Le diabète dans le monde, en Suisse et dans le Jura historique

Autor(en): **Uebersax, Robert**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Actes de la Société jurassienne d'émulation**

Band (Jahr): **111 (2008)**

PDF erstellt am: **15.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-549977

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Le diabète dans le monde, en Suisse et dans le Jura historique

Robert Uebersax

Cette maladie, qui cause des ravages de santé depuis la nuit des temps, est décrite par l'auteur dans une vision épidémiologique qui retrace son histoire et son actualité en Suisse et dans le Jura. Les causes de son augmentation et les rapports avec nos modes de vie sont aussi analysés ici.

Introduction

Il y a longtemps, très longtemps, alors que cette maladie n'avait pas de nom, alors que le vocable diabète n'existait pas encore, un papyrus égyptien de Thèbes, décrivait en 1550 avant J.-C., un malade dont les urines étaient abondantes et la soif extrême. En 400 avant J.-C., le mot *diabetes*, qui signifie passer à travers, est employé pour la première fois en Grèce par Arêtée de Cappadoce. L'impression qui prévaut est que les boissons abondantes sont éliminées telles quelles en traversant le corps sans s'arrêter, tant la soif intense est immédiatement suivie de mictions fréquentes.

Au XIe siècle, Avicenne, médecin arabe, décrit des urines laissant un résidu au goût de miel, ce qui signifie qu'il avait pris le parti de les goûter! Au XVIe siècle, un médecin suisse, Paracelse, examine l'urine d'un malade et obtient par évaporation une substance blanche, du sucre. En 1889, Minkowski, un médecin strasbourgeois, rend un chien diabétique en lui enlevant le pancréas.

En 1921, N. Paulescu, médecin roumain, puis en 1922, deux médecins canadiens, Banting et Best (fig. 1), découvrent une nouvelle hormone, l'insuline. Ils l'injectent pour la première fois à un jeune homme mourant. Le jeune homme en question, Léonard Thomson, survivra plusieurs mois et mourra finalement d'une autre cause.

L'histoire de M. P. Rune commence en 1922. Victime également d'un diabète terminal, il recevra, l'une des premières fois en Europe, des injections d'insuline mal purifiée et il survivra. En 1980, il participera au vingt-cinquième anniversaire de l'association vaudoise des diabétiques, toujours traité par deux injections quotidiennes d'insuline. En 1990, sur la côte lémanique, il fête son septantième anniversaire en bonne santé.

Fig. 1 : Banting et Best avec Marjorie, le premier chien traité par insuline en 1922.

Fig. 2 : Modèle moléculaire de l'insuline.

L'insuline est une molécule complexe dont la formule chimique a été définie en 1956 (fig. 2). Aujourd'hui, toute une série d'insulines est à disposition dont les débuts et les temps d'action sont différents.

Leur injection a été grandement facilitée par la mise à disposition de stylo à insuline. De plus, il existe actuellement des lecteurs de glycémie, les glycomètres, qui permettent aux diabétiques, moyennant un apprentissage facile, de doser eux-mêmes les quantités d'insuline nécessaires.

Et le futur? La recherche est très active; on peut citer entre autres l'insuline prise par inhalation nasale ou un pancréas artificiel implantable. Si la greffe d'un pancréas est déjà réalisée, il n'en va pas de même pour l'implantation de tissus sécréteurs.

Le traitement du diabète ne se limite pas cependant qu'à l'insuline. Bien sûr, la diététique et l'activité physique restent essentielles. A noter qu'il existe également des hypoglycémiants oraux d'actions diverses, mais qui ne remplacent pas l'insuline.

L'épidémie diabétique et ses complications

Le diabète constitue une des maladies chroniques les plus graves de notre époque. Il s'agit d'une maladie courante, touchant de un à plus de vingt pour cent de la population selon les cas et les groupes ethniques. Cette prévalence augmente à une allure telle que l'on peut craindre que le diabète soit en train de devenir l'épidémie du XXIe siècle. A noter que le terme d'épidémie n'est pas exact, car cette maladie ne se transmet pas par contact; cependant, la propagation partout dans le monde de ce phénomène peut sembler épidémique.

Le diabète est associé à une morbidité importante telle que les troubles de la vue conduisant à la cécité, l'insuffisance rénale nécessitant à plus ou moins long terme la pose d'un rein artificiel et la greffe rénale, les maladies cardiovasculaires s'accompagnant de l'infarctus du myocarde, de l'angine de poitrine, de l'attaque cérébrale, de la gangrène des membres inférieurs et leur amputation.

