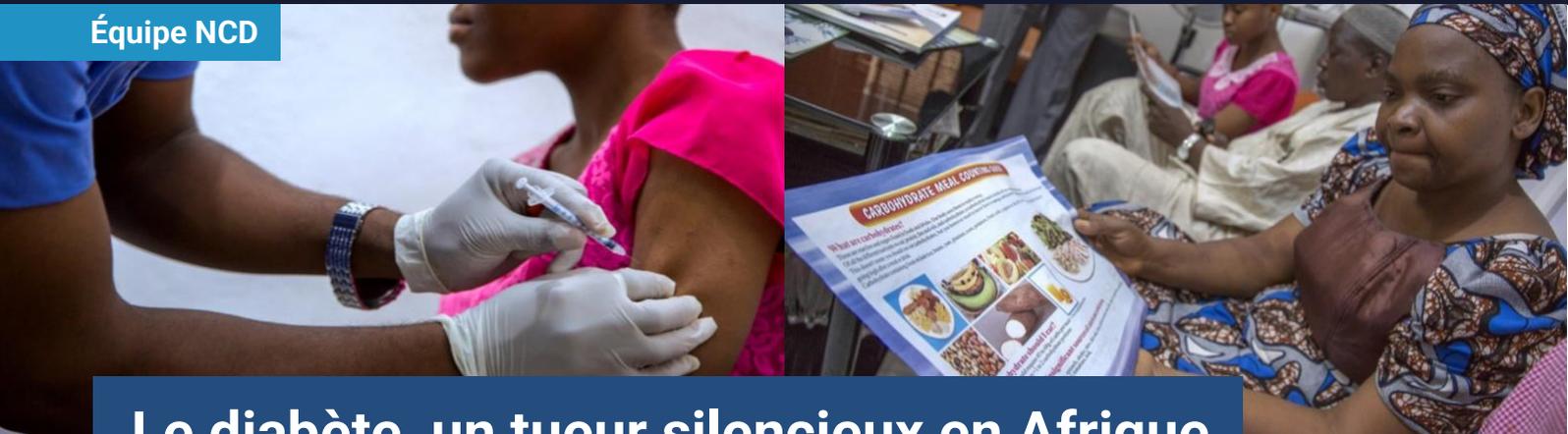


Équipe NCD



Le diabète, un tueur silencieux en Afrique

Justification

Les transitions démographiques, socioculturelles et économiques sont à l'origine de l'augmentation du risque et de la prévalence du diabète et d'autres maladies non transmissibles. Pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable, les pays africains s'attaquent aux défis multidimensionnels que posent les maladies transmissibles et la tendance à la hausse des maladies non transmissibles. Le diabète impose un fardeau économique à l'Afrique, en entraînant notamment des dépenses catastrophiques pour lutter contre la maladie au niveau individuel. Le diabète est la maladie prioritaire à laquelle il faut s'attaquer pour atteindre la cible des objectifs de développement durable consistant à réduire d'un tiers, d'ici à 2030, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles.

Principaux messages

- À l'échelle mondiale, on estime qu'actuellement 537 millions d'adultes âgés de 20 à 79 ans sont atteints de diabète.
- Ce chiffre représentait 10,5 % de la population mondiale de cette tranche d'âge en 2021.
- Selon les estimations, 24 millions de personnes étaient atteintes de diabète en Afrique* en 2021, et ce chiffre devrait passer à 55 millions en 2045, soit une augmentation de 129 %.
- L'Afrique* se classait au deuxième rang des régions où les dépenses liées au diabète étaient les plus faibles (13 milliards de dollars É.-U.), soit 1 % des dépenses mondiales liées au diabète. En Afrique, les dépenses relatives au diabète concernent les soins de santé et sont consacrées aux médicaments, au diagnostic, aux fournitures médicales et aux consultations.
- Plus de la moitié (54 %) des personnes atteintes de diabète dans la Région africaine ne sont pas diagnostiquées.
- Entre 2011 et 2021, la Région a enregistré une multiplication par cinq du nombre de cas de diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents de moins de 19 ans, le nombre de cas étant passé de quatre pour 1000 enfants à près de 20 pour 1000.

