ATLAS du **DIABÈTE** de la FID





Table des matières

	Remerciements Avant-propos Introduction Résumé	05 07 09 11
Chapitre	Qu'est-ce que le diabète ? Diabète de type 1 Diabète de type 2 Diabète gestationnel Intolérance au glucose et anomalie de la glycémie à jeun Complications du diabète Autres complications	22 23 23 24 24 26
Chapitre 2	Le fardeau mondial Diabète et intolérance au glucose 2.1 Diabète 2.2 Diabète non diagnostiqué 2.3 Intolérance au glucose 2.4 Le diabète chez les jeunes 2.5 Hyperglycémie pendant la grossesse 2.6 Mortalité 2.7 Dépenses de santé	29 32 34 38 40 42 44 46 48
Chapitre 3	Aperçus régionaux Perspective mondiale 3.1 Afrique 3.2 Europe 3.3 Moyen-Orient et Afrique du Nord 3.4 Amérique du Nord et Caraïbes 3.5 Amérique centrale et du Sud 3.6 Asie du Sud-Est 3.7 Pacifique occidental	51 54 56 58 60 62 64 66 68
Chapitre 4	La problématique mondiale du diabète 4.1 Analyse mondiale de la rétinopathie diabétique 4.2 Taux d'acidocétose diabétique au moment du diagnostic chez les jeunes atteints de diabète de type 1 4.3 Le diabète au sein des populations indigènes 4.4 Le diabète dans les communautés rurales	71 76 78 80 82
Chapitre {	Établir des liens entre les niveaux local et mondial 5.1 Soutenir l'agenda mondial pour le diabète 5.2 Inclure le diabète dans le développement 5.3 La fiche d'évaluation de la lutte contre le diabète 5.4 Formation des professionnels de la santé dans le domaine du diabète	85 88 90 92 94
Chapitre (Ressources et solutions 6.1 Le diabète chez les personnes âgées 6.2 Programmes et campagnes de la FID 6.3 Directives cliniques et déclarations de position 6.4 À propos de la Fédération Internationale du Diabète	99 102 104 106 110
	Annexes et références Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013 Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013 Abréviations et acronymes Glossaire Références Liste des tableaux, cartes et graphiques	113 114 128 142 143 146 153

© Fédération Internationale du Diabète, 2013

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, traduite ou transmise, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de la Fédération Internationale du Diabète.

Première édition, 2000 Deuxième édition, 2003 Troisième édition, 2006 Quatrième édition, 2009 Cinquième édition, 2011 Sixième édition, 2013

Version en ligne de l'Atlas du Diabète de la FID : www.idf.org/diabetesatlas

ISBN: 2-930229-80-2

Conception et mise en page : De Visu Digital Document Design Photos de couverture : © istockphoto.com, © Tim Nolan

Remerciements

Comité de la sixième édition de l'Atlas du Diabète

Nam Han Cho (président), David Whiting (viceprésident), Leonor Guariguata, Pablo Aschner Montoya, Nita Forouhi, Ian Hambleton, Rui Li, Azeem Majeed, Jean Claude Mbanya, Ayesha Motala, K.M. Venkat Narayan, Ambady Ramachandran, Wolfgang Rathmann, Gojka Roglic, Jonathan Shaw, Martin Silink, D.R.R. Williams, Ping Zhang

Équipe de rédaction

Leonor Guariguata, Tim Nolan, Jessica Beagley, Ute Linnenkamp, Olivier Jacqmain

Collaborateurs

La Fédération Internationale du Diabète (FID) voudrait remercier les principaux collaborateurs suivants :

Florencia Aguirre, Alex Brown, Nam Han Cho, Gisela Dahlquist, la Section consultative sur l'éducation au diabète (SCED), Sheree Dodd, Trisha Dunning, Sir Michael Hirst, Christopher Hwang, Dianna Magliano, Chris Patterson, Courtney Scott, Jonathan Shaw, Gyula Soltész, Juliet Usher-Smith

Autres collaborateurs

Carlos Aguilar Salinas, Riyadh Alshamsan, Tabassum Ambia, Carmen Gloria Aylwin, Caroline Baan, Juliana Chan, Adel A El-Sayed, Laercio Franco, Juan José Gagliardino, Jody Grundman, Lucy Hadley, Christian Herder, Hak C. Jang, Pili Kamenju, Andre Pascal Kengne, Tawfik Khoja, Mandana Kooijmans, Silvia Lapertosa, Kerry Lydon, Ronald Ching Wan Ma, Lydia Makaroff, Chris Millett, Graham Ogle, Martijn Parker, Nasheeta Peer, Lorenzo Piemonte, Salman Rawaf, Joachim Rosenbauer, Segundo Seclén, Chamukuttan Snehalatha, Anne Mieke Spijkerman, Teresa Tamayo, Sean Taylor, Sara Webber, Sarah H Wild, Mary Vinocour, Bernard Zinman

Sponsors

La Fédération Internationale du Diabète tient à exprimer ses remerciements aux sponsors suivants pour leur soutien généreux à la sixième édition :



Lilly Diabetes





Novo Nordisk A/S - Soutenu par une subvention sans restriction de l'initiative Novo Nordisk Changing Diabetes®



Pfizer, Inc.





Sanofi Diabetes

Point 13.1 de l'ordre du jour Point 13.2 de l'ordre du jour 27 mai 2013

Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

La Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné les rapports du Secrétariat présentés à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé sur les maladies non transmissibles ;¹

Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui reconnaît que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale figurent parmi les principaux défis pour le développement au XXI esiècle et qui demande en outre la mise au point d'un cadre global mondial de suivi comprenant notamment une série d'indicateurs, qui sollicite la formulation de recommandations en vue de définir un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale, et qui demande de présenter des options pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'un partenariat efficace;

Accueillant avec satisfaction le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio de Janeiro, 20-22 juin 2012), intitulé « L'avenir que nous voulons », dans lequel les participants s'engagent à renforcer les systèmes de santé en vue d'assurer une couverture universelle équitable, à promouvoir l'accès à un coût abordable à des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour les maladies non transmissibles, en particulier les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, et à élaborer des politiques nationales multisectorielles, ou à les renforcer, en vue de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles ;

Prenant note avec satisfaction de toutes les initiatives régionales en faveur de la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris la Déclaration des Chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des Caraïbes, intitulée « Uniting to stop the epidemic of chronic noncommunicable diseases », adoptée en septembre 2007, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en

¹ Documents A66/8 et A66/9.

² Résolution A/RES/66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Résolution A/RES/66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Avant-propos

C'est avec un plaisir mitigé que je préside la Fédération Internationale du Diabète pour le lancement de cette sixième édition de l'Atlas du Diabète de la FID. Les chiffres publiés ici, attestant des millions de personnes touchées par l'épidémie de diabète, justifient les efforts incessants de la Fédération pour promouvoir une solution à cette crise sanitaire mondiale. Les éditions précédentes de l'Atlas ont joué un rôle déterminant dans le succès de la campagne en faveur d'une résolution des Nations Unies sur le diabète et nos chiffres ont étavé la Déclaration politique consécutive sur les maladies non transmissibles. Nos efforts n'ont pas été vains : désormais, le diabète fait partie intégrante des priorités des décideurs. Néanmoins, les chiffres de cette édition nous rappellent cruellement le chemin qu'il reste à parcourir.

