



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : FRANÇAIS

Cinquante-septième session

Brazzaville, République du Congo, 27 – 31 août 2007

Point 7.5 de l'ordre du jour provisoire

**PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU DIABÈTE :
UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

Rapport du Directeur régional

Résumé d'orientation

1. Le diabète est une maladie chronique, caractérisée par une hyperglycémie persistante qui nécessite un traitement à vie. Sa prévalence varie entre 1 % et 20 % en Afrique. Le diabète de type 2, qui est la forme la plus courante, est grave par ses complications, en particulier cardiovasculaires. Il constitue un problème de santé publique.
2. Dans la Région, à l'instar des autres maladies non transmissibles, le diabète bénéficie très peu de l'attention qu'il mérite, en dépit de ses répercussions sociales, humaines et économiques. Peu de pays ont des programmes nationaux et des structures de base appropriés de lutte contre cette maladie.
3. La présente stratégie propose aux États Membres d'évaluer l'ampleur du diabète, d'identifier et d'améliorer les axes d'intervention basés sur des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.
4. Les pays sont encouragés à créer les conditions requises pour prévenir, dépister, diagnostiquer, traiter précocement, garantir un accès équitable aux soins et rendre accessibles les médicaments au sein des centres de soins existants.
5. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1–6
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION.....	7–16
STRATÉGIE RÉGIONALE.....	17–39
SUIVI ET ÉVALUATION.....	40
CONCLUSION.....	41–43

RÉSOLUTION

AFR/RC57/R4	Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l’OMS
--------------------	---

INTRODUCTION

1. Le diabète sucré est une maladie chronique dont l'expansion mondiale lui confère les caractéristiques d'une pandémie. Sa forme la plus fréquente est le diabète de type 2 qui représente plus de 85 % des cas. Les autres formes étant : le type 1 (10 %), les diabètes spécifiques et le gestationnel (5 %).¹
2. La maladie recouvre des anomalies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie persistante, résultant d'un défaut de sécrétion ou d'action d'insulino-résistance, ou des deux à la fois. Elle se définit par une glycémie au hasard supérieure à 2g/l (11.1 mmol) avec des symptômes de diabète ou une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/l (7.0 mmol/l) à deux reprises, ou une glycémie supérieure à 2g/l (11.1 mmol) 2 heures après une charge en glucose.²
3. La gravité du diabète reste liée à ses complications, à savoir : les atteintes cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, la cécité, les gangrènes des pieds à l'origine des amputations et l'impuissance sexuelle.
4. Lors de sa Quarante-Deuxième Assemblée mondiale (1989), l'OMS a adopté la résolution WHA42.36 sur la prévention et le contrôle du diabète, invitant les États Membres à évaluer la prévalence du diabète au niveau national, à appliquer des mesures axées sur les populations et adaptées à la situation locale, à établir un modèle pour une approche intégrée de la lutte contre le diabète au niveau communautaire.³
5. Dans la Région africaine, au titre des efforts déployés pour créer un environnement favorable à la lutte contre le diabète, on peut citer : l'adoption des résolutions AFR/RC50/R4 Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine, en 2000, et AFR/RC55/R4 : Maladies cardiovasculaires dans la Région africaine, en 2005. D'autres actions menées conjointement par l'OMS et la Fédération internationale du Diabète (FID) y contribuent.
6. Le présent document examine la situation du diabète (type 2) dans la Région africaine et propose une stratégie pour sa prévention et son contrôle.

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

7. Le diabète sucré n'est plus une rareté en Afrique (Figure 1). Les estimations de la méta-analyse et les données récentes des enquêtes basées sur l'approche STEPwise^{4,5} (par étapes) de la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles montrent une prévalence entre 1 % et 20 %. Dans certains pays tels que Maurice, celle-ci atteint 20 %.⁶ La prévalence mondiale était estimée à 2,8 % en 2000, avec des projections à 4,8 % en 2030. Le nombre total de personnes atteintes passerait de 171 millions en 2000 à 366 millions en 2030 si rien n'était fait.⁷

¹ WHO, *WHO/IDF report of consultation, Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*, Geneva, World Health Organization, 1999.

² WHO, *WHO/IDF report of consultation, Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia*, Geneva, World Health Organization, 2006.

³ OMS, Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé; point 18.2 de l'ordre du jour.