1. Qu'est-ce que le diabète ?

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une élévation de la glycémie, appelée hyperglycémie :

- ≥ 200 mg/dl ou $\geq 11,1$ mmol/l lors d'une prise de sang aléatoire, en raison d'une production insuffisante d'insuline par le pancréas ou de l'incapacité de l'organisme à utiliser l'insuline (résistance à l'insuline). À long terme, une hyperglycémie non contrôlée endommagera les organes et les parties du corps humain. Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et d'amputation des membres inférieurs.

Diabète de type 1

Il est causé par une production insuffisante d'insuline dans l'organisme, nécessitant un apport extérieur d'insuline. Par le passé, on parlait de diabète insulino-dépendant, juvénile ou se déclarant dans l'enfance. On ne peut pas l'empêcher. Miction excessive (polyurie), soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, modifications de la vision et fatigue en sont des symptômes courants.

Diabète de type 2

Il est causé par une production insuffisante d'insuline ou une incapacité de l'organisme à utiliser efficacement l'insuline. Le surpoids et l'inactivité physique en sont des facteurs contributifs. Cela a été observé chez 95 % des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète. Si ce type était auparavant réservé aux adultes, il s'est récemment étendu à un nombre croissant d'enfants. Ses symptômes sont similaires à ceux du type 1, mais ils sont moins visibles dans les premiers stades. Par conséquent, il peut n'être diagnostiqué que plusieurs années après son apparition. L'apparition de la maladie peut être évitée ou retardée par un mode de vie sain, notamment en évitant le tabac et l'alcool, en ayant une alimentation saine et en pratiquant une activité physique.

Diabète gestationnel

Ce type d'hyperglycémie survient chez les femmes enceintes avec un risque élevé de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Leurs enfants sont également à haut risque de diabète de type 2. Il peut être diagnostiqué par un dépistage prénatal lors des visites de soins prénatals ordinaires.

Diabète de type 2 à tendance cétosique

Il s'agit d'une forme rare de diabète non immun à tendance cétosique. Il a été identifié pour la première fois chez de jeunes Afro-Américains et tour à tour décrit comme un sous-type des diabètes de types 1 et 2. Certains ont suggéré que le diabète idiopathique ou de type 1B soit reclassé comme un diabète de type 2 à tendance cétosique. Ses phénotypes similaires ont été observés au sein des populations d'Afrique subsaharienne.

Les personnes concernées présentent une cétose et des signes de grave déficience en insuline, mais entrent plus tard en rémission et ne nécessitent pas de traitement à l'insuline. D'autres épisodes cétosiques surviennent chez 90 % de ces personnes dans les 10 ans.

Principaux symptômes



Soif



**Miction
excessive**



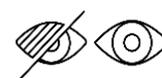
**Perte
de poids**



Fatigue



**Faim
constante**



**Baisse
de vision**

2. Conséquences

La glycémie non contrôlée à long terme chez les personnes atteintes de diabète peut endommager leur cœur, leurs vaisseaux sanguins, leurs yeux, leurs reins et les nerfs, avec des conséquences graves telles que :

- Deux à trois fois plus de risques de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux.
- Au niveau des membres inférieurs, une cicatrisation lente, une circulation sanguine insuffisante, un affaiblissement des sensations avec des lésions nerveuses (neuropathie) sont les facteurs prédisposant aux ulcères du pied diabétique. Cela peut conduire à une amputation des membres.
- La rétinopathie diabétique est causée par des lésions chroniques des vaisseaux sanguins de la rétine, qui altèrent la vision et entraînent la cécité.
- Le diabète est la principale cause fréquente d'insuffisance rénale.
- Résultats thérapeutiques défavorables observés chez les patients atteints de maladies infectieuses telles que la tuberculose et la COVID-19 : les patients diabétiques atteints de COVID-19 courent un risque accru de mortalité.

