

PLAN MONDIAL CONTRE LE DIABÈTE

2011-2021

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE



**Fédération
Internationale
du Diabète**

**« La prévention et le traitement du diabète sont efficaces et rentables »
(OMS, 2005)**

La prévention du diabète et de ses complications est possible. Il existe des interventions abordables et à l'efficacité avérée. Pourtant, le diabète continue de tuer et d'invalider des millions de personnes chaque année.

Le Plan mondial contre le diabète appelle les Nations unies et ses agences, les gouvernements, la société civile, le secteur privé et la communauté mondiale du diabète à endiguer le diabète. Maintenant.

Les objectifs du Plan mondial contre le diabète sont les suivants :

1. Recadrer le débat afin de mieux sensibiliser le monde politique à ses causes et ses conséquences, ainsi qu'à l'urgence d'agir à l'échelon mondial et national afin de prévenir et de traiter le diabète ;
2. Établir un plan générique et cohérent en vue de soutenir et d'orienter les efforts consentis par les gouvernements, les donateurs internationaux et les associations membres de la FID dans leur lutte contre le diabète ;
3. Proposer des interventions, des processus et des partenariats ayant fait leurs preuves afin de réduire la charge personnelle et sociétale du diabète ;
4. Soutenir et consolider les politiques et initiatives existantes, telles que le Plan d'action 2008-2013 de l'OMS pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ;
5. Consolider le mouvement mondial de lutte contre le diabète et améliorer la santé et la vie des personnes atteintes du diabète.

AVANT-PROPOS

Le diabète est l'un des principaux défis du 21^{ème} siècle en termes de santé et de développement

Le diabète a atteint des niveaux critiques. Nous ne pouvons plus nous permettre d'attendre plus longtemps avant d'agir. La souffrance et la détresse humaine qu'il provoque sont inacceptables et ne peuvent perdurer.

Chaque année, pas moins de quatre millions de personnes meurent du diabète, et quelque dix millions d'autres souffrent de handicaps et de complications potentiellement mortelles (crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, cécité ou amputation). Le diabète a également des conséquences néfastes sur certaines maladies infectieuses, sur d'autres maladies non transmissibles (MNT) et sur la santé mentale.

Le diabète est une crise sanitaire, mais c'est également une catastrophe sociétale mondiale. Aux quatre coins de la planète, les gouvernements luttent pour faire face aux coûts des soins liés au diabète. Les coûts supportés par les employeurs et les économies nationales ne cessent de croître, et chaque jour, de plus en plus de familles à bas revenus glissent dans la pauvreté en raison des pertes de revenus provoquées par le diabète et les soins de santé liés qu'il leur faudra assumer toute la vie.

Aujourd'hui, 366 millions de personnes souffrent du diabète et 280 autres millions courent un risque élevé de le développer. Si rien n'est fait, ces chiffres devraient respectivement passer à 552 millions et 398 millions d'ici 2030. Trois personnes atteintes du diabète sur quatre vivent aujourd'hui dans des pays à faibles et moyens revenus. Au cours des vingt années à venir, l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Asie du Sud-est connaîtront la plus forte hausse de prévalence du diabète. Même dans les pays riches, des groupes désavantagés tels que les populations indigènes et les minorités ethniques, les migrants récents et les personnes vivant dans des bidonvilles feront face à une hausse des cas de diabète et des complications liées. Pauvre ou riche, aucun pays n'est immunisé face à l'épidémie.

Face à ce défi et à l'impact sur le développement humain, la Fédération internationale du diabète (FID) a réuni des experts issus du monde entier afin d'élaborer le tout premier Plan mondial contre le diabète, dans l'optique de mobiliser et de guider les initiatives en matière de diabète au cours des dix prochaines années. Le plan présente des éléments probants, des solutions efficaces et rentables, ainsi que des outils, le tout dans un cadre d'action cohérent qui reflète le consensus qui règne au sein de la communauté mondiale du diabète.

Le Plan mondial contre le diabète a été lancé en 2011, une année charnière au cours de laquelle les dirigeants mondiaux se sont réunis au quartier général des Nations unies à New York afin de s'accorder sur les mesures et les actions à prendre en vue de lutter contre le diabète et d'autres maladies non transmissibles. Je peux affirmer avec fierté que la FID fut parmi les premiers à lancer un appel en faveur d'un sommet de haut niveau des Nations unies sur les MNT – même si cette réunion n'était en réalité qu'un point de départ. Nous continuerons à travailler avec nos partenaires afin de transformer les promesses politiques en actions mondiales concrètes pour les personnes atteintes du diabète aujourd'hui, mais aussi de réduire la progression future du diabète et de ses complications insidieuses.

Les preuves sont là. Désormais, avec le Plan mondial contre le diabète, nous franchissons une étape supplémentaire dans la réalisation de nos objectifs : mettre un terme aux décès évitables et atténuer les souffrances provoquées par le diabète.



Professeur Jean Claude Mbanya
Président de la Fédération internationale du diabète

LE PLAN D'ACTION MONDIAL EN UN COUP D'ŒIL

En quoi le diabète est-il important :

Chaque année, près de 4,6 millions de décès sont imputables au diabète. Dans certains pays, des enfants et de jeunes gens meurent d'un manque d'insuline sans avoir jamais été diagnostiqués. Le diabète se classe parmi les dix principales causes de handicap dans le monde et porte préjudice tant à la productivité qu'au développement humain. Si aucune mesure n'est prise, le nombre de personnes touchées par le diabète devrait passer de 366 millions en 2011 à 552 millions d'ici 2030, soit rien moins qu'un adulte sur dix. Aucun pays, aucun secteur d'activité n'est à l'abri. Le défi consiste à réduire le coût humain et financier par le biais d'un diagnostic précoce et d'une gestion efficace, et – dans la mesure du possible – à empêcher l'apparition de nouveaux cas de diabète.

L'opportunité :

Les chefs d'entreprise et les dirigeants politiques nationaux et mondiaux prennent progressivement conscience de l'ampleur et des conséquences de l'épidémie de diabète. Le Sommet de haut niveau des Nations unies de 2011 sur les maladies non transmissibles (MNT) a permis de faire du diabète et d'autres grandes MNT une priorité dans le domaine de la santé au niveau mondial. De plus en plus, les acteurs concernés réalisent que le fait d'investir dans la prévention et le traitement du diabète a d'importantes retombées dans d'autres domaines de santé, mais aussi en termes de productivité et de développement humain. Nous savons ce qu'il faut faire et nous avons la preuve que l'action est efficace et rentable.

Les objectifs :

Améliorer l'état de santé des personnes atteintes du diabète

Un diagnostic précoce, un traitement efficace et abordable et un apprentissage de l'autogestion, tous ces éléments contribuent à empêcher ou à retarder l'apparition de complications dévastatrices liées au diabète et à sauver des vies.

Prévenir le développement du diabète de type 2

Des interventions liées au mode de vie et des politiques et des interventions sur les marchés socialement responsables dans le secteur de la santé et en dehors de celui-ci contribuent à favoriser une alimentation saine et l'activité physique, et à prévenir l'apparition du diabète.

Mettre un terme à la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes du diabète

Les personnes atteintes du diabète peuvent jouer un rôle non négligeable dans le cadre de leur propre état de santé mais aussi de la lutte contre le diabète d'une manière générale. Un cadre juridique et politique favorable, des campagnes de sensibilisation et des services orientés sur le patient contribuent à la défense des droits des personnes atteintes du diabète et à prévenir les discriminations.

La stratégie clé : mise en œuvre des programmes nationaux contre le diabète

Des approches globales basées sur les politiques et sur l'exécution améliorent l'organisation, la qualité et la portée de la prévention et des soins liés au diabète. Il est envisageable et souhaitable que tous les pays se dotent d'un programme national consacré au diabète. A cet égard, des modèles dont l'efficacité est avérée sont d'ores et déjà en place dans certains pays.

Obtenir des résultats :

Renforcer les cadres institutionnels

Consolider le leadership au niveau national et des Nations unies dans différents secteurs afin de garantir l'apport de réponses globales et nationales cohérentes, innovantes et efficaces à l'épidémie de diabète, et assurer le meilleur retour sur investissement possible.

Intégrer et optimiser les ressources humaines et les services de santé

Réorienter, créer et consolider les capacités des systèmes de santé afin de répondre de manière efficace au défi du diabète par le biais de formations et du développement de la main-d'œuvre, en particulier au niveau des soins de santé primaires.

Réviser et rationaliser les systèmes d'approvisionnement

Optimiser l'apport en médicaments et technologies vitales liées au diabète, par le biais de systèmes de passation de marchés et de distribution fiables et transparents.

Générer des résultats de recherche et s'en servir de manière stratégique

Etablir des priorités en matière de recherche, consolider les capacités de recherche et baser la politique et la pratique sur des éléments probants.

Suivre, évaluer et communiquer les résultats

Utiliser les systèmes d'information sur la santé et un mécanisme solide de suivi et d'évaluation afin de jauger les progrès réalisés.

Attribuer des ressources nationales et internationales appropriées et durables

Garantir l'existence de ressources innovantes, durables et prévisibles en faveur de la lutte contre le diabète, notamment via l'aide publique au développement (APD) pour les pays à faibles et moyens revenus.

Adopter une approche intégrant l'ensemble de la société

Inciter les gouvernements, le secteur privé et la société civile (y compris le personnel du secteur des soins de santé, le monde universitaire et les personnes atteintes du diabète) à travailler de concert afin d'endiguer l'épidémie du diabète.

TABLE DES MATIÈRES

Qu'est-ce que le diabète ?	6
L'importance du diabète	7
L'opportunité	8
Les objectifs	9
- Objectif 1. Améliorer l'état de santé des personnes atteintes du diabète	10
- Objectif 2. Prévenir le développement du diabète de type 2	13
- Objectif 3. Mettre un terme aux discriminations dont sont victimes les personnes atteintes du diabète	15
Stratégie clé – Mettre en œuvre les programmes nationaux sur le diabète	17
Obtenir des résultats	19
- Consolider les cadres institutionnels	19
- Intégrer et optimiser les ressources humaines et les services de santé	19
- Passer en revue et rationaliser les systèmes d'achat et de distribution	19
- Produire et utiliser de manière stratégique des données issues de la recherche	19
- Contrôler, évaluer et communiquer les résultats	20
- Affecter des ressources nationales et internationales adaptées et durables	20
- Adopter une approche intégrant l'ensemble de la société	20
Sources	21
Remerciements	22
Annexe 1 : Acronymes	23
Annexe 2 : Contribution de la Fédération internationale du diabète	24
Annexe 3 : Glossaire des ressources de la FID	26

QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE ?

Le diabète est l'une des quatre maladies non transmissibles (MNT) prioritaires identifiées par l'OMS, aux côtés des maladies cardiovasculaires (qui couvrent les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux), le cancer et les affections respiratoires chroniques. De nature chronique, le diabète est courant mais aussi coûteux. Il se

caractérise par une hyperglycémie (taux élevés de glucose dans le sang) découlant d'un manque d'insuline (diabète de type 1) ou d'une insuffisance ou une résistance à l'insuline (diabète de type 2). Le diabète recèle une composante génétique et certaines personnes sont tout simplement plus susceptibles que d'autres de le développer.

