

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

Introduction

1. Le diabète constitue l'un des plus grands problèmes et défis de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale, où la prévalence de la maladie chez les adultes (définis comme les personnes âgées de 20 à 79 ans) est estimée à 16,2 %, ¹ ce qui représente plus de 70 millions de personnes. Au cours des deux dernières décennies, la Région a connu la plus forte augmentation et la tendance la plus alarmante au niveau mondial. L'OMS a identifié le diabète comme une priorité sanitaire critique dans la Région.
2. En octobre 2021, conformément à la résolution WHA74.4 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la réduction de la charge des maladies non transmissibles (MNT) en renforçant la prévention et la maîtrise du diabète, le Comité régional de la Méditerranée orientale de l'OMS a approuvé un cadre d'action régional sur la prévention et la maîtrise de cette maladie.
3. Le cadre régional propose aux États Membres un ensemble de 30 interventions stratégiques réparties en quatre domaines clés : la gouvernance, la prévention, la prise en charge, ainsi que la surveillance et la recherche. Chaque domaine clé comprend une série d'indicateurs (11 au total) permettant aux États Membres de suivre leurs progrès.
4. Le cadre d'action régional a été conçu sur le modèle du cadre d'action régional général concernant la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur les MNT pour permettre des synergies en termes d'adoption, d'exécution et de communication. La mise en œuvre du cadre régional général est suivie de près par le biais de l'évaluation périodique de l'OMS des capacités nationales de prévention et de maîtrise des MNT (l'enquête sur les capacités de lutte des pays contre les MNT), qui couvre la plupart des domaines clés abordés dans le présent rapport de situation et fournit des données de référence pour 2021.
5. Le présent rapport synthétise les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre du cadre d'action régional pour la prévention et la maîtrise du diabète depuis son adoption en octobre 2021. Les données sur les progrès accomplis dans le présent rapport sont compilées à partir de sources de l'OMS déjà disponibles. ² Les défis décrits ci-après se fondent sur les observations formulées par les pays et territoires lors d'une réunion de consultation tenue en février 2023. ³

¹ IDF Diabetes Atlas 10th edition [Atlas sur le diabète de la FID, 10e édition]. Bruxelles : Fédération internationale du diabète ; 2021 (www.diabetesatlas.org, consulté le 2 mai 2023) (en anglais seulement).

² Ces sources comprennent des enquêtes existantes (telles que l'enquête sur les capacités de lutte des pays contre les MNT et les enquêtes sur les facteurs de risque des MNT basées sur la population, par exemple STEPS) et des rapports (tels que celui de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2021).

³ Aux fins du présent rapport, les pays/territoires 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 décennies, soutenu par un revenu élevé ; le groupe 2 inclut en grande partie des pays à revenu intermédiaire qui ont mis au point d'importantes infrastructures de prestation de services de santé publique, mais doivent faire face à une insuffisance des 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. Ceux 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. Quant au groupe 3, il comprend l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen.

État d'avancement et progrès accomplis

Gouvernance

6. La moitié des pays/territoires de la Région ont adopté et mis en œuvre une stratégie ou un plan d'action pour la prévention et la maîtrise du diabète. Treize pays (59 %) ont déclaré disposer d'un plan d'action contre l'obésité et le surpoids. La plupart (77 %) ont intégré le diabète dans leur stratégie, politique ou plan d'action national multisectoriel de lutte contre les MNT. Cependant, certains pays tels que l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis ont élaboré un plan d'action national spécifique couvrant tous les domaines de la prévention et de la prise en charge du diabète. Les autres pays sont encouragés à élaborer ou à mettre à jour leurs plans.

Prévention

7. L'OMS a identifié des domaines pour la prévention du risque de diabète, y compris des interventions stratégiques pour lutter contre le tabagisme, la consommation d'alcool, une alimentation malsaine et la sédentarité.¹

8. L'élaboration de politiques de lutte contre le tabagisme s'est considérablement améliorée dans la Région. Malgré cela, des progrès supplémentaires sont nécessaires pour atteindre la cible de réduction de 30 % de la consommation de tabac à l'horizon 2025. Quatre pays/territoires de la Région ont imposé les taxes les plus fortes et 12 pays/territoires ont complètement interdit la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac, ce qui constitue la proportion la plus élevée de toutes les Régions de l'OMS. Huit pays ont interdit la consommation de tabac dans les lieux publics, alors qu'une interdiction totale existait dans 17 pays à un moment de la pandémie de COVID-19 et incluait l'usage de la pipe à eau. Douze pays ont adopté une mise en garde sanitaire graphique sur les paquets de tabac, tandis que quatre pays seulement ont atteint le niveau le plus élevé de sevrage tabagique.