L'adoption d'un mode de vie sain peut aider à retarder l'apparition du diabète de type 2 et à prévenir ses complications :

- **maintenir un poids corporel sain ;**
- **une alimentation saine ;**
- **pratiquer une activité physique et faire de l'exercice ;**
- **éviter de fumer ou arrêter de fumer.**

La quantité d'alcool consommée, la consommation de tabac, l'obésité, le revenu par habitant, la population totale et les taux de chômage sont tous, à l'échelle mondiale, des déterminants socioéconomiques et du mode de vie statistiquement significatifs de la prévalence du diabète.

Diagnostic

- Interrogatoire du malade : certains patients peuvent présenter des symptômes classiques d'hyperglycémie
- Contrôle de l'hyperglycémie :
 - Glycémie aléatoire (test effectué à n'importe quel moment de la journée). Le diabète est diagnostiqué avec une glycémie supérieure ou égale à 200 mg/dl.
 - Glycémie à jeun, test effectué après huit (8) heures de jeûne (on ne peut boire que de l'eau). Le diabète est diagnostiqué lorsque la glycémie à jeun est supérieure ou égale à 126 mg/dl.
 - Test oral de tolérance au glucose : le diabète est diagnostiqué à une glycémie de deux heures supérieure ou égale à 200 mg/dl.
- Test de l'hémoglobine glyquée (HbA1C ou A1C) : il permet de mesurer la glycémie moyenne des trois derniers mois. Le diabète est diagnostiqué à un A1C supérieur ou égal à 6,5 %.

Traitement

- Le traitement dépend du type de diabète, des taux de glycémie et de la présence de complications :
 - **Type 1** : glycémie contrôlée par des injections d'insuline
 - **Type 2** : un diabète précoce avec une glycémie plus faible peut être pris en charge par une modification du mode de vie ; une hyperglycémie persistante peut être contrôlée par un médicament oral ou une injection d'insuline.
- Pour prévenir les complications, des examens médicaux réguliers sont nécessaires, comme le contrôle de la tension artérielle, de la glycémie et du profil lipidique.
- Dépistage de tout signe et symptôme de complications du diabète comme maladie vasculaire périphérique, maladie rénale diabétique (néphropathie diabétique), dépistage de la rétinopathie, etc.

3. Défis à relever dans la Région africaine

- Le diabète est un tueur silencieux : les personnes peuvent ne pas remarquer leur état diabétique parce que cela peut prendre un certain temps avant que les symptômes se manifestent ou que des complications s'installent. Lorsque ces symptômes et ces complications sont graves, ils deviennent un fardeau socioéconomique pour la personne touchée et les membres de sa famille.
- Les connaissances limitées sur le diabète chez les Africains font partie des entraves à un diagnostic précoce.
- Le dépistage limité du diabète : les établissements de santé ne disposent pas d'agents de santé qualifiés.
- Coût et accessibilité des médicaments : la prise en charge du diabète nécessite un contrôle régulier de la glycémie et la prise de médicaments. De nombreuses personnes en Afrique ne peuvent pas se le permettre à long terme.
- Les dépenses médicales estimées par personne et par an pour le diabète sans complications dans quatre pays allaient de 126 à 1093 dollars É.-U. en Guinée, de 137 à 869 dollars É.-U. au Mali, de 212 à 828 dollars É.-U. au Bénin et de 224 à 859 dollars É.-U. au Burkina Faso.

Tendances à la hausse

- Selon les estimations, 24 millions d'adultes (âgés de 20 à 79 ans) étaient atteints de diabète dans la Région africaine de la Fédération internationale du diabète en 2021, ce qui donne une prévalence régionale de 4,5 %. En tout, 55 % des personnes atteintes de diabète dans la Région ne sont pas diagnostiquées, ce qui constitue la proportion la plus élevée de toutes les régions de la Fédération.
- Le diabète de type 2 a récemment augmenté en Afrique subsaharienne, parallèlement à la transition épidémiologique. L'urbanisation rapide, la pauvreté urbaine et la mondialisation sont les facteurs clés de la transition. La prévalence est encore faible dans certaines populations rurales, mais on a observé une prévalence élevée chez les personnes vivant en milieu urbain.
- Les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles chroniques sont les principales causes de morbidité et de mortalité et entraînent un double fardeau, toutes les classes sociales étant touchées.
- Les personnes riches présentent un risque plus élevé de maladies chroniques, tandis que les pauvres connaissent un risque plus élevé de maladies infectieuses.
- Les systèmes de santé des pays africains nécessitent plus d'investissements et de ressources pour gérer la charge croissante des maladies non transmissibles. Le diabète devrait être intégré aux services de soins de santé primaires existants afin de couvrir son diagnostic et son traitement long et coûteux.
- Cent ans après la découverte de l'insuline, l'accès à celle-ci, ainsi qu'aux dispositifs associés, reste limité dans de nombreux pays. En faisant de l'accès universel à l'insuline une priorité du programme mondial d'action sanitaire et des politiques sanitaires nationales, on devrait améliorer sa disponibilité et rendre ses coûts plus abordables.

