



Réunion régionale de la Fédération Internationale du Diabète (FID) Afrique pour la Mise en œuvre de la Résolution des Nations Unies sur le diabète (61/225) en Afrique 19 Décembre 2008, Nairobi, Kenya

Historique

Des membres de la Région Afrique de la FID se sont réunis en décembre 2008 pour formuler un plan d'action sur la mise en œuvre de la Résolution des Nations Unies sur le diabète en Afrique. La réunion, organisée par le Président régional, le Dr Alieu Gaye, a rassemblé des représentants de 14 pays d'Afrique; les participants se sont engagés à mettre en œuvre cette résolution de l'ONU et à améliorer la prévention, le traitement et les soins du diabète sur le continent.

L'épidémie de diabète

La prévalence croissante du diabète de type 2 menace de saper les systèmes de santé dans le monde. Les toutes dernières estimations de la Fédération Internationale du Diabète (FID) suggèrent que 380 millions de personnes seront touchées d'ici 2025, une personne mourant toutes les 10 secondes.¹ Le diabète devient un problème de santé croissant dans les pays en développement: le nombre de personnes touchées y a considérablement augmenté ces dernières années.² Au début du XX^e siècle, le diabète était rare en Afrique. Mais, avec l'urbanisation rapide et le changement du système de vie sociale au XXI^e siècle, la maladie et ses complications y ont augmenté.^{2,3,4}

Au cours des 15 années précédant 2010, la FID avait prédit que la prévalence du diabète en Afrique augmenterait de près de 100 %.⁴ On estime donc qu'entre 2007 et 2025, la prévalence du diabète sur le continent augmentera de 3,1 % à 3,5 % (de 10,4 à 18,7 millions de personnes).² L'espérance de vie d'une personne ayant un diabète de type 1 peut être réduite jusqu'à 7 mois au moment du diagnostic dans certains pays africains. De même, avec l'impact accru du diabète de type 2, le risque de complications liées, comme la cécité, les amputations et les déficiences rénales va augmenter. Une telle situation va imposer un fardeau supplémentaire à des pays déjà largement éprouvés par des infections courantes engageant le pronostic vital.^{2,4,5}

¹ Fiche descriptive de la Fédération Internationale du Diabète: 'Le saviez-vous?' de mars 2009: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=37>

² Atlas du diabète, troisième édition © Fédération Internationale du Diabète, 2006

³ L'épidémie du diabète sucré: une perspective internationale - New York: John Wiley & Sons; 2001

⁴ La voix du diabète, Septembre 2006; Volume 51 (Question 3): Zoom sur l'Afrique

⁵ Déclaration et plan stratégique pour l'Afrique en matière de diabète: appel et plan d'action pour la prévention et le contrôle du diabète et des maladies chroniques associées

Extrait mars 2009:

http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20Declaration%20%20Strategy%20for%20Africa_full.pdf

C'est pourquoi la FID lance dès maintenant un appel pour des actions immédiates contre une maladie qui, non attaquée en urgence, menacera bientôt la viabilité de nombreuses économies africaines.⁴

Où en sommes-nous aujourd'hui?

La Résolution des Nations Unies sur le diabète a été ratifiée en 2006 pour porter l'attention sur la nécessité d'arrêter l'épidémie croissante du diabète de type 2. La même année, des représentants de la FID Afrique et le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS-AFRO) ont finalisé respectivement la Déclaration africaine et le Plan stratégique sur le diabète pour l'Afrique. Ce plan d'action encourage les hommes politiques, les responsables du financement en matière de santé, les décideurs, tous les secteurs publics, les organisations non-gouvernementales, le secteur privé et la communauté à agir pour réduire le coût public et individuel du diabète et des maladies non transmissibles associées. La Déclaration et la stratégie pour l'Afrique offrent un cadre de mise en œuvre pour des interventions spécifiques visant à réduire le fardeau du diabète dans chaque pays. Le plaidoyer, l'implication des personnes, des familles et de la communauté, la mobilisation des ressources figurent parmi les principales stratégies visant à prévenir le développement du diabète de type 2, à améliorer la qualité de vie et à réduire la morbidité et la mortalité chez les personnes atteintes de diabète.