La Fédération internationale du diabète révèle la propagation stupéfiante de cette maladie dans le monde qui touche en 2006 près de 250 millions de personnes dont environ 50% sont âgées de quarante à soixante ans. En Suisse, 2% de la population sont diabétiques en 1940; 3% en 1950; 4% en 1980; 5% en 2000; 5.5% en 2006, ce qui représente plus de 350000 personnes. Plus de 80% d'entre elles sont des diabétiques de type 2, à évolution sournoise, muette, qui n'auront pas besoin d'insuline durant des années. Une partie de ces dernières ne se sait pas malade, un dépistage n'ayant pas eu lieu, et n'apprendra son diagnostic qu'à la faveur de l'apparition d'une complication. Le diabète de type 1 par contre apparaît de façon brutale et nécessite un traitement insulinique immédiat.

Le diabétique 1 perd du poids alors que le diabétique 2 en prend, ce qui est la cause de l'émergence de la maladie. Dans le diabète 1, le pancréas ne sécrète plus d'insuline alors que, dans le diabète 2, l'insuline est encore présente pendant très longtemps, mais les cellules de l'organisme ne répondent plus à son action.

Le dépistage du diabète, c'est pourtant très simple. Il suffit d'étudier un paramètre unique, la glycémie, qui se dose en quelques secondes dans une goutte de sang minuscule.

Comment expliquer l'augmentation explosive de cette maladie? L'exemple suivant peut nous fournir une explication. Aux USA, près de Phœnix, vit une population d'Indiens Prima. Pour des raisons génétiques, leur prédisposition au diabète est de 90% (elle est de 25% chez nous). Jusque dans les années 40, ils vivaient frugalement de la pêche, élevant quelques animaux et cultivant un jardinet. Pour des raisons de manque d'eau, la ville de Phœnix propose de les nourrir gratuitement sur le mode américain, bien entendu.

Fig. 3 : Fond d'œil normal.

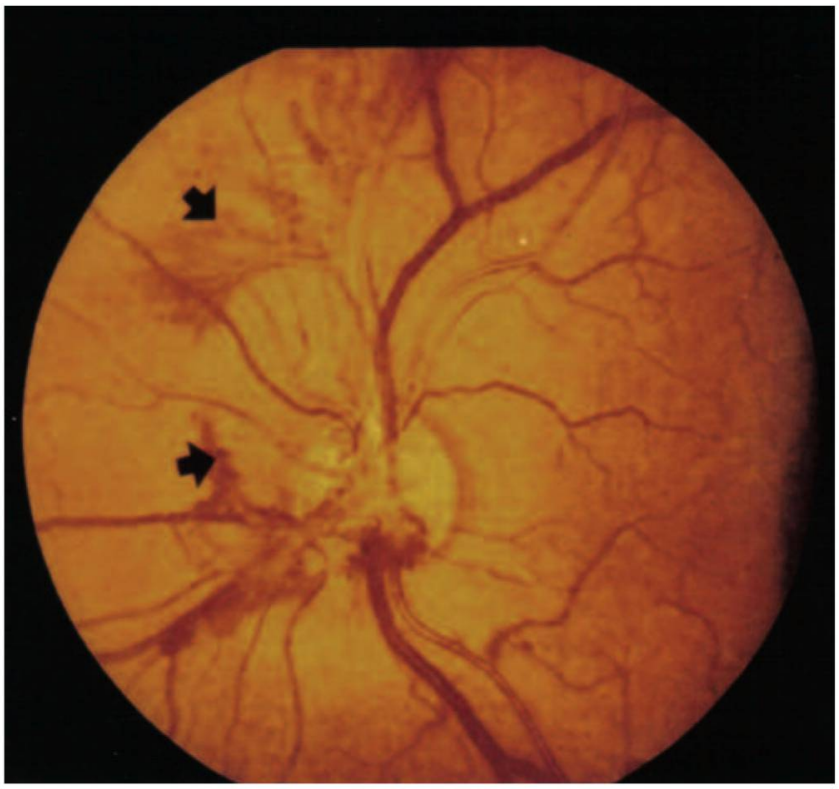

Fig. 4 : Fond d'œil diabétique.

En 1940, il y a 1% de diabétiques chez les Prima. En 1990, 90% d'entre eux le sont devenus et leur poids corporel moyen a augmenté de façon extrême. Pour les esquimaux par contre, dont actuellement personne ne se soucie et qui continuent de vivre avec leurs habitudes alimentaires traditionnelles, 1% était diabétique en 1940 et il est toujours à ce niveau en 1990. Leur poids moyen, au contraire de celui des Prima, est resté stable.