ENCADRÉ 1 : PRINCIPAUX TYPES DE DIABÈTE

LE DIABÈTE DE TYPE 1 est dû à une destruction auto-immune des cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Ce type de diabète représente environ 3 à 5 % de l'ensemble des cas de diabète. Il se développe le plus souvent chez les enfants et les jeunes adultes, mais peut se déclarer à n'importe quel âge. Les personnes touchées par le diabète de type 1 sont tributaires des injections d'insuline pour survivre. Chaque année, des dizaines de milliers d'enfants et de jeunes adultes meurent parce qu'ils n'ont pas accès à l'insuline qui leur permettrait de survivre. Jusqu'à présent, il n'existe aucun traitement préventif ou curatif dont l'efficacité serait avérée pour ce type de diabète.

LE DIABÈTE DE TYPE 2 résulte d'une combinaison entre une résistance à l'insuline et une déficience en insuline. Ce type de diabète représente 95% ou plus de l'ensemble des cas de diabète recensés de par le monde. En règle générale, il concerne des individus d'âge moyen et plus avancé, mais touche également de plus en plus les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en surpoids. Le diabète de type 2 touche plus spécifiquement les gens dans les années les plus productives du cycle de vie. Les personnes concernées se soignent au moyen de comprimés, même si des injections d'insuline peuvent parfois s'avérer nécessaires. Le diabète de type 2 est l'une des principales causes de maladies cardiaques et d'autres complications. Des interventions simples et efficaces par rapport aux coûts peuvent empêcher ou retarder l'apparition de ce type de diabète.

LE DIABÈTE GESTATIONNEL (DG) est un état d'intolérance au glucose qui se déclare ou est détecté au cours d'une grossesse. Le DG concerne au moins une grossesse sur 25 dans le monde. Faute de diagnostic ou de traitement adéquat, ce diabète peut avoir diverses conséquences : macrosomie, anomalies fœtales, taux plus élevés de mortalité maternelle et infantile. Les femmes atteintes de DG et les enfants nés d'une grossesse marquée par le DG risquent davantage que les autres de développer le diabète de type 2 au cours de leur vie.

Les risques modifiables de développer un diabète de type 2 varient en fonction des populations et couvrent l'obésité, la surnutrition et la malnutrition (y compris la sous-nutrition dans l'utérus et dans les premiers moments de la vie) et la sédentarité. Nombre de ces facteurs de risque sont communs avec d'autres MNT, ce qui fait du diabète de type 2 un point d'entrée logique et important dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MNT. Une grande partie du traitement du diabète peut se faire en tandem avec d'autres maladies chroniques, ce qui permet de réaliser des économies d'échelle et d'optimiser les ressources en matière de santé.

Faute de diagnostic, de traitement ou de contrôle adéquat, le diabète peut provoquer de très graves complications, parfois irréversibles, comme d'importants troubles de la vision ou la cécité, une insuffisance rénale, une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, l'amputation d'un membre inférieur ou encore des dysfonctionnements érectiles. Si ces complications trouvent pour l'essentiel leur origine dans la persistance d'une hyperglycémie, d'autres facteurs tels que l'hypertension, les perturbations lipidiques ou l'obésité ont également leur importance.

Le diabète de type 1 serait déclenché par certaines infections virales et, parfois, par des toxines environnementales. Le diabète de type 2 peut être déclenché par un éventail de facteurs étroitement liés, parmi lesquels certains ne peuvent être modifiés (avancement de

l'âge, origine ethnique et antécédents familiaux liés au diabète). De plus, le diabète peut également se révéler au cours de la grossesse et est alors appelé diabète gestationnel (DG). Le diabète est imputable à de nombreux facteurs génétiques, épigénétiques, environnementaux et biologiques sur lesquels les personnes qui sont touchées n'ont bien souvent aucun contrôle.

Le diabète entraîne également diverses complications à court terme, telles qu'une glycémie excessivement élevée ou excessivement basse (hypoglycémie), qui peut aboutir à un coma, faute de traitement. Ces complications à court terme sont toujours de nature aiguë, voire potentiellement mortelles, et nécessitent des soins médicaux d'urgence. Ces complications sont souvent le fruit d'un diagnostic tardif, d'un traitement inadéquat ou inapproprié, de l'existence de maladies intercurrentes ou concomitantes (comme la tuberculose, la pneumonie ou des troubles diarrhéiques), l'absence d'accès aux services de santé et à l'éducation liées à l'auto-administration des soins.

Les personnes atteintes du diabète doivent pouvoir avoir accès à des médicaments appropriés et à toute une série de services de soins de santé tout au long de leur vie. Des traitements précoces et adaptés et l'accès à des services efficaces, notamment aux soins de santé primaires, afin d'assurer un contrôle glycémique de qualité sont autant d'éléments essentiels si l'on souhaite éviter l'apparition de complications coûteuses par la suite.

Quels qu'en soient l'origine ou l'élément déclencheur, personne ne choisit d'être atteint du diabète.

L'IMPORTANCE DU DIABÈTE

Le diabète atteint des niveaux critiques et ne cesse de progresser. Toutes les sept secondes, une personne décède dans le monde des suites du diabète, ce qui représente un total de près de quatre millions de décès chaque année. En 2011, quelque 366 millions de personnes sont touchées par le diabète, tandis que 280 autres millions courent un risque élevé de le développer. Si rien n'est fait, ces chiffres devraient respectivement passer à 552 millions et 398 millions dans vingt ans.

Le diabète est un important facteur contributif des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, et fait partie des dix principales causes de handicap dans le monde. Non diagnostiqué ou insuffisamment ou mal traité, le diabète peut avoir de graves répercussions : amputation d'un membre inférieur, cécité ou encore insuffisance rénale. Le diabète aggrave également d'importantes maladies infectieuses telles que la tuberculose, le VIH/sida ou le paludisme. Les personnes touchées par le diabète sont trois fois plus susceptibles de développer la tuberculose lorsqu'elles sont infectées et l'on pense qu'environ 15 % des cas de tuberculose dans le monde seraient dus au diabète. Le diabète et le paludisme vont souvent de pair dans les pays où le paludisme est endémique. Plus difficiles à traiter lorsqu'elles sont concomitantes, ces maladies exposent les personnes touchées à un risque de décès plus élevé. Le VIH/sida peut quant à lui augmenter le risque de diabète et certains traitements antirétroviraux (TAR) peuvent provoquer le diabète.

Le coût lié au diabète n'est pas tenable

L'épidémie de diabète se traduit par d'importants coûts de soins de santé, une baisse de la productivité de la main-d'œuvre et des niveaux de croissance économique. Globalement, les dépenses de santé se chiffraient à 465 milliards de dollars en 2011, soit 11 % de l'ensemble des dépenses de santé. Faute d'investissements destinés à améliorer la disponibilité des traitements susceptibles de prévenir les complications, ce chiffre devrait passer à 595 milliards de dollars d'ici 2030. Le Forum économique mondial a à plusieurs reprises identifié les MNT (dont le diabète) comme un risque mondial pour le commerce et les collectivités. Les pertes de revenu national imputables aux décès largement évitables résultant du diabète, des maladies cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux sont tout simplement énormes : entre 2005 et 2015, ces pertes devraient selon les estimations s'élever à 558 milliards de dollars en Chine, contre 303 milliards en Russie et 237 milliards en Inde.

Le diabète influence la pauvreté et porte préjudice au développement humain

Les décès précoces font partie des éléments qui contribuent aux pertes de revenus. De plus, de nombreuses personnes souffrent de complications potentiellement évitables qui les empêchent de travailler. Cet état de fait équivaut à une importante perte pour l'économie en général et, dans les pays où il n'existe pas de couverture sociale, cela peut faire basculer certaines familles dans la pauvreté et priver les enfants d'une alimentation saine, d'une bonne éducation et d'une perspective d'emploi. Dès lors, si aucun pays n'est immunisé face à l'épidémie, le défi le plus pressant se situe dans les pays à faibles et moyens revenus où vivent désormais trois personnes atteintes du diabète sur quatre et où l'apparition du diabète a passé une génération, touchant désormais de plus en plus des personnes dans leurs années les plus productives. En Inde et en Chine par exemple, le diabète apparaît une décennie plus tôt qu'en Europe ou aux États-Unis. Même dans les pays riches, les minorités désavantagées telles que les populations indigènes et les minorités ethniques, les migrants récents et les personnes habitant dans des bidonvilles font aujourd'hui face à des taux plus élevés de diabète et de complications liées. Le défi consiste donc à réduire, entre les pays et au sein même des différents pays, les disparités sociales qui limitent les perspectives de santé et l'accès aux soins de santé.

Le diabète touche les femmes de manière disproportionnée

Le diabète peut être provoqué par des événements dans l'utérus, et les enfants de mère sous- ou suralimentées pendant leur grossesse courent davantage de risques de développer le diabète plus tard dans leur vie. Le diabète au cours de la grossesse augmente également le risque de morbidité et de mortalité tant pour l'enfant que pour la mère. En tant que dispensatrices de soins, les mères et les filles doivent faire face à des charges supplémentaires et risquent d'être privées d'opportunités économiques, sociales et éducatives lorsqu'elles s'occupent de membres de la famille atteints du diabète.

Dans de nombreux pays, il existe des preuves manifestes et convaincantes qu'il est possible de prévenir ou de retarder largement le diabète et ses complications grâce à des **interventions relativement simples et rentables.**

L'OPPORTUNITÉ

Le monde prend progressivement conscience de l'épidémie du diabète et de l'urgence d'agir pour l'endiguer. De plus en plus, les dirigeants politiques reconnaissent ses effets dévastateurs sur les individus et les membres de leur famille, mais aussi les coûts colossaux qui ne cessent de croître pour les systèmes de santé et les économies nationales. Le Sommet de haut niveau des Nations unies de 2011 sur les MNT a permis de rassembler la volonté d'endiguer le diabète et les autres MNT et nous devons désormais saisir l'opportunité et traduire cette volonté politique en actes.

Nous disposons des preuves et des outils nécessaires pour prévenir et gérer le diabète

Les preuves fournies par les essais cliniques tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement montrent qu'une vaste proportion de cas de diabète de type 2 pourraient être évités ou largement retardés en réduisant les principaux facteurs de risques modifiables – sédentarité et sur- ou malnutrition.

De la même manière, diverses études majeures ont démontré qu'un vaste ensemble englobant traitements et soutien peut empêcher l'apparition des complications liées aux diabètes de types 1 et 2, ou les retarder de manière significative, permettant de la sorte aux personnes atteintes du diabète de vivre plus longtemps en meilleure santé.

Il existe de nombreuses lignes directrices et une multitude de programmes de formation ; les médicaments essentiels pour soigner le diabète sont tous libres de brevet ; enfin, nous disposons d'outils bien établis pour mesurer et suivre l'évolution de la prévalence du diabète et des complications liées.

Abordables et rentables pour tous les niveaux de ressources, ces interventions présentent une opportunité sans précédent de sauver des millions de vies, de soulager la détresse humaine et de stopper les coûts futurs et l'appauvrissement que le diabète impose aux individus, aux familles, aux collectivités et aux pays.