À l'heure actuelle, 382 millions de personnes sont atteintes de diabète. 316 millions d'autres, atteintes d'une intolérance au glucose, présentent un risque élevé de contracter la maladie - un chiffre alarmant qui devrait encore augmenter pour atteindre 471 millions d'ici à 2035. Le diabète est en progression dans le monde entier et les pays ont peine à suivre le rythme. L'idée fausse selon laquelle le diabète est « une maladie de riche » est toujours défendue par certains – au détriment des fonds désespérément nécessaires pour combattre l'épidémie. Pourtant, les chiffres publiés dans l'Atlas du Diabète de la FID réfutent cette hypothèse : un pourcentage stupéfiant de 80 % des personnes atteintes de diabète vit dans des pays à faible et moyen revenu et les personnes socialement défavorisées, quel que soit le pays, sont les plus vulnérables face à la maladie. Les foyers de diabète qui se développent actuellement touchent des pays au Moyen-Orient, dans le Pacifique occidental, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, régions dans lesquelles le développement économique a transformé les modes de vie. Ces transitions rapides induisent des taux d'obésité et de diabète sans précédent ; les pays en voie de développement sont confrontés à une vague de problèmes de santé sans avoir les ressources adéquates pour protéger leur

D'ici fin 2013, le diabète aura causé 5,1 millions de morts et coûté 548 milliards de dollars en dépenses de soins de santé. Sans action concertée pour prévenir le diabète, 592 millions de personnes vivront avec cette maladie dans moins de 25 ans. Or, la plupart de ces cas pourraient être évités. Cependant, sans une approche multisectorielle de la société tout entière, les prévisions inquiétantes de cette édition de l'Atlas du Diabète de la FID sont appelées à se réaliser.

En dépit du tableau bien sombre dressé par les nouveaux chiffres, nous disposons déjà des connaissances et de l'expertise nécessaires pour commencer à offrir un avenir meilleur aux générations à venir. Nous devons sensibiliser davantage la population à l'importance d'une alimentation saine et d'une activité physique, surtout chez les enfants et adolescents. Un objectif essentiel, toutefois, est de créer des environnements qui mettent en place les bases d'une vie saine. Ces mesures sont les plus urgentes dans les pays à faible et moyen revenu, qui sont les moins préparés à faire face à cette épidémie de très grande ampleur et dont le développement même sera mis à mal dans son sillage. Il est essentiel que les professionnels de la santé – en particulier les prestataires de soins de première ligne – reçoivent une formation adéquate et appropriée pour pouvoir lutter efficacement contre le diabète en premier ressort.

Au cours des deux dernières années, nous avons progressé sur la voie d'un changement politique pour le diabète. Dans la foulée de la Déclaration politique de l'ONU sur les maladies non transmissibles (MNT). la 66e Assemblée mondiale de la santé a débouché en mai 2013 sur l'adoption, à l'unanimité, par les États membres d'un Plan d'action mondial, sur une base volontaire, pour la prévention et la gestion des MNT. Le diabète apparaît désormais en bonne place dans l'agenda mondial de la santé, avec des objectifs spécifiques pour l'accès aux médicaments essentiels et la lutte contre la progression de l'obésité et du diabète. Nous ne pouvons passer à côté de cette opportunité. Les gouvernements et les décideurs, les professionnels de la santé et les personnes touchées par la maladie doivent rester mobilisés dans cette lutte afin que la FID puisse réaliser son rêve de vivre dans un monde sans diabète.

> Sir Michael Hirst Président, Fédération Internationale du Diabète



Introduction

Cette 6º édition de l'Atlas du Diabète de la FID fait une fois encore référence en matière de données sur l'épidémiologie mondiale du diabète. Les nouvelles estimations reposent sur les fondations posées par les éditions précédentes et confirment la progression fulgurante du diabète au cours des quelques dernières années. On estime à pas moins de 382 millions le nombre effarant de personnes atteintes du diabète, avec des progressions spectaculaires dans des pays aux quatre coins du globe. Le fardeau écrasant de la maladie continue de peser sur les pays à faible et moyen revenu où vivent guatre personnes atteintes de diabète sur cing. Ce sont les habitants socio-économiguement défavorisés de chaque pays qui paient le plus lourd tribut au diabète et sont souvent les plus affectés financièrement.

Les nouvelles estimations montrent une tendance croissante au développement du diabète à un âge de plus en plus jeune, une évolution très inquiétante pour les générations futures. Si les schémas démographiques actuels persistent, plus de 592 millions de personnes seront atteintes de diabète d'ici une génération. Ce chiffre tient uniquement compte des changements enregistrés dans la population et les schémas d'urbanisation et représente plus que probablement une sous-estimation. Les estimations du diabète de type 1 chez les jeunes montrent également une hausse rapide et inexpliquée dans plusieurs régions ainsi qu'une progression du diabète de type 2 au sein des populations plus âgées.

Le fardeau du diabète se reflète non seulement dans le nombre croissant de personnes atteintes de diabète mais également dans la progression du nombre de décès prématurés dus au diabète. En 2013, près de la moitié de tous les décès dus au diabète chez des adultes ont été enregistrés dans la tranche d'âge des moins de 60 ans et, dans des régions peu développées comme l'Afrique subsaharienne, cette proportion atteint 75 %. Étant donné que l'espérance de vie augmente avec la diminution du fardeau des maladies infectieuses et que le développement induit des changements rapides dans les modes de vie, ce sont les régions en voie de développement qui connaîtront les changements les plus importants dans le fardeau du diabète.

Pour la première fois, l'Atlas du Diabète de la FID propose des estimations de l'hyperglycémie durant la grossesse. Cette affection grave et sous-estimée affecte de nombreuses femmes et leurs nourrissons -21,4 millions d'enfants nés vivants en 2013, selon les estimations. Non seulement le diabète constitue une grave menace pour la santé de la mère et de son enfant mais les éléments dont nous disposons démontrent que l'hyperglycémie pendant la grossesse peut conduire à un risque accru pour l'enfant de contracter un diabète de type 2 au cours de sa vie. ce qui contribuera encore aux ravages que fait déjà cette épidémie.

Le nombre d'études de qualité ayant contribué aux estimations de cette édition de l'Atlas du Diabète de la FID est plus élevé que jamais. D'autres études seront toutefois nécessaires pour décrire le fardeau du diabète afin d'améliorer la précision des estimations et de constituer une base de données fondamentale pour sensibiliser efficacement la population au fléau du diabète.

> Professeur Nam Han Cho Président. Comité de la sixième édition de l'Atlas du Diabète de la FID.

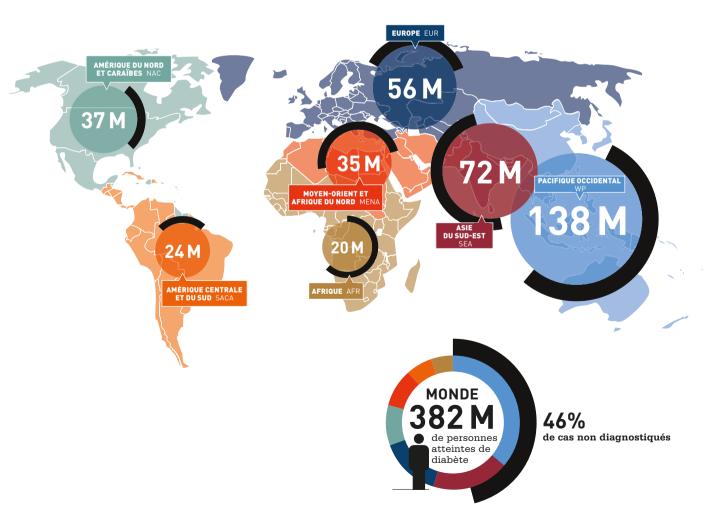


Résumé

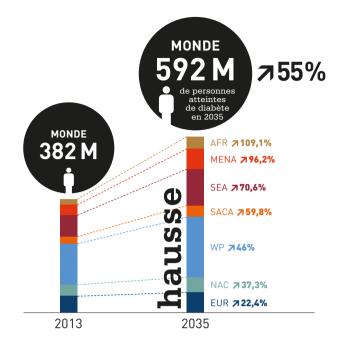
Le diabète sous toutes ses formes impose aux pays des coûts humains, sociaux et économiques inacceptables, quel que soit leur niveau de revenu. Depuis la publication du premier Atlas du Diabète de la Fédération Internationale du Diabète en 2000, les éditions successives ont réuni des données probantes cohérentes démontrant la progression constante de l'incidence et de la prévalence du diabète dans le monde entier. Cette 6e édition apporte de nouvelles preuves de même nature et véhicule un message amer mais inévitable : en dépit de l'éventail d'outils à notre disposition pour lutter contre la maladie – des médications efficaces, une technologie avancée, des stratégies d'éducation et de prévention sans cesse améliorées – nous sommes en train de perdre la lutte pour protéger les populations du diabète et de ses complications invalidantes et potentiellement fatales.