9. La plupart des pays/territoires de la Région ont élaboré des politiques visant à favoriser une alimentation saine et à réduire les facteurs de risque de MNT liés à la nutrition. Des efforts considérables ont été déployés pour mettre en œuvre des politiques visant à limiter l'apport en acides gras trans dans tous les pays du Conseil de Coopération du Golfe et en Égypte, en République islamique d'Iran, en Iraq, en Jordanie, au Liban, au Maroc, au Pakistan, en Palestine et en Tunisie. Des taxes sur les boissons sucrées ont été instaurées dans 11 pays/territoires, à savoir l'Arabie saoudite, Bahreïn, l'Égypte, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, le Koweït, le Maroc, Oman, la Palestine, le Qatar et la Tunisie. L'étiquetage nutritionnel sur la face avant de l'emballage a été appliqué dans cinq pays de la Région, à savoir l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, le Maroc et la Tunisie.²

10. Neuf pays/territoires (41 %) avaient mis en œuvre une campagne nationale d'éducation et de sensibilisation du public sur l'activité physique au cours des deux années précédant l'enquête 2021 sur les capacités des pays en matière de MNT, tandis que 10 pays (45 %) avaient mis en œuvre une campagne nationale d'éducation et de sensibilisation du public sur l'alimentation au cours de la même période.

Prise en charge

11. Dix-sept parmi les pays/territoires de la Région (77 %) ont indiqué que les services de lutte contre les MNT ont été inclus dans leur panier national de prestations essentielles de services de santé ou dans les

¹ Suivi de la Déclaration politique de la troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT. Projet de liste actualisée d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la prévention et la maîtrise des MNT. Rapport du Directeur général. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (EB 152/6 2023; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_6-fr.pdf, consulté le 2 mai 2023).

² Observatoire mondial de la santé. Indicateurs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>, consulté le 2 mai 2023).

paniers de prestations prioritaires pour la couverture sanitaire universelle depuis 2021. Le Soudan a intégré le diabète à son panier national de prestations essentielles de services de santé qui a été mis au point en 2022.

12. Les États Membres ont considérablement progressé dans l'intégration du diabète au niveau des soins de santé primaires. L'OMS soutient la mise en œuvre du guide technique HEARTS de l'OMS dans un certain nombre de pays/territoires de la Région afin d'améliorer l'accès à des interventions d'un bon rapport coût-efficacité en matière de prévention, de traitement et de soins, y compris pour le diabète. Alors que Djibouti, le Pakistan, la Palestine, le Soudan et le Yémen mettent en œuvre le projet sur des sites pilotes, la Jordanie et le Maroc sont en train d'étendre le modèle à une plus grande échelle pour finalement couvrir tous les établissements de soins de santé primaires.

13. L'OMS favorise les modèles de soins fondés sur des bases factuelles et centrés sur le patient et œuvre en étroite collaboration avec les ministères de la santé, les associations professionnelles et d'autres partenaires pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices et de protocoles fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge intégrée du diabète et d'autres MNT. La plupart des pays/territoires de la Région (18, soit 82 %) déclarent qu'ils disposent de lignes directrices ou de protocoles nationaux fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge du diabète au niveau des soins primaires et que ceux-ci incluent des critères d'orientation-recours. Depuis l'adoption de cette résolution, Djibouti, l'Iraq, le Liban, le Pakistan et le Yémen ont élaboré ou mis à jour leurs lignes directrices nationales en suivant les orientations de l'OMS.

14. Des technologies publiques de soins de santé primaires (telles que des instruments de mesure de la glycémie et de la pression artérielle) sont généralement disponibles dans les trois groupes de pays. Le test de tolérance au glucose par voie orale et le test HbA1c sont disponibles dans 11 pays/territoires (50 %), l'examen du fond d'œil dans 10 pays (45 %), la perception des vibrations du pied à l'aide d'un diapason dans huit pays (36 %), des bandelettes urinaires pour la mesure du glucose et des cétones dans 17 pays/territoires (77 %) et des bandelettes urinaires pour le dosage de l'albumine dans 11 pays et/ou territoires (50 %). La disponibilité de ces technologies a également été évaluée dans le secteur privé, où elles étaient plus largement disponibles que dans le secteur public.

15. De nombreux pays/territoires font état de la disponibilité du traitement du diabète dans les établissements de soins primaires du secteur public. Quinze d'entre eux (68%) disposent d'insuline, 19 pays/territoires (86%) de metformine, 15 pays/territoires de sulfamides hypoglycémisants et 17 pays/territoires d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) pour le traitement du diabète et de l'hypertension. Cependant, plusieurs pays/territoires confrontés à des situations d'urgence ont signalé une faible disponibilité de l'insuline humaine, des dispositifs de surveillance de la glycémie, des bandelettes réactives et des outils de diagnostic.

16. En ce qui concerne l'éducation au diabète et le soutien à l'autoprise en charge, l'OMS a créé un groupe de travail régional sur l'éducation thérapeutique des patients pour aider les programmes nationaux à assurer l'éducation du patient, l'autoprise en charge, l'autonomie et le bien-être.

17. Concernant la disponibilité d'interventions médicales pour le dépistage et la prise en charge des complications du diabète dans le secteur de la santé publique, 15 pays/territoires (68 %) offrent un dépistage de la rétinopathie, 13 pays/territoires (59 %) proposent la photocoagulation rétinienne et 15 pays/territoires (68 %) offrent une thérapie de substitution rénale par dialyse.

