

## Le diabète augmente plus vite en Afrique qu'ailleurs

**Actuellement, 14,7 millions d'Africains sont atteints et ils seront près du double en 2030 si rien n'est fait**

En l'an 2000, on estimait qu'en Afrique sept millions de personnes étaient atteintes, dont 90% du diabète de type 2<sup>1</sup>. Le nombre de personnes atteintes avait plus que doublé en 2011 et d'après les projections, ce nombre atteindra 23,9 millions en 2030<sup>2</sup>. La mortalité attribuable au diabète était estimée en 2010 à 6,1%, soit une progression de 2,5% par rapport l'an 2000<sup>2</sup>. Selon l'OMS, 50% des diabétiques meurent d'une maladie cardiovasculaire et 10% à 20%, d'une insuffisance rénale<sup>3</sup>. On meurt aussi davantage du diabète dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comparé aux pays à revenu élevé : 54% plus d'hommes et 80% plus de femmes en meurent<sup>3</sup>.

## Le diabète et les maladies cardiovasculaires tuent plus que le VIH/SIDA en Afrique

**Le diabète double le risque de décès et diminue donc l'espérance de vie**

En Afrique, le diabète et les maladies cardiovasculaires tuaient 1,4 million de personnes en 2008, soit plus que le VIH-SIDA (1,3 million de décès) et presque autant que la tuberculose et le paludisme combinés (1,5 million de décès)<sup>4</sup>. Vers la même période, on estimait que seulement 3% des fonds des donateurs pour la santé dans les pays en développement étaient consacrés aux maladies non transmissibles, soit \$0,78 par année de vie saine perdue en raison de ces maladies, contre \$23,90 pour le VIH-SIDA, la tuberculose et le paludisme<sup>5</sup>.

Commentaire d'un patient diabétique hospitalisé dans la même chambre qu'un patient atteint de VIH/SIDA, à Ouagadougou : « Je préférerais avoir le SIDA : lui est pris en charge et n'a rien à payer, alors qu'il n'y a rien pour moi. C'est injuste ! »

## Le diabète affecte davantage de sujets actifs en Afrique

**Le diabète est plus meurtrier en Afrique qu'ailleurs**

Le fardeau du diabète est supporté de manière disproportionnée en Afrique par les personnes en âge de travailler<sup>6</sup>. Dans une étude réalisée au Bénin, 80% des personnes atteintes de diabète étaient dans la tranche d'âge des sujets économiquement actifs<sup>7</sup>.

## Le diabète est diagnostiqué souvent tardivement, au stade des complications parfois graves et mutilantes

**Le diabète est une maladie chronique, mais on en traite les complications aiguës**

Les systèmes de santé sont structurés pour la prise en charge des maladies aiguës, ce qui pose problème pour la prise en charge des maladies chroniques, lesquelles requièrent des soins continus<sup>8</sup>. Le diabète est une maladie silencieuse : au moins 3 diabétiques sur 4 ignorent leur condition<sup>6,9</sup>. Le diabète est généralement détecté lorsque des complications sont déjà présentes, comme le pied diabétique, qui peut alors évoluer très vite vers l'amputation, ou encore les troubles rénaux, qui mènent à l'insuffisance rénale. La prévalence de la neuropathie, responsable du pied diabétique, peut atteindre jusqu'à 66% et celle de la microalbuminurie, annonçant des troubles rénaux, 83%<sup>10</sup>.

Pour des renseignements  
ou la liste de références :  
[transnut@umontreal.ca](mailto:transnut@umontreal.ca)

## Le diabète est responsable d'importantes pertes de productivité et de revenu national

**Le diabète n'est pas qu'un problème de santé, c'est un obstacle au développement**

Le diabète constitue un frein pour l'économie mondiale, comme pour celle de l'Afrique : chaque augmentation de 10% des maladies non transmissibles réduit de 0,5% le taux annuel de croissance économique<sup>11</sup>. Chaque cas de diabète équivaut à une perte économique annuelle de 4770\$ pour les pays dont le PIB (produit intérieur brut) est compris entre 2000\$ et 8000\$ et de 2144\$ pour les pays à faible revenu (PIB < 2000\$)<sup>12</sup>. Le coût du traitement du diabète représente à lui seul entre 21% et 75% du PIB en Afrique<sup>13</sup>.

## Le diabète précipite des individus et ménages dans la pauvreté

**Le diabète fait obstacle à la lutte contre la pauvreté, premier objectif du millénaire pour le développement (OMD)**

Le diabète peut faire basculer les individus et les ménages dans la pauvreté<sup>14</sup>. En Côte d'Ivoire, le traitement représentait 35% à 55% du budget familial pour les patients pauvres<sup>15</sup>. Or les dépenses de santé atteignent le niveau « catastrophique » lorsqu'elles représentent plus de 40% du revenu après une déduction pour l'alimentation<sup>16</sup>. Il n'est donc pas étonnant que nombre de personnes affectées par le diabète ne puissent tout simplement pas se soigner. Le traitement de la maladie coûte d'autant plus cher qu'elle est détectée avec retard.

