

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixante-quatorzième session  
Brazzaville, République du Congo, 26-30 août 2024

Point 9 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PACTE MONDIAL CONTRE LE DIABÈTE  
DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

**Rapport du Secrétariat**

**RÉSUMÉ D'ORIENTATION**

1. Dans le contexte plus global de la couverture sanitaire universelle et des efforts visant à réduire la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, le diabète pose des défis importants sur le double plan social et économique, particulièrement dans les pays en développement. Les causes multiformes du diabète qui comprennent le mode de vie, la génétique et les facteurs environnementaux contribuent à sa prévalence sans cesse accrue dans le monde.
2. Les limites des systèmes de santé, le manque de connaissances en santé et les nombreux obstacles sociaux, culturels et économiques qui existent dans la Région africaine créent des conditions de vulnérabilité exacerbée et entravent l'accès aux services de lutte contre le diabète, alourdissant d'autant la charge épidémiologique due à cette maladie. En conséquence, on estime que la Région a la plus forte proportion de diabète non diagnostiqué.
3. En 2021, l'OMS a lancé le Pacte mondial contre le diabète pour réduire le risque de diabète et faire en sorte que chaque personne chez qui un diabète a été diagnostiqué ait accès au traitement et à des soins complets, d'un prix abordable et de qualité, dans des conditions d'équité. Le présent Cadre pour la mise en œuvre du Pacte mondial contre le diabète dans la Région africaine de l'OMS (ci-après désigné le « Cadre ») a été élaboré dans le prolongement du document de stratégie adopté en 2007, et intitulé « Prévention et contrôle du diabète : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS », le but étant de faciliter et de renforcer la mise en œuvre du Pacte mondial contre le diabète.
4. Le Cadre vise à soutenir la mise en œuvre de programmes de lutte contre le diabète adaptés au contexte local et offrant un bon rapport coût-efficacité. Il s'agit notamment de réduire les facteurs de risque du diabète moyennant des politiques de santé multisectorielles axées sur la population ; de renforcer les soins de santé primaires pour établir les diagnostics et engager les traitements en temps utile ; et de donner la priorité aux populations vulnérables atteintes de diabète. En outre, l'accent est mis sur l'accès équitable aux traitements et à des soins complets et de qualité ; sur l'accès aux médicaments essentiels, y compris l'insuline ; et sur l'intégration de la prise en charge du diabète dans les services de lutte contre la tuberculose.
5. De plus, le Cadre souligne la nécessité d'assurer un suivi régulier, de mener des évaluations et de faire preuve de souplesse pour obtenir des progrès constants, et fixe des cibles et des étapes intermédiaires

à atteindre d'ici à 2030. Des principes directeurs et des interventions prioritaires qui permettront aux États Membres de combattre efficacement le diabète sont également exposés dans le présent Cadre.

6. Parmi les interventions prioritaires énoncées dans le Cadre figurent l'élaboration de programmes de lutte contre le diabète ; le renforcement des capacités ; l'intégration des services de lutte contre le diabète dans les soins de santé primaires et dans les programmes de lutte contre des maladies prioritaires ; le renforcement de l'accès aux médicaments antidiabétiques, y compris l'insuline ; l'établissement de partenariats, la sensibilisation et la mobilisation des ressources ; ainsi que le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle.

7. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les mesures proposées.

## SOMMAIRE

	<b>Page</b>
ACRONYMES ET SIGLES .....	iv
	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1-5
SITUATION ACTUELLE.....	6-12
ENJEUX ET DÉFIS .....	13-21
VISION, BUT, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES .....	22-25
PRINCIPES DIRECTEURS .....	26-32
INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES .....	33-44
MESURES À PRENDRE PAR LE COMITÉ RÉGIONAL.....	45

## ANNEXE

	<b>Page</b>
<b>Résumé des objectifs, cibles et étapes intermédiaires du Cadre .....</b>	<b>11</b>

## ACRONYMES ET SIGLES

AFRO	Bureau régional de (l’OMS pour) l’Afrique
CSU	couverture sanitaire universelle
DT1	diabète de type 1
DT2	diabète de type 2
HEARTS	Guide technique pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins de santé primaires
HEARTS-D	diagnostic et prise en charge du diabète de type 2
MNT	maladies non transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
SIDA	syndrome d’immunodéficience acquise
VIH	virus de l’immunodéficience humaine
WHO-PEN	ensemble OMS d’interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les milieux à faibles ressources

## INTRODUCTION

1. Le diabète est une maladie chronique qui se déclare lorsque l'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline ou n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. La prévalence du diabète est en augmentation rapide dans le monde entier, et surtout en Afrique.<sup>1</sup> Lorsqu'il n'est pas maîtrisé, le diabète entraîne généralement une hyperglycémie à l'origine de graves lésions du corps, en particulier au niveau des nerfs et des vaisseaux sanguins. Le diabète de type 1 (DT1) est le résultat d'une production d'insuline insuffisante, dont on ignore encore les causes et les moyens de prévention. À la différence du diabète de type 1, le diabète de type 2 (DT2) se développe lorsque l'organisme n'utilise pas l'insuline efficacement ; ce type de diabète est associé à des facteurs non modifiables tels que la race, l'appartenance ethnique et l'âge, ainsi qu'à des facteurs modifiables comprenant le surpoids, l'obésité, le manque d'exercice physique et une mauvaise alimentation.

2. Le diabète menace sérieusement d'entraver l'atteinte de la cible 3.4 des objectifs de développement durable des Nations Unies, qui est de réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et de promouvoir la santé mentale et le bien-être. En l'absence de diagnostic ou en cas de prise en charge inadaptée, les personnes atteintes de diabète sont exposées à des risques pourtant évitables de complications débilitantes et irréversibles. Au fil du temps, le diabète peut entraîner de graves lésions cardiaques, oculaires, rénales et nerveuses, ce qui accroît le risque d'amputation d'un membre, d'une baisse de l'acuité visuelle et de décès prématuré.