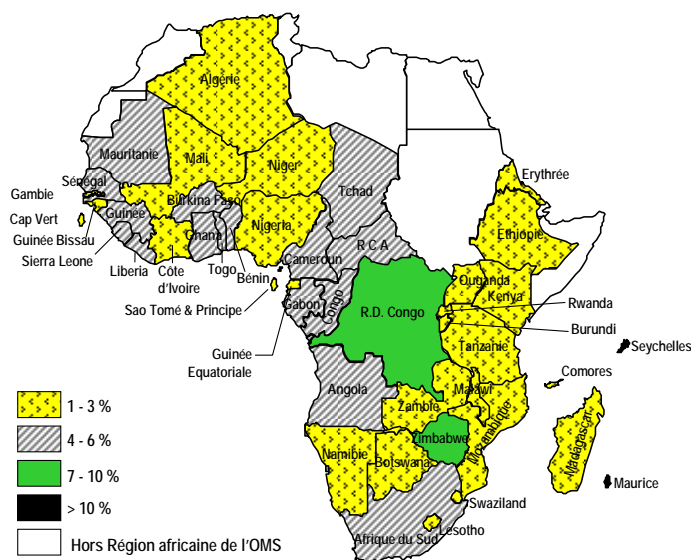
⁴ OMS, Bureau régional de l'Afrique, Division Lutte contre les maladies non transmissibles, Enquêtes basées sur l'approche par étape pour la surveillance des facteurs de risque des MNT, 2006.

⁵ Sobngwi E et al; Diabetes in Africans, epidemiology and clinical specificities; *Diabetes and Metabolism*, 27(6):628 – 34, 2001.

⁶ http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/reportListCountries.aspx (mars 2007)

⁷ Gojka R et al, *Global prevalence of diabetes, Diabetes care* 27(5) : 1047-1053, 2004.

Figure 1 : Taux de prévalence du Diabète dans la Région africaine de l'OMS



Sources: 1- [Infobase.who.int](http://infobase.who.int) ;
2-Sobngwi E, et al ; Diabetes in Africans, epidemiology and clinical specificities;
Diabetes and Metabolism, 27(6):628 – 4, 2001.

8. Les facteurs de risque de survenue du diabète sont bien connus. Ceux-ci comportent des facteurs non modifiables comme l'âge avancé (plus de 45 ans), l'hérédité (collatéraux directs), et les antécédents de diabète gestationnel. Les facteurs modifiables sont l'obésité, l'inactivité physique et la consommation excessive d'alcool.

9. L'Afrique qui fait face à la double charge des maladies transmissibles et des MNT, est frappée par des changements de mode de vie traditionnel. Il en découle des désordres alimentaires et l'inactivité physique qui favorisent l'obésité. L'émergence du diabète de type 2 observé chez l'enfant et l'adolescent serait liée à l'obésité.

10. La charge de la maladie est très élevée. Le diabète méconnu en Afrique est de l'ordre 60 à 80 % des cas diagnostiqués au Cameroun, au Ghana et en Tanzanie.⁸ Le taux d'amputation des membres varie de 1,4 % à 6,7 % des cas de pieds diabétiques. Le nombre de décès annuel lié au diabète est estimé à plus d'un million dans le monde.⁹ Dans certains pays de la Région, le taux de mortalité est supérieur à 40/10 000 habitants.¹⁰

⁸ IDF, *Diabetes Atlas*, 2nd Edition, International Diabetes Federation, Brussels, 2003.

⁹ WHO, *Preventing diabetes a vital investment*, Geneva, World Health Organization, 2005.

¹⁰ WHO, *The burden of mortality attributable to Diabetes*, Geneva, December 2004.

11. Le manque aigu de spécialistes et d'agents formés au diabète rend sa prise en charge difficile. Des généralistes ou des tradithérapeutes en assurent parfois le suivi.¹¹ Très peu de pays possèdent des structures de soins appropriées au diabète. L'examen de la glycémie n'est pas toujours réalisable dans les centres de santé.

12. Dans la Région, les personnes atteintes de maladies chroniques dont le diabète, consultent au niveau des structures périphériques. Encore axées sur les affections aiguës, ces structures ne sont généralement pas adaptées pour fournir les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques.