Témoignage d'un magistrat retraité diabétique hospitalisé (Cotonou) : « Je vivais très bien avec le salaire que j'avais; mais maintenant je suis anéanti. Le diabète me coûte les yeux de la tête. Si mes enfants n'étaient pas là pour m'aider maintenant je serais mort. »

## Le diabète augmente rapidement avec l'urbanisation galopante et la transition nutritionnelle

### *Les citoyens sont les premiers à être affectés par le diabète*

Le diabète se répand peu à peu dans toutes les couches de la société, du moins en ville. L'urbanisation, facteur d'accroissement rapide du diabète, est galopante dans de nombreux pays d'Afrique<sup>17</sup>. La « transition nutritionnelle », c'est-à-dire, les changements dans l'alimentation et le mode de vie qui s'opèrent avec l'urbanisation et la mondialisation, est la grande coupable<sup>18,19</sup>.

## La malnutrition maternelle et infantile augmente le risque de diabète à l'âge adulte

### *Trajectoire de haut risque :*

***Faible poids de naissance, retard de croissance puis gain de poids accéléré après l'âge de deux ans***

La malnutrition maternelle et infantile, qui demeure largement répandue en Afrique subsaharienne, est un facteur additionnel de risque de diabète<sup>20</sup>. L'enfant exposé à une malnutrition même modeste pendant la vie intra-utérine ou au cours de la première enfance sera ensuite plus vulnérable aux maladies non transmissibles, si l'environnement est « obésogène »<sup>21</sup>. Les initiatives engagées pour améliorer la nutrition et la santé des mères et des enfants, conformément aux deux OMD qui s'y rapportent, pourront déjà avoir un impact positif à long terme sur les maladies non transmissibles<sup>22</sup>, mais ce n'est évidemment pas suffisant.

*«Une approche basée sur les parcours de vie est impérative pour réduire la transmission intergénérationnelle du diabète »<sup>23</sup>.*

## Le diabète creuse les écarts de santé entre hommes et femmes

### *Le double fardeau nutritionnel des troubles de carence et de surcharge est surtout le lot des femmes*

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à mourir à cause du diabète avant l'âge de 60 ans<sup>24</sup>. L'obésité est beaucoup plus fréquente en Afrique chez les femmes que chez les hommes<sup>25</sup>. Cette obésité les expose au diabète pendant leur grossesse, puis après leur grossesse<sup>26</sup>; leurs enfants seront aussi à plus haut risque d'obésité et de diabète.

En Afrique, le « double fardeau de la malnutrition », ou cumul de signes de dénutrition et de facteurs de risque de maladies non transmissibles comme le diabète affecte davantage les femmes et creuse ainsi l'écart de santé hommes-femmes<sup>27</sup>. Ce double fardeau est aussi plus fréquent chez les pauvres que chez les bien-nantis<sup>28</sup>.

## Le diabète peut et doit être évité

### *Les moyens existent*

Le diabète est une menace pour les systèmes de santé, déjà débordés par les maladies aiguës<sup>29</sup>. Il faut d'abord des mesures de prévention comme l'activité physique et une alimentation saine, lesquelles s'avèrent d'ailleurs peu chères et efficaces<sup>30</sup>, tel que démontré dans plusieurs pays développés, de même qu'en Chine et en Inde<sup>31,32</sup>. Des interventions abordables auprès de personnes déjà atteintes de diabète sont le contrôle de la tension artérielle et de la glycémie<sup>31</sup>. L'efficacité de l'approche nutritionnelle pour le contrôle glycémique a été démontrée dans plusieurs contextes<sup>33</sup>. Pour une prise en charge nutritionnelle adéquate, il faut des nutritionnistes, catégorie de professionnels de la santé faisant encore défaut en Afrique<sup>34</sup>.



Double fardeau nutritionnel (DFN)  
Pôle francophone en Afrique

www.poledfn.org

## Le diabète tue, il coûte cher et il progresse vite vers les complications invalidantes

### Un appel à l'action pour le diabète en Afrique

#### *Dix signaux d'alerte*

1. Le diabète augmente plus vite en Afrique qu'ailleurs
2. Le diabète et les maladies cardiovasculaires tuent plus que le VIH/SIDA en Afrique
3. Le diabète affecte davantage de sujets actifs en Afrique
4. Le diabète est diagnostiqué souvent tardivement, au stade des complications parfois graves et mutilantes
5. Le diabète est responsable d'importantes pertes de productivité et de revenu national
6. Le diabète précipite des individus et ménages dans la pauvreté
7. Le diabète augmente rapidement avec l'urbanisation galopante et la transition nutritionnelle
8. La malnutrition maternelle et infantile augmente le risque de diabète à l'âge adulte
9. Le diabète creuse encore les écarts de santé entre hommes et femmes
10. Le diabète peut et doit être évité.

#### *Il faut agir maintenant*

#### **Groupe de travail :**

Pr Naby Baldé, Guinée-Conakry; Pr Joseph Drabo, Burkina Faso;

Pr Sidibe Traoré, M. Stéphane Besançon, Mali;

Pr François Djrolo, Pr Dismand Houinato, Bénin;

Pr Hélène Delisle, Montréal, Canada