Malgré ces initiatives, de profondes lacunes demeurent en matière de prévention, de traitement et de soins pour le diabète en Afrique. C'est pourquoi une action urgente est indispensable contre cette maladie qui prend actuellement des proportions épidémiques. La réunion de la FID Afrique à Nairobi a marqué une nouvelle étape importante dans la concrétisation de la résolution de l'ONU pour les millions de personnes vivant avec le diabète en Afrique. Elle a offert l'opportunité de faire le point sur les progrès réalisés dans la région à ce jour et l'état des lieux et a agi comme catalyseur pour le développement d'un plan d'action pour la prévention, le traitement et les soins du diabète. Elle a permis de faire avancer le processus de mise en œuvre de la Résolution des Nations Unies sur le diabète dans la région.

Il persiste toujours des disparités importantes sur l'existence et l'état de mise en œuvre des programmes sur le diabète à travers l'Afrique. Certains pays ont engagé des initiatives innovantes et réussies. Au Sénégal par exemple, un centre du diabète a été créé il y a 40 ans et des médecins ont commencé à établir des programmes locaux qui ont été à la base du Programme National de Lutte contre le diabète. Il existe également des centres d'excellence, qui ont été adaptés aux besoins traditionnels et culturels locaux. En Afrique du Sud notamment, des programmes ont pour objet de sensibiliser le public sur la prévention du diabète dans les écoles, en encourageant les choix d'une alimentation saine et de l'activité physique. Dans d'autres pays toutefois, les changements de personnel au sein des

gouvernements et l'évolution des politiques rendent difficiles la mise en place et l'application de programmes nationaux sur le diabète.

Dans le cadre d'un effort mondial pour (appliquer) la mise en œuvre de la résolution de l'ONU sur le diabète, la FID a créé un groupe de travail sur la politique et l'action nationale portant sur le diabète, avec les objectifs suivants:

- Identifier les pays ayant des programmes sur le diabète et faciliter les activités
- Aider au développement de programmes nationaux là où il n'en existe pas
- Développer un cadre de mise en place d'une politique nationale sur le diabète

Le plan d'action décrit dans ce document aidera à atteindre les objectifs de ce groupe de travail en permettant à chaque pays de définir ses priorités en fonction des besoins locaux, la mobilisation du personnel approprié et l'attribution des ressources (en fonction) selon les (des) priorités nationales.

Plan d'action

Développé par la FID Afrique et ses organisations nationales membres, le plan d'action pour la mise en œuvre de la résolution de l'ONU en Afrique définit une stratégie claire pour la prévention du diabète à trois niveaux clés:

1. Le niveau gouvernemental
2. Le niveau soins de santé primaire
3. Le niveau communautaire

La première étape implique la création d'une volonté politique de lutte contre le diabète. Des actions concrètes telles que l'amélioration du système de santé, des capacités et de l'offre de soins devront en découler. Les actions visant l'éducation et l'information des populations sur la prévention primaire et secondaire du diabète, son traitement et ses soins seront mises en place dans les communautés, dans les écoles et sur les lieux de travail. En outre, des actions pour superviser et évaluer la mise en œuvre et les progrès du plan sont recommandées.

Le professeur Jean Claude Mbanya, Président élu de la FID, a appelé à la traduction et à l'adaptation au niveau national de cette stratégie régionale de lutte contre le diabète en Afrique, pour aider à mener des initiatives locales et à développer des structures qui assureront la mise en œuvre effective et étendue de la résolution de l'ONU en Afrique.

