Diabète. **Atlas du diabète de la FID**, Cinquième édition, 2011 : http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/fr/avant-propos?language=fr

42. Torres Parodi Cristina, Barceló Alberto. **Injustice sociale et besoins non satisfaits : les femmes et le diabète sur le continent américain**, in Diabetes Voice, mai 2009, Vol. 54, numéro spécial, p. 17-20. http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_SI1_Women_Torres_Barcelo_FR.pdf

43. Kalra Bharti, Kalra Sanjay, Kumar Amit. **Stigmatisation sociale et discrimination chez les jeunes femmes atteintes de diabète en Inde**, in Diabetes Voice, mai 2004, Vol. 54, numéro spécial, p. 37-39. http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_SI1_Women_Kalra%20et%20al_FR.pdf

44. **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**, adoptée par l´Assemblée Générale des Nations Unies dans sa résolution 217 A (III) du 10 décembre 1948. http://www.un.org/fr/documents/udhr/

45. **Convention relative aux droits des personnes handicapées**, adoptée le 13 décembre 2006, par la résolution 61/106. http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413

46. Handicap International. **Stratégie 2011-2015**. Lyon : Handicap International, septembre 2010.

47. **Convention relative aux droits des personnes handicapées**, adoptée le 13 décembre 2006, par la résolution 61/106. http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413

48. Organisation mondiale de la Santé. **Rapport mondial sur le handicap.** Genève : OMS, 2012, 360 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

49. Handicap International Ethiopia. **TOT manual on disability-inclusive HIV prevention, treatment, care and support and sexual and reproductive health services** (draft), 2011.

50. Mac Seing Muriel. **Une programmation VIH/sida inclusive du handicap et intégrée aux services** (Document cadre). Handicap International, 2012. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC07_03_light.pdf

51. Mac Seing Muriel. **Une programmation VIH/sida inclusive du handicap et intégrée aux services** (Document cadre). Handicap International, 2012. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC07_03_light.pdf

52. Diabetes Prevention Program Research Group. **Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin**, in The New England Journal of Medicine, 2002, Vol. 346, n°6, p. 393-403. http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa012512

53. Tuomiletho J, Lindstrom J, Eriksson J, Valle T, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. **Prevention of Type 2 Diabetes mellitus by changes in Lifestyle among subject with impaired glucose tolerance**, in The New England Journal of Medicine, 2001, Vol. 344, n°18, p. 1343-1350. http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801

54. Narayan KMV, Bowman BA, Engelgau MM. **Prevention of type 2 diabetes: New study from Finland shows that lifestyle changes can be made to work**, in British Medical Journal, 2001, Vol. 323, n°7304, p. 63-64.
http://www.bmj.com/content/323/7304/63.full

55. Smith GD, Bracha Y, Svendsen KH, et al. **Incidence of type 2 Diabetes in the Randomized Multiple Risk Factor Intervention Trial**, in Annals of Internal Medicine, 2005, Vol. 142, n°5, p. 313-322.

56. Borch-Johnsen Knut. **Dépistage du diabète de type 2 : le pour et le contre**, in Diabetes Voice, 2001, Vol. 46, n°4, p. 16-19.
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_196_fr.pdf

57. Colagiuri S, Borch-Johnsen K. **Detect-2 : Détection précoce du diabète de type 2 et de l'IGT**, in Diabetes Voice, 2003, Vol. 48, n°4, p. 11-13.
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2003_4_Colagiuri%20FR.pdf

58. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. **Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)**, in Lancet, 1998, Vol. 352, n°9131, p. 837-853.
http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)07019-6/fulltext

59. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. **Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38)**, in British Medical Journal, 1998, Vol. 317, n°7160, p. 703-713.
http://www.bmj.com/content/317/7160/703.full

60. Diabetes Control and Complications Trial. **The effect of Intensive Treatment of Diabetes on the development and Progression of Long-term Complications in Insulin-Dependant Diabetes Mellitus**, in The New England Journal of Medicine, 1993, Vol. 329, n° 14, p. 977-986.
http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199309303291401

61. **International Working Group on the Diabetic Foot** :
http://www.iwgdf.org/index.php

62. Campbell Keith. **En première ligne : le rôle des pharmaciens dans les soins du diabète**, in Diabetes Voice, 2005, Vol. 50, n°4, p. 25-27.
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_387_fr.pdf

63. Paul G, Smith S, Whitford D, O'Dowd T. **Un modèle de soins par des pairs peut-il améliorer les résultats du diabète ?** in Diabetes Voice, 2005, Vol. 50, n°4, p. 20-21.
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_385_fr.pdf

64. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH. Engelgau MM. **Self-management education for adults with type 2 diabetes. A meta-analysis of the effect on glycemic control**, in Diabetes Care, 2002, Vol. 25, n°7, p. 1159-1171.
http://care.diabetesjournals.org/content/25/7/1159.full.pdf+html

65. Miller William R. **Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles**, in Addictive Behaviors, 1996, Vol. 21, n°6, p. 835-842.

66. Kokoszka A. **Répondre aux besoins psychosociaux en Pologne : une nouvelle priorité**, in Diabetes Voice, 2005, Vol. 50, n°4, p. 18-19. http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_384_fr.pdf

67. **Healthy Interactions – Conversation Map programs** : http://www.healthyinteractions.com/

68. Pégon Guillaume. **Santé mentale en contexte de post-crise et de développement.** Lyon : Handicap International, 2011, 74 p. Collection Document Cadre n°03. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf

69. **Guideline pour la mise en œuvre des activités physiques dans le cadre du projet « diabète »** & **Soutenir les associations de personnes diabétiques pour la mise en place d'activités physiques adaptées aux personnes diabétiques.** Handicap International Mali, 2010.