3. À l'échelle mondiale, le nombre de personnes atteintes de diabète a pratiquement « explosé », passant de 60 millions de cas en 1980 à plus de 537 millions de patients en 2021, plus de 95 % de ces patients souffrant d'un diabète de type 2.<sup>2</sup> En 2010, on estimait à 12,1 millions le nombre de personnes atteintes de diabète en Afrique ; ce nombre est passé à 24 millions en 2021 et devrait atteindre 55 millions d'ici à 2045.<sup>3</sup> En Afrique, ce fardeau est le résultat d'un éventail de facteurs épidémiologiques, notamment l'urbanisation et les disparités socioéconomiques, le diabète touchant principalement les groupes vulnérables. En outre, la coexistence avec des maladies infectieuses telles que la tuberculose<sup>4,5</sup> et l'accès restreint aux services de diagnostic et de soins du diabète, en particulier dans les zones rurales, contribuent à l'amplification de cette tendance.

4. Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles, quatre documents sur le diabète ont été élaborés dans la Région et au-delà. Ces documents sont les suivants : « Prévention et contrôle du diabète : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS » (AFR/RC57/7) ;<sup>6</sup> « WHO Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions » (WHO-PEN) ;<sup>7</sup> « Cadre régional pour l'intégration des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires » (AFR/RC67/12) ; et « PEN-Plus – Une stratégie régionale pour

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. Diabète. Principaux faits. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>, consulté le 5 octobre 2023).

<sup>2</sup> International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 2021. (Disponible à l'adresse <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>, consulté le 5 octobre 2023).

<sup>3</sup> International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 2021. (Disponible à l'adresse <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>, consulté le 5 octobre 2023).

<sup>4</sup> Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes. Geneva: World Health Organization; 2011 (disponible à l'adresse [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44698/9789241502252\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44698/9789241502252_eng.pdf), consulté le 5 octobre 2023).

<sup>5</sup> IDF Diabetes Atlas, 9th Edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2019 (disponible à l'adresse <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>, consulté le 5 octobre 2023).

<sup>6</sup> AFR/RC57/7 (disponible à l'adresse [https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working\\_documents/AFR-RC57-7\\_fr\\_0.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR-RC57-7_fr_0.pdf), consulté le 5 octobre 2023).

<sup>7</sup> WHO PEN (disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009226>, consulté le 5 octobre 2023).

s'attaquer aux maladies non transmissibles graves au niveau dans les centres d'orientation-recours de premier niveau » (AFR/RC72/4).<sup>8</sup>

5. Pour faire face à la charge mondiale croissante du diabète, l'OMS a lancé, en 2021, le Pacte mondial contre le diabète. Le présent Cadre vise à adapter et à mettre en œuvre le Pacte mondial contre le diabète dans la Région africaine de l'OMS afin de sauver la vie des personnes confrontées à cette maladie invalidante.<sup>9</sup>

## SITUATION ACTUELLE

6. Si la prévalence du diabète est plus faible dans la Région africaine que la moyenne estimative mondiale – en effet, un adulte sur 22 est atteint de diabète en Afrique contre un adulte sur 10 à l'échelle mondiale –, il n'en demeure pas moins que le taux de mortalité prématurée due à cette maladie s'élève à 58 % en Afrique, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale (48 %). De même, le taux de mortalité du diabète standardisé selon l'âge est de 48 décès pour 100 000 habitants dans la Région, soit plus du double du taux mondial, qui est de 23 décès pour 100 000 habitants.<sup>10</sup> En 2021, le diabète était à l'origine de 416 000 décès en Afrique.<sup>11</sup> En outre, la Région africaine affiche la plus forte proportion de diabète non diagnostiqué (54 %, soit plus d'une personne diabétique sur deux).<sup>12</sup>

7. En Afrique, de multiples facteurs épidémiologiques influent sur la charge du diabète. Premièrement, l'urbanisation due à la croissance démographique rapide dans les zones urbaines entraîne des changements dans les modes de vie qui se caractérisent par une baisse de l'activité physique et une consommation accrue d'aliments nocifs pour la santé, ce qui contribue à l'augmentation des taux de diabète.<sup>13</sup> Deuxièmement, les disparités socioéconomiques, dont les principales victimes sont les personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés, limitent souvent l'accès de ces personnes aux aliments nutritifs et aux services de soins de santé, ce qui accroît leur prédisposition au diabète. Troisièmement, la coexistence avec le diabète de maladies infectieuses telles que la tuberculose rend encore plus complexe l'équation. En effet, non seulement le diabète accroît le risque de tuberculose, mais il aggrave également le pronostic de la tuberculose, induisant ainsi une hausse de la mortalité.<sup>14,15,16</sup> En outre, le manque d'accès aux services de soins de santé, en particulier dans les zones rurales où les ressources sont faibles, complique encore la prise en charge du diabète et les efforts de prévention.

8. Le diabète et l'hypertension partagent des facteurs de risque communs, tels que l'obésité, une mauvaise alimentation, la sédentarité et le vieillissement. Le fait d'être atteint de l'une de ces affections accroît la probabilité de développer l'autre. Les personnes atteintes de diabète et

---

<sup>8</sup> AFR/RC72/4 (disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2022-07/AFR-RC72-4 PEN-plus – une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau.pdf>, consulté le 5 octobre 2023).

<sup>9</sup> World Health Organization. The WHO Global Diabetes Compact [Internet]. Geneva: WHO;2021. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>, consulté le 5 octobre 2023).

<sup>10</sup> International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 2021. (Disponible à l'adresse <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>11</sup> International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 2021. (Disponible à l'adresse <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>12</sup> International Diabetes Foundation. Diabetes Atlas 2021. (Disponible à l'adresse <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>13</sup> World Health Organization. TB and diabetes. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/tb-diabetes>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>14</sup> World Health Organization. TB and diabetes. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/tb-diabetes>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>15</sup> Kalra, S., Kalra, B., Agrawal, N. et al. Understanding diabetes in patients with HIV/AIDS. *Diabetol Metab Syndr* 3, 2 (2011). (Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1186/1758-5996-3-2>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>16</sup> IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels: International Diabetes Federation (IDF); 2019 (disponible à l'adresse <https://www.diabetesatlas.org/>, consulté le 12 décembre 2023).

d'hypertension sont exposées à un risque élevé de souffrir d'une maladie cardiovasculaire, telles qu'un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral.<sup>17</sup>

9. Le diabète gestationnel se caractérise par une hyperglycémie pendant la grossesse, avec des valeurs glycémiques supérieures à la normale, mais inférieures à celles diagnostiquées pour le diabète. En Afrique, où les taux de natalité sont parmi les plus élevés au monde, une part importante des grossesses sont associées à une variété de problèmes de santé, notamment le diabète gestationnel. Environ une naissance sur huit en Afrique est associée à une hyperglycémie pendant la grossesse.<sup>18</sup> Les femmes atteintes de diabète gestationnel sont exposées à un risque accru de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Qui plus est, ces femmes, et probablement leurs enfants, courent également un risque accru de développer un diabète de type 2 à l'avenir.