I. Actions au niveau gouvernemental: Création d'une volonté politique

1. Rédaction de Correspondances

Dans le premier cas, le président de la région, le docteur Alieu Gaye, doit adresser un courrier à chaque Ministre de la santé, s'appuyant sur l'élection de Jean-Claude Mbanya comme premier Président Africain de la FID, et soulignant l'importance du diabète en Afrique et aidant à la création d'une volonté politique pour la lutte contre le diabète de type 2 et sa prévention dans chaque pays.

Échéances:

Il conviendra de préparer un avant-projet du courrier dans 2009

2. Formation d'un groupe d'action national multisectoriel contre le diabète (ou contre les maladies non transmissibles)

Un groupe d'action national multisectoriel doit être formé dans chaque pays de la région. Composé de membres du gouvernement, d'associations professionnelles compétentes, de l'industrie et des ONG, le groupe devra s'assurer que le Plan d'action de la Déclaration africaine et (de) la Résolution des Nations Unies sur le diabète ont été mis en œuvre pour développer un programme diabète adapté aux besoins locaux. Ceci constituera une force motrice essentielle pour les actions nécessaires aux soins et à la prévention du diabète dans la région à l'avenir.

Échéances:

La formation des groupes doit être entamée d'ici septembre 2009

3. Formation du groupe d'action parlementaire

Un groupe d'action parlementaire national constitué des décideurs politiques principaux, doit être constitué dans chaque pays pour s'assurer que le diabète continue de rester à l'ordre du jour (du diabète) au sein du gouvernement. Ceci sera particulièrement important pour garantir, sécuriser et pérenniser le financement provenant du gouvernement pour la mise en œuvre des plans d'action, les changements de personnel étant fréquents dans les ministères de la santé et dans les gouvernements africains.

Échéances:

La formation des groupes doit être entamée d'ici novembre 2009

II. Action au niveau des Soins de Santé Primaires: Amélioration des prestations de soins

1. Faire du diabète une partie intégrante des soins de santé primaires

La responsabilité de la prise en charge du diabète doit revenir des soins primaires, pour favoriser l'accès aux soins et améliorer les résultats attendus sur le patient. Les organisations de chaque pays doivent se rencontrer pour discuter de la meilleure manière de faire passer la gestion du diabète du niveau secondaire au niveau primaire, afin d'encourager le diagnostic et la prise en charge précoces de la maladie et de ses complications.

Échéances:

Fin 2010

2. Identifier et dépister les femmes enceintes

Les programmes de dépistage (test de glycémie) doivent être mis à disposition dans chaque pays pour faciliter l'identification et le diagnostic précoce du diabète gestationnel chez les femmes enceintes. Les programmes de formation des professionnels de santé sur les risques associés au diabète gestationnel et les bénéfices à long terme de la prévention précoce du diabète doivent être mis en place ensemble pour aider à juguler l'épidémie de diabète.

Les organisations membres doivent également étudier la possibilité d'intégrer le diabète dans des programmes actuels de formation universitaire spécialisée (tels la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et la formation universitaire spécialisée dans le domaine du paludisme) à partir de partenariats potentiels avec:

- Le Ministère de la santé
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la Family Health International (FHI), la Fondation mondiale pour le diabète (WDF)
- Les Firmes pharmaceutiques

Échéances:

Un cadre de travail doit être établi dans chaque pays d'ici avril 2011

3. Renforcer les capacités

La capacité à fournir les soins nécessaires aux personnes atteintes de diabète en Afrique doit être développée grâce à des programmes de formation à l'échelon national, régional, départemental, local. La formation doit aller au-delà du secteur des soins de santé primaires, pour atteindre celui des soins aux niveaux secondaire et tertiaire, où les personnes atteintes de diabète pourront être envoyées pour la prévention ou le traitement des complications associées au diabète.