Les dernières estimations de la FID indiquent que 8,3 % d'adultes - 382 millions de personnes - sont atteints de diabète et le nombre de personnes atteintes de cette maladie est supposé dépasser les 592 millions dans moins de 25 ans. Pourtant, avec 175 millions de cas non diagnostiqués à l'heure actuelle, nombreuses sont les personnes atteintes de diabète qui s'exposent à des complications sans le savoir. De surcroît, avec 80 % du nombre total de personnes atteintes dans les pays à faible et moyen revenu, où l'épidémie s'amplifie à une vitesse alarmante, les derniers chiffres de l'Atlas du Diabète de la FID donnent une indication inquiétante de l'impact futur du diabète en tant que menace majeure pour le développement mondial.

Nombre de personnes atteintes de diabète par région de la FID, 2013



Le diabète est un problème grave et croissant et ses coûts pour la société sont élevés et ne cessent d'augmenter.



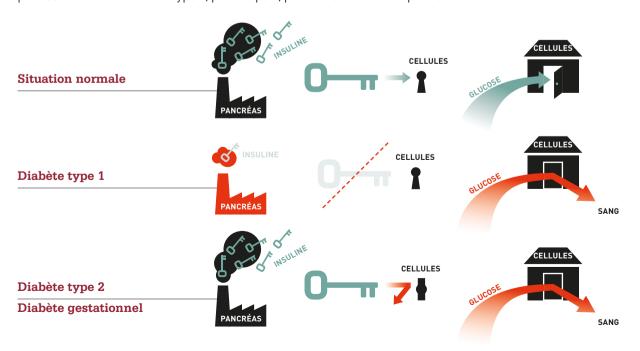
Qu'est-ce que le diabète?

Les trois types principaux de diabète – le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel – se produisent lorsque l'organisme ne parvient pas à produire une quantité suffisante d'une hormone appelée insuline ou ne peut pas utiliser cette insuline efficacement. L'insuline agit comme une clé qui permet aux cellules de l'organisme d'absorber le glucose et de l'utiliser comme source d'énergie.

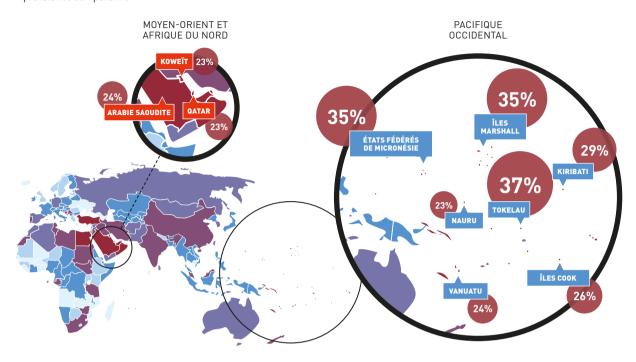
Les personnes atteintes de diabète de type 1, le résultat d'un processus auto-immun qui apparaît très soudainement, ont besoin d'une insulinothérapie pour survivre. Le diabète de type 2, pour sa part, peut

passer inaperçu et ne pas être diagnostiqué pendant des années. Dans de tels cas, les personnes atteintes n'ont pas conscience des dégâts à long terme que provoque leur maladie. Le diabète gestationnel, qui apparaît pendant la grossesse, peut conduire à des risques importants pour la santé de la mère et de son enfant et augmenter le risque de contracter un diabète de type 2 par la suite.

Tous les types de diabète nécessitent une étroite collaboration entre les personnes atteintes et leurs prestataires de soins de santé afin de prévenir un éventail de complications dangereuses et coûteuses qui peuvent entraîner des lésions des yeux, des reins, des pieds et du cœur et, si elles ne sont pas traitées, déboucher sur une mort prématurée.



^{*} prévalence comparative



Le fardeau mondial

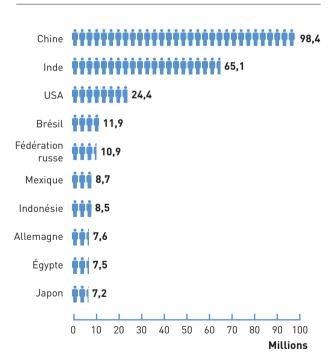
La majorité des 382 millions de personnes atteintes de diabète a entre 40 et 59 ans, et 80 % d'entre elles vivent dans des pays à faible et moyen revenu. Tous les types de diabète sont en progression, en particulier le diabète de type 2 : le nombre de personnes atteintes de diabète aura pratiquement doublé d'ici à 2035.

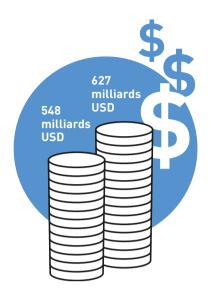
21 millions de cas supplémentaires d'hyperglycémie durant la grossesse contribueraient au fardeau mondial du diabète. Cela équivaut à 17 % des enfants nés vivants en 2013 de femmes qui présentaient une certaine forme d'hyperglycémie durant la grossesse.

Tant en termes humains que financiers, le fardeau du diabète est énorme puisqu'il provoquera 5,1 millions de morts et engloutira près de 548 milliards de dollars en dépenses de santé (11 % des dépenses totales dans le monde entier) en 2013.

Plus de **21 millions** d'enfants nés vivants ont été affectés par le diabète pendant la grossesse de leur mère.

Top 10 des pays / territoires en termes de nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans), 2013





En 2013, le diabète a causé **5,1 millions de décès**. Toutes les six secondes, une personne meurt du diabète

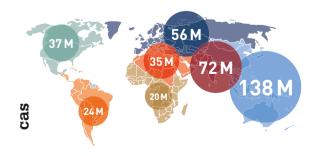
Aperçus régionaux

Les régions sont affectées à des degrés très divers. Avec plus de 138 millions de personnes atteintes, le Pacifique occidental compte plus de personnes atteintes de diabète que toute autre région. À l'autre extrémité du classement régional du diabète, c'est l'Afrique qui compte actuellement le moins de personnes atteintes de diabète. Toutefois, ce chiffre devrait doubler d'ici à 2035 et, facteur inquiétant pour la capacité de développement de l'Afrique, plus de trois quarts des morts liées au diabète en 2013 ont été enregistrés chez des personnes de moins de 60 ans, c'est-à-dire au plus fort de leur vie active.

Les perspectives sont tout aussi inquiétantes en Amérique centrale et du Sud, où la population atteinte de diabète devrait augmenter de 60 % d'ici à 2035. Le développement rapide a entraîné une explosion de l'épidémie de diabète en Asie du Sud-Est, qui

compte près d'un cinquième de tous les cas de diabète recensés dans le monde. De même, la richesse et le développement au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ont conduit à des proportions élevées de diabète, qui touche un adulte sur dix dans la région.