10. S'agissant de l'action menée par les systèmes et les services de santé pour lutter contre le diabète, 32 États Membres disposent, à ce jour, de plans, de politiques et de stratégies opérationnels nationaux ou de plans d'action pour la lutte contre le diabète.<sup>19</sup> Cela dit, la plupart de ces plans stratégiques nationaux ne sont ni chiffrés ni mis en œuvre. L'Afrique se place au deuxième rang des régions où les dépenses liées au diabète sont les plus faibles (13 milliards de dollars É.-U.), ce qui représente 1 % des dépenses dans ce domaine au niveau mondial. Dans la Région africaine, l'accès à l'insuline dans les établissements de santé publique est limité : entre 18 % et 45 % des établissements disposent de ce produit.<sup>20,21</sup> En outre, les prix de l'insuline varient considérablement entre les sous-régions et les pays de la Région africaine, et seule une personne sur trois chez qui un diabète de type 2 a été diagnostiqué a accès à l'insuline qui lui a été prescrite.<sup>22,23</sup> Même lorsque l'insuline est accessible, le prix de 10 millilitres d'insuline peut représenter entre 2,2 et 15,6 jours de salaire pour un agent public non qualifié de la tranche de salaire la plus basse.<sup>24</sup>

11. En 2023, dans la Région africaine, 57 % des États Membres avaient adapté et mis en œuvre, quoique à des niveaux d'avancement divers, les mesures de l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires (WHO-PEN) ; cette initiative a permis de fournir des services de lutte contre le diabète dans les établissements de soins de santé primaires. En 2024, vingt pays ont adapté, mais pas encore mis en œuvre, les interventions énoncées dans le document de stratégie intitulé « PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau », qui a été approuvé par la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique. Cette stratégie vise à améliorer l'accès à la prévention, au traitement

---

<sup>17</sup> Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease. *Hypertension* [Internet]. 2001 Apr 1 [cited 2024 Mar 2];37(4):1053–9. Available from: (<https://doi.org/10.1161/01.HYP.37.4.1053> \* Premature mortality: deaths occurring before the age of 70.

<sup>18</sup> Musa E, Chivese T, Werfalli M, Matjila M, Norris SA, Levitt N. Outcomes of hyperglycaemia in pregnancy in Africa: systematic review study protocol. *BMJ Open*. 2021 Feb 8;11(2):e040921. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040921. PMID: 33558348; PMCID: PMC7871680.

<sup>19</sup> Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2022. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240047761>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>20</sup> Basu S, Yudkin JS, Kehlenbrink S, Davies JI, Wild SH, Lipska KJ, et al. Estimation of global insulin use for type 2 diabetes, 2018–30: a microsimulation analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7(1):25–33

<sup>21</sup> Ewen M, Joosse HJ, Beran D, Laing R. Insulin prices, availability and affordability in 13 low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health* 2019;4(3): e001410.

<sup>22</sup> Mbanya JC, Mba CM. Centenary of the discovery of insulin: People with diabetes in Africa still have poor access to insulin. *EClinicalMedicine*. 2021 Mar 30;34:100809. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100809. PMID: 33870152; PMCID: PMC8042344.

<sup>23</sup> Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 global survey. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>24</sup> Ewen M, Joosse HJ, Beran D, Laing R. Insulin prices, availability and affordability in 13 low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019 Jun 11;4(3):e001410. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001410. PMID: 31263585; PMCID: PMC6570978.)

et à la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques et graves, y compris le diabète de type 1.

12. La stratégie régionale élaborée en 2007 ne s'est pas traduite par un cadre d'action ; de ce fait, il n'a pas été possible de mesurer sa mise en œuvre. Avec sa stratégie actualisée, qui tient compte des avancées récentes, le Pacte mondial contre le diabète arrive donc à point nommé pour améliorer la prévention et la prise en charge du diabète dans le monde et en Afrique.

## **ENJEUX ET DÉFIS<sup>25,26</sup>**

13. **La faiblesse de la gouvernance et du leadership, couplée à des moyens financiers insuffisants.** Les programmes et/ou unités de lutte contre le diabète au sein des ministères de la santé sont souvent confrontés à des difficultés résultant d'un manque de leadership politique clair et d'un cadre de sensibilisation, qui les empêchent de bénéficier d'un leadership et d'un financement appropriés. Certains États Membres ne disposent pas de lignes budgétaires pour le diabète ; lorsqu'un budget est prévu, l'allocation est très faible. Dans les États Membres disposant d'un système d'assurance-maladie nationale, certaines technologies et certains médicaments, dont l'insuline, peuvent ne pas être couverts.

14. **La faiblesse de l'engagement politique.** Malgré l'adoption, en 2011, du document intitulé « Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans la Région africaine de l'OMS », la lutte contre les maladies non transmissibles continue d'occuper une place peu prioritaire dans de nombreux États Membres. L'engagement politique est faible, la lutte contre le diabète étant éclipsée par la lutte contre les maladies infectieuses. En outre, l'accent n'est pas suffisamment mis sur la prévention des facteurs de risque des maladies non transmissibles tels que le tabagisme, les régimes alimentaires malsains, le manque d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool. Cette négligence accentue les inégalités en matière de santé et entrave le développement socioéconomique.

15. **L'accès limité aux services de soins de santé pour la prise en charge du diabète.** L'accessibilité des services de lutte contre le diabète dans la Région est limitée par des facteurs tels que la distance géographique, le coût et la disponibilité. S'ils sont souvent disponibles dans les grands hôpitaux et grandes institutions, les services de lutte contre le diabète demeurent limités au niveau des soins de santé primaires. On constate un manque de programmes spécialisés, par exemple pour le diabète de type 1, en particulier pour les enfants et les adolescents. En outre, la prise en charge des complications à long terme du diabète reste insuffisante.<sup>27</sup>

16. **La problématique des ressources humaines pour les services de prise en charge du diabète.** La pénurie de professionnels de santé qualifiés et spécialisés dans la prise en charge du diabète crée des failles dans la prestation de services.<sup>28</sup> Il a été constaté que la capacité des agents de santé à assurer la prise en charge du diabète reste sous-optimale dans divers pays de la Région

---

<sup>25</sup> Mercer T, Chang AC, Fischer L, Gardner A, Kerubo I, Tran DN et al. Mitigating The Burden Of Diabetes In Sub-Saharan Africa Through An Integrated Diagonal Health Systems Approach. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019 Oct 31; 12:2261-2272. doi: 10.2147/DMSO.S207427. PMID: 31802925; PMCID: PMC6827510.