13. L'observance des traitements antidiabétiques, au long cours, demeure problématique en raison de leur coût prohibitif, de leur indisponibilité et de l'absence de subventions étatiques. On estime à US \$229 le coût annuel direct d'un traitement par insuline, dont plus de 70 % pour l'insuline.¹² Le coût mensuel par glibenclamide (spécialité) équivaut à 6,1 jours de travail au Nigéria et à 16,6 jours de travail en Ouganda, d'un employé au salaire minimum.¹³ En 2001, au Cameroun, le coût direct par patient était de US \$489 dont 56,5 % en hospitalisation, 33,5 % en médicaments, 5,5 % en tests et 4,5 % en consultation.

Justification

14. La présente stratégie régionale sur le diabète découle de la résolution¹⁴ sur les MNT dans la Région. Elle répond, de manière spécifique, au besoin d'accroître l'impact, hélas, encore limité des programmes basés sur l'approche intégrée de lutte contre les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles.

15. Dans la Région, la vulnérabilité au diabète des groupes de 45 à 65 ans, les expose aux complications et décès prématurés. Il en résulte une baisse de productivité dont le coût économique, ajouté au coût du traitement des autres types de diabète (type 1 et gestationnel), constitue une charge supplémentaire pour les systèmes de santé déjà fragilisés.

16. Le diabète de type 2 peut être prévenu dans 80 % de cas par des mesures simples. Les efforts consentis pour lutter contre le diabète en Afrique restent en deçà des résultats attendus sur le terrain. Aussi, convient-il de revisiter le modèle hospitalo-curatif du diabète en l'insérant dans les soins de santé primaires.

STRATÉGIE RÉGIONALE

Buts et objectifs

17. Le but de la présente stratégie régionale est de contribuer à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée au diabète et à ses facteurs de risque associés.

¹¹ Motola AA, Diabetes trends in Africa, *Diabetes and Metabolism, Research and Reviews*; 18(S3) : S14-20, 2002.

¹² Chale SS, et al Must diabetes be a fatal disease in Africa? Study of costs of treatment, *British Medical Journal* 304 : 1215-1218, 1992.

¹³ OMS, *Étude des prix des médicaments et interventions proposées pour améliorer l'accès aux médicaments dans 6 pays de l'Afrique subsaharienne*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

¹⁴ Résolution AFR/RC50/R4, Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine. In : *Cinquantième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, 28 août - 2 septembre 2000, Rapport final*, Harare, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2000 (AFR/RC50/10), pp. 13-15.

18. La stratégie a pour objectifs :

- a) d'accroître la sensibilisation et le plaidoyer en faveur de la lutte contre le diabète, sur la base de données épidémiologiques fiables pour les décideurs et le public;
- b) de promouvoir les interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire en faveur du diabète;
- c) de renforcer la qualité des soins de santé en intégrant le diabète dans les soins de santé primaires pour un accès juste et équitable;
- d) d'améliorer les capacités du personnel de santé à mieux prendre en charge le diabète et les maladies associées;
- e) de soutenir la recherche sur les interventions communautaires, y compris la médecine traditionnelle.

Principes directeurs

19. Pour prévenir et contrôler le diabète, les principes suivants devront guider la mise en œuvre de la stratégie :

- a) prise en charge globale du diabète par des interventions d'un bon rapport coût-efficacité dans les actions préventives, curatives, réadaptatives et participatives;
- b) intégration du diabète dans un programme national de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles;
- c) équité et accessibilité à des soins de qualité pour les personnes atteintes de diabète;
- d) multisectoralité et partenariat, avec rôle prédominant du secteur de la santé, associant la société civile et favorisant la coopération avec les associations de diabétiques;
- e) participation des communautés et prise en compte de la dimension genre, ainsi que des croyances locales pour mieux sensibiliser au diabète.

Interventions prioritaires

20. Afin de mieux prévenir et contrôler le diabète, les interventions prioritaires suivantes seront envisagées :

- a) création de conditions favorables au plaidoyer et à l'action pour le diabète;
- b) prévention du diabète et des facteurs de risque associés;
- c) dépistage ciblé du diabète et de ses complications;
- d) diagnostic précoce et traitement adapté du diabète et de ses complications;
- e) renforcement des capacités des systèmes de santé;
- f) réorganisation des soins centrés sur le patient, sa famille et la communauté;
- g) appui à la recherche opérationnelle et fondamentale.