La prévention du diabète contribue à la prévention d'autres MNT et de certaines maladies infectieuses

Le diabète partage avec d'autres MNT certains facteurs de risque communs. La sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires et l'obésité contribuent au diabète mais aussi aux maladies cardiovasculaires (principalement la crise cardiaque et l'accident vasculaire cérébral), au cancer et aux affections respiratoires

chroniques. L'investissement en faveur de la prévention du diabète offre donc des avantages dans ces secteurs, mais aussi pour la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme – pour lesquels le diabète et certains déterminants sociaux communs renforcent la sensibilité et la mortalité.

Le diabète et le développement humain

Le diabète n'est pas seulement un enjeu de santé, c'est également un enjeu de développement. En renforçant la lutte contre le diabète à l'échelle mondiale, l'on crée par la même occasion la possibilité de contribuer à la réalisation d'autres indicateurs clés du développement : éradication de la pauvreté, égalité des genres, réduction de la mortalité infantile et maternelle et des maladies infectieuses, etc. L'accélération des progrès liés au diabète favorisera automatiquement les progrès sur la voie de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et d'autres futurs objectifs conclus entre les acteurs internationaux dans le domaine du développement.

Le diabète et l'environnement

Le diabète ne provoque pas de changements climatiques et les changements climatiques ne déclenchent pas le diabète, mais plusieurs vecteurs nuisibles pour l'environnement sont liés aux risques de diabète, comme la sédentarité et la surnutrition. Il est possible de réaliser des économies d'échelle en réduisant simultanément les risques modifiables liés au diabète et les aspects relatifs aux changements climatiques et à la dégradation de l'environnement. Cela couvre différents éléments tels que la promotion des déplacements actifs et la réduction de la dépendance automobile, la production alimentaire et la consommation locales, le logement durable et un aménagement urbain qui fait la part belle à l'exercice physique, l'emploi local et l'inclusion communautaire ou encore la réduction de la dépendance vis-à-vis des sources énergétiques non renouvelables.

Le défi est de taille, mais le jeu en vaut largement la chandelle. En tenant un Sommet de haut niveau des Nations unies sur les MNT, les décideurs ont choisi de faire du diabète et d'autres MNT une priorité sanitaire sur la scène internationale. Nous sommes face à une opportunité sans précédent d'endiguer cette affection invalidante et de sauver des vies. **Nous disposons des preuves, des connaissances et des outils nécessaires.**

LES OBJECTIFS

Nous savons ce qu'il faut faire. Avec le soutien des Nations unies et des agences internationales d'aide au développement, des entreprises, des organisations caritatives, de la société civile, des professionnels de la santé, des chercheurs mais aussi du grand public, nos gouvernements sont en mesure d'inverser la trajectoire actuellement suivie par l'épidémie de diabète. Le Plan mondial de lutte contre le diabète s'articule autour de trois objectifs majeurs qui impliquent une action urgente afin de soutenir une réponse mondiale efficace. Dans ces domaines, les actions se basent sur des éléments probants, des avis d'experts et un consensus au sein de la communauté mondiale du diabète. Tous les pays, y compris ceux qui ne disposent que de ressources limitées, peuvent faire quelque chose pour :

1. Améliorer l'état de santé des personnes atteintes du diabète

L'amélioration de l'état de santé des personnes déjà touchées par le diabète n'est en rien une nécessité humanitaire : il s'agit d'un impératif économique et de développement humain. Cet objectif est réalisable et financièrement abordable pour l'ensemble des pays. De plus, des recherches en ont démontré l'efficacité et la rentabilité.

2. Empêcher le développement du diabète de type 2

La prévention des futurs cas de diabète est essentielle si les pays – en particulier les pays à bas et moyens revenus – entendent éviter ou réduire les coûts faramineux et l'impact de ce fardeau toujours plus lourd qu'est le diabète. La prévention et la lutte contre le diabète ne sont pas des options alternatives ou des étapes différentes : elles revêtent autant d'importance. L'investissement simultané dans ces deux volets est parfaitement réalisable et se traduit par d'importants retours économiques pour toute une série de domaines et de maladies.

3. Mettre un terme aux discriminations dont sont victimes les personnes atteintes du diabète

Le fait de mettre un terme aux discriminations dont sont victimes les personnes atteintes du diabète et de les inciter à gérer leur propre état de santé et à s'impliquer dans la prévention et le traitement du diabète d'une manière plus générale peut constituer un puissant outil dans la lutte contre le diabète. Cet objectif est non seulement logique sur le plan de la justice sociale, mais il est aussi et avant tout efficace.

LA STRATÉGIE CLÉ

Mise en œuvre de programmes ou de plans d'action nationaux consacrés au diabète OU mise en œuvre de programmes ou de plans d'action sur les MNT, dans lesquels le diabète forme une composante distincte

S'ils sont bien conçus et activement mis en œuvre, les plans nationaux consacrés au diabète ou les plans consacrés aux MNT et disposant d'un volet distinct pour le diabète peuvent efficacement contribuer à organiser et structurer les réponses politiques et pratiques, mais aussi à impliquer les décideurs politiques, les donateurs, les prestataires de services et les organisations civiles à s'unir dans une action collective afin de lutter contre l'épidémie du diabète.

1. AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DU DIABÈTE

Le diabète est source d'immenses souffrances individuelles, entraîne des coûts pour la société et ralentit le développement humain et économique. Les complications ne sont en rien inévitables. Nous savons ce qu'il faut faire – le moment est venu de passer à l'action.

De très nombreux éléments probants en provenance de différents pays montrent qu'il est possible de prévenir ou de retarder considérablement les complications liées au diabète, voire de les traiter afin d'en éviter la progression. Des directives de gestion clinique mettant en exergue les normes de soins recommandées sont largement disponibles et les médicaments essentiels pour traiter l'hypoglycémie et les troubles associés (lipides, tension artérielle) sont tous non seulement libres de brevet, mais aussi sûrs, efficaces et abordables.

Tous les pays ont potentiellement les moyens et les capacités d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes du diabète et de réduire les coûts personnels et sociaux ainsi que l'impact négatif du diabète sur la viabilité du développement humain et économique. Les principaux éléments nécessaires pour traiter efficacement le diabète sont les suivants :

- suivi du traitement et suivi clinique pour garantir un contrôle métabolique et glycémique ;
- éducation à l'autogestion et soutien lié ;
- prévention et gestion des complications.

Des processus et des pratiques cliniques reconnus par les acteurs internationaux ont prouvé leur efficacité dans la lutte contre le diabète et la prévention ou le retardement de ses complications (Illustration 1). Des soins élémentaires de qualité peuvent permettre de supprimer ou de réduire le besoin de services plus lourds et plus coûteux. Pour garantir l'efficacité des soins liés au diabète, plusieurs éléments sont essentiels :

Fournir les médicaments, les technologies et les services essentiels à toutes les personnes atteintes du diabète

Les médicaments essentiels pour traiter l'hyperglycémie et les troubles (lipidiques, tension artérielle) qui caractérisent le diabète et qui entraînent des complications sont disponibles sous forme générique peu coûteuse et accessibles à tous les pays. Ces remèdes contribuent non seulement à prévenir les complications, telles que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, mais ils sont tout aussi efficaces, voire plus encore, dans la prévention d'autres complications ultérieures.

Parmi ces médicaments, on retrouve l'insuline (vitale pour les personnes atteintes du diabète de type 1 et parfois nécessaires pour les personnes atteintes du diabète de type 2), les hypoglycémifiants oraux, les statines et les antihypertenseurs. Des instructions d'utilisation fiables sont aisément accessibles via les lignes directrices de la FID sur la gestion clinique du diabète ou encore les formulaires de l'OMS. La rentabilité des médicaments peut être optimisée comme suit :

- réforme des systèmes de passation de marchés et de distribution afin de réduire les pertes et les déchets et d'améliorer l'efficacité ;
- mise en œuvre de protocoles et modèles de traitement harmonisés sur le plan national afin de garantir une utilisation appropriée.

Les technologies essentielles comprennent le matériel de diagnostic et de monitoring, les réactifs et les équipements. Ces technologies sont relativement simples et peu coûteuses, ou potentiellement peu coûteuses à l'avenir – plus particulièrement si une campagne coordonnée à l'échelle mondiale était menée afin d'en faire baisser les coûts. Les investissements favorables à leur utilisation à des fins de diagnostic, de traitement et de suivi à un stade précoce mais aussi sur une base permanente permettraient de réduire considérablement la dépendance à l'égard de procédures et services de haute technologie très coûteux en évitant ou en retardant l'apparition de complications irréversibles.

De manière idéale, les services essentiels reposent sur une approche pluridisciplinaire que les travailleurs des soins de santé primaires peuvent le plus souvent assumer (en s'appuyant sur un niveau adapté de services spécialisés). Pour ce faire, il est nécessaire d'être à même :

- de diagnostiquer le diabète ;
- de fournir une première évaluation et un premier traitement ;
- de procéder à un suivi et une gestion cliniques sur une base régulière pour parvenir à un contrôle glycémique et métabolique optimal ;
- de dépister, de détecter et de traiter les complications liées au diabète ;
- de dispenser en temps opportun un apprentissage de l'autogestion tant aux personnes atteintes du diabète qu'à celles qui les aident à se soigner.

Dépister et traiter le diabète à un stade précoce

Le diabète de type 2 se développe bien souvent sur plusieurs années et peut très bien demeurer asymptomatique jusqu'à ce qu'apparaissent des complications. En d'autres termes, les personnes concernées manquent d'importantes occasions de traiter et d'éviter des complications lourdes et invalidantes. Stratégiquement, le diagnostic et le traitement précoces du diabète de type 2 sont essentiels pour éviter et retarder l'apparition de graves et coûteuses complications. Cependant, dans les pays ou les régions où les ressources ne sont pas suffisantes, il semble plus judicieux d'adopter une approche graduelle ou progressive et de s'assurer que les médicaments et services essentiels au traitement du diabète sont disponibles avant d'entamer une campagne active de dépistage.

Le dépistage opportuniste des facteurs de risque pour le diabète de type 2 non diagnostiqué est faisable et rentable. De nombreux pays ont mis au point des cotes de risque et des tests à cocher énumérant les facteurs de risque pour le diabète non diagnostiqué en se basant sur des sondages épidémiologiques des populations locales. Les cotes de risque peuvent être appliquées quel que soit le cadre. De plus, il existe des facteurs de risque uniques génériques et aisément identifiables qui peuvent être utilisés afin d'identifier les personnes plus susceptibles que d'autres d'avoir un diabète non diagnostiqué.

Exemple :

- obésité;
- antécédents de diabète gestationnel;
- parent au premier degré atteint du diabète.

Les personnes identifiées de la sorte devraient subir un test diagnostique définitif, de préférence au sein d'un service médical reconnu. En fonction des résultats du test de diagnostic :

- les personnes positives au diabète devraient immédiatement s'engager dans un programme de traitement;
- les personnes négatives au test de diagnostic mais qui présentent des facteurs de risque devraient pouvoir bénéficier de conseils en matière de nutrition, de contrôle du poids et d'exercice physique, et être invitées à passer des dépistages réguliers concernant le diabète.

Il ne semble ni faisable, ni rentable de procéder à un dépistage systématique d'un éventuel diabète non diagnostiqué sur l'ensemble de la population. Cette option n'est donc pas recommandée à l'heure actuelle. Il faut également noter qu'en raison de son déclenchement rapide et aigu, un dépistage opportuniste ou de la population n'est pas recommandé pour le diabète de type 1.

