



S'attaquer au diabète en tant que défi de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale

Résumé d'orientation

Le diabète est un problème clinique et un défi de santé publique multifactoriel et complexe au niveau mondial, qui a atteint des proportions épidémiques et dont l'impact social et économique ne cesse de croître. La prévalence du diabète dans le monde a doublé au cours des 20 dernières années et représente une part importante de la charge de morbidité des maladies non transmissibles (MNT) à laquelle les systèmes de santé sont confrontés.

Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, le diabète est un problème de santé publique majeur qui touche 55 millions de la population adulte âgée de 20 à 79 ans. La comparaison de la prévalence parmi les populations adultes révèle une augmentation spectaculaire de la prévalence du diabète après l'âge de 40 ans, dont l'intensité est variable selon les pays. Ces données influenceront les approches adoptées par les pays pour atténuer les effets de l'augmentation de la prévalence.

Le diabète est une cause majeure de maladies cardiovasculaires, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation des membres inférieurs, qui provoque des décès prématurés et des incapacités, augmente les coûts des soins de santé et entrave le développement des pays et leur capacité à réaliser les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé. Une meilleure prise en charge du diabète est essentielle pour prévenir les complications. De nombreux pays de la Région ne sont pas en voie d'atteindre la cible 3.4 des ODD, qui vise à réduire la mortalité prématurée due aux MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques) d'un tiers à l'horizon 2030 par rapport à 2015.

Reconnaissant ce défi, de nombreux pays de la Région de la Méditerranée orientale ont mis en place des plans nationaux de lutte contre le diabète. Toutefois, en dépit d'un engagement renouvelé et d'une meilleure prise en compte du diabète dans les politiques, stratégies et plans de santé plus vastes liés aux MNT et les ensembles de prestations de la couverture sanitaire universelle, les actions nationales visant à élaborer des réponses globales et intégrées pour réduire, maîtriser et inverser le diabète, l'obésité et les autres facteurs de risque liés aux MNT (tabagisme, mauvaise alimentation, surpoids et sédentarité) ont été inégales dans la Région et insuffisantes pour contenir la maladie.

En outre, la perturbation totale ou partielle des services de prise en charge du diabète pendant la pandémie de COVID-19 a aggravé la situation. La COVID-19 a mis en évidence les faiblesses des systèmes de santé nationaux et souligné la nécessité de restaurer, de maintenir et de renforcer les services de prise en charge du diabète en tant que partie intégrante de l'ensemble des services de santé essentiels inclus dans le champ d'application des plans stratégiques nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19. Cela est particulièrement vrai dans les pays confrontés à des crises humanitaires aiguës et/ou prolongées, où l'accès aux soins du diabète était déjà limité.

Compte tenu de la dynamique créée cette année par la célébration du centenaire de la découverte de l'insuline, le lancement du Pacte mondial de l'OMS contre le diabète et l'adoption, à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, d'une résolution sur le diabète, les pays sont instamment invités à adopter une série de mesures pour prévenir le diabète et mieux le prendre en charge afin d'éviter les complications. Le présent document technique appelle à une approche plus ciblée et pragmatique dans le domaine du diabète. Il présente l'ampleur de l'épidémie de diabète et ses implications sanitaires et socio-économiques dans la Région de la Méditerranée orientale, résume les progrès et les défis actuels, et appelle à un engagement accru pour lutter contre le diabète. Le document décrit également, par le biais d'un projet de cadre d'action régional, un ensemble d'interventions et d'indicateurs prioritaires que tous les gouvernements devraient prendre en compte lorsqu'ils intensifient les interventions nationales de prévention et de maîtrise du diabète.

Introduction

1. Le diabète sucré, plus simplement appelé diabète, est une affection au long cours grave qui survient lorsque l'organisme ne peut pas produire suffisamment d'insuline ou ne peut pas utiliser efficacement l'insuline qu'il secrète. Le diabète est l'un des principaux défis de santé publique du XXI^e siècle et a atteint des proportions épidémiques dans le monde, faisant ainsi peser un lourd fardeau sur la santé publique et le développement socio-économique. La prévalence mondiale du diabète chez l'adulte de plus de 18 ans est passée de 4,7 % en 1980 à 8,5 % en 2014 (1). Aujourd'hui, plus de 420 millions de personnes dans le monde vivent avec un diabète diagnostiqué. On estime que ce nombre atteindra 570 millions d'ici 2030 et 700 millions à l'horizon 2045, si aucune mesure de prévention efficace n'est prise (2). Le diabète a un impact sur toutes les tranches d'âge, indépendamment de la géographie et du revenu. Plus de 1,1 million d'enfants et d'adolescents de moins de 20 ans vivent avec un diabète de type 1 (3), tandis que trois personnes diabétiques sur quatre sont en âge de travailler (20 à 64 ans) et qu'une personne sur cinq de plus de 64 ans est atteinte de diabète.

2. Depuis 2000, la prévalence mondiale de l'obésité standardisée selon l'âge chez l'adulte (18 ans et plus) a augmenté de 50 %, et la prévalence brute chez l'enfant (5 à 19 ans) a plus que doublé, passant de 2,9 % en 2000 à 6,8 % en 2016 (4). L'augmentation rapide de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent est particulièrement préoccupante, car elle contribue à la tendance à la hausse du diabète d'apparition précoce (avant 40 ans) et au développement prématuré d'autres maladies non transmissibles (MNT).

3. Les complications du diabète contribuent grandement à l'augmentation de la mortalité et de la morbidité associées à la maladie. Celles-ci sont généralement divisées en deux catégories principales : macrovasculaires et microvasculaires. Les complications macrovasculaires comprennent les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux, et les complications microvasculaires incluent la rétinopathie, la néphropathie et la neuropathie. Les adultes diabétiques présentent un risque deux à trois fois plus élevé d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral, et à l'échelle mondiale, plus de 80 % des néphropathies en phase terminale sont causées par le diabète ou l'hypertension, ou une combinaison des deux. La prévalence des néphropathies terminales attribuées au diabète est jusqu'à 10 fois plus élevée chez les personnes diabétiques que chez celles qui ne sont pas atteintes par cette maladie. La rétinopathie diabétique est une cause majeure de cécité, le diabète étant responsable de 2,6 % de la cécité mondiale, et la neuropathie augmente le risque d'ulcères du pied et d'infection, ainsi que la nécessité éventuelle d'amputer un membre. L'amélioration de la prise en charge du diabète est essentielle pour prévenir les complications graves.

4. La mortalité liée au diabète augmente dans le monde entier. En moyenne, le diabète réduit l'espérance de vie des personnes âgées de 40 à 60 ans de 4 à 10 ans et augmente indépendamment le risque de décès dû aux maladies cardiovasculaires, à la néphropathie et au cancer de 1,3 à 3,0 fois. Le diabète figure parmi les 10 premières causes de décès en 2019, après une augmentation significative de 70 % depuis 2000. Bien que le risque annuel de décès dû à une MNT majeure entre 30 et 70 ans diminue dans le monde, la mortalité prématurée imputable au diabète a augmenté de 5 % entre 2000 et 2016. Selon l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS, le diabète était la cause directe de mortalité de près de deux millions de personnes dans le monde en 2019.

5. Les dépenses de santé consacrées au diabète augmentent également dans le monde entier. Selon la Fédération internationale du diabète, les dépenses mondiales de santé consacrées au diabète étaient estimées à 760 milliards de dollars des États-Unis (US) en 2019 ; elles devraient atteindre 825 milliards de dollars US d'ici 2030 et 845 milliards de dollars US à l'horizon 2045 (5).

6. L'augmentation de la prévalence met à rude épreuve la capacité des pays à garantir un accès régulier et abordable aux médicaments essentiels et à des soins appropriés. Les perturbations complètes ou partielles des services de prise en charge du diabète et des complications diabétiques qui sont dues à la pandémie de COVID-19 ont aggravé davantage la situation. La pandémie a mis en évidence les faiblesses des systèmes de santé nationaux et souligné la nécessité de restaurer, de maintenir et de renforcer les services de prise en charge du diabète en tant que partie intégrante de l'ensemble des services de santé essentiels inclus dans le

champ d'application des plans stratégiques nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19. Cela est particulièrement vrai dans les pays confrontés à des crises humanitaires aiguës et/ou prolongées, où l'accès aux soins du diabète était déjà limité.

Région de la Méditerranée orientale

7. La Région de la Méditerranée orientale est l'une des régions de l'OMS les plus touchées par la tendance alarmante à l'augmentation de la prévalence du diabète. Elle a connu l'une des augmentations les plus spectaculaires de la prévalence du diabète ajustée selon l'âge, qui est passée d'environ 6 % en 1980 à près de 13,7 % en 2014 (Figure 1) (6). En 2019, 55 millions (12,8 %) des adultes âgés de 20 à 79 ans de la Région étaient touchés par le diabète (7). Si aucune mesure n'est prise, ce chiffre devrait atteindre 108 millions à l'horizon 2045, soit la deuxième augmentation régionale la plus élevée au monde. Près de 150 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans de la Région vivent avec un diabète de type 1 et environ 20 000 sont nouvellement diagnostiqués chaque année (7). Les personnes atteintes de diabète de type 1 peuvent mener une vie saine en bénéficiant d'un approvisionnement ininterrompu en insuline, d'une éducation, d'un soutien et d'équipements de mesure de la glycémie.

8. Des enquêtes nationales utilisant l'approche « STEPwise » (par étapes) pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles et des enquêtes sur les examens de santé ont été menées dans les pays de la Région afin d'estimer la prévalence et les tendances des MNT et de leurs facteurs de risque au niveau national. La figure 2 montre le pourcentage de la population présentant une élévation de la glycémie à jeun ou recevant actuellement un traitement hypoglycémiant, selon la valeur définie par l'OMS ($\geq 7,0$ mmol/l) parmi les populations nationales de certains pays de la Région pendant la période 2009-2019. De nombreux pays ont communiqué des chiffres nationaux supérieurs aux moyennes mondiales (9,3 %) et régionales (12,8 %), notamment l'Égypte, le Koweït, l'Iraq, la Libye, la Tunisie et le Qatar (7).