Créer des conditions favorables au plaidoyer et à l'action

21. Le **plaidoyer** sera basé sur l'importance du diabète à côté des principales MNT que sont les maladies cardiovasculaires et le cancer. Il doit reposer sur des partenariats solides pour une **sensibilisation accrue**. Celle-ci doit s'adresser au **niveau communautaire**, à travers des messages de prévention et d'information sur les populations à risque de diabète.

22. La collecte de données fiables permet de guider et de planifier les actions en faveur du diabète et des facteurs de risque associés. Pour cela, les enquêtes STEPS devraient être planifiées et conduites partout en Afrique, en particulier l'étape 3, nécessaire à l'examen de la glycémie.

23. Le diabète doit figurer sur **l'agenda des priorités sanitaires**, bénéficier d'une législation de maladie sociale et de ressources adéquates. Les initiatives et plans nationaux de lutte contre le diabète peuvent servir de point d'entrée dans le programme des MNT.

Prévenir le diabète et ses facteurs de risque

24. La plupart des facteurs de risque du diabète communs aux MNT sont modifiables et peuvent être évités. La mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé¹⁵ constitue la clé de la prévention primaire du diabète. Celle-ci sera renforcée par la lutte contre le tabac et l'abus d'alcool. Ces interventions devraient débiter dès l'enfance, toucher les milieux scolaires et les adolescents.

Dépister le diabète et ses complications

25. Le dépistage ciblé des sujets à risque de diabète devra être encouragé dans les centres de santé. La réalisation de la glycémie à jeun permet de diagnostiquer des diabètes méconnus, car d'évolution silencieuse, trop souvent révélés par des complications.

26. Les états d'hyperglycémies modérées (prédiabète) devront faire l'objet d'une attention particulière chez les personnes à risque de diabète. Leur diagnostic précoce permet une prise en charge qui a montré son intérêt dans la prévention du diabète.

Diagnostiquer tôt et traiter vite et mieux

27. La prise en charge du diabète devrait être précoce. En effet, il existe une relation directe entre le niveau croissant de la glycémie, la survenue du diabète, de ses complications, et l'impact du traitement. La normalisation de la glycémie empêche ou retarde les complications.

28. L'examen de la glycémie devrait être réalisé dans tous les centres de santé grâce à des lecteurs de glycémie dont la fiabilité a été prouvée. Une fois le diagnostic établi, des conseils et des orientations seront donnés sur la base des protocoles établis dans les pays.

29. Les activités de prévention secondaire seront basées sur le traitement des cas déclarés afin d'éviter ou de retarder les complications. La prise en charge du diabète sera globale, intégrant le traitement efficace du diabète, de l'hypertension artérielle, des désordres lipidiques, l'arrêt de la

¹⁵ Résolution WHA57.17, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. In : *Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, 22 mai 2004, Volume 1; Résolutions et décisions*, pp.39-41. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

consommation d'alcool. Les diabètes de type 1 et gestationnel feront l'objet d'une prise en charge spécialisée.

30. L'accès aux antidiabétiques oraux, à l'insuline et aux accessoires de base doit être assuré. Une bonne politique du médicament devrait permettre l'accessibilité et la réduction des coûts de ces médicaments. Les centres de santé et les hôpitaux doivent être dotés en médicaments essentiels et génériques d'un coût abordable. Concernant les antidiabétiques oraux, la metformine et le glibenclamide sont conseillés par consensus.¹⁶

31. La prévention tertiaire reste capitale en raison du grand nombre de complications liées au diagnostic tardif. Un accent particulier sera mis sur la prévention de la cécité, de l'insuffisance rénale et surtout des lésions des pieds, sources d'amputations. Les soins des pieds diabétiques seront prioritaires dans les centres de santé.

Renforcer les capacités des systèmes de santé

32. La nécessité d'intégrer la prise en charge du diabète **dans les centres de santé primaires** s'impose à travers la délivrance d'un paquet minimum d'activités couvrant l'identification des personnes (groupes) à haut risque et requiert de les y référer pour le dépistage, le suivi et la supervision des soins. Le personnel de santé sera formé à la prévention et à la prise en charge du diabète dans les centres de santé primaires. Ceci permettra aux soins dispensés jadis par seul le médecin d'évoluer vers une équipe multidisciplinaire formée et intégrée dans les centres de santé.

33. Les premiers niveaux de référence et les niveaux élevés de soins supporteront les centres de santé primaires pour le dépistage, le diagnostic et le début du traitement des patients. Ils prendront également en charge les complications. Ceci pourrait se faire dans des cliniques spéciales intégrées.