<sup>26</sup> Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2022. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240047761>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>27</sup> Ugwu E, Onung S, Ezeani I, Olamoyegun M, Adeleye O, Uloko A. (2020). Barriers to Diabetes Care in a Developing Country: Exploratory Evidence from Diabetes Healthcare Providers. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 32(10), 72–83. (Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.9734/jammr/2020/v32i1030522>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>28</sup> Mercer T, Chang AC, Fischer L, Gardner A, Kerubo I, Tran DN et al. Mitigating the Burden Of Diabetes In Sub-Saharan Africa Through An Integrated Diagonal Health Systems Approach. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2019 Oct 31; 12:2261-2272. doi: 10.2147/DMSO.S207427. PMID: 31802925; PMCID: PMC6827510.



sur le plan de la formation, des capacités de diagnostic, de la connaissance des protocoles de traitement et de la prise en charge des complications et des comorbidités du diabète.<sup>29</sup>

**17. La disponibilité et l'accessibilité économique des médicaments et des technologies nécessaires au diagnostic et à la prise en charge du diabète.** L'accès aux médicaments essentiels, aux outils de diagnostic et aux technologies pour le diabète est restreint et son coût est souvent prohibitif pour de nombreuses personnes dans la Région.

**18. La surveillance insuffisante du diabète.** Les indicateurs relatifs au diabète ne sont pas inclus de façon systématique dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire (encore désigné ci-après « système d'information sanitaire ») des États Membres. L'inadéquation des systèmes de surveillance et de suivi de l'incidence, des tendances et des complications du diabète limite la capacité à mettre au point des interventions et des politiques ciblées. En l'absence d'une surveillance fiable, il devient difficile de mesurer l'ampleur, la portée et l'efficacité des programmes de lutte contre le diabète.

**19. La persistance d'une forte prévalence de maladies infectieuses.** La coexistence avec le diabète de maladies infectieuses telles que la tuberculose et le VIH/sida complique la prestation et la gestion des soins de santé. Le diabète augmente non seulement le risque de tuberculose, mais il exacerbe aussi la gravité de cette maladie. Ainsi, il est également responsable d'une hausse de la mortalité.<sup>30</sup>

**20. L'intensification des déterminants sociaux de la santé.** Dans une large mesure, les déterminants sociaux de la santé tels que le niveau élevé de pauvreté, les inégalités de revenus, un faible niveau d'instruction, le chômage et l'urbanisation rapide, conjugués à la sédentarité et à une mauvaise alimentation font obstacle à la prestation de services suffisants et appropriés de lutte contre le diabète dans la Région.

**21. Une prévention et une sensibilisation limitées, notamment un faible niveau d'instruction.** D'autres problèmes auxquels la Région africaine est confrontée, notamment l'insuffisance des programmes d'éducation et de sensibilisation, entravent les efforts visant à améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge du diabète. Un contact limité avec les personnes atteintes de diabète, couplé aux croyances dominantes, conduit souvent les patients à se faire soigner par des praticiens traditionnels, spirituels ou d'autre nature plutôt que de consulter des services médicaux professionnels. En outre, la réponse du système de santé est axée sur les soins cliniques, les aspects liés à la prévention ne retenant que peu d'attention, voire aucune. Une sensibilisation et une éducation insuffisantes contribuent à retarder le diagnostic et le traitement, aggravant ainsi l'issue du diabète dans l'ensemble des populations.

## **VISION, BUTS, OBJECTIFS, ÉTAPES INTERMÉDIAIRES ET CIBLES**

**22. Vision :** une Région africaine où le risque de diabète est atténué et où le dépistage du diabète a progressé, et où les personnes diagnostiquées ont accès à des soins et à un traitement de qualité, complets et d'un prix abordable, dans des conditions équitables.

**23. But :** apporter un appui aux 47 États Membres pour qu'ils puissent mettre en œuvre de programmes de prévention et de maîtrise du diabète présentant un bon rapport coût-efficacité, qui consistent notamment à réduire les facteurs de risque de diabète au moyen de politiques de santé intégrées, multisectorielles et axées sur la population, et à renforcer les soins de santé primaires

---

<sup>29</sup> World Health Organization. Access to diabetes care. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/campaigns/world-diabetes-day/2023>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>30</sup> World Health Organization. TB and diabetes. (Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/featured-topics/tb-diabetes>, consulté le 12 décembre 2023).

pour faire en sorte que les diagnostics soient établis en temps utile et que les traitements soient initiés à temps, en donnant la priorité aux populations vulnérables vivant avec le diabète.

## 24. Objectifs

Les objectifs s'articulent comme suit :

- a) améliorer l'efficacité du leadership, de la gouvernance et du financement dans la lutte contre le diabète, y compris en donnant aux communautés et aux personnes atteintes de diabète des moyens d'agir ;
- b) accroître les efforts de prévention par une action sur les déterminants sociaux et commerciaux de la santé, par la promotion de modes de vie sains et par l'intégration des initiatives à assise communautaire afin de réduire l'incidence du diabète ;
- c) accroître la couverture de services, de technologies et de médicaments d'un prix abordable et de qualité destinés à la lutte contre le diabète, ainsi que l'accès à ces services, technologies et médicaments, en mettant l'accent sur le renforcement des services aux niveaux primaire et communautaire, à l'aide des ensembles d'interventions de l'OMS dénommées WHO-PEN, HEARTS<sup>31</sup> et PEN-Plus ; et
- d) Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle pour la lutte contre le diabète.