Dépister et traiter les complications à un stade précoce

Il existe des cycles et des processus de soins bien établis qui ont prouvé leur efficacité sur le plan de la réduction et du dépistage des complications à un stade précoce. Outre une surveillance clinique régulière, il est également recommandé de soumettre à un cycle d'évaluations physique, clinique et biochimique les personnes atteintes d'un diabète de type 1 ou 2 afin de détecter et de traiter les complications à un stade précoce :

- **Évaluation clinique**
Poids, IMC, tour de taille, tension artérielle, signes de mauvaise circulation et de lésions nerveuses, examen yeux/pieds.
- **Évaluation biochimique**
HbA1c, lipides, fonction rénale, albuminurie.
- **Évaluation éducationnelle et comportementale**
Autogestion – connaissances, capacités, aptitudes et comportements.

Permettre à toutes les personnes atteintes du diabète d'avoir accès à une éducation à l'autogestion

Une bonne gestion du diabète ne dépend pas uniquement des médicaments et des traitements médicaux. La réussite repose également sur une combinaison de plusieurs éléments : médicaments, surveillance médicale et traitements, régime adapté et équilibré, exercice physique et éducation à l'autogestion liée à la nature du diabète et à la façon de le gérer au quotidien.

Les personnes atteintes du diabète doivent jour après jour prendre différentes décisions concernant l'équilibre de leur alimentation, l'exercice physique et la prise de médicaments. Pour de nombreuses personnes atteintes du diabète, il s'agit notamment de s'injecter de l'insuline et de vérifier le taux de glycémie. Ces opérations peuvent considérablement se modifier au cours du cycle de vie des individus et du processus d'évolution du diabète. Dès lors, une bonne autogestion nécessite non seulement une première éducation à l'autogestion du diabète au moment du diagnostic, mais aussi un cycle permanent d'évaluation et d'interventions en matière d'éducation.

Une attention plus soutenue doit être accordée à l'éducation des personnes qui dispensent des soins aux personnes atteintes du diabète, en particulier les personnes atteintes du diabète qui ne peuvent comprendre ou effectuer eux-mêmes les exigences liées à l'autogestion, comme les jeunes enfants, les personnes très âgées ou encore les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental qui rend toute autogestion impossible.

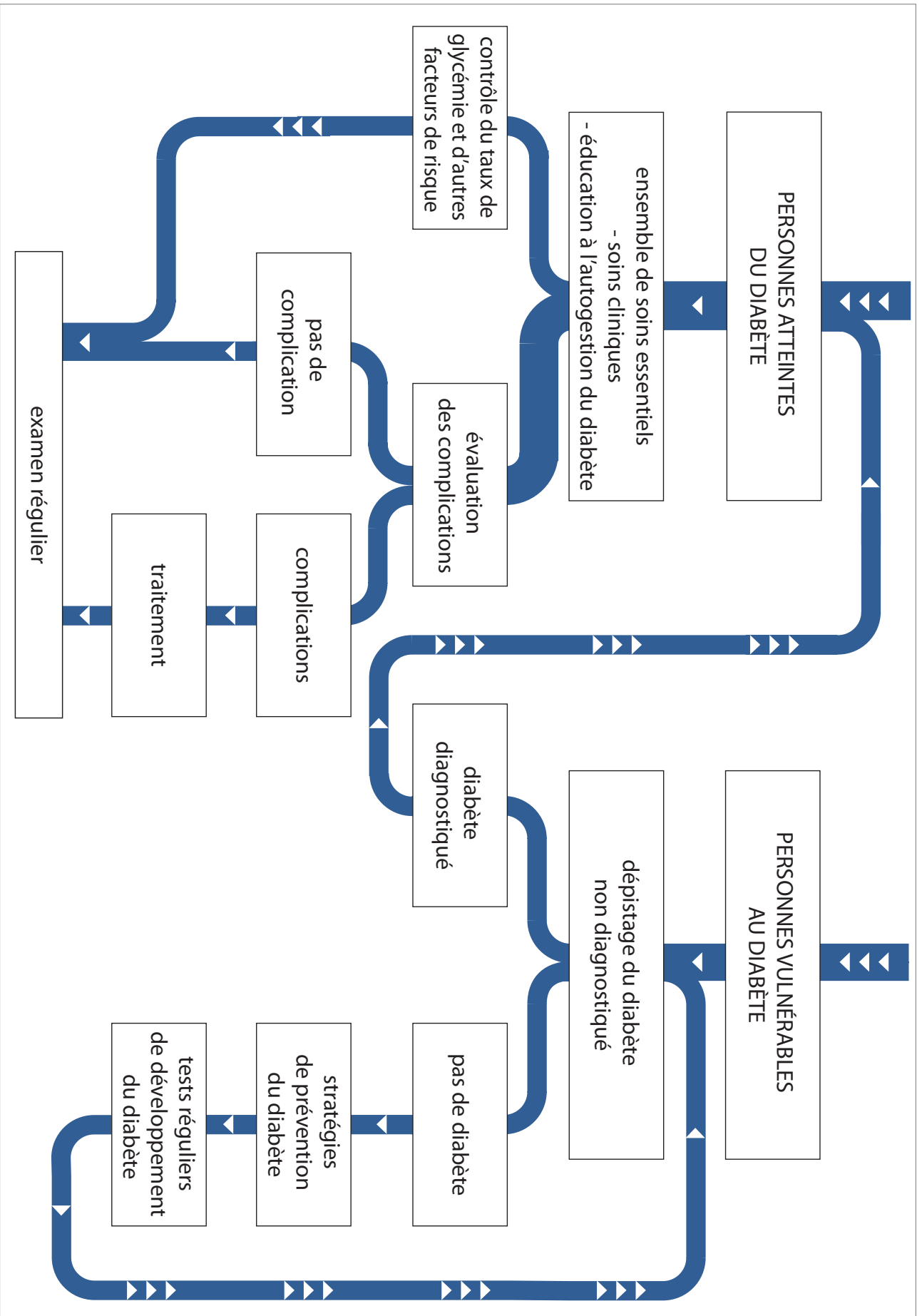
L'éducation à l'autogestion n'est pas une option pour les personnes atteintes du diabète; c'est un impératif.

ACTIONS PRIORITAIRES

Quatre éléments essentiels à la bonne gestion du diabète ont été choisis pour former des priorités. Tous ces objectifs sont réalisables, s'appuient sur des éléments prouvant leur efficacité et présentent un important retour sur investissement :

- fournir les médicaments, les équipements, les technologies et les services essentiels aux personnes atteintes du diabète afin que ceux-ci optimisent leur contrôle glycémique et métabolique et évitent des complications graves à long terme ;
- instaurer et maintenir un cycle régulier (annuel) d'évaluation clinique afin de détecter et de traiter les complications à un stade précoce mais aussi de corriger d'éventuels écarts significatifs par rapport à un contrôle du diabète de qualité ;
- offrir une éducation à l'autogestion à toutes les personnes atteintes du diabète et/ou leurs soignants, tant au moment du diagnostic qu'à tout instant utile au cours de leur cycle de vie et de l'évolution de leur état de santé ;
- mettre en œuvre des protocoles harmonisés au niveau national afin d'identifier les personnes atteintes d'un diabète de type 2 non diagnostiqué ou les personnes présentant un risque important de développer le diabète à l'avenir.

Illustration 1 : Gestion du diabète – résumé



2. PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2

La prévention du diabète de type 2 est largement réalisable. Nous pouvons et nous devons prévenir ce qui peut l'être. Le coût humain et financier de l'inaction sera bien plus élevé que celui engendré par une intervention.

Les principaux facteurs de risque modifiables pour le diabète de type 2 sont la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'obésité. L'alimentation saine et l'exercice physique ne relèvent pas uniquement d'un choix personnel. Les modifications sociales et technologiques intervenues au cours des dernières décennies ont donné naissance à des environnements physiques, communautaires, de travail et de loisir qui sont par nature sédentaires et se basent sur des régimes alimentaires riches en énergie mais à faible valeur nutritionnelle. De très nombreux individus se trouvent confrontés à des obstacles environnementaux, sociaux et financiers qui les empêchent de faire des choix de vie sains au quotidien.

Même dans de nombreux pays plus pauvres, les environnements 'obésogènes' et 'diabétogènes' sont devenus la norme. Selon les chiffres de l'OMS, 80 % des cas de diabète de type 2 pourraient être évités grâce à des interventions simples et rentables. D'importants changements de politique sont nécessaires pour favoriser à long terme un poids sain et des niveaux d'exercice physique suffisants. À titre d'exemple, des villes judicieusement conçues, s'appuyant sur des systèmes alimentaires et de transports en commun efficaces peuvent favoriser l'exercice physique et une alimentation saine et, partant, réduire les facteurs de risque du diabète de type 2 mais aussi bien d'autres risques en matière de santé. Dans certains environnements, les interventions ont démontré leur efficacité à améliorer l'alimentation de la population et à renforcer l'exercice physique. Quoi qu'il en soit, le Plan mondial de lutte contre le diabète a choisi d'accorder une grande priorité à la transformation des environnements sociaux, économiques et physiques qui alimentent l'épidémie d'obésité et de diabète de type 2.

La santé, dans toutes les politiques

Les politiques gouvernementales menées dans un secteur donné ont bien souvent des effets inattendus dans d'autres secteurs. Aujourd'hui, la plupart des gouvernements en place dans les pays économiquement développés procèdent à des évaluations d'impact environnemental de leurs nouvelles politiques. Cette approche devrait en réalité également s'appliquer à la santé, en accordant une attention plus spécifique aux politiques régissant l'aménagement urbain et le logement, la conception du lieu de travail et des pratiques professionnelles ou encore la production, l'entreposage, la distribution, la publicité, la tarification et le commerce des aliments. Les politiques fiscales, économiques et éducatives, et notamment celles qui ont un impact négatif sur les personnes issues de groupes socio-économiquement défavorisés, doivent elles aussi être relevées.

L'OMS encourage une approche basée sur l'évaluation de l'impact sur la santé afin de jauger l'influence des politiques sociales, environnementales et économiques sur la santé. Le Plan mondial de lutte contre le diabète invite quant à lui les gouvernements à adopter une approche faisant de la santé un élément transversal à toutes les politiques. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer l'impact de toutes les nouvelles politiques sur les facteurs de risque liés au diabète et à d'autres MNT au moment de réaliser des investissements infrastructurels ou de concevoir et d'exécuter de nouvelles politiques, afin de s'assurer que l'ensemble des politiques favorisent la santé au lieu de lui porter préjudice.

Permettre à tous d'accéder à une alimentation saine

La qualité de l'alimentation est assurément un facteur essentiel pour favoriser la santé et éviter l'apparition des maladies. Tant la sous-nutrition que la surnutrition renforcent le risque de diabète de type 2. De plus, le diabète est lui-même aggravé par une mauvaise alimentation. Les enfants nés de mères sous-alimentées sont davantage exposés au diabète, tout comme les enfants et les adultes suralimentés (ce qui ne signifie pas que leur alimentation soit de qualité). Surnutrition et sous-nutrition peuvent aisément coexister, et sont souvent plus apparentes parmi les personnes issues de milieux socio-économiquement défavorisés. La réduction des disparités sociales et des déterminants sociaux du diabète et des MNT liées est donc essentielle dans la prévention du développement du diabète et de ses complications.