Figure 1 : Estimation du nombre de personnes atteintes de diabète, de la prévalence du diabète et du nombre de décès dus au diabète en Afrique (Source : IDF, *Diabetes Atlas 2021, 10th edition, 2022*)

Population adulte en Afrique	2021	2030	2045
De 20 à 79 ans	527 m	696 m	1.05 b
Diabète (20 à 79 ans)	2021	2030	2045
Prévalence régionale	4,5 %	4,8 %	5,2 %
Prévalence comparative ajustée sur l'âge	5,3 %	5,5 %	5,6 %
Nombre de personnes atteintes de diabète	24 m	33 m	55 m
Nombre de décès dus au diabète	416 000	-	-

m = million, b = milliard

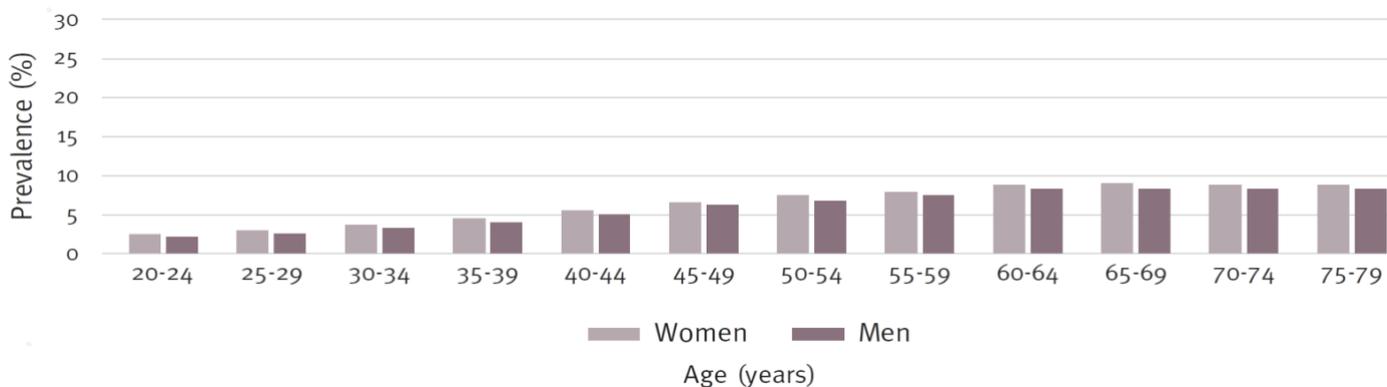
Figure 2 : Les cinq pays les plus touchés en Afrique (Source : IDF, Diabetes Atlas 2021, 10th edition, 2022)

Les cinq premiers pays pour ce qui est de la prévalence du diabète ajustée sur l'âge (20-79 ans)	2011	2021
République-Unie de Tanzanie	2,8 %	12,3 %
Zambie	4,8 %	11,9 %
Comores	8,6 %	11,7 %
Afrique du Sud	7,1 %	10,8 %
Seychelles	12,4 %	8,5 %

Les cinq premiers pays pour ce qui est du nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans)	2011	2021
Afrique du Sud	1,9 m	4,2 m
Nigéria	3,1 m	3,6 m
République-Unie de Tanzanie	472 900	2,9 m
Éthiopie	1,4 m	1,9 m
République démocratique du Congo ⁱ	730 700	1,9 m