Ces deux exemples font la démonstration que l'explosion du diabète est liée à l'alimentation et à la sédentarité.

Pour revenir aux complications du diabète, on doit se souvenir que 30 à 40% des diabétiques non ou mal équilibrés ont une néphropathie qui peut les conduire à l'urémie, à l'hémodialyse et à la transplantation rénale. Actuellement, un nouveau dialysé sur trois est un diabétique. Pour la rétinopathie, le diabète est la cause la plus fréquente de cécité (fig. 3 et 4). L'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde sont trois fois plus fréquents que chez le non diabétique. Il en va de même pour les attaques cérébrales. Pour la gangrène des membres inférieurs, elle est vingt fois plus fréquente et les amputations quinze à trente fois (fig. 5). D'ailleurs, le diabète est la cause la plus fréquente de toutes les amputations des membres inférieurs.

Fig. 5 : Gangrène d'un orteil avant l'amputation.

Fig. 6 :
Botero – Famille obèse, probablement aussi diabétique.

Fig. 7 : Digne représentant de la génération Coca-Cola et Mac Donald.

Le mode de vie en cause

Le surplus de poids et l'obésité sont deux des états pathologiques les plus fréquents rencontrés chez l'adolescent. Ces deux «maladies» risquent d'avoir un impact sur tout le déroulement de leur existence, car un grand nombre d'entre eux deviendront des adultes obèses. Souvent les enfants dont les parents sont obèses semblent condamnés à suivre les traces de leurs géniteurs, comme Botero le montre si bien dans certains tableaux où deux parents obèses bercent un enfant déjà en fort embonpoint, qui risque bien, vingt ans plus tard, lui aussi d'avoir des enfants obèses (fig. 6).

Le Dr Zumstein, de l'hôpital psychiatrique de Bâle, a démontré que 70% des enfants souffrant d'un excès pondéral ont au moins un parent présentant le même problème. Cette obésité infantile (fig. 6) a un pronostic défavorable, car 80% de ces enfants auront, comme déjà dit, un surplus de poids à l'âge adulte et une nette augmentation de leur prédisposition à deux maladies graves, le diabète et l'hypertension. Cet excès pondéral s'accompagne, progressivement au cours de la vie, de nombreuses maladies mais surtout est responsable de l'explosion de la maladie diabétique qui devient une véritable pandémie et qui a permis à un nouveau terme médical de voir le jour, la diabésité.

En effet, le diabète de type 2 représente plus de 80% de tous les diabétiques. Il est souvent révélé par la prise de poids. Il n'éclaterait pas et resterait latent si le poids corporel n'augmentait pas.

Si le facteur génétique joue un rôle favorisant, la sédentarité et le type d'alimentation sont d'une importance capitale. Trop souvent, les repas sont pris en solitaire, à la hâte, devant la télévision. Ils se continuent par le grignotage du paquet de chips, se poursuivent par le grand verre de jus sucré, de coca-cola ou de bière pour se terminer par une sucrerie riche en lipides.

L'enfant, devenu adolescent puis adulte, grossit. Une mauvaise image de soi se fait jour et plus le poids augmente, plus l'envie de bouger diminue. L'isolement s'accentue à cause d'une image socialement négative et pour des raisons esthétiques (fig. 7). En effet, surveiller son poids, c'est aussi choisir sa silhouette.

Le facteur diététique joue-t-il vraiment le rôle capital qu'on lui attribue?

Lors d'un voyage à Goa en Inde, nous avons eu l'occasion de visiter une grande entreprise suisse en construction. Tous les travailleurs étaient nourris dans le cadre de leur activité et recevaient une alimentation frugale et équilibrée faite de riz, de fruits, d'un légume et de poulet. Tous les travailleurs que nous avons examinés étaient de corpulence mince, musclés et en excellente santé. Par contre, nous avons été reçus dans les familles

Fig 9 : Quelques vignettes destinées aux écoles.

dirigeantes indiennes et chinoises de cette fabrique. Leur alimentation à laquelle nous avons été conviés était de type occidental ou plutôt américain. Le tiers des personnes présentes étaient obèses. Ceci nous montre bien qu'en règle générale l'amélioration du niveau de vie s'accompagne d'un changement alimentaire plus riche en glucides et en lipides, ce qui conduit à une surcharge pondérale.