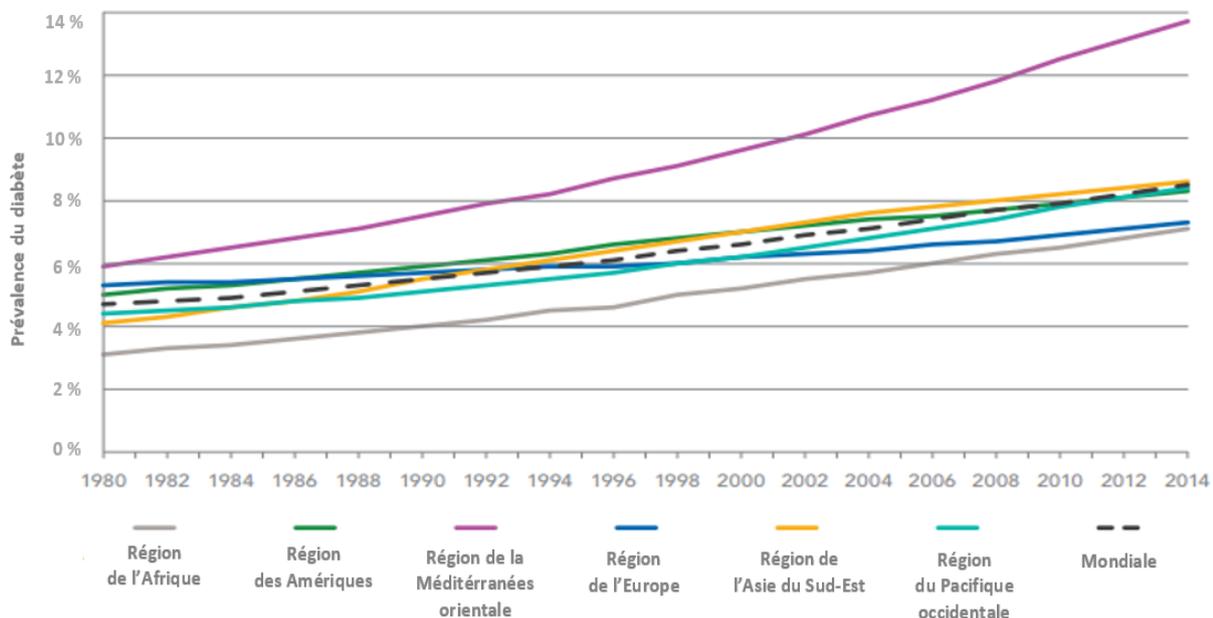


Figure 1. Tendances de la prévalence du diabète, 1980-2014, par Région OMS ($\geq 7,0$ mmol/l ou sous traitement, standardisée selon l'âge chez l'adulte de 18 ans ou plus)

Source : Rapport mondial sur le diabète. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2016

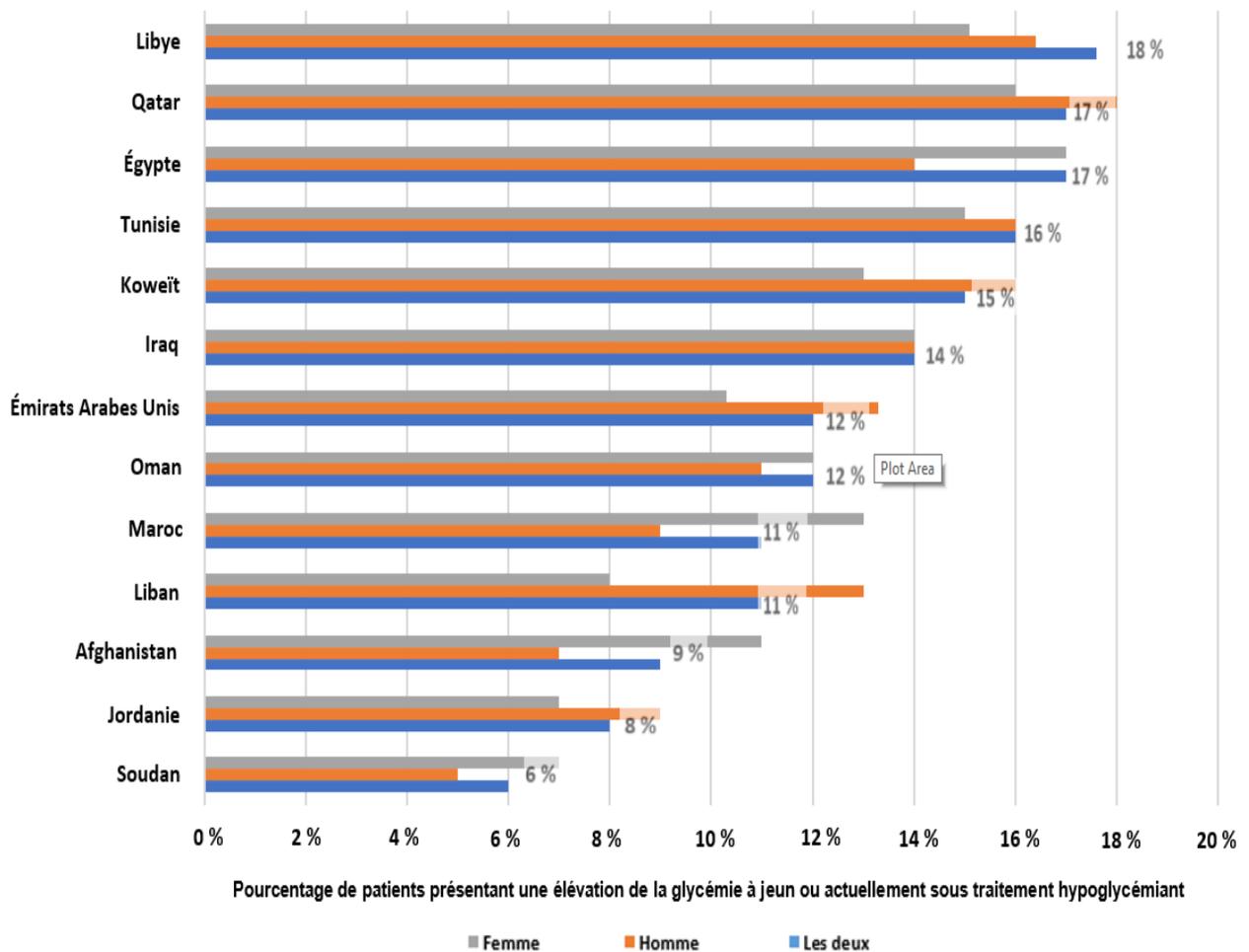


Figure 2. Pourcentage de patients présentant une élévation de la glycémie à jeun ou actuellement sous traitement hypoglycémiant* dans les populations de certains pays de la Région de la Méditerranée orientale, par sexe, 2009-2019**

Remarques : * Hyperglycémie définie comme une valeur de glycémie plasmatique veineuse $\geq 7,0$ mmol/l. ** Données des enquêtes STEPS menées dans les pays suivants : Afghanistan (2018), Égypte (2017), Iraq (2015), Jordanie (2019), Koweït (2014), Liban (2017), Libye (2009), Maroc (2017), Oman (2012), Qatar (2012) et Soudan (2016). L'examen national de santé en Tunisie (2016) et le rapport de l'enquête nationale sur la santé aux Émirats arabes unis (2017-2018) ont été utilisés en tant que sources pour obtenir des données équivalentes à celles de l'enquête STEPS pour les Émirats arabes unis et la Tunisie.

Source : STEPS country reports. Data and reporting. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>).

9. Selon les données des enquêtes STEPS, la prévalence de l'hyperglycémie ou de la prise de traitement hypoglycémiant varie considérablement selon l'âge, comme le montre la figure 3. Ces données comparent la prévalence dans les populations adultes âgées de moins de 40 ans et de plus de 40 ans dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale. On observe une augmentation spectaculaire de la prévalence après l'âge de 40 ans, d'intensité variable d'un pays à l'autre. Ces données permettront d'orienter les différentes approches adoptées par les pays pour atténuer la prévalence croissante du diabète.

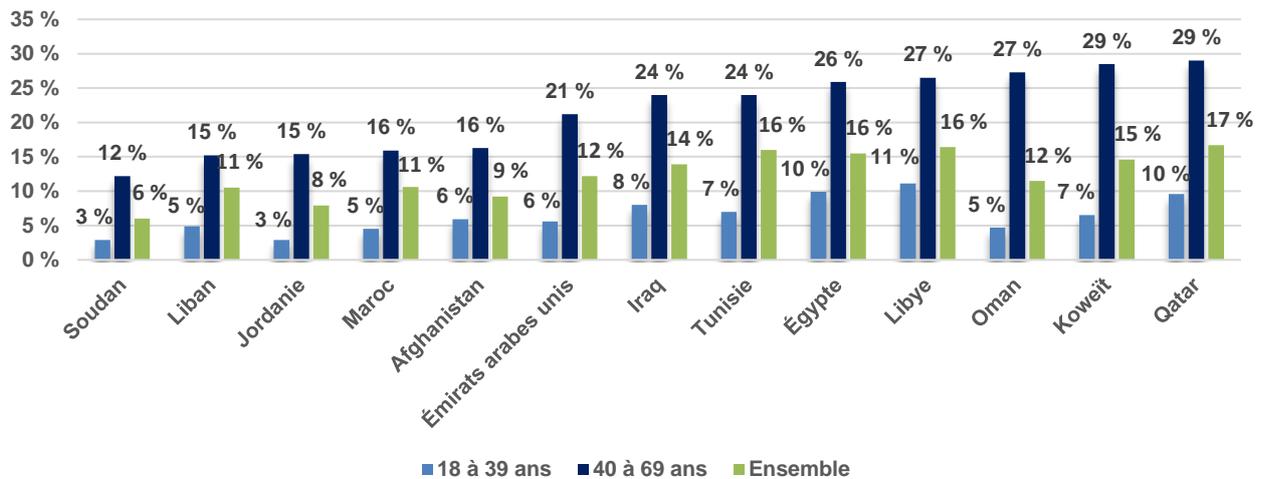


Figure 3. Prévalence de l'hyperglycémie ou de la prise de traitement hypoglycémiant* chez les personnes âgées de moins de 40 ans et de plus de 40 ans dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale (2009-2019)**

Remarques : * Hyperglycémie définie comme une valeur de glycémie plasmatique veineuse $\geq 7,0$ mmol/l. ** Données des enquêtes STEPS menées dans les pays suivants : Afghanistan (2018), Égypte (2017), Iraq (2015), Jordanie (2019), Koweït (2014), Liban (2017), Libye (2009), Maroc (2017), Oman (2012), Qatar (2012) et Soudan (2016). L'examen national de santé en Tunisie (2016) et le *rapport de l'enquête nationale sur la santé aux Émirats arabes unis (2017-2018)* ont été utilisés en tant que sources pour obtenir des données équivalentes à celles de l'enquête STEPS pour les Émirats arabes unis et la Tunisie.

Source : STEPS country reports. Data and reporting. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>).

10. L'épidémie de diabète est principalement causée par la transition démographique ; elle peut aussi s'expliquer par l'augmentation des mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, la hausse de la prévalence de l'obésité et la baisse des niveaux d'activité physique. Ainsi, les fumeurs de tabac sont 30 à 40 % plus susceptibles de développer un diabète de type 2 que les non-fumeurs. Chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 19 ans, la prévalence du surpoids a augmenté de façon spectaculaire, passant de 7,4 % en 1975 à 27,4 % en 2016. Chez les adultes, la prévalence du surpoids et de l'obésité combinés a augmenté, passant de 23,5 % en 1975 à 31,8 % en 2016 (8). Toutefois, bien que la tendance soit à l'augmentation dans certains pays de la Région, dans les pays où les niveaux de prévalence sont les plus élevés, certains signes indiquent que l'augmentation ralentit, voire que la prévalence diminue (8).