## 25. Cibles et étapes intermédiaires<sup>32</sup>

- a) Cibles d'ici à 2030 :
  - i) tous les États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, ainsi que l'ensemble d'interventions PEN-Plus ;<sup>33</sup>
  - ii) 80 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées ;
  - iii) 80 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie ;
  - iv) 80 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle ;
  - v) 60 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines ;
  - vi) 100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des systèmes d'autosurveillance glycémique d'un prix abordable ; et
  - vii) 80 % des patients chez qui une tuberculose a été diagnostiquée sont soumis à un test de dépistage du diabète dans les 47 États Membres.<sup>34</sup>
- b) Étapes intermédiaires d'ici à 2028 :
  - i) quarante-deux États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, ainsi que l'ensemble d'interventions PEN-Plus ;
  - ii) 70 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées ;

<sup>31</sup> World Health Organization. HEARTS D: diagnosis and management of type 2 diabetes; (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-ucn-ncd-20.1>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>32</sup> World Health Organization. First-ever global coverage targets for diabetes adopted at the 75th World Health Assembly. (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/first-ever-global-coverage-targets-for-diabetes-adopted-at-the-75th-world-health-assembly>, consulté le 12 décembre 2023).

<sup>33</sup> Trente États Membres sur les 47 que compte la Région africaine ont adapté et mettent en œuvre l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et 20 États Membres sur les 47 que compte la Région mettent en œuvre l'ensemble d'interventions PEN-Plus.

<sup>34</sup> World Health Organization. Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241502252>, consulté le 12 décembre 2023).

- iii) 60 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie ;
- iv) 70 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle ;
- v) 60 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines ;
- vi) 90 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des systèmes d'autosurveillance glycémique d'un prix abordable ; et
- vii) 70 % des patients chez qui une tuberculose a été diagnostiquée sont soumis à un test de dépistage du diabète dans les 47 États Membres.

Étapes intermédiaires d'ici à 2026 :

- i) trente-huit États Membres ont adapté et utilisent l'ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, ainsi que l'ensemble d'interventions PEN-Plus ;
- ii) 60 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées ;
- iii) 40 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie ;
- iv) 60 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle ;
- v) 40 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines ;
- vi) 80 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des systèmes d'autosurveillance glycémique d'un prix abordable ; et
- vii) 60 % des patients chez qui une tuberculose a été diagnostiquée sont soumis à un test de dépistage du diabète dans les 47 États Membres.

## PRINCIPES DIRECTEURS

La mise en œuvre du Cadre est régie par les principes directeurs décrits ci-après.

26. **La couverture sanitaire universelle.**<sup>35</sup> Conformément au principe d'équité, toute personne chez qui un diabète a été diagnostiqué, quels que soient son âge, son sexe, son lieu de résidence, sa situation socioéconomique, sa race ou son appartenance ethnique, a le droit de bénéficier de services de soins de santé essentiels.

27. **L'approche prenant en compte toutes les étapes de la vie et centrée sur la personne.** Les politiques, les plans et les services de prévention et de prise en charge du diabète ont une approche globale qui répond aux besoins des personnes atteintes de diabète tout au long de leur vie.

28. **L'approche multisectorielle.** Il s'agit de mesures qui sont prises par des secteurs, au sein et en dehors du secteur de la santé, en collaboration ou non avec le secteur de la santé, pour obtenir des résultats liés à la santé ou influencer les déterminants de la santé. Cette approche encourage la coordination, la collaboration et les partenariats dans divers domaines, y compris l'éducation, la protection sociale, la nutrition, le sport, le genre, la jeunesse, la fiscalité, l'urbanisation, ainsi que les programmes de promotion de la santé et les initiatives de la société civile.

---

<sup>35</sup> WHO Creating healthy life trajectories: universal health coverage and a life course approach. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/publications/m/item/creating-healthy-life-trajectories--universal-health-coverage-and-a-life-course-approach>.

29. **La pratique reposant sur des bases factuelles.** Les stratégies et interventions s'appuient sur des éléments scientifiques étayés par la recherche opérationnelle, en tenant compte du rapport coût-efficacité et en prenant en considération les facteurs culturels et contextuels.

30. **La protection financière.** Il convient de protéger les personnes atteintes de diabète et leurs familles contre les difficultés financières associées à l'accès aux services de soins de santé dont elles ont besoin.

31. **Les droits humains.** Les stratégies, mesures et interventions de lutte contre le diabète sont conformes à des instruments internationaux, régionaux et nationaux relatifs aux droits humains, notamment à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.<sup>36</sup>

32. **L'accent placé sur le rétablissement, l'autonomisation et l'implication totale.**<sup>37</sup> Les personnes atteintes de diabète, y compris celles confrontées à un handicap résultant de complications du diabète, ont les moyens et le soutien nécessaires pour participer de manière véritablement aux activités de sensibilisation, à l'élaboration des politiques, à la planification et à la prestation de services liés au diabète.

### INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES<sup>38,39</sup>

33. **Renforcer la gouvernance, le leadership et les partenariats dans la lutte contre le diabète aux niveaux mondial, national et infranational.** Il s'agit ici de renforcer la gouvernance, le leadership et la collaboration dans la lutte contre le diabète aux niveaux national et infranational en agissant de façon synergique avec un éventail de parties prenantes telles que les représentants d'autres programmes de santé, d'organisations non gouvernementales (ONG), de la société civile et d'autres prestataires de soins de santé non étatiques. Cette démarche suppose une appropriation par les pays des efforts en faveur de l'élaboration, du renforcement, de la révision et de la mise en œuvre de politiques, de stratégies, de programmes, de lois et de règlements nationaux sur la prévention et la maîtrise du diabète. Cette intervention implique en outre de nouer des partenariats stratégiques et de tirer parti des ressources provenant de secteurs autres que celui de la santé (ONG internationales, nationales et infranationales et organisations communautaires, sans oublier les organisations représentant les patients atteints de diabète et les personnes qui en prennent soin) afin de renforcer l'intégration des services de prise en charge du diabète.

34. **Accroître le financement des services de lutte contre le diabète.** Chaque État Membre devrait allouer un budget spécifique à la lutte contre le diabète dans le cadre du financement de la santé. Les fonds devraient être alloués en priorité aux établissements de soins de santé communautaires et primaires, aux programmes spécialisés et aux zones mal desservies, conformément aux politiques et aux plans arrêtés par les pouvoirs publics. Un soutien sera nécessaire pour obtenir, auprès des partenaires internationaux, bilatéraux et nationaux, des fonds destinés à améliorer les services de lutte contre le diabète. Les États Membres devraient inclure les services de lutte contre le diabète, les dispositifs de diagnostic et les médicaments dans les plans nationaux d'assurance-maladie et les intégrer dans d'autres dispositifs désignés. Une assistance technique devrait être fournie aux fins de l'élaboration de plans d'investissement dans la lutte

<sup>36</sup> Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Disponible à l'adresse <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>.