Quel que soit le stade de la vie, il est vital de trouver le juste équilibre entre la quantité d'énergie absorbée par un individu et la quantité d'énergie dont il a besoin. Cet équilibre permet de réduire le risque de diabète et d'autres MNT au sein des générations actuelles et futures. La Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé fournit des orientations sur ce qui doit être fait. De son côté, le Plan mondial de lutte contre le diabète appelle les gouvernements à mettre en place des politiques et des programmes afin de répondre à la problématique de la sous- et surnutrition, couvrant notamment les éléments suivants :

- favoriser une nutrition saine via :
 - des programmes de nutrition axés sur les enfants et les mères;
 - des politiques et des textes de loi favorisant l'accès à une alimentation abordable et de qualité pour tous;
 - des règlements destinés à réduire la quantité de graisse, de sucre et de sel dans les aliments et boissons industriels et à éliminer les acides gras trans;
 - des programmes de sensibilisation et de modification des comportements;
 - des accords commerciaux mondiaux.
- encourager l'allaitement afin de réduire la sous-alimentation des nourrissons et d'éviter le développement du diabète à un stade ultérieur de leur vie.

Promouvoir l'exercice physique au quotidien

L'exercice physique joue un rôle central dans la lutte contre l'obésité et la réduction du risque de diabète de type 2. Il est essentiel d'encourager et de soutenir l'exercice physique dans le cadre des activités de routine au quotidien et par le biais de la pratique d'un sport pendant les loisirs.

- mettre en œuvre des politiques et des programmes adaptés sur le plan culturel afin de réduire les comportements sédentaires et d'encourager l'exercice physique dans des environnements spécifiques, notamment l'école et le lieu de travail;
- instaurer des cadres réglementaires qui suppriment les obstacles à l'exercice physique, ce qui peut couvrir l'aménagement urbain (par ex. la création de zones de circulation

piétonnes, de trottoirs et de pistes cyclables sûrs et agréables), les transports et la conception des bâtiments (qui encourage par exemple l'utilisation des escaliers par rapport aux ascenseurs);

- mettre en place un système de surveillance et de suivi de l'exercice physique afin de fournir des statistiques sur les niveaux d'exercice physique au sein de la population.

Déterminer si une approche basée sur le « risque élevé » est appropriée pour la prévention du diabète de type 2 et, le cas échéant, la mettre en œuvre

Certains éléments prouvent de manière irréfutable qu'il est possible de prévenir le diabète chez les personnes qui présentent un risque élevé par le biais de conseils nutritionnels, une hausse du niveau d'exercice physique et une perte de poids modeste. Toutefois, la mise en œuvre de cette approche n'est pas toujours réalisable ou recommandée dans les environnements à faibles ressources où le financement fait défaut pour fournir aux personnes atteintes du diabète les soins et les médicaments

essentiels pour leur traitement. Si une approche axée sur le risque élevé est jugée appropriée dans un cadre donné, celle-ci devrait être intégrée à la prévention des maladies cardiovasculaires puisque de nombreuses personnes présentant un risque élevé de développer le diabète présentent également un risque élevé de développer une maladie cardiovasculaire.

- déterminer, à l'échelle nationale, si une approche reposant sur le risque élevé est adaptée, en fonction des ressources disponibles;
- le cas échéant, mettre en œuvre un programme de prévention basé sur la notion de risque élevé;
- si la mise en œuvre d'un tel programme n'est pas jugée appropriée à l'heure actuelle, il convient d'œuvrer à la consolidation du système de santé afin d'offrir des interventions efficaces et peu coûteuses, axées sur le mode de vie, dans les cinq ans. Ces interventions peuvent notamment être axées sur les individus, sur des sous-populations à risque ou sur des environnements spécifiques (église, école, lieu de travail, etc.).

ACTIONS PRIORITAIRES

Trois actions ont été identifiées comme prioritaires. Ces trois actions sont réalisables et se caractérisent par un retour sur investissement potentiellement élevé. La mise en œuvre de ces actions se traduirait par exemple par des gains tangibles tant sur le plan de la prévention du diabète qu'en termes de prévention et d'atténuation de l'obésité, de l'hypertension, des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, de certains cancers et de nombreux autres problèmes de santé.

- mettre en œuvre une approche intégrant la santé dans toutes les politiques. Évaluer les avantages et les risques des nouvelles politiques et adopter celles qui favorisent la santé – en particulier eu égard aux facteurs de risque modifiables du diabète et des MNT liées, ainsi que les déterminants sociaux plus larges en matière de santé physique et mentale;
- réduire le taux de graisse, de sucre et de sel dans les aliments et boissons industriels et éliminer les acides gras trans par divers moyens, notamment des politiques fiscales et réglementaires, des restrictions appliquées au marketing des produits alimentaires de mauvaise qualité, en particulier ceux destinés aux enfants et aux jeunes;
- mettre en œuvre des politiques et des programmes adaptés sur le plan culturel afin de réduire les comportements sédentaires et d'encourager l'exercice physique dans des environnements spécifiques, notamment l'école et le lieu de travail.

Note :

Les causes à l'origine du diabète de type 1 diffèrent de celles qui provoquent le diabète de type 2. À l'heure où le Plan mondial de lutte contre le diabète a été rédigé, il n'existait aucune méthode largement disponible afin de prédire quelles sont les personnes qui développeront le diabète de type 1, ni pour en arrêter le développement. Cependant, des scientifiques issus de nombreux pays travaillent aujourd'hui afin de mieux comprendre les risques et les éléments déclencheurs de ce type de diabète et d'être en mesure de les modifier. Certains travaux offrent d'ores et déjà de très intéressants résultats et il n'est pas impossible que des traitements destinés à prévenir et/ou soigner le diabète de type 1 voient le jour au cours de la mise en œuvre de ce Plan. Si tel est le cas, ceux-ci devraient bien entendu être intégrés aux efforts consentis par les acteurs internationaux dans la prévention du diabète.

3. METTRE FIN AUX DISCRIMINATIONS DONT SONT VICTIMES LES PERSONNES ATTEINTES DU DIABÈTE

Pour les personnes atteintes du diabète, l'accès à des soins adaptés et abordables et à une information et une éducation concernant leur condition est un droit, et non un privilège. Les personnes atteintes du diabète peuvent jouer un rôle pivot dans la lutte contre l'épidémie.

Le droit à la vie et le droit à la santé sont des droits fondamentaux consacrés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. La grande majorité des gouvernements ont ratifié au moins un traité international relatif aux droits de l'homme et sont donc tenus de respecter, de défendre et de maintenir le droit à la santé.

Le droit à la santé oblige les gouvernements et les pouvoirs publics à mettre en place des politiques et des plans d'action qui protègent la population face aux maladies épidémiques et garantissent des soins de santé accessibles et abordables pour tous. Lorsque leur diabète n'est pas détecté ou qu'ils n'ont pas accès à des technologies et des médicaments nécessaires et abordables tels que l'insuline ou les hypoglycémifiants oraux, les enfants et les adultes atteints du diabète sont tout simplement privés de leur droit à la vie et leur droit à la santé.

Les personnes atteintes du diabète ne sont pas responsables de leur condition et ne devraient pas faire l'objet de discriminations, que ce soit à l'école ou sur leur lieu de travail, dans le cadre des assurances ou de la couverture sociale, ou au sein de la collectivité au sens large. Certaines personnes sont plus sensibles au diabète pour la bonne et simple raison qu'elles sont porteuses de certaines caractéristiques génétiques ou épigénétiques que d'autres n'ont pas. Pourtant, des millions de personnes atteintes du diabète sont stigmatisées et victimes de discriminations. Cette réalité encourage une culture du secret concernant le diabète, qui peut former un obstacle aux services, à l'emploi ou encore au mariage et peut priver les personnes atteintes du diabète de jouer un rôle actif dans la société. Le fardeau est encore plus lourd à porter pour certaines sous-catégories de population, telles que les enfants, les populations indigènes, les minorités ethniques et les femmes.

Le diabète accompagne les gens tout au long de leur vie et implique des décisions quotidiennes complexes, ainsi que des aptitudes et des habitudes exigeantes d'autogestion et de contrôle. Une bonne autogestion est vitale pour soigner le diabète de manière efficace. Donner aux personnes atteintes du diabète, à leur famille et aux collectivités le droit et la possibilité de jouer un rôle central dans le traitement, la prévention et la recherche liée au diabète est donc essentiel si l'on entend inverser la charge actuellement imposée par le diabète et ses complications.

Promouvoir et défendre les droits des personnes atteintes du diabète ou présentant un risque

Des mesures sont nécessaires tant sur le plan national qu'international afin :

- de permettre aux personnes atteintes du diabète de faire valoir leurs droits et de faire face à leurs responsabilités en instaurant des cadres légaux et politiques propices, en particulier dans le cadre de l'emploi, de l'éducation et des assurances;
- d'adopter les principes inscrits dans la Charte internationale des droits et responsabilités des personnes atteintes du diabète (FID);
- de promouvoir les droits des groupes vulnérables tels que les enfants, les femmes, les populations indigènes, les minorités ethniques et les personnes handicapées.

Inciter et habiliter les personnes atteintes du diabète à jouer un rôle central dans la lutte contre le diabète

Les personnes atteintes du diabète doivent jouer un rôle central dans l'élaboration des politiques et des stratégies axées sur le diabète et liées, ainsi que dans le choix de la manière dont les services sont assurés. L'implication active des personnes atteintes du diabète peut s'avérer essentielle pour rallier l'engagement politique et financier des gouvernements. Leur implication peut également contribuer à renforcer l'autogestion, à améliorer l'état de santé physique et mentale, à en finir avec la stigmatisation et les préjugés sociaux et à s'assurer que les politiques élaborées sont pertinentes et acceptables au regard des valeurs individuelles et communautaires. Les personnes atteintes du diabète doivent devenir des partenaires à part entière, placés sur un pied d'égalité, à tous les niveaux. Pour ce faire, il convient de mettre en place des mesures destinées à :

- impliquer les personnes atteintes du diabète, leurs familles et les collectivités dans les débats et les décisions concernant la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques et des programmes relatifs au diabète;
- favoriser la création d'organisations et de réseaux de personnes atteintes du diabète solides et affirmés;
- fournir des rapports publics réguliers et transparents sur les processus et les résultats afin d'offrir aux personnes atteintes du diabète – ou indirectement affectées par le diabète – les leviers nécessaires pour induire un changement.

Remettre en cause la stigmatisation et la discrimination sociale à l'égard du diabète

La stigmatisation de nature sociale peut constituer un important obstacle au diagnostic précoce, à une bonne autogestion et à un accès adapté à des soins et des traitements professionnels. Pour mieux traiter et prévenir le diabète, il est essentiel de renforcer la sensibilisation au diabète et de mettre à mal les stigmatisations, les mythes et les conceptions erronées liés au diabète. Pour y parvenir, les mesures nécessaires couvrent notamment les éléments suivants :

- encourager et soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation au diabète et aux stigmatisations liées;
- identifier et soutenir des 'champions' du changement et des leaders communautaires très en vue qui feront entendre leur voix pour défendre les droits et les besoins des personnes atteintes du diabète;
- combattre les normes et pratiques sociales qui entravent l'égalité dans le processus décisionnel et sur lesquelles reposent la stigmatisation et la honte liées au diabète.