Et chez nous

Une étude de 2002 montre que parmi les enfants scolarisés dans les cantons de Genève, Zurich et du Tessin, douze à vingt pour cent d'entre eux sont en surpoids, voire déjà obèses et donc en danger de devenir diabétiques.

Et dans notre pays jurassien, quelles furent les actions entreprises pour lutter le plus efficacement possible contre ce fléau que représente le diabète?

Jusqu'en 1980, seule existait l'association alémanique des diabétiques du canton de Berne. Pour les diabétiques de langue française, l'association neuchâteloise leur avait ouvert les bras et une centaine d'entre eux s'y étaient inscrits. Dès 1980, une association du canton de Jura est fondée. Rapidement, dès 1982, elle est suivie par la création de celle du Jura bernois. En 2007 à Aarau, cette dernière a d'ailleurs fêté son vingt-cinquième anniversaire en même temps que l'association suisse qui fêtait, elle, son cinquantième anniversaire.

Rapidement, ces deux associations jurassiennes ont connu un succès réjouissant puisqu'elles comptent actuellement deux cent septante membres dans le canton du Jura et trois cent soixante dans le Jura bernois. Dès leur création, ces deux associations se sont montrées très actives dans le cadre helvétique en général et en Suisse romande en particulier. Le Dr Grimm de Moutier a été rédacteur en chef du journal des diabétiques pendant plus de dix ans et le soussigné lui a succédé de 2000 à 2005.

Dès 1980, de nombreuses activités ont été organisées: cours de cuisine pour diabétiques, stages sportifs d'été et d'hiver pour jeunes diabétiques, nombreuses conférences ouvertes au public, journées d'information et de dépistage de la glycémie. A ce sujet, plusieurs centaines de dépistages ont lieu chaque année dans le Jura et chaque fois 10% environ des résultats sont positifs, en partie chez des malades ayant oublié leur traitement, en partie chez de nouveaux diabétiques.

Lors des festivités préparées pour le vingt-cinquième anniversaire de l'association jurassienne bernoise du diabète, le problème de la jeunesse a été évoqué; tout particulièrement les problèmes liés au changement de vie de nos sociétés, aux habitudes alimentaires, à l'inactivité physique, en un mot à notre nouveau confort qu'il est si difficile d'assumer. Une

importante prise pondérale survient et cette accumulation de graisse fait éclater un diabète qui serait autrement resté latent.

Les chiffres fournis par l'étude suisse citée plus haut sont probablement très proches de ceux que l'on pourrait obtenir dans nos régions jurassiennes. Dans cette optique et dans le cadre de notre vingt-cinquième anniversaire, nous avons conçu un DVD et une brochure évoquant tous les dangers de la malbouffe et du manque d'effort physique. Il a été mis à disposition et distribué dans les écoles (Fig. 9).

On y montre avec humour la façon de se comporter pour éviter une prise de poids inconsidérée et de basculer avec un peu de malchance génétique dans le camp des diabétiques. C'est aussi pour tenter de donner tort à ceux qui prédisent une augmentation des complications liées à cette maladie et qui annoncent que, pour la première fois depuis longtemps, l'espérance de vie des jeunes générations va baisser. D'ailleurs, les caisses-maladie sont déjà sur le qui-vive. Elles risquent, comme c'est le cas pour les assurances-vie, de relever les cotisations de ceux qui souffrent de diabésité et qui ne prennent pas leur santé ni leur destin en main. Une aide pourra également être apportée aux automobilistes qui risquent d'être discriminés dans un proche avenir.

Depuis quelques années, nous organisons, tous les deux ans, une journée interjurassienne qui connaît un beau succès et qui a lieu alternativement à Delémont et à Saint-Imier. Dès 2007, les deux sociétés se rapprochent et une fusion est envisagée. Nous aurons ainsi plus de force pour atteindre nos buts et pour aider nos compatriotes à se prémunir contre cette «épidémie» redoutable.

Témoignage

Je m'appelle Jean, je suis Suisse né en France à Bordeaux en 1924, d'une famille très modeste et je suis l'aîné de treize enfants. Ceci pour vous dire que mon enfance s'est passée entre privation et travail dès mon plus jeune âge.

Puis la guerre est arrivée avec ses restrictions alimentaires qui, par périodes, confinaient à la famine. Cette période, de ce point de vue-là, a été presque insupportable.

Au sortir de la deuxième guerre mondiale, je me suis juré que, jusqu'à la fin de mes jours, j'étais prêt à travailler autant qu'il le fallait pour enfin manger à ma faim et ne plus jamais me priver de rien.