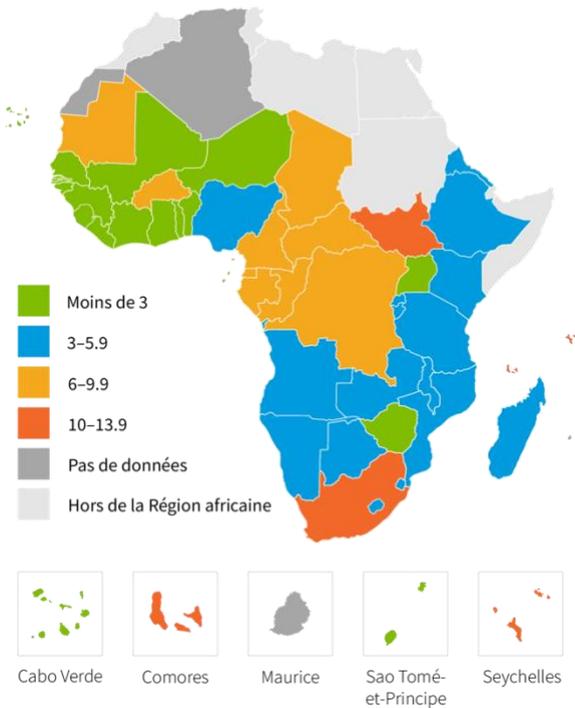
ⁱ basé sur une extrapolation à partir de pays similaires
m = million, b = milliard

Figure 3 : Prévalence estimée (%) du diabète par âge et par sexe dans la Région africaine de la FID en 2021 (Source : IDF, Diabetes Atlas 2021, 10th edition, 2022)



En 2021, les personnes atteintes de diabète provenaient de tous les groupes d'âge adultes en Afrique ; les femmes atteintes de diabète étaient plus nombreuses que les hommes dans tous les groupes.

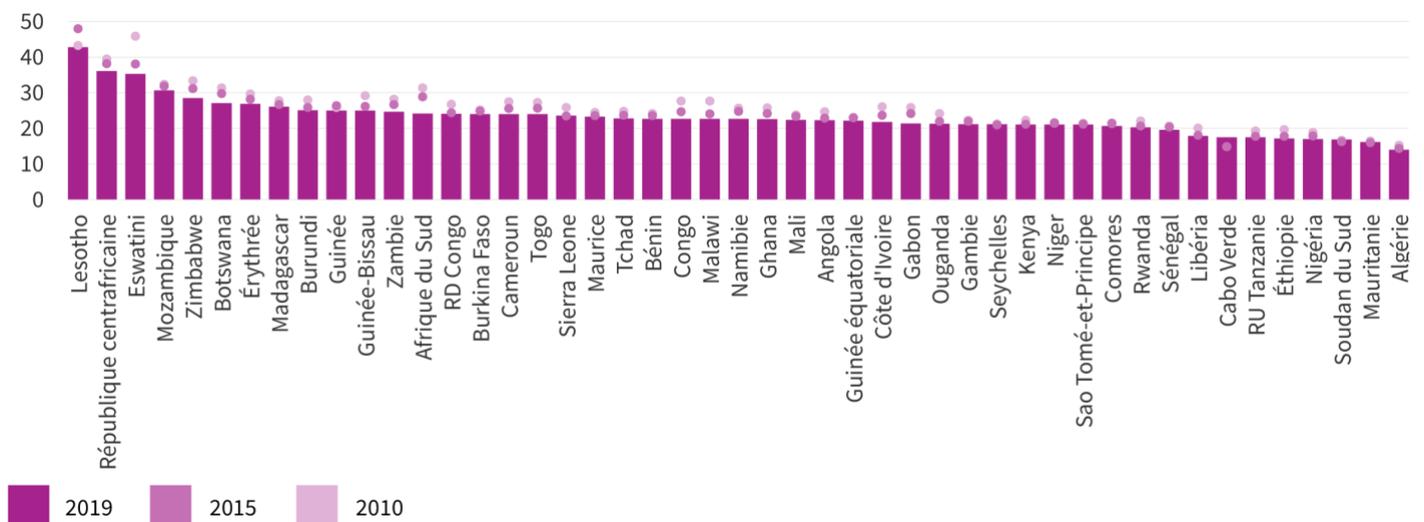
Figure 4 : Prévalence selon l'âge de l'hyperglycémie ou du diabète chez les personnes âgées de 18 ans ou plus ou sous traitement
(Source : Région africaine de l'OMS, Atlas des statistiques sanitaires africaines 2022)