<sup>37</sup> Cadre de l'OMS pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale et neurologiques. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240073074>.

<sup>38</sup> World Health Organization. The WHO Global Diabetes Compact [Internet]. Geneva: WHO;2021. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact>.

<sup>39</sup> Kadiri, A., Ansu-Mensah, M., Bawontuo, V. *et al.* Mapping research evidence on implementation of the WHO 'best buys' and other interventions for the prevention and control of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: a scoping review protocol. *Syst Rev* 11, 120 (2022). Disponible à l'adresse <https://doi-org.ezproxy.u-paris.fr/10.1186/s13643-022-01992-7>.

contre le diabète. Parallèlement, les États Membres devraient bénéficier d'un appui pour mener à bien les activités de plaidoyer en faveur d'un financement accru des services de lutte contre le diabète.

**35. Mettre davantage l'accent sur la prévention, en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé.** Il s'agit d'établir des partenariats solides et des initiatives de collaboration avec différents secteurs. Plus précisément, il conviendra de collaborer avec le secteur de l'éducation pour mettre en œuvre des programmes de prévention du diabète, en ayant recours à des stratégies à la fois universelles et ciblées. La promotion de modes de vie sains, l'amélioration de l'éducation à la nutrition et la promotion de l'activité physique à l'école sont des éléments essentiels de cette approche. En intégrant la promotion de la santé dans ces programmes, nous pouvons favoriser des environnements propices à des comportements sains susceptibles de réduire le risque de diabète.

**36. Agir sur les déterminants commerciaux de la santé en vue de renforcer la prévention.** Pour accroître plus encore les efforts de prévention, il est essentiel que les États Membres et le Secrétariat agissent sur les déterminants commerciaux de la santé, et particulièrement sur l'influence qu'exercent les industries de l'alimentation et des boissons. Une action concrète à cet égard consistera à appliquer des politiques visant à réglementer les pratiques de commercialisation, surtout lorsqu'elles ciblent les enfants, de façon à réduire la consommation d'aliments néfastes pour la santé et de boissons sucrées. Les États Membres devraient aussi collaborer avec les industries de l'alimentation et des boissons pour encourager la reformulation des produits afin d'en réduire la teneur en sucre, en matières grasses et en sel, et ils devraient prôner le recours à des options plus saines sur le plan sanitaire. En encourageant les efforts de collaboration entre les gouvernements, l'OMS et ces industries, nous pouvons créer un environnement favorable à une alimentation saine, contribuant ainsi sensiblement à la réduction de l'incidence du diabète et à la promotion de la santé publique en général.

**37. Réorganiser les services de soins de santé et élargir leur couverture en mettant l'accent sur la prestation de services de qualité dans la lutte contre le diabète au niveau des soins de santé communautaires et primaires.** Cette intervention consiste à améliorer la prise en charge du diabète dans les structures de soins primaires et communautaires en améliorant les systèmes d'orientation-recours et en mettant en place un encadrement bienveillant. Il est question dans cette intervention d'impliquer des organisations de la société civile et l'État pour qu'ils collaborent dans le cadre des initiatives de lutte contre le diabète, tirant parti de leurs atouts respectifs pour mener à bien des interventions plus efficaces. Il s'agit aussi d'utiliser les agents de santé communautaires dans les efforts de prévention pour garantir des soins intégrés au niveau des communautés. Cela suppose d'appliquer des stratégies qui visent à aider les familles à soutenir les personnes atteintes de diabète. Il s'agit également d'intégrer une approche des soins de santé globale et centrée sur la personne, qui lutte contre le diabète et contre d'autres affections et comorbidités simultanément, dont la tuberculose et le diabète gestationnel. Il convient en outre de promouvoir le droit des individus à l'éducation, à l'emploi, aux moyens de subsistance et au logement dans le cadre de la prise en charge globale du diabète, autoprise en charge comprise.

**38. Garantir l'intégration stratégique du diagnostic et de la prise en charge du diabète.** Tous les États Membres intégreront de manière stratégique la prévention, le diagnostic et la prise en charge du diabète dans l'ensemble des services de santé essentiels et des prestations axés sur la couverture sanitaire universelle. Les ensembles de prestations de services et d'interventions tels que WHO-PEN, WHO-HEARTS, WHO-HEARTS-D et PEN-Plus orienteront l'élaboration de modèles de prestation de services innovants et intégrés, adaptés aux agents de santé en première ligne, modulables et portant sur la continuité des soins, dans le cadre d'une approche par paliers. Il s'agit de veiller à ce que les services et les médicaments essentiels destinés à la lutte contre le diabète soient immédiatement disponibles au niveau des systèmes de soins de santé primaires et

fassent partie de la couverture sanitaire universelle. C'est le cas notamment des soins prénatals qui ont un rôle à jouer dans la détection précoce et la prise en charge du diabète gestationnel. Cette démarche consiste à fournir aux établissements de soins de santé primaires les ressources dont ils ont besoin, telles que les produits de diagnostic, les médicaments et le personnel formé nécessaires pour lutter efficacement contre le diabète au niveau des communautés. Il s'agit en outre d'intégrer les interventions de prévention et de maîtrise du diabète dans les services de lutte contre la tuberculose et l'infection à VIH. L'utilisation de dispositifs de diagnostic et de médicaments pour le diabète pourrait facilement être décentralisée avec l'appui de l'OMS et des partenaires.

**39. Garantir un approvisionnement en technologies, dispositifs de diagnostic et médicaments d'un prix abordable.** Il est essentiel d'introduire des innovations efficaces et d'anticiper correctement les transitions technologiques. Les États Membres de la Région africaine sont encouragés à mettre en place des approches unifiées pour mener à bien des actions telles que l'achat de dispositifs et de médicaments de qualité et d'un bon rapport coût-efficacité, le partage d'informations sur la réglementation, l'amélioration de la planification de la chaîne d'approvisionnement et l'évaluation de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments. Des efforts de collaboration tels que les achats groupés et les processus normalisés d'assurance de la qualité peuvent permettre aux États Membres d'atteindre ces objectifs.