11. À l'heure actuelle, le diabète figure parmi les principales causes de néphropathie terminale dans la Région et contribue de manière significative aux maladies cardiovasculaires (9), qui constituent ensemble la principale cause de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de diabète. Des analyses systématiques indiquent que le risque relatif de maladies cardiovasculaires chez les diabétiques par rapport aux non-diabétiques se situe entre 1,6 et 2,6, et qu'il est plus élevé chez les jeunes et légèrement plus élevé chez les femmes (7). Le diabète est également une cause majeure d'ulcération du pied et d'amputation des membres inférieurs. La survenue concomitante de ces morbidités nuit gravement à la qualité de vie, réduit la productivité et provoque de grandes souffrances. Les personnes atteintes de diabète sont 7 à 30 fois plus susceptibles de subir des amputations non traumatiques des membres inférieurs que la population générale, ce qui représente plus de la moitié de toutes ces amputations.

12. Les données régionales sur les complications diabétiques aiguës et chroniques sont généralement rares. Selon une analyse réalisée pour l'étude sur la charge mondiale de morbidité portant sur les causes de cécité et de déficience visuelle en 2020 (à l'exclusion des pays à revenu élevé), la rétinopathie diabétique est la quatrième cause de déficience visuelle modérée ou sévère et la cinquième cause principale de cécité dans la Région de la Méditerranée orientale (10). Les études individuelles sur la prévalence de la rétinopathie chez

les personnes ayant un diabète diagnostiqué dans la Région font état d'une grande variabilité, allant de 10 % à plus de 60 % (24,5 % pour l'ensemble de la Région) (11). Une analyse systématique et une méta-analyse sur la prévalence de la néphropathie chez les personnes atteintes de diabète diagnostiqué dans la Région ont indiqué une prévalence de 26 % (12).

13. Les données sur les décès liés au diabète dans la Région sont généralement manquantes ou inexactes, ce qui souligne la nécessité d'améliorer davantage les systèmes d'enregistrement des données d'état civil et d'établissement des statistiques d'état civil dans les pays de la Région. Cependant, les estimations laissent entrevoir une augmentation constante de la mortalité due au diabète au cours des deux dernières décennies, comme le montre la figure 4. Le diabète et ses complications ont été responsables de près de 418 900 décès chez les adultes âgés de 20 à 79 ans en 2019 (soit 16,2 % de la mortalité toutes causes confondues), le pourcentage le plus élevé (22,4 %) correspondant à la tranche d'âge des 30 à 39 ans. Près de 53,3 % des décès dus au diabète dans la Région sont survenus chez des personnes de moins de 60 ans, ce qui en fait la Région OMS comptant la deuxième plus forte proportion de décès liés au diabète chez les moins de 60 ans. La plupart des décès imputables au diabète sont survenus dans des pays à revenu intermédiaire, qui représentent 86,7 % de tous les décès liés au diabète de la Région (7).

14. Le diabète contribue également à l'augmentation de l'incidence et de la charge de morbidité d'autres grandes maladies non transmissibles telles que les maladies bucco-dentaires et éventuellement le cancer. Il a été constaté que le diabète de type 2 et un indice de masse corporelle élevé sont associés à un risque accru de développer plusieurs cancers courants. Un mauvais contrôle de la glycémie est associé à plusieurs problèmes de santé bucco-dentaire tels qu'une éruption dentaire précoce ou une infection des gencives. Une mauvaise santé bucco-dentaire a un impact supplémentaire sur la qualité de vie des personnes atteintes de diabète, compromettant ainsi une alimentation et une nutrition efficaces.

15. Il existe clairement une relation bidirectionnelle entre les troubles mentaux et le diabète. Près d'un tiers des personnes atteintes de diabète ont des problèmes psychologiques et/ou sociaux qui entravent leur capacité à prendre en charge eux-mêmes leur diabète (13). Les personnes atteintes de diabète ont deux à trois fois plus de risques de souffrir de dépression que les personnes non diabétiques et seulement 25 à 50 % des personnes atteintes de diabète qui souffrent de dépression sont diagnostiquées et traitées (14). Les personnes atteintes

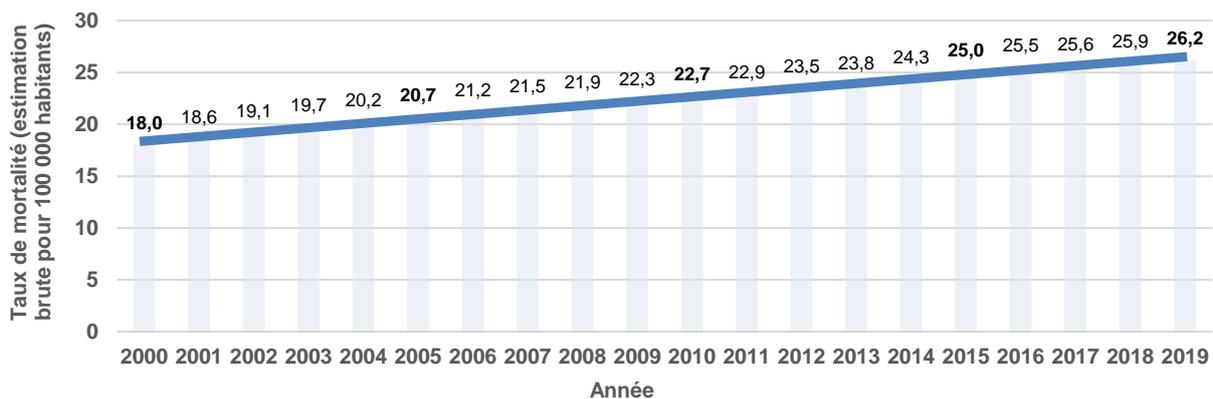


Figure 4. Mortalité due au diabète dans la Région de la Méditerranée orientale pour 100 000 habitants, 2000-2019*

Remarque : * Nombre de décès dus au diabète pour 100 000 habitants dans la population totale de la Région de la Méditerranée orientale.

Source : Number of deaths attributed to NCDs, by type of disease and sex. Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-attributed-to-non-communicable-diseases-by-type-of-disease-and-sex>) ; Population, total. Data. Washington, DC : World Bank ; 2019 (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>).

de troubles mentaux présentent également un risque accru de développer un diabète (environ deux fois plus élevé pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, et 1,5 fois pour la dépression) (15). En outre, l'exposition différentielle à des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et un comportement sédentaire augmente le risque de surpoids ou d'obésité, tandis que les effets iatrogènes des médicaments pour les troubles mentaux (il existe une association entre le diabète et certains médicaments antipsychotiques, antidépresseurs et le lithium) et l'accès inéquitable aux services de santé augmentent le risque de complications et de mortalité liées au diabète. La situation est encore plus compliquée pour les personnes souffrant de comorbidité entre le diabète et les troubles mentaux, lesquelles ont souvent du mal à appliquer les conseils liés à la surveillance et à la prise en charge de leur statut glycémique. Des éléments attestent que de nombreuses personnes atteintes de diabète éprouvent d'importantes difficultés psychologiques aggravées par la pandémie de COVID-19 (16).

16. Le diabète est une maladie coûteuse dont l'impact économique est souvent négligé. La maladie a non seulement un impact financier sur les personnes concernées, mais aussi sur la société, les systèmes de santé et les économies nationales, du fait des coûts médicaux directs et des coûts indirects tels que la perte de productivité due à la morbidité, l'invalidité, la mortalité prématurée et les besoins accrus de soutien social. Les données disponibles révèlent une variation considérable en matière de dépenses de santé liées au diabète entre les pays de la Région. En effet, selon une étude récente sur la charge économique du diabète dans la Région de la Méditerranée orientale¹, le diabète coûte à l'économie environ 60 milliards de dollars US par an, ce qui équivaut à 1,7 % du PIB de la Région en 2019 (la fourchette étant comprise entre 0,7 % et 2,2 % du PIB selon les pays). Les coûts directs s'élèvent à 26 milliards de dollars US (43 %) et les coûts indirects à 34 milliards de dollars US (57 %).

17. Pour plusieurs raisons complexes, la plupart des pays de la Région ne sont pas en bonne voie pour atteindre la cible 3.4 des ODD visant à réduire la mortalité prématurée due aux MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques) d'un tiers à l'horizon 2030 par rapport aux niveaux de 2015. L'analyse coût-efficacité des différentes approches est importante, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, pour comprendre quelles interventions fondées sur des données probantes sont réalisables pour les personnes atteintes de diabète dans un contexte donné, en tenant compte des capacités des effectifs et des ressources disponibles. L'investissement dans des mesures visant à réduire la multimorbidité présente un bon rapport coût-efficacité et les approches multimodales, qui comprennent des interventions comportementales et pharmacologiques et d'autres composantes telles que le soutien par les pairs ou la technologie, sont prometteuses, mais n'ont pas encore été étudiées systématiquement pour déterminer quels programmes pluri-composantes sont efficaces et lesquels sont les plus bénéfiques. La réalisation de la couverture sanitaire universelle et de la santé pour tous est également cruciale si l'on veut lutter contre les disparités et les inégalités dans l'accès aux soins de santé.

Politiques et programmes de lutte contre le diabète dans le cadre des mesures nationales de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles

18. La résolution WHA42.36 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la lutte contre le diabète sucré, adoptée en 1989, a tenté pour la première fois de placer l'épidémie de diabète au premier plan des politiques mondiales de santé. Pour donner suite à la résolution, plusieurs développements ont eu lieu au niveau régional. Un groupe spécial régional sur le diabète a été créé en 1991, suivi de la mise en place d'un groupe consultatif régional en 1992 et de l'élaboration d'un plan d'action régional dans le même domaine en 1992. La publication *Diabetes prevention and control: a call for action* publiée en 1993 a été l'un des premiers documents de l'OMS (dans le cadre d'une série technique) proposant une feuille de route régionale pour la prévention et la maîtrise du diabète. Plusieurs programmes nationaux de lutte contre le diabète ont par la suite été créés dans la Région, l'accent étant mis sur l'amélioration des normes de soins par l'éducation et la mise en place de programmes de formation.

19. L'élaboration de programmes nationaux de lutte contre le diabète dans la Région dans les années 1990 a été accompagnée par la création de centres du diabète et de cliniques spécialisées de soins tertiaires,

¹ Elmusharaf K. Diabetes: economic burden of type 2 diabetes mellitus in Eastern Mediterranean Region, unpublished report, 2021.

complétés dans plusieurs pays de la Région par des consultations ou des cliniques pour diabétiques au niveau des soins de santé primaires, dont beaucoup ont servi de base à l'intégration progressive des services de lutte contre les MNT. Si l'accent a été mis sur l'élargissement de la prestation de services, une attention insuffisante a été portée aux mesures de prévention au niveau de la population pour prévenir le diabète et les facteurs de risque associés.

