

**Atun R, Davies JI, Gale EAM, Bärnighausen T, et al, The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission. Diabetes in sub-Saharan Africa : from clinical care to health policy. Lancet Diabetes Endocrinol 2017; 5: 622-67**

***Sommaire d'orientation en français***

Les transitions rapides, qu'elles soient démographiques, socio-culturelles ou économiques, sont responsables de l'augmentation du risque et de la prévalence de maladies non-transmissibles (MNT) dont le diabète en Afrique subsaharienne. Les impacts, de même que les conséquences économiques et sanitaires de ces transitions sont flagrantes. Alors que dans les années '90 les principales causes de décès en Afrique subsaharienne étaient le VIH/SIDA, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, le palu et des maladies infantiles pouvant être prévenues par la vaccination, on constate que les maladies cardio-vasculaires et facteurs de risque remplacent maintenant les maladies infectieuses comme principales causes de mortalité dans la région; en outre, on prévoit le rythme d'augmentation des facteurs de risque cardiovasculaire sera plus élevé en Afrique subsaharienne qu'ailleurs dans le monde. Ainsi, l'Afrique subsaharienne, qui comprend une forte proportion des pays à faible revenu du monde, sera confrontée au défi multiforme que représente le lourd fardeau des maladies infectieuses et de la pauvreté, qui se combine maintenant avec le fardeau croissant des maladies cardio-vasculaires et facteurs de risque. En ce moment, les systèmes de santé de nombreux pays africains peinent à faire face aux maladies infectieuses. Afin d'atteindre les objectifs fixés lors de la Réunion de Haut Niveau des Nations Unies sur les MNT (réduire de 25% d'ici 2025 la mortalité prématurée par MNT) ainsi que les objectifs de développement durable (ODD : réduire de 30% d'ici 2030 la mortalité prématurée due aux MNT), il faudra une approche coordonnée au sein des pays, en commençant par reconnaître la charge morbide, les besoins et les priorités.

Le diabète est un facteur-clé de risque cardiovasculaire car sa prévalence traduit les transitions qui conduisent aux précurseurs par excellence des maladies cardiovasculaires, à savoir le surpoids et l'obésité. La prévalence du diabète augmente d'ailleurs rapidement en Afrique subsaharienne. Si le diabète n'est pas traité, il entraîne une série de complications micro- et macro-vasculaires qui affectent plusieurs systèmes physiologiques. En outre, le diabète est étroitement associé à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, dont l'hypertension et l'hypercholestérolémie, qui sont en interaction et aggravent encore le risque d'effets délétères. De ce fait, la gestion du diabète exige un système de santé à large spectre et bien coordonné. En améliorant le continuum de soins pour les personnes vivant avec le diabète, on améliorera vraisemblablement aussi les soins pour d'autres conditions et ce faisant, les systèmes de santé. À défaut d'une prise en charge correcte, les conséquences délétères du diabète et d'autres facteurs de risque cardiovasculaire feront en sorte que les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne seront débordés, les personnes affectées étant alors sujettes à une forte morbidité et mortalité. L'interaction du diabète et des maladies infectieuses accroît encore le fardeau de la

maladie alors que les systèmes de santé sont à court de ressources. La Commission de *Lancet Diabetes and Endocrinology* sur le diabète en Afrique subsaharienne a été formée pour vérifier quel fardeau représentent le diabète, ses facteurs de risque et les conséquences dans la région, pour mesurer les défis que présente un tel fardeau et pour proposer des solutions. Nous présentons ci-dessous les messages-clés de la Commission afin d'aider les pays, quel que soit leur stade de développement, à s'acheminer vers l'atteinte et même le dépassement des cibles des Nations Unies et des ODD en matière de MNT.

**Message-clé 1 : Le fardeau réel que représentent en Afrique subsaharienne le diabète, les autres facteurs de risque cardiovasculaire, ainsi que les complications micro- et macro-vasculaires est inconnu**

À la lumière des estimations faites dans ces pays qui disposent de données de haute qualité sont disponibles, on peut postuler que l'augmentation de la prévalence du diabète et d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ainsi que des impacts négatifs est importante et est susceptible d'encore augmenter. Cependant, faute de données ou de système de collecte de données suffisamment fiables, la plupart des pays ne peuvent prévoir une riposte appropriée de la part des systèmes de santé. Pour pouvoir planifier une telle réponse, il faut des données de haute qualité et représentatives de la population sur le fardeau actuel et les facteurs démographiques associés; il faut aussi mettre en place des systèmes de collecte de données longitudinales. Il est en outre capital de s'assurer que les tests et les valeurs-seuils d'hyperglycémie sont les plus appropriés pour définir le diabète dans les populations subsahariennes, afin d'éviter un traitement insuffisant ou excessif.

L'information sur le fardeau du diabète de type 1 est particulièrement importante compte tenu de la fatalité de cette affection en l'absence de traitement, même si le coût de celui-ci est plutôt bas.