ACTIONS PRIORITAIRES

Les quatre actions suivantes sont réalisables, pratiques, présentent un retour sur investissement potentiellement élevé et peuvent bénéficier de l'aide de la FID, de ses bureaux régionaux, de ses groupes de travail et de ses associations membres à l'échelon national :

- adopter les principes inscrits dans la Charte internationale des droits et responsabilités des personnes atteintes du diabète (FID);
- fournir des rapports publics réguliers et transparents sur les soins de santé et les résultats liés au diabète afin d'offrir aux personnes atteintes du diabète – ou indirectement affectées par le diabète – les outils et informations nécessaires pour induire un changement;
- encourager et soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation au diabète et aux stigmatisations liées;
- identifier et soutenir des 'champions' du changement et des leaders communautaires très en vue qui feront entendre leur voix pour défendre les droits et les besoins des personnes atteintes du diabète.

STRATÉGIE CLÉ – METTRE EN ŒUVRE LES PROGRAMMES NATIONAUX SUR LE DIABÈTE

Les programmes nationaux consacrés au diabète sont une stratégie éprouvée pour élaborer une approche cohérente et efficace destinée à améliorer les résultats obtenus sur le plan de la prévention et du traitement du diabète. Un tel programme est réalisable et souhaitable dans tous les pays.

Depuis 1986, de nombreux pays ont élaboré et mis en œuvre des programmes nationaux consacrés au diabète, dans le cadre de déclarations et plans régionaux divers, bien souvent régis par des partenariats entre la FID et l'OMS. Ces programmes ont permis d'unir et de guider les efforts déployés par diverses agences gouvernementales et non gouvernementales afin de lutter contre le diabète.

Ces programmes sont en réalité des plans globaux dont l'objectif est d'améliorer l'organisation, la qualité et la portée de la prévention et du traitement du diabète. Selon les besoins locaux et les ressources disponibles, ils peuvent être relativement simples ou largement détaillés. Ils peuvent être conçus et mis en œuvre en tant que stratégies ou plans d'action isolés, ou encore intégrés en tant que composante distincte d'un programme ou d'un plan d'action plus vaste consacré aux MNT. Dans les deux cas, l'objectif est d'intégrer et de relier les activités basées sur les éléments probants qui sont planifiées et coordonnées à l'échelon national et mises en œuvre à divers niveaux (national, régional, district, local). Ces plans doivent être documentés, transparents et accessibles à l'ensemble des parties prenantes. Ces plans doivent contenir des objectifs déclarés reposant sur un plan stratégique, des échéances et des étapes précises, un financement ad hoc et une méthode d'évaluation. La responsabilité liée aux programmes (diabète ou MNT) doit se situer au plus haut niveau gouvernemental, de préférence entre les mains du cabinet du Premier ministre. L'aval, le soutien et le leadership du ministère en charge de la santé sont également des éléments cruciaux.

Tout programme national sur le diabète couvre une approche systématique et coordonnée dans l'optique d'améliorer l'organisation, l'accessibilité et la qualité de la prévention et du traitement du diabète. Le plus souvent, il prend la forme d'un ensemble incluant politique, sensibilisation et plan d'action qui couvre :

- les principaux types de diabète, à savoir les diabètes de types 1 et 2 et le diabète gestationnel;
- tout le spectre des soins, allant de la prévention primaire au traitement et aux soins palliatifs;
- les ressources, les services et les systèmes sur lesquels s'appuient la prévention et les soins;
- Les principaux éléments d'un programme national global sur le diabète sont les suivants :

- prévention primaire – éviter le développement des facteurs de risque
- prévention secondaire – éviter le développement du diabète
- prévention tertiaire – éviter le développement des complications par le biais d'un diagnostic précoce ainsi que d'une surveillance, d'un traitement et de soins efficaces
- financement et systèmes soutenant la prévention et les soins :
 - médicaments, équipements et matériel
 - main-d'œuvre et services
 - systèmes d'information et de communication
 - systèmes de suivi, de surveillance et d'évaluation
 - politiques, lignes directrices et gouvernance cliniques

Principes directeurs

La justice sociale est le principe fondamental sur lequel doivent reposer les programmes nationaux consacrés au diabète. Ce principe doit transparaître dans les stratégies afin de favoriser l'égalité d'accès et d'opportunité d'obtenir les meilleurs résultats pour les gens qui en ont besoin, indépendamment de leur race, leur religion, leur statut socioéconomique ou leur situation géographique. Dans la pratique, cela se traduit comme suit :

- accès aux conditions de base pour des traitements, des diagnostics et des technologies efficaces et abordables pour tous ceux qui en ont besoin;
- réflexion et actions positives pour assurer l'accès des groupes vulnérables tels que les jeunes enfants, les personnes âgées, les minorités ethniques, les populations pauvres, etc.;
- la politique et la pratique doivent reposer sur les éléments probants disponibles et être guidées par les avis d'experts, un consensus entre les parties prenantes et une approche axée sur l'individu.

Qui devrait être impliqué ?

Les besoins des personnes atteintes du diabète ou qui risquent de développer le diabète devraient en permanence être au cœur du plan d'action. Toutefois, le diabète touche également les familles, les collectivités et les économies. Les interventions devraient donc se baser sur la plus large implication possible afin d'en réduire l'impact. Pour obtenir un maximum de soutien, de pénétration et d'impact, il est essentiel d'impliquer ou tout au moins de prendre en considération tous les secteurs et niveaux de la société dans la planification et la mise en œuvre des programmes nationaux sur le diabète. Dès lors, il n'est pas inutile de procéder à une cartographie nationale des parties prenantes afin d'identifier

les acteurs et groupes clés en mesure d'exercer une influence positive sur le processus. Outre les habituels groupes de professionnels et de consommateurs, les firmes pharmaceutiques et l'OMS, cela peut également inclure les ministères et agences du gouvernement tels que l'agriculture, les finances, les transports, l'urbanisme, la planification ou encore l'éducation. Enfin, si possible, il faudrait également envisager d'impliquer les organisations de l'industrie alimentaire, les associations patronales et syndicales, les compagnies d'assurances du secteur de la santé, les organisations caritatives du secteur privé et les ONG n'ayant pas de lien avec le diabète.

ACTIONS PRIORITAIRES

L'action clé prioritaire préconisée a fait ses preuves, présente un potentiel élevé de retour sur investissement et contribue à réduire les doublons et les pratiques inefficaces. Cette action constitue une approche universellement reconnue pour laquelle il existe de nombreux exemples de réussite et une grande quantité de modèles, de ressources et de matériel disponibles. Les pays devraient :

- passer en revue et actualiser les programmes nationaux existants sur le diabète ou élaborer et mettre en œuvre de nouveaux programmes le cas échéant.

OBTENIR DES RÉSULTATS

En matière de diabète, l'action la plus efficace implique une approche intersectorielle coordonnée, s'appuyant sur une direction solide des gouvernements et des Nations unies.

Consolider les cadres institutionnels

Dans tous les pays, la responsabilité en matière de diabète et d'autres MNT doit se situer au plus haut niveau gouvernemental, comme le cabinet du Premier ministre ou encore le ministère des finances. Dans l'idéal, tous les pays devraient disposer d'une autorité de coordination, d'un plan et d'un système de surveillance et de suivi. Cette approche peut être soutenue par la création d'un organisme faïtier officiel (ou une agence similaire) qui serait habilité à agir de manière transversale entre les différents ministères. La solution peut également passer par un soutien aux ministères de la santé et à leurs directions en charge des MNT afin de les inciter à :

- assurer la coordination au sein du ministère de la santé entre les différentes maladies (transmissibles et non transmissibles);
- assurer la coordination concernant différentes questions, fonctions, politiques, tant au sein d'autres ministères qu'entre eux (finances, agriculture, transports, énergie, environnement, planification, emploi, etc.);
- assumer la responsabilité liée à la conception et à la mise en œuvre d'une approche intégrant la santé dans l'ensemble des politiques;
- mettre au point des politiques nationales pour la prévention, le traitement et les soins liés au diabète, conformément aux normes reconnues internationalement, et à assurer le développement durable de leurs systèmes de soins de santé, comme recommandé par la Résolution 61/225 des Nations unies sur le diabète;
- élaborer une liste nationale des médicaments essentiels et des technologies, qui servira de base à une gestion efficace des achats et des approvisionnements en médicaments par les secteurs public et privé;
- établir des priorités et harmoniser la contribution des donateurs et des agences internationales d'aide au développement;
- intégrer les éléments probants liés au diabète dans la pratique et dans les politiques;
- réorienter et financer les systèmes de santé sur la voie d'un modèle préventif et de soins continus;
- travailler, lorsque cela se justifie, en partenariat avec les organisations du secteur privé afin de lutter contre la pauvreté et les inégalités et d'atténuer les déterminants sociaux et environnementaux du diabète.

Intégrer et optimiser les ressources humaines et les services de santé

Toute une série de professionnels et de travailleurs de la santé sont en mesure de fournir des soins de qualité liés au diabète. Ces soins ne nécessitent pas de système distinct et peuvent être intégrés avec les services chargés d'autres MNT et d'autres maladies telles que le VIH/sida ou la tuberculose. L'OMS met en exergue l'importance d'instaurer des systèmes de soins de santé primaires solides afin d'améliorer l'accessibilité et les résultats. L'efficacité des soins liés au diabète a beaucoup à gagner de soins primaires de qualité, mais elle nécessite également une approche interdisciplinaire incluant un éventail de travailleurs spécialisés

et de services hospitaliers. Ceux-ci peuvent efficacement contribuer à renforcer les soins primaires par le biais d'un mentorat, de formations, d'un soutien technique et la mise à disposition d'un leadership, d'une politique et de protocoles cliniques.

Les Nations unies et leurs agences doivent travailler activement avec les gouvernements nationaux en vue de réorienter les systèmes de santé traditionnellement axés sur des soins aigus et curatifs vers un modèle de soins continus plus proactif et préventif. Cette mutation impliquera de dispenser des formations et d'équiper la main-d'œuvre du pays afin d'assurer la prévention et la gestion du diabète. Cela nécessitera également d'accorder une attention soutenue à l'éducation à l'autogestion afin de consolider les connaissances, les compétences et la confiance des individus dans leur gestion au quotidien du diabète. De plus, les personnes atteintes du diabète sont trois fois plus susceptibles que les autres de souffrir de dépression et d'anxiété. Par conséquent, la consolidation des capacités de la main-d'œuvre doit également inclure une formation axée sur les compétences et principes de base en matière de conseils.

Passer en revue et rationaliser les systèmes d'achat et de distribution

Il est prouvé de manière irréfutable qu'un accès abordable, adapté et adéquat aux médicaments, aux technologies de diagnostic et aux équipements liés au diabète réduit considérablement les complications et améliore les résultats en termes d'état de santé. Un tel accès implique l'existence d'un système fiable et transparent d'acquisition et de distribution des médicaments essentiels et technologies pour tous les établissements de santé. Il est possible de réaliser des économies substantielles en mettant un terme aux pertes et aux fuites de médicaments dues à la corruption et à la mauvaise planification. La consolidation des systèmes de santé en vue de prévoir, de hiérarchiser, de planifier et de contrôler l'achat et l'utilisation des médicaments essentiels et équipements est un élément vital. Les médicaments essentiels au traitement du diabète sont en réalité relativement peu coûteux. Avec le soutien technique des agences des Nations unies et des bailleurs de fonds internationaux, tous les pays pourraient être en mesure de les fournir à tous ceux qui en ont besoin. L'OMS, en partenariat avec la communauté internationale du diabète, peut notamment mettre au point un 'paquet' générique de 10-12 médicaments essentiels bon marché, ce qui permettrait de sauver des millions de vies dans les pays en développement.