20. En 2000, compte tenu de la charge croissante des maladies non transmissibles, l'OMS a lancé sa première stratégie mondiale de prévention et de maîtrise de ces maladies, en promouvant une approche plus intégrée de la prévention et de la maîtrise des quatre principales maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques et diabète) et des quatre facteurs de risque importants (tabagisme, usage nocif de l'alcool, sédentarité et mauvaise alimentation). Ce document historique a été suivi en 2004 par la *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, ainsi que par l'élaboration et l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé des premier et deuxième plans d'action mondiaux de lutte contre les maladies non transmissibles, couvrant respectivement les périodes 2008-2013 (résolution WHA61.14) et 2013-2020 (résolution WHA66.10), qui ont ensuite été prolongés jusqu'en 2030 pour s'aligner sur le calendrier des ODD. Ces efforts ont été renforcés par la première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT en 2011 et les deux réunions de haut niveau suivantes en 2014 et 2018, dont les déclarations politiques respectives décrivent un ensemble d'engagements et de recommandations à l'intention des États Membres, de l'OMS et des partenaires pour intensifier davantage les ripostes nationales en matière de prévention et de maîtrise des MNT. La reconnaissance, dans la Déclaration politique de 2018, des déterminants environnementaux (tels que la pollution de l'air) en tant que facteurs de risque et des affections mentales et neurologiques en tant que maladies non transmissibles a élargi le champ d'action du programme des MNT pour le faire passer du « modèle 4x4 » (quatre facteurs de risque et quatre maladies) au « modèle 5x5 » et a appelé à des réponses plus intégrées aux MNT, et non plus à la focalisation sur des maladies uniques, dont le diabète.

21. En réponse à la Déclaration politique des Nations Unies sur les MNT de 2011, l'OMS a élaboré un cadre d'action régional pour mettre en œuvre cette déclaration qui a été approuvée par la cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale en 2012. Régulièrement mis à jour, ce cadre d'action constitue la feuille de route régionale pour la lutte contre les MNT, et fournit des interventions stratégiques et des indicateurs pour évaluer les progrès des pays dans les domaines de la gouvernance, de la prévention et de la réduction des facteurs de risque, des soins de santé, et de la surveillance et du suivi.

22. Dans ce contexte, les pays de la Région de la Méditerranée orientale sont de plus en plus conscients de la nécessité de mieux prendre en compte le diabète en tant que priorité de santé publique et mettent au point des réponses davantage intégrées avec divers programmes, politiques et initiatives. L'enquête sur les capacités des pays en matière de lutte contre les maladies non transmissibles et la récente évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 2013-2020 fournissent d'importantes données validées sur les réponses apportées par les pays face au diabète (voir tableau 1). Sur les 22 pays/territoires de la Région, 17 déclarent disposer d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'action national opérationnel(le) pour la lutte contre le diabète. Sur la base des neuf cibles volontaires mondiales de l'OMS en matière de lutte contre les MNT, 14 pays/territoires ont fixé des cibles nationales assorties de délais dans ce domaine, dont des cibles pour enrayer l'augmentation du diabète et/ou de l'obésité. Le maintien d'un poids de santé est un facteur important de la prévention du diabète, et mettre fin au diabète et à l'obésité est étroitement lié aux politiques, stratégies et plans qui visent à lutter contre la mauvaise alimentation et/ou la sédentarité, ainsi qu'aux politiques plus générales de prévention des risques de maladies non transmissibles portant sur la consommation de tabac et l'usage nocif de l'alcool.

Tableau 1. Capacités des pays/territoires de la Région de la Méditerranée orientale en matière de prévention, de détection, de maîtrise et de prise en charge du diabète, par groupe de pays en 2019*

Groupe de pays*	Pays	Enquête nationale récente sur les facteurs de risque avec mesure de la glycémie		Ensemble de cibles nationales assorties de délais pour la lutte contre les MNT sur la base des neuf cibles mondiales volontaires	Politique/ stratégie/ plan d'action opérationnel(le)s contre le diabète	Programmes/ politiques/ stratégies/ plans d'action verticaux(les) pour lutter contre le diabète	Programmes/ politiques/ stratégies/ et plans d'action verticaux(les) prenant en compte le surpoids et l'obésité	Programmes/ politiques/ stratégies/ plans d'action verticaux (les) prenant en compte de la sédentarité	Lignes directrices/ protocoles/ normes nationaux (les) fondé(e)s sur des données probantes disponibles pour la prise en charge (diagnostic et traitement) du diabète	Disponibilité de technologies de base pour la détection précoce et le diagnostic du diabète			Disponibilité d'antihyperglycémiques oraux et d'insuline dans les établissements de soins primaires publics		Registre national du diabète
										Glycémie	Épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale	Test HbA1c	Insuline	Metformine	
Groupe 1	Bahreïn	✓		✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Koweït	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
	Oman	✓		✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Qatar	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Arabie saoudite	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Émirats arabes unis	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Total	6		6	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6	5
		100%		100%	100%	67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%
Groupe 2	Égypte	✓		✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓
	République islamique d'Iran	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Iraq	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓
	Jordanie	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓
	Liban	✓		✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
	Libye	✓		✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓
	Maroc	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
	République arabe syrienne	✓		✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Tunisie	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗
	Palestine	✓		✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Total	10		7	9	6	7	6	9	10	5	6	10	10	7
		100%		70%	90%	60%	70%	60%	90%	100%	50%	60%	100%	100%	70%

Groupe 3	Afghanistan	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗
	Djibouti	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗
	Pakistan	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓
	Somalie	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗
	Soudan	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗
	Yémen	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
	Total	3	1	2	0	0	0	1	4	1	1	3	4	1
	50 %	17 %	33 %	0 %	0 %	0 %	17 %	67 %	17 %	17 %	50 %	67 %	17 %	
Région de la Méditerranée orientale	19	14	17	10	13	12	16	20	12	13	19	20	13	
	86 %	64 %	77 %	45 %	59 %	55 %	73 %	91 %	55 %	59 %	86 %	91 %	59 %	

Remarques : * Classification des pays de la Région de la Méditerranée orientale par groupe : Groupe 1 : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman et Qatar ; Groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Palestine, République arabe syrienne et Tunisie ; Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.
 Source : Enquête sur les capacités des pays en matière de lutte contre les maladies non transmissibles menée par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2019.

23. Selon l'enquête sur les capacités des pays, il est clair que les pays du groupe 1¹ ont la capacité la plus élevée de détection et de prise en charge du diabète, par rapport aux autres groupes de pays, en matière de gouvernance, de financement, d'infrastructures, de services et d'autres facteurs. Cette capacité plus importante constitue un investissement rationnel et représente une réponse adéquate pour réduire le niveau de prévalence extrêmement élevé dans ces pays. Cependant, compte tenu de l'augmentation spectaculaire de la prévalence après l'âge de 40 ans, un changement d'approche en matière de lutte contre le diabète pourrait s'avérer nécessaire, en mettant davantage l'accent sur les facteurs de risque modifiables dans les groupes d'âge les plus jeunes afin de prévenir et de minimiser la survenue de la maladie en premier lieu. Par conséquent, des interventions en population sont nécessaires.

24. Au niveau mondial, un adulte sur deux atteint de diabète n'est pas conscient de sa maladie. Quatre adultes sur cinq atteints de diabète non diagnostiqué vivent dans des pays en développement. D'après les estimations de la Fédération internationale du diabète, près de 45 % (24 millions) des adultes âgés de 20 à 79 ans atteints de diabète ne sont pas diagnostiqués dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale (Figure 5). Les personnes qui ignorent qu'elles sont atteintes de diabète développent souvent des lésions organiques graves et des complications débilitantes/coûteuses avant que leur maladie ne soit diagnostiquée. Par conséquent, une approche de la santé et du bien-être tout au long de la vie² dès les premières années de vie et jusqu'à un âge avancé devrait être intégrée dans les interventions en population qui ciblent les modes de vie et les comportements afin de rectifier les causes sous-jacentes du diabète.

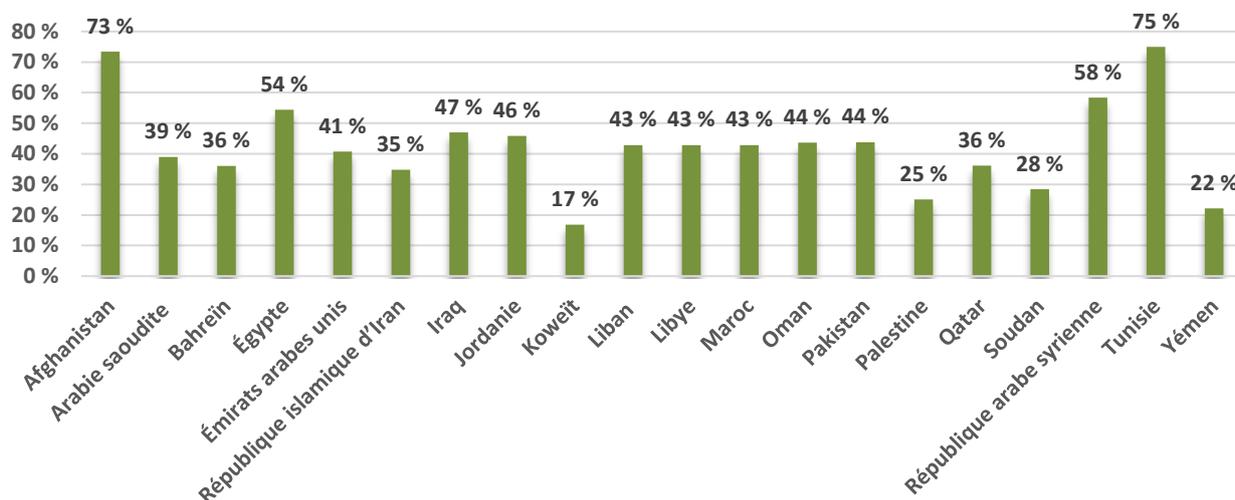


Figure 5. Proportion de diabète non diagnostiqué dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale (20-79 ans), en pourcentage

Source : Atlas du diabète de la FID, 9^e édition. Bruxelles : Fédération internationale de diabète; 2019 (<https://www.diabetesatlas.org/fr/resources/>).

¹ Aux fins du présent document, les pays de la Région ont été classés en trois grands groupes sur la base de l'état de santé de la population, de la performance du système de santé et du niveau des dépenses de santé. Le groupe 1 comprend des pays dont le développement socio-économique a considérablement progressé au cours des dernières années, soutenu par un haut niveau de revenus ; le groupe 2 comprend en grande partie des pays à revenu intermédiaire qui ont développé d'importantes infrastructures de prestation de services de santé publique, mais doivent faire face à des pénuries de ressources ; et le groupe 3 comprend des pays qui rencontrent des obstacles majeurs dans l'amélioration de l'état de santé de la population, causés par une pénurie de ressources de santé, une instabilité politique, des conflits et d'autres défis de développement complexes. Les pays du groupe 1 sont l'Arabie saoudite, Bahreïn, les Émirats arabes unis, le Koweït, Oman et le Qatar. Les pays appartenant au groupe 2 sont l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, la Libye, le Maroc, la Palestine, la République arabe syrienne, et la Tunisie. Le groupe 3 comprend l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen.

² Pour plus d'informations sur l'approche prenant en compte toutes les étapes de la vie, voir : The implications for training of embracing a life course approach to health. Geneva: World Health Organization:2000 (https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_en.pdf).