**Message clé 2 : Le coût du diabète et de ses conséquences est élevé tant pour les patients que pour les économies nationales**

En 2015, on estimait à 19,45 milliards \$US le coût total du diabète en Afrique subsaharienne, soit 1,2% du produit intérieur brut (PIB) total. Les coûts directs, qui incluent les frais pour les soins (médication, hospitalisations et traitement des complications) représentent environ 10,81 milliards \$US (55,6%); les dépenses engagées par les patients dépassent sans doute 50% des coûts totaux dans de nombreux pays. D'ici 2030, on estime que les coûts totaux augmenteront de 35,33 milliards \$US (1,1% du PIB) à 59,32 milliards \$US (1,8% du PIB). Il est par conséquent impérieux, ne serait-ce que du point de vue de l'économie de la santé, de mettre en place des systèmes de prévention, détection et traitement de l'hyperglycémie et ses conséquences.

**Message clé 3 : Les systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne ne sont pas en mesure de faire face au fardeau actuel du diabète et de ses conséquences**

D'après l'information issue des enquêtes SARA (*Service Availability and Readiness Assessment*) de l'OMS et celles de la Banque mondiale sur les indicateurs de la fourniture de services, ainsi que selon les connaissances des commissaires, des lacunes sont observées à tous les niveaux du système de santé en matière de gestion du diabète, des facteurs de risque et des conséquences. On note un défaut de disponibilité de petit équipement pourtant simple pour le diagnostic et le suivi, des professionnels de la santé insuffisamment compétents, des traitements peu disponibles, l'absence de lignes directrices locales appropriées et un petit nombre de registres de la maladie. Ces lacunes sont responsables d'une déperdition substantielle de patients tout au long du continuum de soins pour le diabète; plusieurs ne sont pas diagnostiqués et ceux qui ont reçu un diagnostic ne reçoivent pas l'éducation thérapeutique et les médicaments dont ils auraient besoin. Nous avons aussi relevé qu'il y avait peu de moyens de prise en charge des complications macro- et micro-vasculaires du diabète. En doute, bien qu'on incite à greffer la prise en charge du diabète et d'autres facteurs de risque cardiovasculaire à des programmes existants de traitement de maladies infectieuses (comme dans le cas du VIH), il y a peu de données probantes sur l'amélioration des résultats par des programmes conjoints de ce type.

**Message clé 4 : Les maigres ressources pour la santé devraient être consacrées à la gestion du diabète et autres facteurs de risque afin de prévenir les complications**

La gestion du diabète et des facteurs de risque est plutôt simple et peu coûteuse. En revanche, le traitement des complications est non seulement coûteux, mais il requiert en outre un personnel et un équipement spécialisés. La prévention des complications est par conséquent primordiale et pour ce faire, il importe d'accélérer la décentralisation des soins, en allant des experts du milieu hospitalier vers les agents de santé communautaires et autres prestataires non médicaux œuvrant au niveau du système de santé primaire et faisant du dépistage et des soins à domicile. On devrait recourir à des technologies de l'information simples mais efficaces pour prodiguer davantage de soins locaux. Un autre élément à considérer est de savoir s'il est plus avantageux de diriger le traitement de chaque facteur de risque de diabète pris isolément pour atteindre une cible prédéfinie ou alors de considérer les facteurs de risque dans leur ensemble pour réduire le risque global. Pour la prévention des facteurs de risque micro- et macro-vasculaire, nos analyses indiquent que la prise en compte de l'ensemble des facteurs serait plus efficace et aurait un meilleur rapport coût-efficacité; plutôt que de traiter chaque facteur de risque cardiovasculaire de manière à atteindre une cible précise, le traitement sera individualisé à la lumière du bénéfice pouvant en être retiré.

**Message clé 5 : Il faudra attendre davantage de données probantes sur les bénéfices et les risques (pour les individus et pour les systèmes de santé) d'un dépistage comme préalable à l'implémentation de programmes à l'échelle de l'Afrique subsaharienne**

Il semble évident que le dépistage, particulièrement dans des populations considérées à haut risque ne peut être qu'avantageux : détection et traitement précoce du diabète et de ses facteurs de risque et par conséquent, prévention des complications coûteuses. Pourtant, à ce jour, il y a peu de données probantes sur l'efficacité des programmes de dépistage à réduire les résultats délétères, même dans les pays à revenu élevé, où ont d'ailleurs été menées les études. Au demeurant, les seuils de diagnostic du diabète (c'est-à-dire, le niveau de glycémie associé à un risque de conséquences délétères à long terme) et le meilleur test pour ce faire n'ont pas été définis pour les populations d'Afrique subsaharienne. Par conséquent, un programme de dépistage ne devrait être entrepris que dans le cadre d'une étude longitudinale rigoureuse sur les résultats et une telle étude devrait également comparer différents tests diagnostiques de l'hyperglycémie.