Produire et utiliser de manière stratégique des données issues de la recherche

Pour générer des données probantes destinées à étayer les efforts consentis pour lutter contre le diabète et les MNT liées, il convient d'intégrer tout un éventail de méthodes de recherche et de disciplines, ce qui couvre notamment, mais pas exclusivement, la médecine clinique et de laboratoire, la santé publique, l'éducation, la sociologie, la psychologie, l'agriculture, l'architecture et la planification ou encore l'économie. Tous les pays ne disposent

cependant pas des capacités requises pour procéder à d'aussi vastes recherches, mais la production de données ancrées localement et leur application dans la politique et la pratique peut s'avérer un outil d'une grande efficacité si l'on entend obtenir un maximum des dépenses consenties dans le secteur des soins de santé. L'efficacité des moyens consacrés à la recherche peut être optimisée en :

- élaborant des priorités nationales en matière de recherche afin d'identifier les lacunes en termes de connaissances et de preuves qui entravent actuellement la prévention et la lutte contre le diabète;
- instaurant ou en consolidant les capacités de recherche et en soutenant la recherche axée sur les priorités identifiées.

Il convient d'identifier et de dégager un consensus à l'échelle nationale sur des processus et des mécanismes qui facilitent les échanges d'informations et l'intégration des découvertes de la recherche dans la pratique et dans les politiques mises en place. Par ailleurs, dans le cadre d'un vaste défi de recherches à grande échelle, il est également primordial de maintenir les efforts déployés en vue d'évaluer les méthodes et mécanismes afin d'améliorer la prévention, mais aussi d'accélérer et de simplifier la livraison des médicaments et des technologies, en particulier dans les communautés reculées et pauvres en ressources. Ce constat vaut également pour les recherches axées sur le développement d'un remède pour les diabètes de types 1 et 2.

Surveiller, évaluer et communiquer les résultats

Il est urgent de prévoir des investissements considérables et des budgets spécifiques pour la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation solides afin de jauger l'impact des interventions et de faciliter une répartition efficace des fonds disponibles. À cet égard, il convient de consolider les capacités locales à collecter, interpréter et utiliser les données de manière précise et transparente dans toute une série de secteurs. À l'échelle nationale, une agence centrale intégrée au gouvernement ou désignée par ce dernier doit être chargée de collecter les données et d'établir des rapports.

Des rapports réguliers (annuels ou tous les deux/cinq ans) consacrés aux indicateurs pertinents en matière de soins de santé et aux résultats devraient être rendus publics et servir de base afin d'améliorer en permanence la prestation des soins. L'information liée à la surveillance et aux recherches n'a aucune efficacité si elle n'est pas communiquée. Il est essentiel de mettre en place des systèmes pour permettre aux personnes atteintes du diabète, aux professionnels des soins de santé et aux gouvernements de disposer d'informations adéquates et précises susceptibles d'améliorer la prévention et le traitement du diabète, mais aussi d'établir un suivi des progrès réalisés par rapport aux engagements des dirigeants politiques.

À l'échelon local, le personnel de santé doit être à même d'enregistrer et d'extraire les informations essentielles pour orienter les décisions prises en matière de soins et de traitements. L'existence de systèmes permettant l'échange d'informations entre spécialistes et personnel de soins primaires et les personnes atteintes du diabète contribue à réduire grandement les doubles emplois entre services et à améliorer l'utilisation des services. Pour garantir la qualité et la cohérence, il convient de soutenir les systèmes et services de santé mais aussi les organisations privées du secteur de la santé permettant de fournir des données essentielles sur les processus et les résultats aux agences gouvernementales chargées de surveiller la santé de la population et d'évaluer les programmes nationaux consacrés au diabète.

Affecter des ressources nationales et internationales adaptées et durables

Il est urgent de mettre en place un financement innovant, durable et prévisible afin de mettre en œuvre le Plan mondial de lutte contre le diabète et d'accélérer les progrès réalisés sur la voie des objectifs de développement adoptés à l'échelle internationale. Les ressources actuellement mobilisées pour le diabète et d'autres MNT sont en effet totalement inadaptées. Malgré les exemples prouvant l'impact significatif dans les pays à faibles et moyens revenus, moins de 3 % des 22 milliards de dollars d'aide publique au développement en matière de santé sont consacrés aux MNT. Le diabète et les MNT liés doivent être incorporés aux politiques et programmes nationaux et internationaux consacrés à la santé et au développement, aux stratégies de réduction de la pauvreté, aux cadres d'aide au développement et aux priorités nationales en matière de coopération. Les pays donateurs devraient aligner leur aide sur les priorités établies par les pays bénéficiaires, comme le prévoient les principes mis en exergue dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005). Plus important encore, les pays bénéficiaires doivent établir des priorités dans leurs demandes d'aide en fonction du fardeau imposé par la maladie dans le pays. Des investissements plus conséquents sont également essentiels pour consolider les systèmes de santé nationaux. Pour garantir leur bon fonctionnement et leur durabilité, ceux-ci nécessitent en effet des investissements ancrés durablement dans le temps. Stratégiquement, la mobilisation de ressources nationales est importante si l'on entend garantir un financement prévisible. À ce titre, certains pays à faibles et moyens revenus ont choisi d'utiliser les taxes sur l'alcool et le tabac pour financer des infrastructures hospitalières et des programmes de prévention des MNT.

Adopter une approche intégrant l'ensemble de la société

Le diabète est en grande partie le fruit de la manière dont nous vivons, travaillons, consommons et faisons des affaires. Le diabète ne se crée pas dans le système de santé et ne peut pas être résolu par le seul système de santé. Pour créer une réponse globale (et nationale) et efficace au diabète et aux MNT liées, il faut imaginer des moyens de travailler de manière éthique et efficace avec toutes les couches et sections de la société. Des partenariats privé-public transparents peuvent être instaurés ou consolidés afin de stimuler l'innovation, d'amorcer de nouvelles pistes de réflexion et de créer de nouveaux flux de financement. Les agences internationales, les gouvernements nationaux, les bailleurs de fonds, le secteur privé, la société civile, les travailleurs des soins de santé et le monde universitaire doivent unir leurs forces pour relever de concert les défis existants. Il est crucial :

- d'impliquer les entreprises et le monde industriel et, par exemple, d'encourager :
 - les promoteurs immobiliers à améliorer la conception des bâtiments afin de favoriser l'exercice physique et de favoriser l'inclusion sociale;
 - les acteurs de l'industrie alimentaire à favoriser la disponibilité d'aliments et de boissons nutritifs et abordables, à réduire le marketing des aliments nocifs pour la santé et à adopter des politiques et des pratiques commerciales socialement responsables;
- de soutenir la société civile, notamment en appuyant la création de nouvelles associations nationales sur le diabète et d'organisations non gouvernementales utiles, en renforçant les associations existantes et en favorisant la solidarité entre associations nationales du diabète issues de pays riches et pauvres.

SOURCES

Assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA57.17, *Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, 2004.

Assemblée mondiale de la santé, Résolution WHA61.14 : *Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale*, 2008.

Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al., pour The Lancet NCD Action Group et l'Alliance des MNT, *Priority Actions for the Non-communicable Disease Crisis*, The Lancet, 2011.

Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, et al., pour The Lancet NCD Action Group, *UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases : addressing four questions*, The Lancet, publié en ligne le 13 juin 2011.

Fédération internationale du diabète, *Atlas du diabète* – 5e édition, Bruxelles, 2011.

Forum économique mondial, *Global Risks 2010 – A Global Risk Network Report*, Forum économique mondial, Genève, 2010.

Nugent RA, Feigl AB, *Donor Response to Chronic Diseases in Developing Countries*, Center for Global Development. Washington DC, 2009.

Organisation pour la coopération et le développement économiques : Comité d'aide au développement, *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide*, 2005.

Organisation mondiale de la santé, *Convention-cadre pour la lutte antitabac*, Organisation mondiale de la santé, 2003.

Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2004.

Organisation mondiale de la santé, *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2005.

Organisation mondiale de la santé, *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2008.

Organisation mondiale de la santé, *Global Burden of Disease 2004 Update*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2008.

Résolution A/ RES/61/225 de l'Assemblée générale des Nations unies, *Journée mondiale du diabète*, 2006.
http://www.idf.org/webdata/docs/UN_resolution_final.pdf

Résolution A/ RES/64/265 de l'Assemblée générale des Nations unies : *Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles*, 2010.
www.ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/UN%20Resolution%20A64-52_0.pdf

Yang W, et al. *Prevalence of Diabetes among Men and Women in China*, The New England Journal of Medicine, 362 :1090-1101, 2010.

REMERCIEMENTS

Le Plan mondial de lutte contre le diabète 2011-2021 a été conçu par la Fédération internationale du diabète (FID), sous la direction générale du Professeur Ruth Colagiuri, Vice-présidente de la FID et présidente du groupe de travail sur la prévention, la politique et la pratique liées au diabète et aux autres maladies non transmissibles. Le Plan a été imaginé et lancé lors d'une réunion d'experts de la FID en septembre 2010, qui constituait la première activité marquante du programme de la FID sur le diabète dans le cadre du Sommet de haut niveau des Nations unies sur les maladies non transmissibles. La FID tient à remercier :

L'équipe de rédaction :

Ruth Colagiuri, Jonathan Brown et Katie Dain – qui ont bénéficié du soutien de Sheree Dodd et Ann Keeling du Bureau exécutif de la FID.

Les participants à la réunion d'experts de la FID en septembre 2010 :

Professeur Jean Claude Mbanya (Président de la FID)
Dr Abdullah Ben-Nakhi
Professeur Knut Borch-Johnsen
Dr Jonathan Brown (Vice-président de la FID)
Professeur Ib Bygbjerg
Professeur Juliana Chan
Professeur Ruth Colagiuri (Vice-présidente de la FID)
Professeur Maximilian de Courten
Anne-Marie Felton (Vice-présidente de la FID)
Sir Michael Hirst (FID Président Élu)
Dr K. M. Venkat Narayan
Dr Kaushik Ramaiya (Vice-président de la FID)
Professeur Robert Ratner
Dr Gojka Roglic
Professeur Nick Wareham
Wim Wientjens (Vice-président de la FID)

La Fédération internationale du diabète tient également à remercier les nombreux experts internationaux qui ont accepté de donner leur avis sur les nombreux projets de Plan mondial de lutte contre le diabète.