25. L'adoption et la mise en œuvre de politiques en matière de nutrition et d'alimentation saine restent une stratégie essentielle pour lutter contre le diabète, l'obésité et l'alimentation déséquilibrée dans la Région. Suite à l'adoption du cadre d'action régional sur les MNT en 2012, le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté un cadre d'action régional sur la prévention de l'obésité en 2018, basé sur les priorités politiques précédemment identifiées pour faire face à l'obésité et au diabète dans la Région. La stratégie régionale pour la nutrition 2020–2030, adoptée en 2019 suite au cadre susmentionné, fournit également des orientations et comprend les objectifs spécifiques suivants concernant la prévention du surpoids et de l'obésité et les MNT ayant un lien avec l'alimentation :

- Réduire la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de cinq ans à 3 % maximum ;
- Mettre fin à l'augmentation du diabète et de l'obésité chez l'adulte ;
- Mettre fin à l'augmentation du surpoids chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents âgés de 5 à 18 ans ;
- Réduire de 30 % l'apport moyen en sel/sodium dans la population ;
- Éliminer la quasi-totalité des acides gras trans produits industriellement de l'alimentation.

26. En outre, la Stratégie pour la nutrition 2020-2030 met en exergue plusieurs mesures prioritaires recommandées pour réduire la mauvaise alimentation et créer des environnements alimentaires sains. La plupart d'entre elles ont un bon rapport coût-efficacité et peuvent être mises en œuvre n'importe où (les « meilleurs choix » en matière de lutte contre les MNT). Ces actions prioritaires visent à :

- réduire progressivement les apports en sel, en sucre et en graisses saturées en améliorant la qualité nutritionnelle des produits alimentaires grâce à des programmes de reformulation dirigés par les pouvoirs publics ;
- instaurer une taxe sur les boissons sucrées et utiliser d'autres taxes et subventions pour promouvoir une alimentation saine ;
- revoir les programmes de subventions alimentaires et éliminer progressivement les subventions pour tous les types de matières grasses/huiles et les sucres ; et
- mettre en place des normes obligatoires pour la liste des ingrédients, les déclarations des éléments nutritifs au dos de l'emballage et l'étiquetage simplifié sur le devant de l'emballage pour tous les produits alimentaires préemballés.

27. Au cours de la dernière décennie, les actions visant à lutter contre la mauvaise alimentation se sont multipliées dans toute la Région, les pays étant de plus en plus confrontés au double fardeau de la malnutrition. Il s'agissait notamment d'informer et d'éduquer la population sur le thème d'une alimentation saine, par exemple en communiquant des lignes directrices à ce sujet. De manière cruciale, ces actions ont également inclus des mesures visant à créer des environnements alimentaires plus sains, notamment en améliorant la qualité nutritionnelle des produits alimentaires servis ou disponibles dans les écoles, en mettant en œuvre une législation pour éliminer la quasi-totalité des acides gras trans industriels, en poursuivant des stratégies de réduction du sel et en appliquant des taxes aux boissons sucrées. La mise à jour des données sur la composition des produits alimentaires, y compris sur les acides gras trans, les sucres et le sel, a également porté ses fruits dans plusieurs pays.

28. Le tableau 2 récapitule l'existence ou non d'une série de politiques et de mesures recommandées par l'OMS pour réduire la mauvaise alimentation dans les pays/territoires de la Région. Comme le montre le tableau, les lacunes concernent principalement les pays à faible revenu (Groupe 3). À titre d'exemple, 10 des pays de la Région avaient mis en place des politiques relatives aux acides gras trans en 2019 et mettent de plus en plus en œuvre des mesures réglementaires spécifiques, tandis que 13 pays ont mis en œuvre, complètement ou de manière partielle, des politiques nationales de réduction de la consommation de sel. Cependant, quatre pays seulement avaient adopté des politiques relatives aux aspects de la commercialisation des produits alimentaires destinés aux enfants en 2019, et les mesures concrètes dans ce domaine font encore défaut. Huit pays ont introduit des taxes, la plupart du temps à un taux de 50 %, sur les boissons gazeuses ou sucrées. Les données relatives à l'impact de ce genre de taxes telles que celles sur l'alcool ou le tabac mises

en œuvre en 2017, montrent que de 2016 à 2017, le taux de croissance des volumes de ventes a diminué, passant de 5,44 % à 1,33 % en Arabie saoudite, de 7,37 % à 5,93 % aux Émirats arabes unis et de 5,25 % à 5,09 % à Bahreïn. Au Qatar, des taxes de ce type ont été mises en œuvre en 2019 et une réduction des volumes de ventes de 3,78 % à 2,45 % a été observée entre 2019 et 2020. À Oman, une réduction de 3,60 % à 2,99 % a été observée entre 2018 et 2019. Le Koweït a été le dernier pays membre du Conseil de coopération du Golfe (CCG) à mettre en œuvre des taxes de ce type en 2020 et le taux de croissance des volumes de ventes a diminué, passant de 6,31 à 5,47 % entre 2019 et 2020.

29. Afin d'atteindre les objectifs mondiaux et régionaux convenus en matière de nutrition et de MNT liées à l'alimentation, les pays devront s'appuyer sur ces progrès et renforcer les actions dans toute la Région, tout en intensifiant les efforts dans les domaines où des mesures concrètes font défaut. Bien que de nombreux pays appliquent les meilleures options de l'OMS en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, telles que la réduction de la quantité de sel dans les produits alimentaires, l'augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool et la promotion de la sensibilisation du public à la question de l'alimentation et de l'activité physique, peu ont atteint un niveau de mise en œuvre complet ou maintenu leurs niveaux d'investissement. En outre, bien que des politiques et des programmes aient été établis, il existe peu de cadres de suivi clairs ou d'indicateurs et de cibles convenus au niveau national pour évaluer leur impact sur la prévention et la maîtrise du diabète. Par ailleurs, aucun des pays de la Région qui ont fixé des objectifs pour mettre fin au diabète n'a été en mesure jusqu'à présent de démontrer une baisse de la prévalence de cette maladie.

30. La détection précoce et la prise en charge adéquate du diabète sont nécessaires pour compléter les interventions préventives au niveau de la population. Alors que la plupart des pays de la Région indiquent avoir mis en place des services pour le diabète, l'ensemble complet de services allant de la prévention au diagnostic précoce, en passant par le traitement et les soins du diabète et de ses complications n'est pas pris en compte de manière explicite et exhaustive dans les paniers nationaux de prestations de santé et aux différents niveaux de soins dans de nombreux pays. En outre, bien que leur découverte remonte à 100 ans (en 1921), l'insuline, les agents antihyperglycémiques oraux et les technologies diagnostiques essentielles pour la surveillance de la glycémie sont souvent inabordables au plan économique et ne sont pas entièrement couverts par des mécanismes nationaux de prépaiement ou d'assurance, exposant les personnes à des difficultés financières, en particulier les parties pauvres, vulnérables et marginalisées de la population. En l'absence d'une couverture d'assurance suffisante ou d'un dispositif national, les personnes atteintes de diabète sont plus susceptibles d'engager des frais médicaux importants, y compris des dépenses de santé catastrophiques, que celles qui ne sont pas touchées par la maladie.

31. Bien que l'OMS ne recommande généralement pas un dépistage du diabète en population, les systèmes de santé devraient être en mesure de détecter de manière précoce les personnes à haut risque de développer un diabète et d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, en fonction de la charge nationale et des capacités du système de santé. À cet égard, certains pays de la Région (principalement dans le groupe 1 de pays ayant un revenu plus élevé) ont mis en place des programmes d'identification des personnes à risque de développer un diabète, en utilisant un score de risque adapté. Le Qatar, par exemple, s'est fixé des objectifs ambitieux de dépistage de l'ensemble de la population adulte, en proposant des plans de santé adaptés à toutes les personnes dépistées. Toutefois, la plupart de ces programmes n'ont été introduits que récemment et leurs performances doivent encore être évaluées. Les données disponibles qui sont en pleine évolution laissent penser que l'identification précoce des personnes à risque de développer un diabète offre une occasion de prévention, de diagnostic et de traitement précoces, tels que le traitement médicamenteux et le conseil. Le diabète de type 2 est précédé d'une longue période de troubles de la glycémie à jeun et il est souvent associé à l'obésité qui constitue le principal facteur de risque de progression du diabète. Il existe maintenant des preuves suffisantes suggérant que des interventions intensives sur le mode de vie (avec ou sans démarrage précoce des traitements) permettent d'obtenir une perte de poids significative et peuvent potentiellement ralentir ou inverser la survenue du diabète.

Tableau 2. Existence de politiques et de mesures visant à promouvoir une alimentation saine dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale

Pays	Toute politique concernant la commercialisation de produits alimentaires destinés aux enfants ¹	Toute politique de réduction de la consommation de sel ¹	Politiques nationales sur les acides gras saturés/ acides gras trans ¹	Politiques nationales sur les graisses saturées ¹	Politiques nationales sur l'élimination des acides gras trans ¹	Mesure spécifique pour interdire ou éliminer la quasi-totalité des acides gras trans-industriels ²	Taxe sur les boissons sucrées (niveau de taxe prélevé) ³
	2019	2019	2017	2019	2019	2019	2019
Pays à faible revenu							
Afghanistan	X	X	✓	X	X	X	X
République arabe syrienne	X	X	X	X	X	X	n.d.
Somalie	n.d.	n.d.	X	n.d.	X	X	X
Soudan	X	X	X	X	X	X ⁵	X
Yémen	X	X	X	X	X	X	n.d.
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure							
Djibouti	n.d.	X	X	X	X	X	X
Égypte	X	✓	X	X	X	X ^{4,5}	n.d.
Maroc	✓	✓	✓	✓	✓	X ⁴	✓ (50 %)
Pakistan	X	X	X	X	X	X	X
Palestine ⁶	X	✓	✓	n.d.	X	X ^{4,5}	X
Tunisie	x	✓	✓	✓	✓	X ^{4,8}	✓
Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure							
République islamique d'Iran	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (20 %)
Iraq	X	✓	✓	✓	n.d.	X	X
Jordanie	X	✓	✓	X	✓	X ⁸	X
Liban	X	X	X	X	X	X	X
Libye	X	X	X	X	X	X	X
Pays à revenu élevé							
Arabie saoudite	X	✓	✓	✓	✓	✓ ⁷	✓ (50 %)
Bahreïn	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ⁷	✓ (50 %)
Émirats arabes unis	X	✓	✓	✓	✓	X ^{5,7}	✓ (50 %)
Koweït	X	✓	✓	✓	✓	✓ ⁷	X
Oman	✓	✓	✓	✓	✓	X ^{5,7,8}	✓ (50 %)
Qatar	X	✓	✓	✓	✓	X ^{5,7}	✓ (50 %)

Remarques : ✓ = politique/mesure signalée, X = pas de politique/mesure signalée, n.d. = pas de données.

¹ Informations provenant du système d'archivage des données sur les MNT de l'Observatoire mondial de la santé (<https://apps.who.int/gho/data/view.main.2473>).

² Informations issues du rapport *Countdown to 2023: WHO report on trans-fat elimination (2020)* and nutrition focal points.

³ Informations fournies par les points focaux nationaux en matière de nutrition sur l'existence d'une taxe et, le cas échéant, le niveau de l'impôt prélevé, par exemple 50 % du prix avant impôt.

⁴ Une évaluation a été réalisée pour identifier les sources et les apports.

⁵ Plan d'action national ou législation en cours d'élaboration.