Centrer les soins autour du patient

34. Les soins quotidiens du diabète requièrent un changement de mode de vie. Le rôle du patient et sa responsabilité dans les soins doivent en faire un acteur actif. Les agents de santé doivent l'accompagner vers son autonomisation. Dans la gestion proactive du diabète, le rôle de la famille et de la communauté optimise sa prise en charge.

Appuyer la recherche

35. Pour mieux cibler les domaines prioritaires dans la recherche, pour mieux prévenir et contrôler le diabète, les pays seront encouragés à soutenir et financer les travaux de recherche en y intégrant la médecine traditionnelle. Il conviendra d'encourager la formation des chercheurs, d'équiper les universités, les institutions de recherche, les écoles de médecine et les centres de formation.

¹⁶ FID, Guide de prise en charge du diabète de type 2 pour l'Afrique sub-saharienne, Dar es - Salaam, Fédération internationale du Diabète, 2006.

Rôles et responsabilités

Rôles des pays

36. Les pays devraient :
- a) élaborer et mettre en œuvre les politiques et plans de lutte contre le diabète, intégrés dans les programmes nationaux de prévention et de maîtrise des MNT; mettre en place au niveau national, des systèmes de surveillance intégrée;
 - b) renforcer leurs systèmes de santé et les capacités de la lutte contre le diabète en favorisant : i) la participation des individus et des communautés aux soins et au soutien des personnes atteintes de diabète; ii) la collaboration avec les partenaires; iii) la recherche fondamentale et opérationnelle sur le diabète;
 - c) mobiliser des ressources internes et externes, et les allouer régulièrement, assurer la coordination des interventions des différents acteurs, assurer le suivi des programmes de lutte contre le diabète et les MNT;
 - d) achever et publier leurs enquêtes STEPS ;
 - e) renforcer les partenariats avec les autres parties prenantes.

Rôles de l’OMS et des partenaires

37. L’OMS et les partenaires devraient :
- a) fournir une assistance technique aux pays pour l’analyse et l’élaboration des politiques; la collecte et l’analyse des données, ainsi que leur diffusion;
 - b) élaborer et rendre disponibles les normes et lignes directrices pour le diagnostic et le traitement du diabète, ses complications et ses facteurs de risque associés;
 - c) inciter les principaux partenaires, à savoir la Fédération internationale du Diabète et les autres à allouer des ressources additionnelles aux interventions en faveur du diabète;
 - d) encourager et soutenir la recherche sur le diabète afin de mieux le prévenir et d’améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

Implications en termes de ressources

38. La plupart des pays dépensent déjà des ressources financières considérables essentiellement dans la prise en charge clinique du diabète. Les interventions proposées dans ce document nécessitent une réorganisation et une concentration des ressources pour faciliter leur mise en œuvre. Plus particulièrement, il s’agira d’assurer et de garantir d’une part, la disponibilité de ressources humaines convenablement formées à tous les niveaux du système de soins de santé, et d’autre part, celle de médicaments et consommables nécessaires pour le dépistage et le traitement des personnes affectées, ainsi qu’un mécanisme de suivi de la communauté.

39. Dans nombre de pays, des ressources additionnelles doivent être mobilisées, d’abord au niveau interne et ensuite auprès des partenaires. À cet égard, les pays utilisant les informations disponibles sur les coûts des médicaments et autres consommables nécessaires, devraient estimer leurs besoins pour faciliter le travail de leur programme de mobilisation des ressources.

SUIVI ET ÉVALUATION

40. La surveillance du diabète et de ses facteurs de risque reste une des composantes majeures de l'évaluation et du suivi. Les enquêtes STEPS constituent un des outils indispensables à côté des registres du diabète.

CONCLUSION

41. Le diabète représente un problème réel et croissant pour la santé dans la Région. Un engagement soutenu des autorités permettrait de répondre au double défi posé en termes de prévention et de prise en charge d'une part, du poids létal des complications, en particulier cardiovasculaires, d'autre part.

42. Les approches multidisciplinaires et multisectorielles sont indispensables à la prévention et au contrôle du diabète. Elles constituent en Afrique plus qu'ailleurs la pierre angulaire des interventions qui seront centrées sur le patient et la communauté, dans le cadre des soins de santé primaires.

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