Pourcentage d'établissements fournissant un dépistage des principales maladies non transmissibles, y compris le diabète.

- Selon une enquête de l'OMS menée dans 41 pays d'Afrique subsaharienne, seuls 22 % d'entre eux dispensent des soins d'urgence en milieu hospitalier contre les maladies non transmissibles graves, tandis que 37 % proposent un minimum de soins ambulatoires.
- La crise liée à la COVID-19 a perturbé les soins aux complications liées au diabète dans 56 % des pays. La fermeture ou le ralentissement des services est susceptible d'exacerber les maladies sous-jacentes des patients, entraînant des cas plus graves de maladies non transmissibles.

Figure 5 : Tendances de la probabilité (%) de mourir entre 30 et 70 ans d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une maladie respiratoire chronique dans la Région africaine de l'OMS, 2010, 2015 et 2019.
(Source : Région africaine de l'OMS, Atlas des statistiques sanitaires africaines 2022)



En 2019, plus de trois quarts des pays africains affichaient des niveaux supérieurs à la moyenne régionale pour ce qui est de la probabilité de mourir d'une maladie non transmissible entre 30 et 70 ans. Les pays des sous-régions d'Afrique australe et d'Afrique de l'Ouest étaient les plus touchés, ainsi que quelques pays d'Afrique de l'Est.

4. Riposte de l'OMS

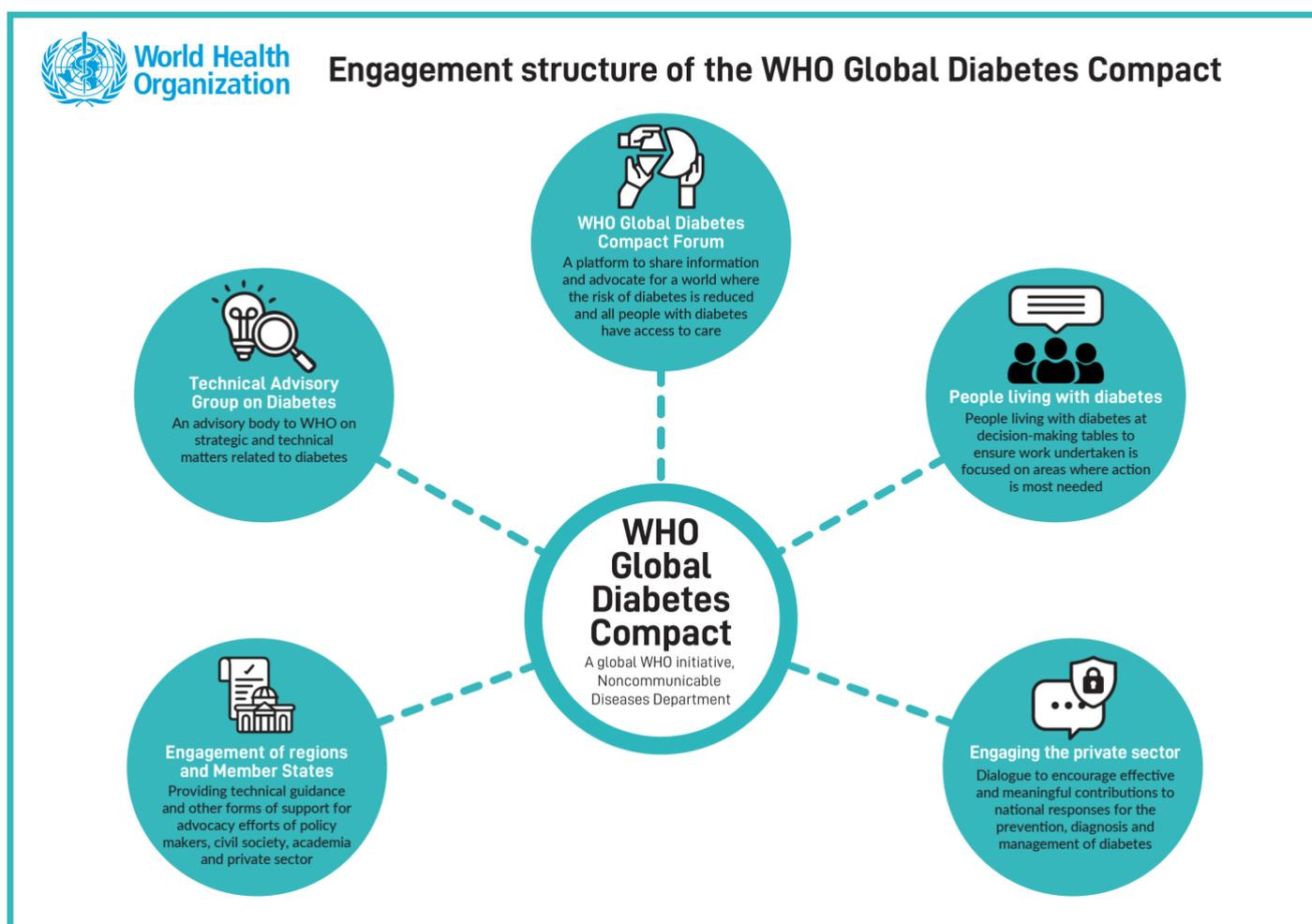
Les États Membres de l'OMS ont fixé les nouvelles cibles mondiales pour 2030 en matière de lutte contre le diabète à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2022.