70. International Diabetes Federation : http://www.idf.org

71. World Health Organization. **Prevention of cardiovascular disease. Guideline for assessment and management of cardiovascular risk.** Geneva: World Health Organization, 2007, 86 p. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf

72. Khan NA, et al. **The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2-therapy**, in The Canadian Journal of Cardiology, 2009, Vol. 25, n°5, p. 287-298. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707169/?tool=pubmed

73. Task force for the management of hypertension of the European Society of Hypertension / European Society of Cardiology. **2007 Guidelines for the management of arterial hypertension**, in European Heart Journal, 2007, Vol. 28, n°12, p. 1462-1536. http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/28/12/1462.extract

74. Goldstein LB, et al. **Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association**, in Stroke, 2011, Vol. 42, n°2, p. 517-584. http://stroke.ahajournals.org/content/42/2/517.full.pdf

75. **European Society of Cardiology - Clinical Practice Guidelines Section**: http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/GuidelinesList.aspx

76. **International Working Group on the Diabetic Foot** : http://www.iwgdf.org/index.php

77. Service Positionnement / Domaine Santé. **Positionnement de Handicap International sur l'accès à la santé**, 2007, 6 p.

78. Chiriacescu Diana, de Backer Maryvonne, Botokro Rozenn. **L'accès aux services pour les personnes handicapées.** Lyon : Handicap International, 2010, 102 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HI_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf

79. Pasquier Estelle, Guimet Pauline. **La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées : guide à l'intention des organisations de solidarité internationale**. Lyon : Handicap International, 2009, 73 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/ExploDiabeteFR.pdf

80. **Insulin For Life** via la Fédération Internationale du Diabète : www.insulinforlife.org

81. Organisation mondiale de la Santé. **Prévention des maladies chroniques : un investissement vital**. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006, 203 p. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf

82. Organisation mondiale de la Santé. **Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles**. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010, 42 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf

83. Guimet Pauline, Brantus Pierre, De Lamarzelle Julie. **D'une approche spécifique par maladie à une approche intégrée des maladies invalidantes : diabète, ulcère de Buruli, filariose lymphatique. Actes de séminaire, Nairobi, Kenya, 7-11 décembre 2009**. Lyon : Handicap International, 2010, 30 p. http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/MaladiesInvalidantes.pdf

84. Macdonald John M, Geyer Mary Jo. **Wound and lymphoedema management**. Geneva: World Health Organization, 2010, 122 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599139_eng.pdf

85. **Promotion de la santé : charte d'Ottawa**. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1986. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

86. **Global school health initiative**: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/

87. **International Diabetes Federation**: http://www.idf.org

88. **International Working Group on the Diabetic Foot** : http://www.iwgdf.org/index.php

89. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. **Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)**, in Lancet, 1998, Vol. 352, n°9131, p. 837-853. http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)07019-6/fulltext

90. Diabetes Control and Complications Trial. **The effect of Intensive Treatment of Diabetes on the development and Progression of Long-term Complications in Insulin-Dependant Diabetes Mellitus**, in The New England Journal of Medicine, 1993, Vol. 329, n° 14, p. 977-986. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199309303291401

↪ 91. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. **Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)**, in Lancet, 1998, Vol. 352, n°9131, p. 837-853. http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)07019-6/fulltext

↪ 92. Diabetes Control and Complications Trial. **The effect of Intensive Treatment of Diabetes on the development and Progression of Long-term Complications in Insulin-Dependant Diabetes Mellitus**, in The New England Journal of Medicine, 1993, Vol. 329, n° 14, p. 977-986. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199309303291401

Fin des Annexes

Crédits photographiques
Couverture : © Corentin Fohlen / Handicap International (légende : dépistage du diabète au Philippines, 2011)
Page 12 : © Corentin Fohlen / Handicap International (légende : femme amputée et appareillée suite à des complications dues au diabète, Philippines, 2011)
Page 38 : © Corentin Fohlen / Handicap International (légende : appareillage d'une personne amputée suite à des complications dues au diabète, Philippines, 2011)
Page 86 : © Handicap International (légende : formation à la détection de la rétinopathie diabétique, Nicaragua, 1980)

Éditeur
Handicap International
14, avenue Berthelot
69361 Lyon cedex 07
publications@handicap-international.org

Imprimeur
Graphiconseil
2, Petite rue de la Rize
69100 Villeurbanne
France

Achevé d'imprimer en octobre 2012
Dépôt légal : octobre 2012

Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire

Ce document cadre décline le mandat et les valeurs de Handicap International en termes opérationnels appliqués à la thématique du diabète et des autres facteurs de risque cardiovasculaire.
C'est un texte pour l'action qui présente les éléments de référence pour les interventions, les choix et partis pris de Handicap International. Il s'agit donc d'un document de guidance pour les équipes sur ce secteur d'intervention.
Ainsi, il définit la thématique, explique son lien avec le mandat de l'organisation et les populations cibles. Il définit les choix stratégiques et les modalités d'intervention, énonce des recommandations pour le suivi et l'évaluation, et propose des éléments pour établir un cadre logique.
Ce document vise à assurer une cohérence pour l'ensemble des projets et des activités sur les programmes, tout en respectant les contextes rencontrés.

HANDICAP INTERNATIONAL
14, avenue Berthelot
69361 LYON Cedex 07

T. +33 (0) 4 78 69 79 79
F. +33 (0) 4 78 69 79 94
contact@handicap-international.org

HANDICAP INTERNATIONAL