**40. Élaborer et appliquer des stratégies visant à garantir un approvisionnement continu en insuline.** Les stratégies visant à garantir un approvisionnement continu en insuline supposent une planification et une application globales. Les efforts devraient porter sur la négociation de prix abordables adaptés à des pays ayant des niveaux de revenus variables, ainsi que sur le maintien d'un marché de l'insuline stable. En outre, la mise en place de capacités locales de production de médicaments contre le diabète tels que l'insuline, l'optimisation des canaux de distribution et le renforcement des cadres réglementaires constituent autant de mesures décisives susceptibles de garantir un accès équitable à l'insuline pour les personnes atteintes de diabète. Les États Membres devraient favoriser la production locale d'insuline, ce qui est particulièrement crucial pour élargir l'accès aux médicaments en Afrique, en veillant à ce que la chaîne d'approvisionnement soit plus fiable et autosuffisante et qu'elle puisse répondre aux besoins des patients diabétiques partout sur le continent.

**41. Établir des circuits d'orientation-recours et des interconnexions axées sur la personne sur toute la continuité des soins.** Les États Membres devraient s'efforcer de réduire au minimum les retards dans l'accès aux services de diagnostic et de traitement en établissant et en rationalisant les parcours de soins. Il est essentiel d'améliorer la continuité des soins grâce à des réseaux d'orientation-recours efficaces qui mettent en lien des établissements de différents niveaux. Les États Membres devraient aussi faire porter les efforts sur la mise en œuvre d'interventions telles que les programmes d'orientation des patients, dont l'efficacité pour faciliter l'accès aux soins, avec le concours de l'OMS et de ses partenaires, a été démontrée. Les plans de communication ciblant les patients et les prestataires devraient également être renforcés pour améliorer l'utilisation des services. En outre, il est important de mettre les patients en relation avec d'autres programmes d'assistance sociale, tels que ceux qui assurent le transport et le logement pendant le traitement, et des mécanismes d'orientation-recours inter pays devraient également être institués pour soutenir les populations moins nombreuses disposant de capacités limitées.

**42. Prévoir des services de réadaptation complets pour la prise en charge des complications du diabète.** Les États Membres devraient se doter de services de réadaptation complets pour assurer une prise en charge efficace des complications du diabète. Ces services doivent couvrir une gamme d'interventions adaptées, au nombre desquelles la thérapie physique, l'ergothérapie et le soutien psychologique, pour traiter des complications spécifiques telles que la neuropathie, la rétinopathie et des problèmes cardiovasculaires. Des équipes multidisciplinaires devraient

travailler ensemble à l'élaboration de plans de soins personnalisés qui pourraient améliorer la mobilité, assurer la gestion de la douleur et prévenir d'autres complications.

43. **Assurer le suivi et l'évaluation des interventions.** Les États Membres élaboreront un cadre global pour superviser la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre le diabète. Le processus de définition d'indicateurs de base s'inspirera des indicateurs et cibles spécifiques décrits dans le présent Cadre et dans le cadre mondial de surveillance du diabète. Pour sa part, l'OMS continuera d'assurer le suivi à long terme des programmes de lutte contre le diabète aux niveaux national et régional. L'OMS élaborera et diffusera également des rapports biennaux sur la mise en œuvre du Pacte mondial contre le diabète et fera rapport au Comité régional en 2027 et 2029.

44. **Promouvoir la recherche-développement.** En collaboration avec les instituts nationaux de santé publique et les centres de recherche, tous les États Membres élaboreront un plan de recherche opérationnelle avec l'appui de l'OMS et de ses partenaires. Ce plan vise à produire des données factuelles, à combler les lacunes dans les connaissances et à améliorer la mise en œuvre des mesures de lutte contre le diabète. L'accent sera placé sur le recours à des forums permettant de transposer la recherche en politiques en vue de faciliter la réalisation des programmes de lutte contre le diabète, sur la base de données probantes.

#### **MESURES À PRENDRE PAR LE COMITÉ RÉGIONAL**

45. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les mesures proposées.





## Annexe. Résumé des objectifs, stratégies, cibles et étapes intermédiaires du Cadre

Objectif	Stratégie	Situation actuelle/Année de référence (2023)	Cibles d'ici à 2030	Étapes intermédiaires		
				D'ici à 2026	D'ici à 2028	D'ici à 2030
1. Améliorer l'efficacité du leadership, de la gouvernance et du financement dans la lutte contre le diabète, y compris en donnant aux communautés et aux personnes atteintes de diabète des moyens d'agir.	Améliorer la couverture du diagnostic et l'accessibilité au traitement pour toutes les personnes atteintes de diabète	46 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées	80 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres	60 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres	70 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres	80 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres
		Données non disponibles	80 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie dans les 47 États Membres	40 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie dans les 47 États Membres	60 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie dans les 47 États Membres	80 % des personnes chez qui le diabète a été diagnostiqué surveillent bien leur glycémie dans les 47 États Membres
		Réalisation d'une enquête régionale				
	Améliorer l'accès au diagnostic et au traitement pour la prise en charge de la tension artérielle chez les personnes atteintes de diabète	Données non disponibles	80 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle dans les 47 États Membres	60 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle dans les 47 États Membres	70 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle dans les 47 États Membres	80 % des personnes souffrant d'un diabète diagnostiqué surveillent bien leur tension artérielle dans les 47 États Membres
		Réalisation d'une enquête régionale				
		Données non disponibles	60 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines dans les 47 États Membres	25 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines dans les 47 États Membres	50 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines dans les 47 États Membres	60 % des personnes atteintes de diabète âgées de 40 ans ou plus prennent des statines dans les 47 États Membres
	Réalisation d'une enquête régionale					