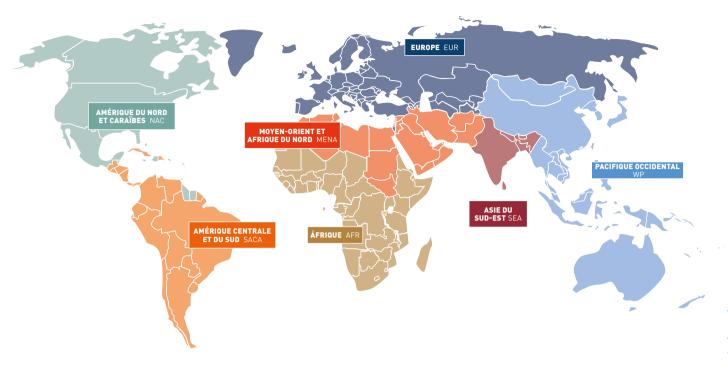
Une analyse des dépenses de santé pour le diabète par région révèle d'énormes disparités dans les réponses à l'épidémie. Deux régions ont dépensé plus pour la lutte contre le diabète que l'ensemble des autres régions : l'Amérique du Nord et les Caraïbes, avec un montant estimé à 263 milliards USD – soit près de la moitié des dépenses mondiales de santé consacrées au diabète –, et l'Europe, avec 147 milliards USD. En dépit du nombre croissant de personnes atteintes de diabète dans leur population, l'Asie du Sud-Est et l'Afrique ont consacré moins de 1 % de leurs dépenses de santé totales à cette maladie.



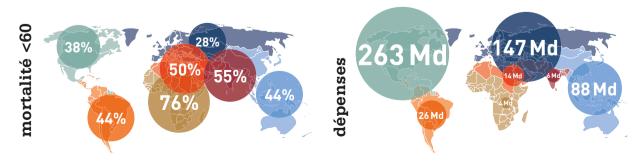
Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans), 2013



Proportion de cas de diabète (20-79 ans) non diagnostiqués, 2013



RÉGION DE LA FID	2013 MILLIONS	2035 MILLIONS	HAUSSE %
Afrique	19,8	41,4	109%
Moyen-Orient et Afrique du Nord	34,6	67,9	96%
Asie du Sud-Est	72,1	123	71%
Amérique centrale et du Sud	24,1	38,5	60%
Pacifique occidental	138,2	201,8	46%
Amérique du Nord et Caraïbes	36,7	50,4	37%
Europe	56,3	68,9	22%
Monde	381,8	591,9	55%



Proportion de décès dus au diabète chez les personnes de moins de 60 ans, 2013

Dépenses de santé (USD) dues au diabète (20-79 ans), 2013

La problématique mondiale du diabète

En dépit de l'impact principalement urbain de l'épidémie, le diabète de type 2 devient rapidement un problème majeur de santé dans les communautés rurales des pays à faible et moyen revenu.

Aucun pays n'échappe à l'épidémie de diabète et, dans les États et territoires du monde entier, ce sont les personnes pauvres et défavorisées qui souffrent le plus. Les communautés indigènes comptent parmi les catégories les plus vulnérables au diabète.

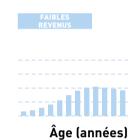
Les populations **indigènes** sont particulièrement exposées au diabète.

Prévalence (%) du diabète (20-79 ans) par groupe de revenu et par âge

brévalence % 20 10 0







Tous les pays – **riches ou pauvres** – souffrent
des conséquences de
l'épidémie de diabète.

80%

des personnes atteintes de diabète vivent dans des pays à faible et moyen revenu.

Établir des liens entre les niveaux local et mondial

La FID joue un rôle central dans les efforts pour réduire exponentiellement l'impact mondial du diabète, en catalysant l'activisme de base, en influençant la poli-

Le diabète n'est pas un simple problème de santé et nécessite une **action politique** concertée à un niveau multisectoriel.

tique mondiale de développement et de santé et en consolidant l'agenda mondial relatif au diabète. En appelant à un objectif spécifique de santé dans le cadre de développement après 2015, la Fédération coordonne une campagne en faveur d'une approche de la prévention, des soins et de l'accompagnement du diabète à l'échelle de la société.

En tant que principal organisme défenseur des personnes et organisations qui s'investissent dans l'éducation et les soins du diabète, la FID produit des ressources pédagogiques destinées à améliorer l'expertise des éducateurs au diabète et d'autres professionnels de la santé. Les publications de la FID sont largement diffusées dans le monde entier et les programmes, campagnes et manifestations de la Fédération offrent une plate-forme mondiale de sensibilisation pour les personnes atteintes de diabète et les personnes à risque.



Ressources et solutions

La Fédération Internationale du Diabète (FID) est une organisation rassemblant plus de 200 associations nationales de lutte contre le diabète, dans plus de 160 pays. Elle représente les intérêts d'un nombre croissant de personnes atteintes de diabète et de personnes exposées au risque de développer cette maladie. La Fédération est à la tête de la communauté mondiale du diabète depuis 1950. Sa mission consiste à promouvoir les soins, la prévention et la guérison du diabète à travers le monde.

La FID s'engage à promouvoir les meilleures pratiques pour le diabète par des directives, des déclarations de position et des outils pour les professionnels de la santé afin d'améliorer la vie des personnes atteintes du diabète.

Il existe des **solutions** pour gérer et enrayer l'épidémie de diabète.







Qu'est-ce que le diabète?

Il existe

grands types de diabète :

- \rightarrow le diabète de type 1
- \rightarrow le diabète de type 2
- → le diabète gestationnel



46% de cas non diagnostiqués

Chez de nombreuses personnes, le diabète de type 2 n'est pas DIAGNOSTIQUÉ avant de

longues années, si bien qu'elles ne sont pas conscientes des DOMMAGES À LONG TERME causés par cette maladie.

Une gestion efficace du diabète nécessite un partenariat entre la personne atteinte de diabète et les professionnels de la santé.



Les personnes atteintes de diabète présentent un risque accru de développer un certain nombre de problèmes de santé graves. Mal géré, le diabète provoque de GRAVES COMPLICATIONS et une mort prématurée.

Qu'est-ce que le diabète?

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser l'insuline de manière efficace.¹ L'insuline est une hormone fabriquée dans le pancréas, qui permet au glucose contenu dans les aliments de pénétrer dans les cellules de l'organisme, où il est transformé en énergie nécessaire au bon fonctionnement des muscles et des tissus. Chez une personne atteinte de diabète, le glucose n'est pas absorbé correctement et continue de circuler dans le sang (un trouble connu sous le nom d'hyperglycémie), endommageant ainsi peu à peu les tissus. Ces dommages peuvent entraîner des complications invalidantes mettant la vie de la personne en danger.

Il existe trois grands types de diabète :

- le diabète de type 1
- le diabète de type 2
- le diabète gestationnel

Diabète de type 1

Le diabète de type 1 est provoqué par une réaction auto-immune au cours de laquelle les propres défenses de l'organisme attaquent les cellules bêta du pancréas qui produisent l'insuline. L'organisme devient alors incapable de fabriquer l'insuline dont il a besoin. Les causes du diabète de type 1 ne sont pas clairement établies. La maladie peut toucher des personnes de tout âge, mais apparaît généralement

chez les enfants ou les jeunes adultes. Les personnes atteintes de cette forme de diabète ont besoin d'insuline chaque jour afin de maintenir leur glycémie sous contrôle. Sans insuline, les personnes atteintes de diabète de type 1 ne peuvent survivre.