⁶ Toutes les données palestiniennes ont été obtenues auprès du Ministère de la Santé.

⁷ L'Organisation de normalisation du Golfe a adopté la norme GSO 2483/2015 pour les membres du Conseil de coopération du Golfe ; la mise en œuvre varie entre les pays (voir texte principal).

⁸ D'autres mesures complémentaires sont mises en œuvre.

Source : Al-Jawaldeh A, Hammerich A, Doggui R, Engesveen K, Lang K, McColl K. (2020). Implementation of WHO recommended policies and interventions on healthy diet in the countries of the Eastern Mediterranean Region: from policy to action. *Nutrients*. 2020 Nov 30;12(12):3700. doi:10.3390/nu12123700.

32. Une couverture peu efficace et l'insuffisance de la qualité globale des services de santé (y compris pour le diabète) représentent l'un des principaux défis dans la Région de la Méditerranée orientale et constituent un obstacle majeur à l'avènement de la couverture sanitaire universelle dans la Région. Le diabète non contrôlé a de graves conséquences sur la santé et le bien-être des personnes et augmente les coûts directs et indirects de la maladie. Des données issues des enquêtes STEPS réalisées récemment dans la Région mettent en évidence d'importantes lacunes en matière de traitement chez les personnes atteintes de diabète. Les obstacles à une prise en charge optimale du diabète sont multiples et concernent tous les éléments constitutifs du système de santé (tableau 3). Les personnes atteintes de diabète ont besoin de soins sur le long terme qui soient personnalisés, proactifs et durables. Les soins de santé primaires peuvent organiser et fournir des soins de santé permettant de détecter et de prendre en charge le diabète et ses complications dès les premiers stades. Le décloisonnement entre les niveaux de soins et le fait de parvenir à une plus grande coordination entre tous les services tout au long de la vie conduiront à une approche orientée sur les besoins des personnes. Atteindre et maintenir un bon contrôle glycémique est un élément fondamental des soins du diabète. Des études régionales ont montré que la prise en charge du diabète est sous-optimale à tous les niveaux du système de soins de santé, étant donné que moins de 50 % des patients diabétiques atteignent les niveaux cibles en matière de contrôle de la glycémie dans la plupart des pays de la Région.

33. L'OMS a élaboré un ensemble d'interventions prioritaires, qui sont d'un bon rapport coût-efficacité (les « meilleures options »), ainsi que des outils et des modules permettant de fournir des soins de qualité acceptable dans le cadre des soins de santé primaires. Il s'agit notamment de l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et de l'ensemble d'outils techniques HEARTS. Ces interventions peuvent être appliquées par la plupart des pays de la Région, mais nécessitent une réponse globale et alignée du système de santé. L'ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (connu sous l'acronyme PEN pour Package of essential noncommunicable interventions) fournit un ensemble de guides cliniques, de protocoles cliniques et de guides d'auto-prise en charge ainsi qu'une liste de contrôle de l'état de préparation des établissements pour une meilleure prise en charge et une meilleure maîtrise du diabète et des risques de maladies cardiovasculaires. La République islamique d'Iran a lancé une version adaptée, appelée IraPEN, qui cible spécifiquement la prévention et la maîtrise des quatre maladies non transmissibles courantes, dont le diabète. Le module HEARTS aide les ministères de la Santé, avec la participation des parties prenantes locales et l'appui technique de l'OMS, à intégrer les meilleures pratiques mondiales en matière de prévention et de maîtrise des maladies cardiovasculaires dans les services de santé existants, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, notamment pour une meilleure maîtrise du diabète, de l'hypertension artérielle et pour la promotion de la prévention secondaire. Il est mis en œuvre en Jordanie, au Maroc, au Soudan et au Yémen. Pour évaluer l'efficacité de la prise en charge et de la maîtrise du diabète, un système de suivi et d'évaluation doit être mis en place, comprenant un suivi régulier des paramètres biochimiques et de la survenue de complications dues au diabète. En outre, les initiatives devraient être complétées par des approches à l'échelle de la population pour une prévention efficace du diabète.

Tableau 3. Principaux obstacles à la prise en charge optimale du diabète

- Manque d'accès universel à des médicaments, diagnostics et technologies sanitaires essentiel(le)s de qualité, sûr(e)s, efficaces et abordables sur le plan économique
- Pénurie de personnels de santé qualifiés, et niveau insuffisant de formation et de supervision d'appui pour développer les connaissances et les compétences
- La fragmentation des systèmes de soins de santé, des circuits de soins cliniques et des structures d'équipe, en particulier au niveau des soins primaires, entrave la détection, la prévention et la prise en charge multidisciplinaires intégrées du diabète et des complications connexes au moyen d'orientations-recours appropriées
- Infrastructures limitées, notamment en ce qui concerne les centres spécialisés dans la prise en charge des personnes diabétiques nécessitant une prise en charge plus avancée (diabète de type 1, diabète d'apparition précoce ou patients présentant de multiples comorbidités)
- Engagement insuffisant des personnes atteintes de diabète et investissements limités pour promouvoir l'auto-prise en charge et améliorer la communication patient-prestataire
- Absence ou développement limité de dossiers médicaux (électroniques) des patients pour la collecte systématique des données liées aux soins cliniques de routine du diabète et aux facteurs de risque associés

Source : (4).

34. La Région de la Méditerranée orientale est actuellement le lieu de plusieurs conflits de grande ampleur et accueille la plupart des réfugiés du monde. Pour faire face aux ruptures d'approvisionnement et réduire le risque d'exacerbations et de complications aiguës chez les personnes atteintes de MNT, l'OMS a mis au point un kit d'urgence pour la prise en charge des MNT afin de répondre aux besoins temporaires en médicaments d'environ 10 000 personnes pendant trois mois, dont l'insuline, les agents antihyperglycémiques oraux et le matériel de diagnostic du diabète, en mettant l'accent sur les MNT les plus courantes (17). Depuis 2017, plus de 7500 modules du kit pour la prise en charge des MNT ont été achetés, déployés ou prépositionnés en Afghanistan, en Iraq, en Libye, en Palestine, en République arabe syrienne et au Yémen, ainsi que sur la plateforme humanitaire des Nations Unies et de l'OMS à Dubaï. Le kit pour la prise en charge des MNT est aussi de plus en plus utilisé partout dans le monde dans divers contextes humanitaires, y compris dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Dans certains pays, le kit a été utilisé en tant que première tentative d'intégration des services de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires, établissant ainsi un lien entre l'action humanitaire et le développement.

35. Selon une enquête d'évaluation rapide de la prestation de services pour les MNT dans la Région pendant la pandémie de COVID-19, plus de la moitié (53 %) des pays où l'enquête a été menée ont signalé une interruption partielle ou totale des services pour le traitement de l'hypertension et les soins dentaires urgents, 48 % pour les services de soins palliatifs, 47 % pour les services de prise en charge de l'asthme et les services de réadaptation, 42 % pour le traitement du diabète et la prise en charge du cancer, et 26 % pour les urgences cardiovasculaires. En outre, il a été demandé aux pays quels services liés aux MNT étaient inclus dans la liste des services de santé essentiels dans leurs plans de riposte à la COVID-19. Les services concernant les maladies cardiovasculaires (68 %), le cancer (68 %), le diabète (68 %) et les maladies respiratoires chroniques (58 %) étaient ceux qui étaient les plus fréquemment inclus dans les plans de riposte pour la COVID-19. Cependant, c'est dans les pays du groupe 3 que l'inclusion des services de lutte contre les maladies non transmissibles dans la liste des services de santé essentiels a été la plus faible : seul un quart de ces pays (25 %) a déclaré le faire pour certains services. Comme nous l'avons vu au cours de la pandémie de COVID-19 et d'autres situations d'urgence dans la Région et au-delà, l'attention accordée aux maladies non transmissibles n'a pas été suffisante dans le cadre de la préparation et de l'organisation de la riposte aux situations d'urgence. Malgré une grave perturbation des services de lutte contre les MNT pendant la pandémie de COVID-19, tels qu'en attestent les informations disponibles, il n'existe toujours pas d'approches globales pour protéger, maintenir et restaurer les services de santé essentiels, y compris pour les personnes vivant avec le diabète. Dans de nombreux pays fragiles et dans ceux qui sont confrontés à des situations d'urgence prolongées, la priorité n'est pas donnée à tous les services de santé essentiels et il n'existe pas de mécanismes de protection financière. Les personnes nécessitant des soins chroniques, dont certaines ont besoin d'un accès ininterrompu aux médicaments essentiels tels que l'insuline, sont donc souvent exposées à un risque accru de complications et de décès.

36. Les agents de santé sont les piliers des systèmes de santé nationaux. Leur formation et leurs compétences sont essentielles à un ensemble de services nécessaires à une prise en charge efficace du diabète. Malgré les pénuries de personnels de santé qui constituent un obstacle à la disponibilité et à l'accessibilité des services de prise en charge du diabète dans la Région, il est essentiel de garantir des normes minimales de prestation de services de prise en charge du diabète dans toute la chaîne des services de santé et à tous les niveaux de soins en mettant l'accent sur le développement/renforcement des ressources humaines et des capacités institutionnelles, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Même si le renforcement des personnels de santé pour faire face à la charge croissante que représentent les MNT et le diabète nécessite une planification stratégique et des ressources supplémentaires, bien davantage de mesures peuvent être prises pour optimiser les fonctions et les performances des personnels de santé existants. Dans de nombreuses parties du monde, de multiples changements se sont produits dans le traitement et la prise en charge des personnes atteintes de diabète, ce qui a permis à un vaste ensemble de prestataires de soins de santé de se mobiliser en tant que membres d'une équipe multidisciplinaire. Les personnels infirmiers et obstétricaux, les nutritionnistes, les psychologues et les éducateurs en santé peuvent apporter une contribution positive aux soins prodigués par les médecins généralistes et spécialistes. Malgré plusieurs initiatives importantes de réforme du secteur de la santé au niveau national, qui ont une incidence sur les modèles de prestation de services, la prise en charge du diabète dans la Région reste centrée sur les médecins et une attention moindre a été accordée à l'implication et à la formation des agents de santé auxiliaires, notamment en élargissant le

champ d'action de ceux qui sont déjà en service. Les personnels infirmiers, qui constituent le plus grand groupe de prestataires de soins de santé et le point de premier contact, restent sous-utilisés et leur rôle de leadership, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire des soins du diabète, dans l'amélioration de l'accès et de la coordination des soins, et dans l'autonomisation des personnes et de la communauté, n'a pas été pleinement exploité.

37. L'auto-prise en charge et l'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de diabète jouent un rôle important dans la prévention ou le retardement des complications du diabète. Les personnes vivant avec le diabète ont souvent une grande expérience en la matière et, lorsqu'elles sont responsabilisées et formées de manière adéquate, peuvent devenir les principaux experts de leur maladie. Un engagement inclusif et significatif des personnes atteintes de diabète et de leur famille peut influencer la conception de services de santé centrés sur la personne et d'autres politiques plus générales sur le diabète, leur donnant les moyens d'agir et améliorant l'auto-prise en charge, l'observance thérapeutique et l'issue du traitement. Cependant, l'exclusion, la stigmatisation, la faible littéracie en santé, les droits non explicites et l'absence de plateformes de gouvernance limitent encore la participation effective des personnes atteintes de diabète dans la plupart des pays de la Région. Des enseignements peuvent être tirés de plusieurs initiatives menées dans les pays membres du Conseil de Coopération du Golfe, en République islamique d'Iran et au Maroc, axées sur l'auto-prise en charge et la participation communautaire. Ces initiatives pourraient être intensifiées.