Objectif	Stratégie	Situation actuelle/Année de référence (2023)	Cibles d'ici à 2030	Étapes intermédiaires		
				D'ici à 2026	D'ici à 2028	D'ici à 2030
e) Accroître les efforts de prévention par une action sur les déterminants sociaux et commerciaux de la santé, par la promotion de modes de vie sains et par l'intégration des initiatives à assise communautaire afin de réduire l'incidence du diabète.	Mettre en œuvre des politiques intégrées et des initiatives à assise communautaire pour agir sur les déterminants sociaux et économiques, encourager l'adoption de modes de vie sains tels qu'une alimentation équilibrée, la pratique régulière de l'exercice physique, le fait de ne pas consommer de tabac et de ne pas consommer abusivement de l'alcool et l'élargissement de l'accès aux soins de prévention	Données non disponibles  Nécessité de mener à bien un examen documentaire régional	Tous les États Membres devraient appliquer des réglementations qui visent à restreindre la commercialisation d'aliments et de boissons malsains ciblant les enfants  90 % des États Membres devraient adapter et mettre en œuvre des politiques qui visent à réduire de 20 % la teneur en sucre, en sel et en graisses malsaines des aliments transformés moyennant une reformulation des produits par l'industrie  Tous les États Membres devraient adopter des politiques qui visent à intégrer des programmes complets d'éducation nutritionnelle et physique dans les écoles et sur les principaux lieux de travail	60 % des États Membres devraient appliquer des réglementations qui visent à restreindre la commercialisation d'aliments et de boissons malsains ciblant les enfants  50 % des États Membres devraient adapter et mettre en œuvre des politiques qui visent à réduire de 20 % la teneur en sucre, en sel et en graisses malsaines des aliments transformés moyennant une reformulation des produits par l'industrie  50 % des États Membres devraient adopter des politiques qui visent à intégrer des programmes complets d'éducation	80 % des États Membres devraient appliquer des réglementations qui visent à restreindre la commercialisation d'aliments et de boissons malsains ciblant les enfants  70% des États Membres devraient adapter et mettre en œuvre des politiques qui visent à réduire de 20 % la teneur en sucre, en sel et en graisses malsaines des aliments transformés moyennant une reformulation des produits par l'industrie  80 % des États Membres devraient adopter des politiques qui visent à intégrer des programmes complets d'éducation nutritionnelle et	Tous les États Membres devraient appliquer des réglementations qui visent à restreindre la commercialisation d'aliments et de boissons malsains ciblant les enfants  90 % des États Membres devraient adapter et mettre en œuvre des politiques qui visent à réduire de 20 % la teneur en sucre, en sel et en graisses malsaines des aliments transformés moyennant une reformulation des produits par l'industrie  Tous les États Membres devraient adopter des politiques qui visent à intégrer des programmes complets d'éducation nutritionnelle et

Objectif	Stratégie	Situation actuelle/Année de référence (2023)	Cibles d'ici à 2030	Étapes intermédiaires		
				D'ici à 2026	D'ici à 2028	D'ici à 2030
				nutritionnelle et physique dans les écoles et sur les principaux lieux de travail.	physique dans les écoles et sur les principaux lieux de travail.	physique dans les écoles et sur les principaux lieux de travail.
2. Accroître la couverture de services, de technologies et de médicaments d'un prix abordable et de qualité destinés à la lutte contre le diabète, ainsi que l'accès à ces services, technologies et médicaments, en mettant l'accent sur le renforcement des services aux niveaux primaire et communautaire, à l'aide des ensembles d'interventions de l'OMS dénommés WHO-PEN, WHO-HEARTS et PEN-Plus	Intégrer la prise en charge du diabète dans les soins de santé primaires pour en améliorer la qualité et pour veiller à ce que chaque personne jouisse d'un accès équitable à ces services	57 % des États Membres mettent en œuvre l'ensemble d'interventions WHO-PEN	Adoption sans réserve des ensembles d'interventions WHO-PEN, WHO-HEARTS et PEN-Plus par les 47 États Membres	Adoption sans réserve des ensembles d'interventions WHO-PEN, WHO-HEARTS et PEN-Plus par les 47 États Membres	Adoption sans réserve des ensembles d'interventions WHO-PEN, WHO-HEARTS et PEN-Plus par les 47 États Membres	Adoption sans réserve des ensembles d'interventions WHO-PEN, WHO-HEARTS et PEN-Plus par les 47 États Membres
	Intégrer la lutte contre le diabète dans les services de soins de santé destinés aux patients tuberculeux	Données non disponibles	80 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres	60 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres	70 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres	80 % des personnes atteintes de diabète ont été diagnostiquées dans les 47 États Membres
		Réalisation d'une enquête régionale				
3. Renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle pour	Veiller à ce que l'insuline et les dispositifs de surveillance de la glycémie soient disponibles et d'un prix	55 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline	100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des systèmes d'autosurveillance	80 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des	90 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des systèmes	100 % des personnes atteintes de diabète de type 1 ont accès à l'insuline et à des

Objectif	Stratégie	Situation actuelle/Année de référence (2023)	Cibles d'ici à 2030	Étapes intermédiaires		
				D'ici à 2026	D'ici à 2028	D'ici à 2030
la lutte contre le diabète	abordable pour tous les patients atteints de diabète de type 1	Données sur la disponibilité des dispositifs d'autosurveillance non disponibles. La réalisation d'une enquête régionale sera nécessaire.	glycémique d'un prix abordable	systèmes d'autosurveillance glycémique d'un prix abordable	d'autosurveillance glycémique d'un prix abordable.	systèmes d'autosurveillance glycémique d'un prix abordable
	Élaborer un plan de recherche opérationnelle pour produire des données factuelles et combler les lacunes dans les connaissances et dans la mise en œuvre en matière de prévention et de maîtrise du diabète, tout en veillant à ce que les recherches soient transposées en politiques pour favoriser la mise en œuvre des programmes de lutte contre le diabète, sur la base de données probantes		Tous les États Membres disposent d'un cadre de résultats pour leur programme de lutte contre le diabète comprenant un plan de recherche opérationnelle.	Chacun des 47 États Membres dispose d'un cadre de résultats pour son programme de lutte contre le diabète comprenant un plan de recherche opérationnelle.		
	Renforcer les capacités de suivi et d'évaluation, ainsi que le système d'information sanitaire relatif à la prévention et à la maîtrise du diabète, afin de faciliter le suivi des cibles mondiales, régionales et nationales	Données non disponibles. Réalisation d'une enquête régionale.	Renforcer la collecte de données et le système d'information sanitaire pour la lutte contre le diabète, en assurant à des intervalles réguliers un suivi et une évaluation des activités menées en vertu du cadre	Des indicateurs de suivi et de performance et des mécanismes de contrôle de la qualité sont définis pour les interventions prévues dans tous les 47 États Membres.	Renforcer le système d'information sanitaire et les outils de collecte de données pour la lutte contre le diabète afin de faciliter le suivi des cibles mondiales, régionales et nationales	Mettre en place des systèmes de données de qualité sur le diabète aux niveaux national et régional