En général, le diabète de type 1 apparaît de manière soudaine et se traduit par des symptômes tels que :

- soif excessive et bouche sèche ;
- mictions fréquentes ;
- · manque d'énergie, fatigue extrême ;
- faim constante;
- perte de poids soudaine ;
- cicatrisation lente des plaies ;
- infections récurrentes ;
- vision trouble.

Les personnes atteintes de diabète de type 1 peuvent mener une vie saine et normale grâce à la combinaison d'une insulinothérapie quotidienne, d'une surveillance étroite, d'une alimentation saine et de la pratique régulière d'une activité physique.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 1 est en augmentation. Les raisons de cette hausse ne sont pas encore connues avec certitude mais des modifications des facteurs de risque environnementaux, des événements survenant aux premiers stades de la grossesse, l'alimentation au début de la vie et des infections virales pourraient jouer un rôle.

Diabète de type 2

Le diabète de type 2 est la forme la plus courante de la maladie. Il touche généralement les adultes mais est de plus en plus souvent observé chez des enfants et des adolescents. Chez les personnes atteintes de diabète de type 2, l'organisme est capable de produire de l'insuline, mais soit la quantité produite est insuffisante, soit l'organisme ne réagit pas à l'action de l'insuline, ce qui entraîne une accumulation de glucose dans le sang.

De nombreuses personnes atteintes de diabète de type 2 en sont longtemps inconscientes car plusieurs années peuvent s'écouler avant que les symptômes apparaissent ou soient reconnus. Pendant ce temps, l'excès de glucose dans le sang provoque des dommages à l'organisme. Le diagnostic n'est souvent posé que lorsque des complications du diabète se sont déjà développées (cf. Complications du diabète).

Bien que les raisons de l'apparition du diabète de type 2 soient encore inconnues, il existe plusieurs facteurs de risque importants, entre autres :

- l'obésité :
- une alimentation peu équilibrée ;
- l'inactivité physique;
- un âge avancé;
- des antécédents familiaux de diabète :
- l'ethnie :
- une glycémie élevée pendant la grossesse qui affecte l'enfant à naître.

Contrairement aux personnes atteintes de diabète de type 1, la majorité des personnes atteintes de diabète de type 2 n'ont pas besoin de doses quotidiennes d'insuline pour survivre. De nombreuses personnes parviennent à gérer leur maladie grâce à une alimentation saine et à davantage d'activité physique ou à des médicaments pris par voie orale. De l'insuline peut toutefois leur être prescrite si elles ne parviennent pas à réquler leur glycémie.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 augmente rapidement à travers le monde. Cet accroissement est associé au développement économique, au vieillissement des populations, à l'intensification de l'urbanisation, à des changements d'alimentation, à une diminution de l'activité physique et à d'autres modifications du mode de vie.²

Diabète gestationnel

Les femmes qui développent une résistance à l'insuline et, par conséquent, une glycémie élevée pendant leur grossesse sont atteintes de diabète gestationnel (DG). Le diabète gestationnel apparaît généralement à un stade plus avancé de la grossesse, souvent vers la 24° semaine. Ce trouble survient parce que l'action de l'insuline est inhibée, probablement par les hormones produites par le placenta, ce qui provoque une insensibilité à l'insuline (également appelée insulinorésistance).

Comme le diabète gestationnel apparaît généralement plus tard au cours de la grossesse, le fœtus est déjà bien formé, même si son développement n'est pas terminé. Le risque immédiat pour le bébé n'est donc pas aussi important que pour les enfants dont la mère était atteinte de diabète de type 1 ou de type 2 dès avant la grossesse. Néanmoins, un diabète gestationnel non maîtrisé peut avoir des conséquences graves à la fois pour la mère et le bébé.

Si la glycémie est mal gérée pendant la grossesse, le bébé peut être beaucoup plus gros que la normale (un trouble appelé macrosomie fœtale), ce qui rend l'accouchement difficile et risqué. Le nouveau-né risque de souffrir de blessures aux épaules et de problèmes respiratoires. Dans de nombreux cas, une césarienne est nécessaire et met en danger la santé de la mère, en particulier parmi les communautés à faible revenu où l'accès à des soins de santé de qualité est limité. Dans les régions rurales reculées, un travail prolongé met en péril la vie des mères. Il existe également un risque de pré-éclampsie, à savoir une élévation soudaine de la tension artérielle mettant en danger la santé (voire la vie) de la mère et de son enfant.

Chez les mères, le diabète gestationnel disparaît généralement après l'accouchement. Toutefois, les femmes qui ont développé un diabète gestationnel risquent davantage d'être de nouveau atteintes de ce trouble lors de grossesses suivantes et/ou de développer un diabète de type 2 plus tard au cours de leur vie. Les enfants de mères atteintes de diabète gestationnel sont également exposés à un risque plus élevé d'obésité et de diabète de type 2 durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Les femmes atteintes de diabète gestationnel doivent surveiller et maîtriser leur glycémie afin de réduire au minimum les risques pour le bébé. Pour ce faire, il leur suffit généralement d'adopter une alimentation saine et de pratiquer un exercice physique modéré. Néanmoins, dans certains cas, de l'insuline ou un médicament administré par voie orale peut être nécessaire.

Intolérance au glucose et anomalie de la glycémie à jeun

Les personnes dont la glycémie n'est pas aussi élevée que celle des personnes atteintes de diabète présentent une intolérance au glucose (IG) ou une anomalie de la glycémie à jeun (AGJ). Le terme « prédiabète » est également utilisé pour décrire ces troubles, une « zone grise » entre la glycémie normale et le diabète. L'intolérance au glucose est définie comme une glycémie élevée après la consommation d'aliments, tandis que l'anomalie de la glycémie à jeun est définie comme une glycémie élevée à jeun.

Les personnes présentant une intolérance au glucose risquent davantage de développer un diabète de type 2. L'intolérance au glucose a de nombreuses caractéristiques communes avec le diabète de type 2 et est associée à l'obésité, à un âge plus avancé et à l'incapacité de l'organisme à utiliser l'insuline qu'il produit. Toutes les personnes présentant une intolérance au glucose ne développent pas le diabète de type 2 : de très nombreuses preuves démontrent l'efficacité d'une adaptation du mode de vie (alimentation saine et exercice physique) pour prévenir l'évolution vers le diabète.³

Complications du diabète

Les personnes atteintes de diabète sont exposées à un risque de développer divers problèmes de santé invalidants et potentiellement mortels. Une glycémie en permanence élevée peut être à l'origine de maladies graves touchant le système cardiovasculaire, les yeux, les reins et les nerfs. En outre, les personnes atteintes de diabète sont davantage exposées aux infections. Dans pratiquement tous les pays à revenu élevé, le diabète est une des premières causes de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation des membres inférieurs. Par ailleurs, dans les pays à faible et moyen revenu, l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 se double d'une multiplication de l'impact de ces complications coûteuses (en termes à la fois humains et économiques). Le maintien de la glycémie, de la tension artérielle et du cholestérol à un niveau proche de la normale peut contribuer à retarder ou à prévenir les complications du diabète. Les personnes atteintes de diabète doivent faire l'objet d'un dépistage régulier des complications.

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès et de handicap parmi les personnes atteintes de diabète. Les maladies cardiovasculaires associées au diabète sont notamment l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde (crise cardiaque), l'accident vasculaire cérébral, la maladie artérielle périphérique et l'insuffisance cardiaque congestive. Chez les personnes atteintes de diabète, une hypertension, un taux de cholestérol élevé, une glycémie élevée et d'autres facteurs de risque contribuent à augmenter le risque de complications cardiovasculaires.