D'ici à 2030 :

- 80 % des personnes atteintes de diabète sont diagnostiquées ;
- 80 % des personnes dont le diabète a été diagnostiqué maîtrisent bien leur glycémie ;
- 80 % des personnes dont le diabète a été diagnostiqué maîtrisent bien leur tension artérielle ;
- 60 % des personnes atteintes de diabète et âgées de 40 ans ou plus reçoivent des statines ;
- 100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à un traitement par insuline d'un coût abordable et à l'autosurveillance de la glycémie.

L'objectif de ces cibles est de réduire le risque de diabète et d'avoir un meilleur accès à des traitements et à des soins équitables, complets, d'un coût abordable et de qualité.

- En mai 2021, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le renforcement de la prévention et de la maîtrise du diabète avec des mesures recommandées pour accroître l'accès à l'insuline, promouvoir la convergence et l'harmonisation des exigences réglementaires concernant l'insuline et d'autres médicaments et produits sanitaires pour le traitement du diabète.
- En avril 2021 a été lancé le Pacte mondial de l'OMS contre le diabète, une initiative mondiale visant à pérenniser les progrès accomplis en matière de prévention et de prise en charge du diabète.



- Conformément à la stratégie régionale de lutte contre les maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau, les principes directeurs mettent l'accent sur la fourniture de services de lutte contre les maladies non transmissibles chroniques et graves dans les hôpitaux de district.
- Les principes soulignent également l'importance du rôle directeur des pouvoirs publics, de la couverture sanitaire universelle, de l'équité, des interventions fondées sur des données probantes et d'un bon rapport coût-efficacité, de l'utilisation rationnelle des ressources, des approches centrées sur le patient, de la collaboration entre les secteurs public et privé et des approches multisectorielles et pluridisciplinaires.
- L'objectif est d'assurer l'accès à des services de lutte contre les maladies non transmissibles qui soient de qualité, adaptés à la situation, accessibles et d'un prix abordable pour tous, et particulièrement pour les communautés pauvres et défavorisées, en veillant à la protection financière des populations pauvres et des populations rurales.
- La mise en œuvre de ces principes devrait se fonder sur la promotion des droits de l'homme, de l'équité entre les sexes et des meilleures pratiques reposant sur des bases factuelles.