38. Les innovations en santé numérique, telles que les applications mobiles de santé pour le diabète, la télémédecine, les dispositifs portables ou implantables et l'intelligence artificielle pour soutenir le dépistage de la rétinopathie diabétique, révolutionnent la prévention et les soins du diabète. Be He@lthy, Be Mobile est une initiative mondiale en faveur de la santé mobile, dirigée par l'OMS et l'Union internationale des télécommunications (UIT), afin d'aider les pays à utiliser la technologie dans la prévention et la prise en charge de différentes maladies. Le diabète étant considéré comme l'une des maladies prioritaires à prendre en compte, le programme de santé mobile pour la prévention et la prise en charge du diabète (mDiabetes) a été mis au point. Un manuel d'orientation a été élaboré et diffusé afin de fournir un contenu programmatique fondé sur des données probantes pour aider les pays à développer leurs programmes mDiabetes (18). Plusieurs pays de la Région, parmi lesquels l'Égypte, le Soudan et la Tunisie, ont déjà commencé à mettre en œuvre leur programme mDiabetes. De nombreuses technologies et modalités ont été utilisées dans le cadre des initiatives mDiabetes dans ces pays, notamment les messages textes, les messages vocaux interactifs et les courtes vidéos. Le contenu de ces communications est principalement axé sur la sensibilisation au diabète et aux comportements préventifs pertinents liés au mode de vie, ainsi que sur l'éducation des patients concernant leur état de santé, l'auto-prise en charge, l'observance du traitement et la prévention des complications. La campagne mRamadan est une version spéciale du programme mDiabetes pendant le mois du Ramadan, qui permet le partage des messages sur le jeûne et d'autres pratiques de ce mois sacré avec les abonnés.

39. La pandémie de COVID-19, et les perturbations considérables des services qu'elle a entraînées n'ont fait qu'accroître la demande en matière de santé numérique. De nombreux pays ont été poussés à réexaminer leurs modèles traditionnels de prestation de services patients-médecins en présentiel et à déployer rapidement la technologie numérique et de nouveaux modèles de soins pour relever les différents défis de la pandémie. L'OMS a récemment compilé quelques exemples d'innovations en matière de santé numérique mises en œuvre dans la Région pour atténuer les effets de la pandémie (19). Par exemple, la plateforme Be He@lthy, Be Mobile a été utilisée afin de sensibiliser les personnes atteintes de diabète aux différents risques associés à la COVID-19 grâce à un ensemble de messages partagés avec les abonnés.

40. Les programmes mDiabetes qui ont été mis en œuvre et évalués dans la Région affichent des niveaux élevés d'utilisation et d'acceptation de la part des bénéficiaires. Cependant, malgré ces expériences prometteuses, la mise en œuvre et l'évaluation de ces programmes ont été inégales dans la Région et se sont principalement limitées aux pays à revenu élevé, tels que les pays membres du CCG, où la transformation de la santé numérique fait partie d'un programme plus vaste de gouvernance électronique. Dans d'autres pays, les interventions dans le domaine de la santé numérique passent principalement par le secteur privé, et leur mise en œuvre s'inscrit dans un cadre réglementaire et législatif minimal. Le financement représente également un défi pour les programmes existants dans de nombreux pays, lesquels nécessitent d'être renforcés et maintenus.

41. Le suivi et l'évaluation de la charge du diabète devraient être intégrés au système de surveillance des MNT qui surveille les résultats concernant ce type de maladies (mortalité et morbidité), l'exposition aux facteurs de risque, les déterminants sociaux et les ripostes nationales, en mettant l'accent sur la réponse du système de soins de santé. Plusieurs pays de la Région suivent actuellement les facteurs de risque des maladies chroniques à l'aide de l'approche STEPS, une méthode normalisée pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données sur les MNT et les facteurs de risque connexes. Cependant, le manque d'accès aux données et à la recherche demeure un obstacle majeur qui entrave la mise en œuvre de politiques et la prise de décision éclairées par des bases factuelles dans la Région, ainsi que le suivi et l'évaluation des programmes. Des données limitées sont disponibles sur les tendances épidémiologiques du diabète (prévalence/incidence ventilée selon l'âge, le sexe et le type de complication du diabète sucré) ainsi que sur la charge économique et la couverture efficace des interventions. Il est donc essentiel de renforcer la surveillance du diabète et des facteurs de risque connexes en mettant en œuvre le Cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles de l'OMS, qui couvre le suivi des expositions (facteurs de risque), des résultats (morbidité et mortalité) et des ripostes sanitaires nationales (capacités et interventions), ainsi que de promouvoir la recherche pour surveiller la charge de morbidité et évaluer l'efficacité des interventions individuelles et en population pour la prévention et la lutte contre le diabète et l'obésité.

Vision et feuille de route pour s'attaquer au diabète en tant que problème de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale

42. La communauté de santé publique se trouve aujourd'hui à un moment critique de la riposte à la menace croissante que représente le diabète, avant la prochaine (quatrième) réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2025 et l'échéance de 2030 pour atteindre les cibles des ODD. Les États Membres sont tenus de faire rapport sur la réalisation des cinq cibles mondiales volontaires de l'OMS pour 2025 liées au diabète, à savoir :

- une réduction relative de 25 % de la mortalité globale due aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques, et l'arrêt de la progression du diabète et de l'obésité ;
- au moins 50 % des personnes éligibles reçoivent un traitement médicamenteux et des conseils pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux ;
- une disponibilité de 80 % des technologies de base abordables et des médicaments essentiels, y compris génériques, nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles (dont le diabète) dans les établissements publics et privés ;
- une réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus.

43. Grâce à la dynamique créée cette année par la célébration du centenaire de la découverte de l'insuline, le lancement par l'OMS du Pacte mondial contre le diabète et la résolution WHA74.4 de l'Assemblée mondiale de la Santé récemment adoptée concernant le diabète, l'occasion est donnée aux États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, à l'OMS et aux autres parties prenantes régionales d'intensifier les ripostes nationales au diabète, en veillant à ce que les politiques et les efforts visant à lutter contre cette maladie soient cohérents, réguliers et alignés sur les feuilles de route régionales connexes, telles que la Déclaration de Salalah de 2018 sur la couverture sanitaire universelle et le cadre d'action régional sur les MNT. Les gouvernements doivent progressivement couvrir la population avec des politiques ayant un bon rapport coût-efficacité et des mesures législatives et réglementaires visant à réduire les facteurs de risque des MNT et fournir des services de santé, des médicaments, des vaccins et des technologies sanitaires pour la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement du diabète et de ses complications.

44. Le projet de cadre d'action régional pour la prévention et la maîtrise du diabète dans la Région OMS de la Méditerranée orientale définit une série d'interventions que tous les gouvernements doivent envisager afin d'intensifier leurs efforts et de prendre des mesures concertées pour lutter contre la maladie dans la Région, en mettant l'accent sur des interventions stratégiques, ciblant à la fois les populations et les individus, qui

permettront de réaliser les progrès les plus rapides et d'obtenir le meilleur retour sur investissement dans les quatre domaines de la gouvernance, de la prévention, de la gestion, et de la surveillance et de la recherche (voir l'annexe).

45. L'objectif principal du cadre d'action régional est d'orienter les dirigeants et les décideurs afin qu'ils :

- établissent une stratégie/un plan d'action multisectoriel(le) national(e) opérationnel(le), financé(e) et chiffré(e), englobant tous les domaines de la prévention, de la lutte et de la prise en charge du diabète, dans le cadre d'un plan national de lutte contre les MNT, avec des cibles et indicateurs nationaux assortis de délais pour la prévention et la lutte contre le diabète et l'obésité adaptés au contexte national ;
- mettent en œuvre des interventions en population d'un bon rapport coût-efficacité pour réduire les facteurs de risque du diabète (tabac, alimentation et mauvaise hygiène de vie) qui contribueront à la réduction de la mortalité prématurée ;
- renforcent le système de santé pour répondre de manière plus efficace et plus équitable aux besoins de soins de santé des personnes atteintes de diabète et intégrer le diabète dans le panier de prestations, notamment l'accès à des produits diagnostiques et à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces, abordables et essentiels, tels que l'insuline, les hypoglycémifiants oraux et d'autres médicaments et technologies sanitaires liés au diabète, conformément au contexte et aux priorités au niveau national ; et
- renforcent la prise en charge du diabète ainsi que le suivi et l'évaluation de la lutte contre le diabète et les facteurs de risque associés, en veillant à ce que les pays disposent de lignes directrices pour la prise en charge du diabète dans les centres de soins de santé primaires et les systèmes de surveillance et de suivi au niveau national, dont des enquêtes intégrées dans les systèmes nationaux d'information sanitaire existants, et en identifiant les domaines prioritaires pour la recherche sur le diabète.

Conclusion

46. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité des personnes atteintes de diabète et d'autres maladies non transmissibles ; elle a aussi dévoilé les faiblesses des systèmes de santé et souligné la nécessité de restaurer, de maintenir et de renforcer les services de lutte contre les maladies non transmissibles en tant que partie intégrante de l'ensemble des services de santé essentiels qui ont été perturbés par la pandémie. Compte tenu de la charge de morbidité du diabète et des maladies non transmissibles dans la Région de la Méditerranée orientale, la reprise après la COVID-19 doit aller de pair avec une accélération spectaculaire de la mise en œuvre des plans d'action de lutte contre les MNT.

47. Le présent document technique passe en revue la charge de morbidité actuelle, les réponses apportées et les défis rencontrés à l'échelle régionale, et propose une série d'étapes à venir pour intensifier les efforts nationaux et régionaux visant à faire de la prévention et de la maîtrise du diabète un défi de santé publique. La soixante-huitième session du Comité régional de la Méditerranée orientale est invitée à examiner le projet de cadre d'action régional sur la prévention et la maîtrise du diabète dans la Région OMS de la Méditerranée orientale pour approbation ou révision ultérieure.