Maladies rénales

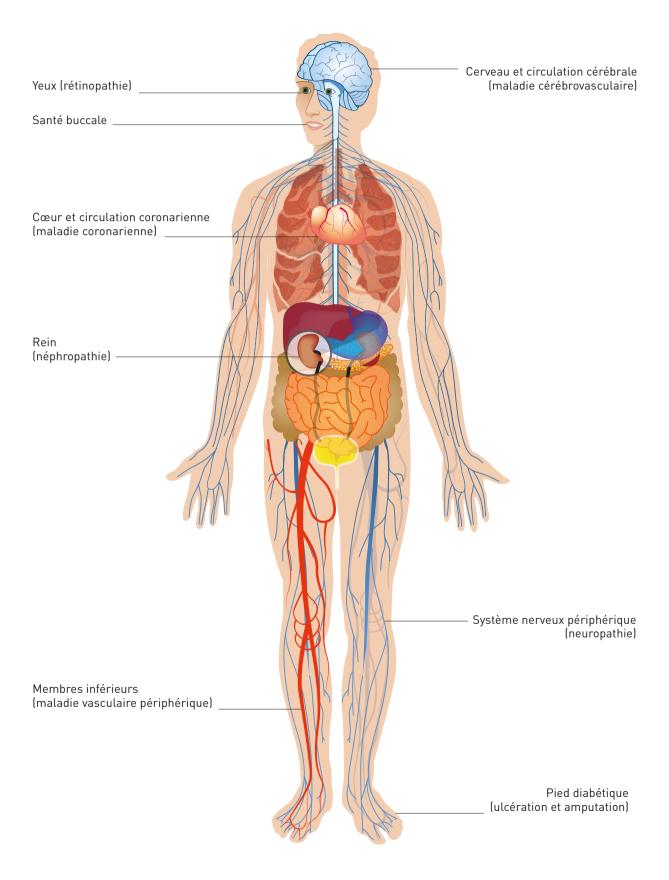
Les maladies rénales (néphropathies) sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes atteintes de diabète. Le diabète est l'une des principales causes de maladie rénale chronique. La maladie est causée par les dommages subis par les petits vaisseaux sanguins, qui rendent les reins moins performants ou qui les empêchent de fonctionner. Le maintien de la glycémie et de la tension artérielle à un niveau proche de la normale peut contribuer dans une large mesure à réduire le risque de néphropathie.

Maladies oculaires

De nombreuses personnes atteintes de diabète développent une forme quelconque de maladie oculaire (rétinopathie) pouvant altérer la vision ou provoquer la cécité. Une hyperglycémie persistante, associée à une hypertension et à un taux de cholestérol élevé, est la principale cause de rétinopathie. Chez les personnes atteintes de rétinopathie, le réseau de vaisseaux sanguins alimentant la rétine est obstrué, ce qui provoque une perte permanente de la vue. La rétinopathie peut être gérée au moyen d'examens réguliers des yeux et en maintenant la glycémie à un niveau proche de la normale.

Lésions nerveuses

Lorsque la glycémie et la tension artérielle sont très élevées, le diabète peut provoquer des lésions nerveuses dans l'ensemble de l'organisme (neuropathie). Il peut en résulter des problèmes de digestion et de miction, des troubles de l'érection et d'autres dysfonctionnements, mais les zones les plus couramment touchées sont les extrémités, en particulier les pieds. Les dommages causés aux nerfs dans ces régions sont appelés neuropathie périphérique et peuvent provoquer des douleurs, des fourmillements ou une perte de sensations. Comme la personne n'a plus de sensations, les blessures passent inaperçues et peuvent donner lieu à des infections graves et à une ulcération, un pied diabétique et une amputation.



Pied diabétique

Les personnes atteintes de diabète peuvent développer divers problèmes au niveau des pieds, à la suite de lésions nerveuses et vasculaires. Ces problèmes peuvent rapidement provoguer une infection et une ulcération, lesquelles augmentent le risque d'amputation. Les personnes atteintes de diabète sont exposées à un risque d'amputation jusqu'à plus de 25 fois supérieur à celui des personnes non atteintes de cette maladie.4 Toutefois, si le diabète est bien géré, une grande partie des amputations peut être évitée. Même en cas d'amputation, la jambe restante, et la vie de la personne, peuvent être sauvées grâce à un suivi de qualité assuré par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les soins du pied. 4 Les personnes atteintes de diabète doivent inspecter régulièrement leurs pieds.

Complications de la grossesse

Les femmes atteintes d'un type quelconque de diabète pendant la grossesse sont exposées à diverses complications si elles ne surveillent pas attentivement et ne gèrent pas leur maladie. Chez les femmes atteintes de diabète de type 1, une planification détaillée et une surveillance étroite sont nécessaires avant et pendant la grossesse afin de réduire les complications au minimum. Une glycémie élevée pendant la grossesse peut entraîner, chez le fœtus, des modifications qui induisent une taille et un poids excessifs ainsi au'une surproduction d'insuline. Il peut en résulter des problèmes lors de l'accouchement, des blessures pour l'enfant et la mère et une baisse soudaine de la glycémie (hypoglycémie) chez l'enfant après l'accouchement. Les enfants exposés à une hyperglycémie de longue durée dans l'utérus sont davantage susceptibles de développer un diabète de type 2 plus tard dans la vie.

Autres complications

Santé bucco-dentaire

Le diabète peut mettre en danger la santé buccodentaire. Il est associé, par exemple, à un risque accru d'inflammation de la gencive (gingivite) chez les personnes dont la glycémie est mal maîtrisée. La gingivite est, à son tour, une cause majeure de perte des dents et peut augmenter le risque de maladie cardiovasculaire.

Apnées du sommeil

Des études récentes ont démontré la probabilité d'un lien entre le diabète de type 2 et les apnées obstructives du sommeil. Les estimations suggèrent que jusqu'à 40 % des personnes présentant des apnées du sommeil sont atteintes de diabète, bien que l'incidence de l'apparition du diabète chez les personnes présentant des apnées du sommeil ne soit pas connue. 5 Chez les personnes atteintes de diabète de type 2, les apnées du sommeil peuvent avoir un impact sur la capacité à maîtriser la glycémie.

Encadré 1.1 Insuline

L'insuline est une hormone produite dans le pancréas, qui permet au glucose de pénétrer dans les cellules de l'organisme où il est transformé en énergie.

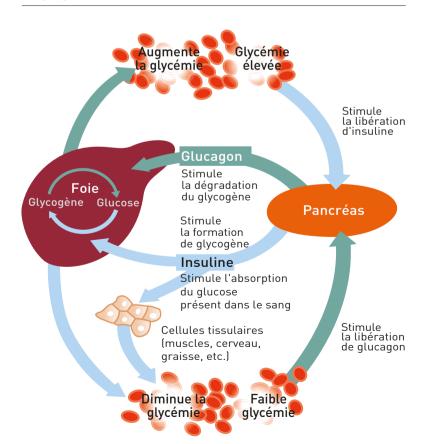
Les personnes atteintes de diabète de type 1 ne peuvent survivre sans doses quotidiennes d'insuline. Certaines personnes atteintes de diabète de type 2 ou de diabète gestationnel ont également besoin de prendre de l'insuline, en plus d'autres médicaments.

En 1921, au Canada, le scientifique Frederick Banting et l'étudiant en médecine Charles Best ont isolé une substance dans le pancréas de chiens, qu'ils ont baptisée « islétine » et que nous connaissons aujourd'hui sous le nom d'insuline. Lors de leurs expériences, ils ont découvert qu'un chien ayant subi une ablation du pancréas pouvait être maintenu en vie grâce à des injections d'insuline. L'année suivante, après de longs travaux en laboratoire afin de purifier l'insuline

extraite d'un fœtus de veau, un garçon de 14 ans nommé Leonard Thompson est devenu la première personne atteinte de diabète à recevoir une injection d'insuline et à voir son état s'améliorer considérablement. Avant l'utilisation de l'insuline, les personnes atteintes de diabète devaient suivre un régime draconien et n'avaient aucun espoir de survie.