Surveillance

18. Dans la Région, 18 pays/territoires (86 %) collectent des données sur l'hyperglycémie au niveau national, dont sept pays/territoires (32 %) tous les 3 à 5 ans, conformément aux recommandations de l'OMS.

19. Au total, 12 pays/territoires (55 %) disposent d'un système d'enregistrement des informations sur les patients au niveau des soins primaires dans le secteur public qui comprend des informations sur le statut diabétique et les facteurs de risque. Au niveau hospitalier, 11 pays/territoires (50 %) ont indiqué disposer d'un système d'information sur le diabète.

20. Tandis que 13 pays/territoires (59 %) disposent d'un registre du diabète, seuls deux parmi eux (9 %) ont déclaré que ce registre était basé sur la population et six autres (27 %) l'ont déclaré comme étant basé sur l'hôpital. En termes de couverture, quatre pays/territoires (18 %) ont déclaré disposer d'un registre national et huit pays/territoires (36 %) d'un registre infranational.

Défis

21. Des différences et des défis évidents sont apparus entre les pays et les groupes. Les pays/territoires touchés par des instabilités sociopolitiques et des crises humanitaires sont confrontés aux obstacles les plus graves à l'adoption et à la mise en œuvre d'interventions de lutte contre le diabète dans les quatre domaines de la gouvernance, de la prévention, de la prise en charge et de la surveillance. Dans l'ensemble de la Région, les progrès sont entravés par le manque de priorités, le financement limité, la fragmentation des systèmes de santé et le manque de capacités et de ressources humaines.

22. Les pays ont noté la charge alarmante de l'obésité, du surpoids et du prédiabète dans la Région, mais ont également fait part de quelques réussites dans la mise en œuvre de politiques de prévention. Toutefois, ils ont fait état d'un besoin de capacités supplémentaires pour adopter davantage de politiques ciblant les facteurs de risque.

23. Une capacité et une infrastructure insuffisantes du système de santé, y compris un manque d'intégration des services au niveau des soins primaires, une capacité inadéquate à fournir des soins du diabète de qualité, le manque de lignes directrices et de protocoles fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge du diabète et de ses complications au niveau des soins primaires et la garantie de la continuité de l'approvisionnement ainsi que l'infrastructure pour la gestion de l'information, la gestion de l'approvisionnement et la production locale d'insuline constituent des défis très répandus dans de nombreux pays/territoires.

24. Les pays/territoires ont noté des défis dans le maintien de la périodicité et de l'espacement approprié des enquêtes en population basées sur les facteurs de risque des MNT, la morbidité, le traitement et la maîtrise. Les lacunes en matière d'exactitude, de qualité et de normalisation des données concernant les MNT restent un défi, du fait de la faiblesse de l'infrastructure et de la fragmentation des systèmes d'information sur la santé des patients au niveau des établissements. Les dossiers médicaux électroniques, les identifiants uniques et les capacités de codage ne sont pas encore largement disponibles dans tous les pays. L'interopérabilité des systèmes d'information sanitaire et de suivi, notamment entre les secteurs public et privé, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'indicateurs pour le suivi de la lutte contre le diabète dans les cadres de prévention et de maîtrise des MNT, ont également été recensés parmi les domaines clés à renforcer.

Orientations futures

25. Les États Membres se sont clairement engagés à adopter et à mettre en œuvre des plans de prévention et de maîtrise du diabète et reconnaissent la nécessité d'intensifier les mesures prises. Ils sont encouragés à mettre à jour leurs plans et à évaluer les programmes de lutte contre le diabète.

26. Les États Membres sont également encouragés à accorder la priorité à l'intégration du diabète dans les paniers de prestations pour la couverture sanitaire universelle au niveau des soins de santé primaires, y compris aux mesures de détection précoce du diabète, d'éducation thérapeutique des patients et de dépistage et de prise en charge des complications du diabète.

27. Les États Membres sont invités à adopter une approche globale de prise en charge du diabète dans les situations d'urgence et à intégrer les soins du diabète et des MNT dans les modes opératoires normalisés et les lignes directrices pour les interventions d'urgence, au moyen d'une approche mettant l'accent sur les soins de santé primaires tout en assurant la continuité de l'accès aux services et aux médicaments.

28. L'OMS continuera à fournir un appui technique aux États Membres en matière de prévention et de maîtrise du diabète pour mettre en œuvre les actions suivantes : veiller à ce que les stratégies et les plans soient intégrés dans les plans de lutte contre les MNT ; faire en sorte que des politiques et des interventions d'un bon rapport coût/efficacité soient mises en œuvre pour s'attaquer aux facteurs de risque ; aider les pays à adopter des ensembles d'interventions essentielles de prise en charge des maladies ; et procéder à des évaluations et à un suivi réguliers des facteurs de risque et de la situation de la maladie, ainsi qu'à l'état de préparation des systèmes de santé aux niveaux national et régional.

29. L'OMS continuera à suivre les progrès dans la mise en œuvre du cadre d'action régional sur la prévention et la maîtrise du diabète et à le mettre à jour en termes d'interventions et d'indicateurs en fonction des expériences réalisées tirés par les pays et sur la base des déclarations et des stratégies mondiales et régionales.