Références

1. Report of expert and stakeholder consultations on the WHO Global Diabetes Compact. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340322>).
2. The WHO Global Diabetes Compact: Uniting around a common agenda for diabetes. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/docs/default-source/world-diabetes-day/global-diabetes-compact-final.pdf>).
3. Atlas du diabète de la FID, 8^e édition. Bruxelles : Fédération internationale du diabète ; 2017 (<https://www.diabetesatlas.org/fr/resources/>).
4. Annexe 11. Principaux obstacles à la réalisation des cibles liées au diabète dans le plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2013-2030). Dans : Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, du 24 au 31 mai 2021. Rapport de synthèse du Directeur général (A74/10 Rev.1). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_10Rev1-fr.pdf).
5. Williams R, Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Basit A, Besançon S. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020 Apr;162:108072. doi:10.1016/j.diabres.2020.108072.
6. Rapport mondial sur le diabète. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf>).
7. Atlas du diabète de la FID, 9^e édition. Bruxelles : Fédération internationale du diabète ; 2019 (<https://www.diabetesatlas.org/fr/resources/>).
8. Al-Jawaldeh A, Hammerich A, Doggui R, Engesveen K, Lang K, McColl K. Implementation of WHO recommended policies and interventions on healthy diet in the countries of the Eastern Mediterranean Region: from policy to action. *Nutrients.* 2020 Nov 30;12(12):3700. doi:10.3390/nu12123700.
9. Koye DN, Magliano DJ, Nelson RG, Pavkov ME. The global epidemiology of diabetes and kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2018 Mar;25(2):121–132. doi:10.1053/j.ackd.2017.10.011.
10. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health.* 2021 Feb;9(2):e144-e160. doi:10.1016/S2214-109X(20)30489-7.
11. Khandekar R. Screening and public health strategies for diabetic retinopathy in the Eastern Mediterranean region. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2012;19(2):178–84. doi:10.4103/0974-9233.95245.
12. Zeighami S, Shaabani S, Moheb M, Pakfetrat M, Azarchehry SP, Dehghankhalili S, et al. Prevalence of nephropathy among type two diabetes patients in Eastern Mediterranean Region: a systematic review and meta-analysis. Currently under review for Systematic Reviews.
13. Garrett C, Doherty A. Diabetes and mental health. *Clin Med (Lond).* 2014 Dec;14(6):669–72. doi:10.7861/clinmedicine.14-6-669.
14. Diabetes and mental health [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/diabetes/managing/mental-health.html>).
15. Vancampfort D, Correll CU, Galling B, Probst M, De Hert M, Ward P, et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry.* 2016;15(2):166–174. doi:10.1002/wps.20309.
16. Hillson R. COVID-19: psychological issues for people with diabetes and health care staff. *Practical Diabetes.* 2020;37(3):101–104. doi:10.1002/pdi.2278.
17. Slama S, Lee J, Aragno M, Laroche S, Hogerzeil H. The development of the noncommunicable diseases emergency health kit. *East Mediterr Health J.* 2018;24(1):92–98. doi:10.26719/2018.24.1.92.
18. Be He@lthy, Be Mobile. A handbook on how to implement mDiabetes. Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union; 2016 ([https://www.who.int/publications/i/item/mobile-health-for-diabetes-prevention-and-management-\(mdiabetes\)](https://www.who.int/publications/i/item/mobile-health-for-diabetes-prevention-and-management-(mdiabetes))).
19. Digital innovation stories during COVID-19 [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (<http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/publications/success-stories.html>).

Annexe. Cadre d'action sur la prévention et la maîtrise du diabète dans la Région OMS de la Méditerranée orientale

Interventions stratégiques	Indicateurs
<p>Dans le domaine de la gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un sous-comité national pour la prévention et la maîtrise du diabète (au sein du comité national pour les maladies non transmissibles), en veillant à inclure des acteurs non étatiques, le secteur privé et la société civile, et en suscitant une participation significative des personnes atteintes de diabète • Élaborer un plan d'action pour la prévention et la maîtrise du diabète, dans le cadre d'une stratégie, d'une politique ou d'un plan d'action multisectoriel(le)s de lutte contre les MNT au niveau national • Renforcer/mettre en place des programmes de lutte contre le diabète disposant de l'infrastructure et des capacités suffisantes pour gérer efficacement le programme • Identifier et définir un ensemble essentiel d'interventions intégrées basées sur la population et l'individu pour la prévention et la maîtrise du diabète dans le cadre d'un programme de prestations pour la couverture sanitaire universelle fondé sur les orientations nationales/de l'OMS • Garantir une allocation budgétaire nationale suffisante pour la prévention et la maîtrise du diabète et identifier des mécanismes de financement visant à réduire les paiements directs à la charge des patients • Évaluer périodiquement la capacité nationale de prévention et de maîtrise du diabète et élaborer un mécanisme de suivi pour la mise en œuvre du plan national de lutte contre le diabète avec la participation des secteurs non sanitaires • Veiller à ce que les personnes atteintes de diabète jouissent des mêmes droits humains et sociaux que les personnes non diabétiques, indépendamment de leur race, origine ethnique, sexe et âge 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un plan d'action national opérationnel, financé et chiffré englobant tous les domaines de la prévention et de la maîtrise du diabète dans le cadre d'une stratégie, d'une politique ou d'un plan d'action multisectoriel(le)s de lutte contre les MNT au niveau national • Définir des cibles et indicateurs nationaux assortis de délais pour la prévention et la maîtrise du diabète et l'obésité adaptés aux circonstances nationales
<p>Dans le domaine de la prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre la pandémie d'obésité, en accordant une attention particulière à la prévention de l'obésité chez l'enfant • Accroître la disponibilité et la demande de produits alimentaires plus sains et réduire la disponibilité et la demande de produits alimentaires nocifs, notamment par la mise en œuvre continue d'une éducation ciblée, telle que l'étiquetage sur le devant des emballages, et la réduction de la consommation de produits alimentaires nocifs riches en sucre et en boissons sucrées, en acides gras trans et en acides gras saturés par la reformulation de ces produits, les taxes comportementales et d'autres mesures réglementaires • Créer des environnements propices à la promotion de modes de vie sains, notamment dans les écoles, les universités et les lieux de travail favorables • Réduire l'exposition des enfants et des autres personnes au marketing, à la publicité, à la promotion et au parrainage de produits alimentaires et de boissons à haute densité énergétique et pauvres en nutriments (par exemple, par le biais de codes de conduite publicitaires volontaires ou obligatoires) et améliorer les modes de vie et les tendances de croissance en début de vie, notamment par la promotion de l'allaitement maternel • Accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et ratifier son Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac 	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (telles que la fiscalité, les politiques non-fumeurs, les étiquettes de mise en garde sanitaire, les interdictions de la publicité ou les programmes de sevrage tabagique) • Quatre mesures visant à réduire la mauvaise alimentation (telles que la promotion de la perte de poids, d'une alimentation pauvre en sel et d'une augmentation de la consommation de fruits, de légumes et de céréales complètes) • Au moins une campagne nationale annuelle de sensibilisation du public sur la prévention et la maîtrise du diabète et/ou sur les comportements sains.

Interventions stratégiques	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la sensibilisation au diabète et encourager le changement des comportements par le biais de l'éducation et de campagnes dans les médias sociaux pour inciter les gens à maintenir un poids sain, à augmenter leur niveau d'activité physique et à manger sainement (éducation nationale et/ou campagnes de marketing social). • Mettre en œuvre les meilleures options pour réduire l'usage nocif de l'alcool 	
<p>Dans le domaine de la prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prévention, la détection précoce et le traitement du diabète sucré et des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires connexes dans les programmes nationaux/de l'OMS de soins de santé primaires existants • Identifier les personnes à haut risque de développer un diabète de type 2 pouvant bénéficier d'une prévention primaire, en utilisant les conditions et les scores de risque, ainsi que les données des programmes de dépistage et des systèmes de surveillance de la population • Mettre en œuvre et évaluer l'efficacité d'interventions structurées axées sur le mode de vie (alimentation, activité physique) avec ou sans médication, pour la prévention primaire du diabète de type 2 • Mettre en œuvre les meilleurs choix en matière de soins de santé pour la prise en charge du diabète et la prévention des complications par le biais des équipes de soins primaires • Renforcer les capacités humaines et institutionnelles pour détecter précocement, prévenir et prendre en charge les complications liées au diabète (pied diabétique, rétinopathie, maladie rénale chronique) • Mettre en place des centres/cliniques multidisciplinaires spécialisé(e)s dans le diabète pour la prise en charge des cas complexes (tels que le diabète de type 1, le diabète d'apparition précoce, les morbidités multiples), en procédant à des orientations et des contre-orientations appropriées à partir du niveau de soins de santé primaires ou vers celui-ci • Développer/renforcer les ressources humaines et la capacité institutionnelle pour garantir des normes minimales de prestation de services pour la prise en charge du diabète sur l'ensemble du cycle de soins, y compris l'accès au soutien psychosocial et à l'auto-prise en charge ainsi qu'à la détection précoce, la prévention et la prise en charge des complications liées au diabète, les soins palliatifs et la réadaptation • Garantir la disponibilité, l'accessibilité économique et la qualité d'insuline, d'hypoglycémiantes oraux et de matériels de diagnostic • Assurer la continuité des soins pour le diabète pendant les urgences humanitaires, en utilisant le kit d'urgence de l'OMS pour les MNT et d'autres outils pour soutenir la fourniture sûre et efficace de soins contre le diabète, avec un meilleur accès à de l'insuline, des agents hypoglycémiantes et des matériels de diagnostic de qualité et abordables • Impliquer significativement les personnes atteintes de diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration complète du diabète dans les programmes de prestations de services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, avec des preuves documentées de son intégration au niveau des soins de santé primaires • Lignes directrices/protocoles/normes au niveau national reposant sur des bases factuelles et reconnu(e)s/approuvé(e)s par les pouvoirs publics ou les autorités compétentes pour la prise en charge du diabète dans le cadre des soins de santé primaires • Disponibilité et accessibilité économique de l'insuline, d'hypoglycémiantes oraux et de matériels de diagnostic évaluées et communiquées périodiquement (en utilisant la méthode de l'OMS et de Health Action International ou d'autres outils d'évaluation normalisés) • Pourcentage de la population adulte de 18 ans et plus présentant une hyperglycémie supérieure à 7,0 mmol/l
<p>Dans le domaine de la surveillance et de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer/mettre en œuvre la surveillance des facteurs de risque des MNT afin d'évaluer la population à risque (prévalence), la couverture et la maîtrise du diabète, en utilisant des techniques de diagnostic appropriées parmi les populations cibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête STEPS mise en œuvre au niveau national tous les trois à cinq ans auprès de la population adulte pour inclure des indicateurs de couverture et de contrôle à l'aide de techniques diagnostiques appropriées

Interventions stratégiques	Indicateurs
<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place un système de suivi et d'évaluation pour évaluer l'efficacité de la prise en charge et de la maîtrise du diabète, y compris un suivi régulier des paramètres biochimiques et de la survenue de complications dues au diabète• Mettre au point/améliorer les dossiers médicaux électroniques des patients en vue de la collecte systématique de données de routine liées aux soins cliniques du diabète et aux facteurs de risque associés en utilisant des mécanismes d'identification nationaux uniques• Créer des registres du diabète pour surveiller et améliorer la qualité des soins dispensés aux diabétiques• Établir un lien entre les registres du diabète et les registres de la mortalité et des autres maladies• Promouvoir la recherche pour évaluer l'efficacité des interventions à l'échelle de l'individu et de la population en vue de prévenir et maîtriser le diabète et l'obésité	<ul style="list-style-type: none">• Ensemble d'indicateurs normalisés mis en place au niveau des établissements de soins de santé primaires (secteurs public et privé) pour le traitement, la couverture et la maîtrise du diabète, afin de suivre et d'évaluer les lacunes thérapeutiques et les résultats cliniques dans le cadre du système de surveillance des maladies non transmissibles