La nouvelle des bons résultats obtenus avec l'insuline s'est répandue très rapidement et la demande de ce médicament a explosé à travers le monde. Depuis lors, d'immenses progrès ont été réalisés dans les domaines de la recherche et du développement. Toutefois, près d'un siècle après la découverte de l'insuline, il existe encore de nombreux endroits de la planète où les personnes atteintes de diabète de type 1 n'ont pas accès à l'insuline parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires ou parce qu'elles ne peuvent pas s'en procurer aisément – et décèdent peu de temps après l'apparition de la maladie.

Graphique 1.2 Production et action de l'insuline







Le fardeau mondial

382 millions de personnes sont atteintes de diabète.

D'ici 2035, elles seront 592 MILLIONS.

Le nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 est en hausse dans tous les pays.



La majorité des personnes atteintes de diabète ont entre 40 et 59 ans.

175 millions de personnes sont atteintes d'un diabète **non diagnostiqué.**

En 2013, le diabète a causé 5,1 millions de décès.

Toutes les six secondes, une personne meurt du diabète. 80%

des personnes atteintes de diabète vivent dans des pays à faible et moyen revenu.

En 2013, plus de **79.000 enfants** ont développé le diabète de type 1.

En 2013, le diabète a été à l'origine de dépenses de santé d'au moins 548 milliards USD, soit 11 % des dépenses totales pour les adultes.

En 2013, plus de **21 millions**

d'enfants nés vivants ont été affectés par le diabète pendant la grossesse de leur mère.



Le fardeau mondial

Diabète et intolérance au glucose

Le diabète est une des maladies non transmissibles (MNT) les plus courantes. Il est la quatrième ou cinquième cause de décès dans la plupart des pays à revenu élevé. Des preuves flagrantes montrent que cette maladie est épidémique dans de nombreux pays en développement et récemment industrialisés.

Le diabète est indéniablement un des plus grands défis du 21° siècle en termes de santé.

Le nombre d'études décrivant les causes possibles du diabète et sa répartition au cours des vingt dernières années est incalculable. Ces études confirment que les pays à faible et moyen revenu paient le plus lourd tribut au diabète. Toutefois, de nombreux gouvernements et acteurs de la santé publique sont encore peu conscients de l'ampleur actuelle et du potentiel de croissance du diabète et de ses complications graves.

Les études sur le diabète réalisées au sein des populations montrent invariablement que chez de nombreuses personnes atteintes de diabète, la maladie n'avait pas été diagnostiquée auparavant. Pour beaucoup de personnes, le diabète de type 2 n'est pas diagnostiqué car les symptômes sont rares au cours des premières années de développement de la maladie ou ne sont pas reconnus comme étant des symptômes de cette maladie.

Outre le diabète, l'intolérance au glucose (IG), qui se traduit par une glycémie plus élevée que la normale mais inférieure à celle des personnes atteintes de diabète, constitue un problème important de santé publique. Les personnes présentant une intolérance au glucose sont exposées à un risque élevé de développer le diabète ainsi qu'à un risque accru de maladie cardiovasculaire.

Prévalence et projections

Cette édition de l'Atlas du Diabète de la FID présente les estimations de la prévalence du diabète et de l'intolérance au glucose pour les années 2013 et 2035. Les données sont fournies pour 219 pays et territoires, regroupés selon les sept régions de la FID: Afrique (AFR), Europe (EUR), Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA), Amérique du Nord et Caraïbes (NAC), Amérique centrale et du Sud (SACA), Asie du Sud-Est (SEA) et Pacifique occidental (WP).

Les détails complets des méthodes utilisées afin de générer les estimations de la prévalence du diabète chez les adultes et de la proportion de cas non diagnostiqués, y compris la manière dont les sources de données ont été évaluées et traitées, peuvent être consultés dans l'article publié dans la revue Diabetes Research and Clinical Pratice ainsi que sur le site Internet de l'Atlas du Diabète de la FID: www.idf.org/diabetesatlas.

Complications

Les complications du diabète (chapitre 1) sont une cause majeure de handicap, de diminution de la qualité de vie et de décès. Elles peuvent en outre toucher diverses parties de l'organisme et se manifester de différentes facons selon les personnes.

Il n'existe pas de normes internationales permettant de diagnostiquer et d'évaluer les complications du diabète. En raison des diverses méthodes employées lors de ces études, il est difficile de comparer les populations. Néanmoins, il est évident que les complications du diabète sont très fréquentes et qu'au moins une d'entre elles est présente au moment du diagnostic chez un grand nombre de personnes atteintes de diabète (50 % ou plus dans certaines études).

En raison de l'impossibilité de comparer les données disponibles, cette édition de l'Atlas du Diabète de la FID ne contient pas d'estimations relatives aux complications. Des normes internationales permettant de mesurer les complications sont indispensables afin de pouvoir fournir des estimations précises de cette cause majeure de handicap.

EN BREF	2013	2035
Population mondiale totale (milliards)	7,2	8,7
Population adulte (20-79 ans, milliards)	4,6	5,9
DIABÈTE ET IG (20-79 ANS) Diabète		
Prévalence mondiale (%)	8,3	10,1
Prévalence comparative (%)	8,3	8,8
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	382	592
IG		
Prévalence mondiale (%)	6,9	8,0
Prévalence comparative (%)	6,9	7,3
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	316	471

Tableau 2.1 Top 10 des pays/territoires en termes de prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013 et 2035

PAYS/ TERRITOIRE	2013 (%)	PAYS/ TERRITO
Tokelau	37,5	Tokelau
États fédérés de Micronésie	35,0	États fédéré de Micronés
Îles Marshall	34,9	Îles Marsha
Kiribati	28,8	Kiribati
Îles Cook	25,7	Îles Cook
	24,0	Arabie saou
Arabie saoudite	24,0	Vanuatu
Nauru	23,3	Nauru
Koweït	23,1	Koweït
Qatar	22,9	Qatar

^{*}Prévalence comparative

PAYS/ TERRITOIRE	2035 (%)
Tokelau	37,9
États fédérés de Micronésie	35,1
Îles Marshall	35,0
Kiribati	28,9
Îles Cook	25,7
Arabie saoudite	24,5
Vanuatu	24,2
Nauru	23,3
Koweït	23,2
Qatar	22,8

Tableau 2.2 Top 10 des pays/territoires en termes de nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans), 2013 et 2035

PAYS/ TERRITOIRE	2013 MILLIONS
Chine	98,4
Inde	65,1
États-Unis d'Amérique	24,4
Brésil	11,9
Fédération de Russie	10,9
Mexique	8,7
Indonésie	8,5
Allemagne	7,6
Égypte	7,5
Japon	7,2

PAYS/ TERRITOIRE	2035 MILLIONS	
Chine	142,7	
Inde	109,0	
États-Unis d'Amérique	29,7	
Brésil	19,2	
Mexique	15,7	
Indonésie	14,1	
Égypte	13,1	
Pakistan	12,8	
Turquie	11,8	
Fédération de Russie	11,2	

2.1 Diabète

Le diabète est présent dans tous les pays. Sans programmes efficaces de prévention et de gestion, le fardeau de cette maladie ne cessera d'augmenter à travers le monde.¹

Le diabète de type 2 représente 85 % à 95 % de l'ensemble des cas de diabète dans les pays à revenu élevé et peut-être même plus dans les pays à faible et moyen revenu.¹ Le diabète de type 2 est une maladie courante et un problème de santé mondial grave. Dans la plupart des pays, le diabète a augmenté parallèlement à des mutations culturelles et sociales rapides : vieillissement de la population, développement de l'urbanisation, modification des habitudes alimentaires, diminution de l'activité physique et apparition de comportements peu sains.¹

Le diabète de type 1, bien que moins fréquent que le diabète de type 2, augmente chaque année dans les pays riches et pauvres. Dans la plupart des pays à revenu élevé, la majorité des enfants et adolescents atteints de diabète présentent un diabète de type 1.