Dix interventions prioritaires ont été identifiées :

- évaluer l'état de préparation du système, ses capacités et ses besoins ;
- intégrer les interventions PEN-Plus dans les plans opérationnels nationaux ;
- mobiliser des ressources ;
- intégrer la prestation de services dans les hôpitaux de district ;
- renforcer les capacités en matière de prestation de soins palliatifs ;
- mettre en place des programmes de formation et de mentorat destinés aux prestataires de soins de santé de niveau intermédiaire ;
- renforcer les circuits d'orientation-recours et les interconnexions axées sur la personne sur toute la continuité des soins ;
- améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et du matériel de base dans les hôpitaux de district afin que ces établissements soient dotés des outils nécessaires pour assurer la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves ;
- promouvoir l'innovation et la recherche-développement ;
- renforcer l'information stratégique et la surveillance.

Références bibliographiques

1. [World Health Organization \(WHO\), Diabetes, key facts, September, 2022.](#)
2. [Mutiyambizi, C., Pavlova, M., Chola, L., Hongoro, C., & Groot, W. \(2018\). Cost of diabetes mellitus in Africa: a systematic review of existing literature. Globalization and health, 14\(1\), 1-13.](#)
3. [Atun, R., Davies, J. I., Gale, E. A., Bärnighausen, T., Beran, D., Kengne, A. P., .et al. \(2017\). Diabetes in sub-Saharan Africa: from clinical care to health policy. The lancet Diabetes & endocrinology, 5\(8\), 622-667.](#)
4. [World Health Organization. \(2019\). Classification of diabetes mellitus.](#)
5. [Mapa-Tassou, C., Katte, J. C., Mba Maadjhou, C., & Mbanya, J. C. \(2019\). Economic impact of diabetes in Africa. Current diabetes reports, 19, 1-8.](#)
6. [United Nations SDG indicators, metadata repository, 2023](#)
7. IDF, [Diabetes Atlas 2021, 10th edition, 2022](#)
8. [Saha, S., Al-Rifai, R. H., & Saha, S. \(2021\). Diabetes prevalence and mortality in COVID-19 patients: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Journal of diabetes and metabolic disorders](#)
9. [Richards, S. E., Wijeweera, C., & Wijeweera, A. \(2022\). Lifestyle and socioeconomic determinants of diabetes: Evidence from country-level data. Plos one, 17\(7\), e0270476.](#)
10. [Motala, A.A., Mbanya, J.C., Ramaiya, K. et al. Type 2 diabetes mellitus in sub-Saharan Africa: challenges and opportunities. Nat Rev Endocrinol 18, 219–229 \(2022\).](#)
11. [Agyei-Mensah, S., & de-Graft Aikins, A. \(2010\). Epidemiological transition and the double burden of disease in Accra, Ghana. Journal of urban health, 87, 879-897.](#)
12. [WHO, Keeping the 100-year-old promise: making insulin access universal, 2021.](#)
13. WHO, [First-ever global coverage targets for diabetes adopted at the 75th World Health Assembly, 28 May 2022.](#)
14. OMS, [Atlas des statistiques sanitaires africaines, rapport complet, 2022.](#)
15. OMS, [Pacte mondial de l'OMS contre le diabète, 2022.](#)
16. OMS, PEN-Plus, [une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau. \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366102/AFR-RC72-R2-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=v](#)

Sources

Photographie: 1. © WHO / Panos / Andrew Esiebo, 2. © WHO / Panos / Andrew Esiebo, lieu : Lagos, Nigéria.

Consultez nos autres résumés analytiques dans cette série de profils de santé des pays membres de l'Observatoire africain de la santé intégré :

<https://aho.afro.who.int/country-profiles/af>

Contactez-nous à l'adresse suivante : iAHO@who.int

Retrouvez-nous sur LinkedIn : <https://www.linkedin.com/company/iaho/>

Résumé analytique réalisé par :

Wai Phyo Thant, Monde Mambimongo, Serge Marcial Bataliack, William Maina, Prebo Barango, Jean Marie Dangou, Humphrey Karamagi, Lindiwe Elizabeth Makubalo.