Grâce à cette bonne résolution que j'ai pu mettre en pratique, j'ai pris quelques kilos par an au fil des années. Cette lente prise de poids s'est transformée progressivement en embonpoint. Lorsqu'on me faisait remarquer le changement qui s'opérait dans mon aspect, je répondais que chacun a le droit d'avoir un petit défaut et que, si je

mangeais un peu trop, au moins je ne prenais ni médicament dangereux, ni alcool en grande quantité. C'est ainsi que de soixante-sept kilos à vingt-cinq ans, j'ai passé à nonante-huit kilos à soixante-cinq ans. Bien entendu, je ne me suis jamais intéressé à ma santé et en particulier je n'ai jamais fait d'examen de sang pour détecter un éventuel diabète.

Quand le moment tant attendu de la retraite arrive, les problèmes commencent. Progressivement, je sens la fatigue m'envahir, je deviens apathique, je passe mes journées à dormir. Je me plains de palpitations, je ressens des angoisses et une douleur intermittente dans la région thoracique qui devient lentement insupportable. Devant ces symptômes, mon médecin m'hospitalise et c'est alors que l'on découvre que je souffre d'un diabète de type 2 très fortement déséquilibré.

Maintes fois on m'explique l'importance qu'il y a de prendre au sérieux un programme alimentaire, à contrôler mon diabète, à suivre régulièrement mon traitement. Comme je vais mieux, je ne tiens évidemment aucun compte de ces conseils.

Les problèmes de santé se multiplient. Je pense alors, pour la première fois, que la promesse que je m'étais faite, il y a quarante ans, était peut-être à revoir. Je fais donc un régime bien serré, qui me coûte beaucoup. En deux ans, je perds quinze kilos.

Je vais effectivement mieux, mais, malheureusement, le diabète a déjà fait des dégâts et deux ans plus tard, je suis hospitalisé en urgence. On me parle alors d'un cœur diabétique avec des troubles valvulaires et des rétrécissements coronariens.

Mon moral en prend un coup et j'ai vraiment envisagé que j'allais mourir. Je reprends de nouveau mon programme alimentaire et mes traitements. Et je perds encore dix kilos. Entre-temps, je suis aussi hospitalisé en urgence et l'on doit m'appareiller au point de vue cardiaque.

A mon retour au domicile, je me retrouve avec le poids de mes vingt-cinq ans. Le plus extraordinaire, c'est que, progressivement, mon diabète s'équilibre à un point tel que, comme par enchantement, je peux arrêter tous mes médicaments antidiabétiques avec un équilibre du diabète qui reste parfait. En fait, je me retrouve avec une prédisposition au diabète évidente, mais avec un diabète qui a disparu.

Maintenant je fais très attention à ne pas reprendre de poids. Je me surveille attentivement. Je me rends compte aussi qu'il m'aura fallu quarante ans pour comprendre que si, tout au long de ma vie, j'avais fait un peu attention à mon hygiène alimentaire, à mon état de santé, je serais peut-être resté prédisposé au diabète mais sans jamais voir cette maladie se manifester.

Pour le moment, je me porte bien, malgré le fait que mes problèmes cardiaques avec l'opération que j'ai dû subir restent difficiles à assumer. Aujourd'hui, mon diabète parfaitement équilibré ne me cause plus de problème mais mon cœur, gravement atteint par mon déséquilibre diabétique ancien, continue à rester mon souci quotidien.
J'aimerais encore souligner que, lorsque les premiers problèmes graves de santé sont intervenus, j'ai réussi à faire les efforts nécessaires pour perdre du poids et pour améliorer l'état de mon diabète, alors que, auparavant, ceci me paraissait impossible.
Quel malheur qu'il faille attendre les complications du diabète pour prendre conscience du drame lié à cette maladie et pour trouver tardivement enfin la volonté d'agir! Quel malheur (!) que le diabète ne soit pas d'emblée une maladie douloureuse!
Si c'était le cas, chacun s'occuperait de sa glycémie en temps utile et ne s'exposerait pas à toutes les complications causées, un jour ou l'autre, par cette affection.

Jean Sidler, Bordeaux, Tramelan, Saint-Imier

Le Docteur Robert Uebersax est spécialiste FMH en médecine interne, ancien chef de clinique à Genève et au service de médecine de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, ancien médecin-chef de l'hôpital du Jura bernois, site de Saint-Imier et ancien maître d'enseignement et de séminaires aux hôpitaux universitaires de Genève.