Cette publication n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien généreux de :

Abbott Fund
Foundation of European Nurses in Diabetes
Johnson & Johnson
Lilly Diabetes
Medtronic Foundation
Novo Nordisk
Roche Diagnostics
World Diabetes Foundation

ANNEXE 1 : ACRONYMES

APD	Aide publique au développement
DG	Diabète gestationnel
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
FID	Fédération internationale du diabète
HbA1c	Hémoglobine glyquée A1c
IFG	Impaired fasting glucose (glycémie à jeun anormale)
IGT	Impaired glucose tolerance (intolérance glucidique)
IMC	Indice de masse corporelle
MCV	Maladie cardiovasculaire
MNT	Maladie non transmissible
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
PFMR	Pays à faibles et moyens revenus
PND	Programme national sur le diabète
TAR	Traitements antirétroviraux
TB	Tuberculose
USD	United States Dollar
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE 2 : CONTRIBUTION DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE

La Fédération internationale du diabète (FID) est une organisation coupole qui regroupe plus de 200 associations nationales du diabète issues de plus de 160 pays. Elle représente les intérêts d'un nombre toujours croissant d'individus atteints du diabète et sensibles au diabète. La FID est à la tête de la communauté mondiale du diabète depuis 1950.

La force première de la FID réside dans la capacité de ses adhérents et leur aptitude à ancrer leurs plaidoyers internationaux dans la réalité locale. Ses membres peuvent compter sur de nombreux bénévoles pour progresser dans la réalisation des objectifs du Plan mondial de lutte contre le diabète, en particulier dans les pays à faibles et moyens revenus où la FID est particulièrement présente.

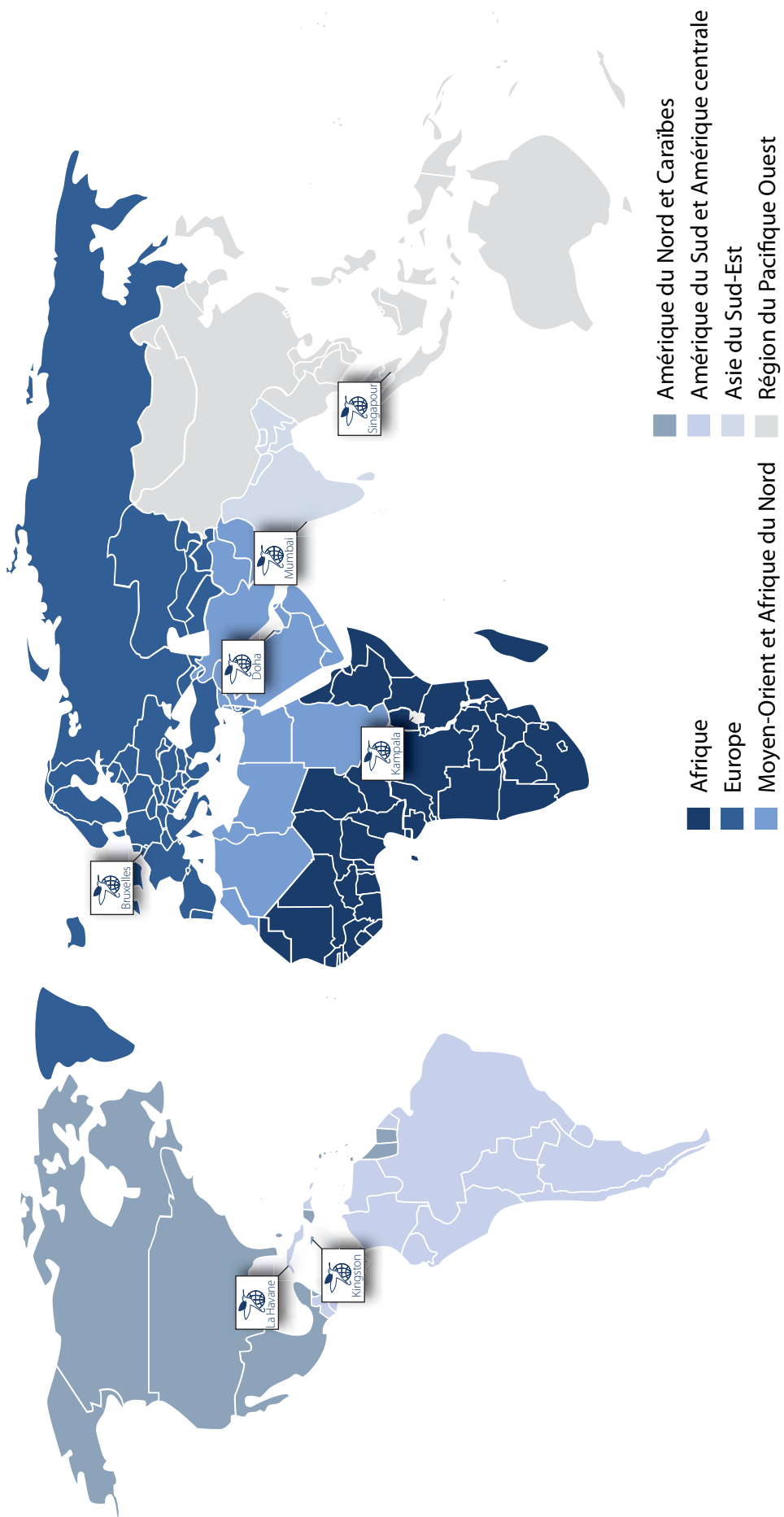
La FID fera prioritairement campagne en faveur des objectifs énoncés dans le Plan mondial de lutte contre le diabète, en collaboration avec des partenaires influents tels que nos fédérations sœurs au sein de l'Alliance contre les MNT (FID, Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, l'Union internationale contre le cancer et la Fédération mondiale du cœur), l'OMS, le Forum économique mondial et d'importantes organisations privées. L'expérience et l'expertise engrangées lors des campagnes mondiales – y compris la campagne destinée à organiser un Sommet de haut niveau des Nations unies – permettent à la FID de se livrer à un puissant plaidoyer en faveur des actions proposées dans ce Plan auprès du plus vaste auditoire possible, englobant notamment les décideurs politiques, les concepteurs des politiques, les professionnels de la santé et le monde universitaire.

La FID s'appuiera sur son directoire et sur ses sept bureaux régionaux pour plaider en faveur d'actions consacrées au diabète et pour assurer un suivi et l'élaboration de rapports réguliers destinés aux principales parties prenantes. La Fédération peut également s'appuyer sur les conseils d'experts internationaux spécialisés dans divers domaines tels que l'éducation, l'épidémiologie, la pratique clinique ou l'économie de la santé. Ces bénévoles disposent d'une expertise, d'une expérience et de connaissances considérables et fournissent leurs avis par le biais d'une structure officielle qui regroupe le directoire, les groupes de travail et les sections consultatives.

Ce Plan mondial de lutte contre le diabète fait écho à la mission de la FID – la promotion des soins, de la prévention et d'un remède pour le diabète dans le monde – et se fait le reflet de l'actuel Plan stratégique 2010-2012. Il guidera également l'élaboration des futurs plans stratégiques. Nos objectifs stratégiques pour 2010-2012 sont les suivants :

- induire des changements à tous les niveaux (du local au mondial), assurer la prévention du diabète et améliorer l'accès aux médicaments essentiels ;
- élaborer et encourager les bonnes pratiques dans la politique, la gestion et l'éducation liées au diabète ;
- faire progresser le traitement, la prévention et les remèdes par le biais de recherches scientifiques ;
- renforcer et défendre les droits des personnes atteintes du diabète et lutter contre les discriminations.

Illustration 2 : Carte des régions et des bureaux régionaux de la FID



ANNEXE 3 : GLOSSAIRE DES RESSOURCES DE LA FID

La Fédération internationale du diabète publie régulièrement des chiffres et des faits, des prises de position, des normes et des lignes directrices. Elle met également à disposition différents outils pratiques tels que du matériel pédagogique et des documents de sensibilisation. Vous trouverez ci-dessous une sélection de ces outils et documents, qui peuvent être consultés sur le site internet de la FID (www.idf.org).

Rapports, faits et chiffres

- Rapport annuel
- Atlas du diabète (Cinquième édition, nov. 2011)
- Diabetes Voice

Ressources, guides et outils

- A Guide to National Diabetes Programmes, 2010

Lignes directrices sur la gestion clinique

- Global Guideline on Pregnancy and Diabetes, IDF Clinical Guidelines Task Force, 2009
- IDF Guideline on oral health for people with diabetes, IDF Clinical Guidelines Task Force, 2009
- Guideline on Self-Monitoring of Blood Glucose in Non-Insulin Treated Type 2 Diabetes, 2009
- The IDF Consensus Statement on Sleep Apnoea and Type 2 Diabetes, 2008
- Guidelines for Management of Postmeal Glucose, 2007
- The IDF Consensus Definition of the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents, 2007
- The IDF Consensus of the Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome, 2006.
- Global Guideline for Type 2 Diabetes, 2005
- Guide for Guidelines – A guide for Clinical Guideline Development, Brussels, 2003

Prises de position

- Bariatric Surgical and Procedural Interventions in the Treatment of Obese Patients with Type 2 Diabetes
- Type 2 Diabetes – A position statement from the IDF Taskforce on Epidemiology and Prevention, 2011
- Type 2 diabetes in young people : a serious disease requiring improved diabetes care, 2008
- The Diabetic Foot : Amputations are Preventable, 2005
- Animal, Human and Analogue Insulins, 2005
- The Rights of the Child with Diabetes in the School, 2005
- The Role of Urine Glucose Monitoring in Diabetes, 2005
- Diabetes and Obesity, 2004
- Joint statement on Integrated Prevention of Non-Communicable Diseases, 2004
- Diabetes Education, 2004
- Diabetes and Kidney Disease, 2003
- Diabetes and Smoking, 2003
- Diabetes and Cardiovascular Disease (CVD), 2003

Ressources pédagogiques

- Diabetes Education Modules – Slides, CD-ROM and Leaflet, 2011
- International Curriculum for Diabetes Health Professional Education, 2008
- International Standards for Diabetes Education, Third Edition, 2003

Sensibilisation

- Calling the World to Action on Diabetes : An Advocacy Toolkit, 2011
- International Charter of Rights and Responsibilities of People with Diabetes, 2011
- A Call to Action on Diabetes, 2010
- Diabetes Roadmap to the UN High Level Summit on Non-Communicable Diseases (NCDs), 2010

Documents d'information (briefing papers) et publications de l'Alliance contre les MNT (NCD Alliance)

- NCD Alliance Briefing Paper – Access to Essential Medicines and Technologies for NCDs, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper – NCDs and the Rights-Based Movement, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper – Health Systems, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper – Nutrition, Physical Activity and NCD Prevention, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - NCDs, Tobacco Control and the Framework Convention on Tobacco Control, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - Tobacco : A Major Risk Factor for NCDs, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - Tobacco : A Barrier to Development, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - Tobacco Tax : Good for Health, Good for Government Finances, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - The Tobacco Industry : Lobbying to Cause Disease, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - The FCTC : An Evidence-Based Tool to Reduce the Burden of Disease, 2011
- NCD Alliance Briefing Paper - A Focus on Children and Non-Communicable Diseases, 2011
- Non-Communicable Diseases : A Priority for Women's Health and Development, 2011
- Proposed Outcomes Document for the United Nations High-Level Summit on Non-Communicable Diseases, 2011
- NCD Alliance Plan for the United Nations High-Level Summit on Non-Communicable Diseases, 2010



**Fédération
Internationale
du Diabète**

Fédération Internationale du Diabète (FID)

166 Chaussée de La Hulpe

B-1170 Bruxelles

Belgique

Tél. +32-2-538 5511

Fax +32-2-538 5114

info@idf.org

www.idf.org