- Niveau primaire: infirmier(e)s, médecins, techniciens de santé, personnels de santé communautaire, éducateurs, personnes atteintes de diabète
- Niveau secondaire: diététiciens, podologues, ophtalmologues
- Niveau tertiaire: spécialistes

Le renforcement des capacités nécessite un financement et il peut être difficile d'obtenir tous les fonds nécessaires des gouvernements nationaux. C'est pourquoi, il faudra trouver d'autres sources de financement incluant la FID, la WDF, ainsi que les secteurs de la pharmacie et d'autres industries.

Échéances:

- Doubler le nombre de personnes formées d'ici fin 2010
- Étendre la formation à tous les pays et à toutes les régions d'ici 3 ans
- Former l'ensemble du personnel d'ici fin 2015

4. Définir et mettre en place un paquet minimum de soins

Les plans nationaux de lutte contre le diabète doivent définir un paquet minimum de soins au niveau primaire. De plus, un équipement économique et nécessitant peu d'entretien sera essentiel. Les fournitures doivent également être fiables et durables.

Équipement:

- Un glucomètre et des bandelettes pour assurer le diagnostic précoce du diabète dans chaque centre de santé d'ici fin 2009 (NB: les glucomètres sont souvent disponibles mais leur usage est limité dans de nombreuses régions du fait d'un manque de bandelettes)
- La capacité de doser l'hémoglobine glyquée (HbA1c) d'ici fin 2009 dans les centres de référence et d'ici fin 2015 dans les centres de soins de santé primaires
- Un équipement pour la mesure de la pression artérielle (sphygmomanomètre) et l'évaluation de l'état du pied (monofilament) dans toutes les cliniques d'ici fin 2009 (NB: la FID travaille actuellement sur ce paquet minimum d'équipements)
- Des caméras d'ophtalmoscopie et des caméras mobiles: mise en place de la politique nationale de dépistage de la rétinopathie d'ici fin 2009 et son déploiement d'ici fin 2015.

Directives sur le diabète:

- Les directives de soins doivent être disponibles dans toutes les cliniques d'ici fin 2009

Sensibilisation:

- Les documents éducatifs doivent être disponibles dans toutes les cliniques dans la langue locale d'ici 2010

Accès au traitement:

- Tous les enfants atteints de diabète de type I doivent avoir accès à l'insuline d'ici 2010 et au-delà
- Toutes les personnes atteintes de diabète doivent avoir accès à des médicaments antidiabétiques et antihypertensives abordables: avec pour objectif d'atteindre le plus haut niveau possible de soins de réduction des prix ou fourniture gratuite d'ici 2015.

III. Actions au sein de la communauté: Améliorer la prévention du diabète

Il faut mettre en place des programmes de prévention primaire et secondaire dans différents cadres permettant d'atteindre le maximum de personnes à risque. Les enfants doivent être ciblés dans les écoles, tandis que les adultes doivent être contactés sur leur lieu de travail. Les programmes communautaires peuvent atteindre un grand nombre de personnes par le biais des médias, des organisations religieuses et des groupes d'entraide. Il conviendra de capitaliser sur les programmes et services existants, par exemple en ajoutant le dépistage du diabète aux programmes de test existants de la malaria.

1. La santé à l'école

Actions à court terme:

- Identifier et reconnaître des "champions" dans les écoles
- Encourager les gouvernements à envisager la mise en place de programmes sanitaires à l'école (dans les zones qui en sont dépourvues)
- Introduire des programmes structurés d'éducation physique

Actions à moyen terme:

- Enseigner des facteurs de risque par l'intermédiaire des pairs éducateurs
- Enseigner un mode de vie sain

Actions à long terme:

- Instituer une politique de vente dans les écoles pour assurer la disponibilité et le choix d'une alimentation saine

Partenaires:

- Ministères de la santé, de l'éducation et du bien-être social
- OMS, UNICEF, Banque Mondiale

2. Santé sur le lieu de travail

Actions à court et moyen termes:

- Intégrer des programmes de bien-être des travailleurs dans les programmes actuels de prévention du VIH sur le lieu de travail
- Mettre en place un programme sur le lieu de travail lorsqu'il n'en existe pas
- Instaurer une visite médicale annuelle, notamment pour les personnes de plus de 40 ans
- Mettre en place une politique de non-discrimination pour les personnes atteintes de diabète et d'autres maladies non transmissibles
- Appliquer une politique de nutrition et d'exercice physique dans les entreprises

Partenaires:

- Ministère de la santé

- Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI), OMS, Organisation Internationale du Travail (OIT)
- Employeurs et employés
- Compagnies d'assurance

3. Santé de la communauté

Actions à court terme:

- Programmes de sensibilisation et de dépistage au sein des organisations religieuses
- Sensibilisation et éducation sur le diabète à travers les mass médias
 - Des programmes télévisés et radiodiffusés
- Présentation de modèles
 - Programmes mettant en exergue des héros et/ou des championnats locaux
- Groupes d'entraide et organisations féminines
- Groupes formels et informels
- Activités autour de la Journée Mondiale du Diabète ou de la Journée Mondiale de la Santé

Actions à moyen terme:

- Groupes de comédiens, théâtre

Partenaires:

- Ministère de la santé
- FID
- Industrie pharmaceutique
- Associations de santé et associations médicales
- Médias: journaux, radio, télévision
- Organisations philanthropiques
- Leaders d'opinion et politiciens

4. Des programmes de formation

La formation doit être assurée afin que tous les personnels disposent des compétences nécessaires pour devenir éducateurs. La formation doit également assurer la standardisation du message. L'une des principales priorités consistera à sensibiliser les décideurs quant au besoin de programmes de formation.

- La formation et/ou la mise à niveau seront nécessaires pour les enseignants
- La formation des tradipraticiens de santé pour leur intégration dans les programmes de prévention
- La formation des élèves pour qu'ils deviennent des pairs éducateurs
- Le développement d'outils, de programmes et de manuels standardisés est nécessaire pour chaque groupe

Partenaires:

- FID, OMS
- Ministère de la santé
- Industrie pharmaceutique
- Organisations professionnelles, Universités et autres institutions d'enseignement

Supervision et évaluation

Le Groupe d'action national sera chargé du développement d'un cadre de travail permettant d'évaluer la progression du plan d'action. Le cadre de travail devra être comparable partout en Afrique et permettre un partage de connaissances au sein de la région. Il doit inclure l'évaluation des domaines suivants:

Installations:

- Présence de l'équipement nécessaire

Personnel:

- Nombre et type
- Formation reçue (oui/non)

Services:

- Nombre de personnes examinées

Résultats:

Proportion de personnes atteintes du diabète ayant eu:

- Un contrôle de glycémie
- Un contrôle de la pression artérielle
- Un ulcère et/ou amputation du pied
- Une cécité
- Ayant été référés

Fédération Internationale du Diabète (FID), Réunion régionale africaine

Liste des participants

| | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Professeur J C Mbanya | Cameroun |
| Dr Nkwenti Achu | Cameroun |
| Dr Mpoy Muteba | République démocratique du Congo |
| Dr Evariste Bouenizabila | Congo, Brazzaville |
| Dr Ahmed Reja | Éthiopie |
| Dr Alieu Gaye | Gambie |
| Nancy Njie | Gambie |
| Dr Maimouna Sangare | Guinée |
| Dr C E F Otieno | Kenya |
| Atieno Jalang'o | Kenya |
| Dr Carla Silva Matos | Mozambique |
| Professeur Dinky Levitt | Afrique du Sud |
| Professeur Saïd Norou Diop | Sénégal |
| Dr Kaushik Ramaiya | Tanzanie |
| Dr Tossou Komlan | Togo |
| Dr Silver Bahendeka | Ouganda |
| Maureen Mwansa | Zambie |

Cette réunion de consensus a été menée par la Fédération Internationale du Diabète, Région
Afrique et soutenue par Merck & Co, Inc.