Le diabète gestationnel est fréquent et, comme l'obésité et du diabète de type 2, augmente partout dans le monde.² Le risque d'apparition du diabète de type 2 est élevé chez les femmes qui ont développé un diabète gestationnel. La prévalence rapportée du diabète gestationnel varie fortement parmi les populations de la planète. Cette variabilité est en grande partie due à la diversité des critères diagnostiques utilisés et des populations étudiées.

Prévalence

Selon les estimations, environ 382 millions de personnes, soit 8,3 % des adultes, sont atteintes de diabète dans le monde. Environ 80 % de ces personnes vivent dans des pays à faible et moyen revenu. Si cette tendance se poursuit, d'ici 2035, environ 592 millions de personnes, soit un adulte sur dix, seront atteintes de diabète. Ces chiffres correspondent à environ trois nouveaux cas toutes les dix secondes, soit près de 10 millions par an. La plus forte augmentation aura lieu dans les régions où les économies en développement sont prédominantes.

Répartition selon l'âge

Près de la moitié des adultes atteints de diabète a entre 40 et 59 ans. Plus de 80 % des 184 millions de personnes atteintes de diabète appartenant à cette catégorie d'âge vivent dans des pays à faible et moyen revenu.

Au cours des prochaines années, cette catégorie d'âge continuera à rassembler le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète. D'ici 2035, ce chiffre devrait atteindre 264 millions. À nouveau, plus de 86 % de ces personnes vivront dans des pays à faible et moyen revenu.

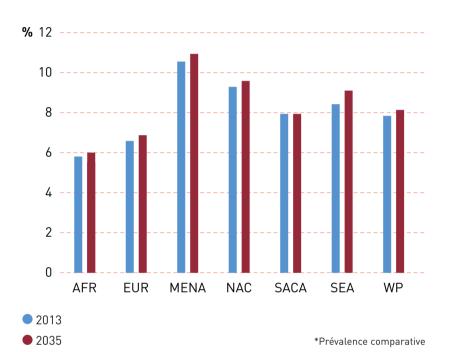
Répartition selon le sexe

Il existe peu de différences selon le sexe en ce qui concerne le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde en 2013 ou 2035. Les hommes atteints de diabète sont environ 14 millions de plus que les femmes (198 millions d'hommes contre 184 millions de femmes). Toutefois, cette différence devrait passer à 15 millions (305 millions d'hommes contre 288 millions de femmes) d'ici 2035.

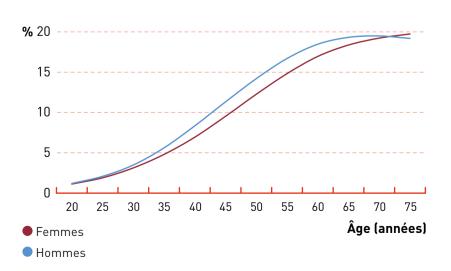
Répartition entre zones urbaines et zones rurales

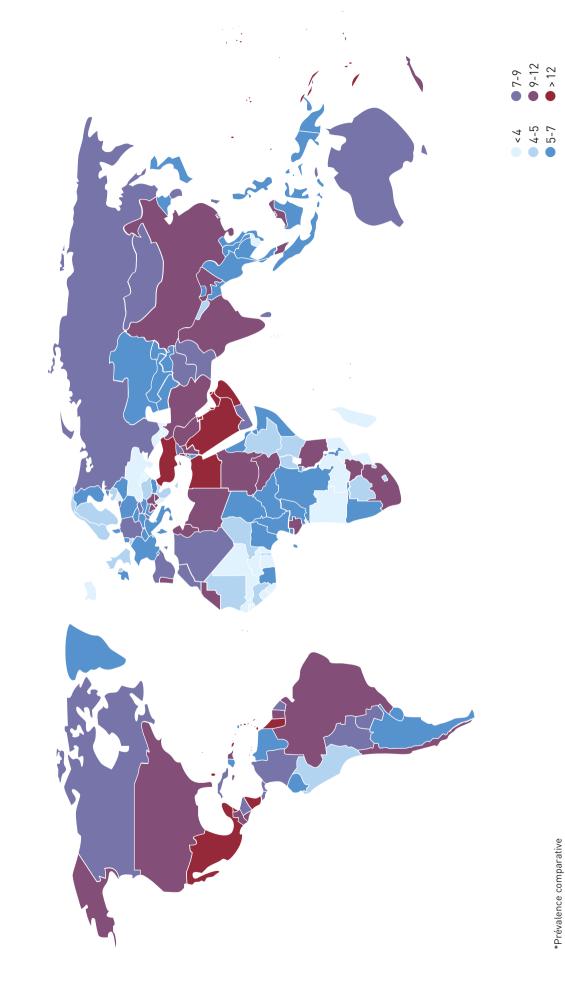
Davantage de personnes atteintes de diabète vivent dans les zones urbaines (246 millions) que dans les zones rurales (136 millions), bien que le nombre augmente dans ces dernières. Dans les pays à faible et moyen revenu, le nombre de personnes atteintes de diabète vivant dans des zones urbaines est de 181 millions, contre 122 millions dans des zones rurales. D'ici 2035, la différence devrait être davantage marquée, avec 347 millions de personnes vivant dans des zones urbaines et 145 millions dans des zones rurales.

Graphique 2.1 Prévalence* (%) du diabète (20-79 ans) par région de la FID, 2013 et 2035

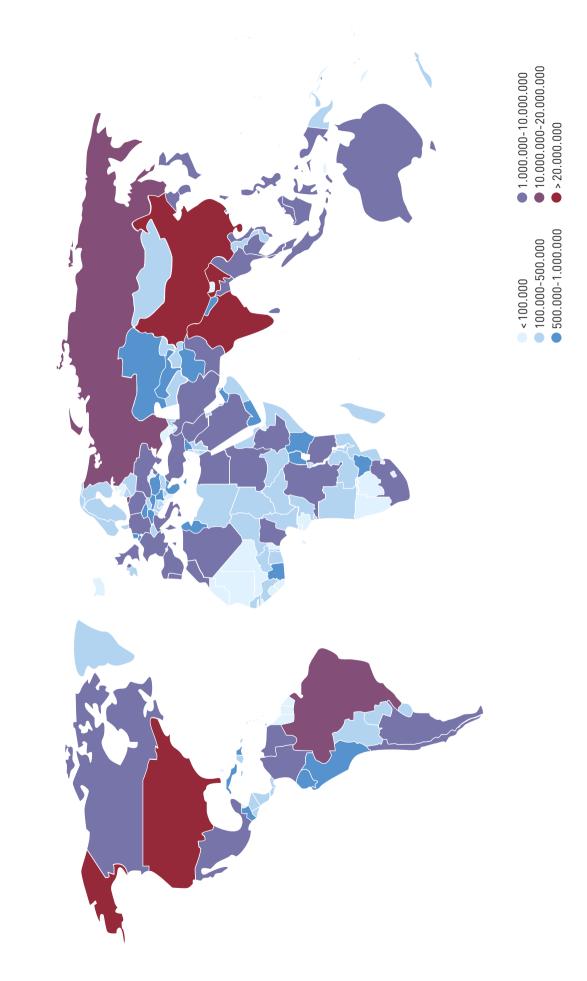


Graphique 2.2 Prévalence (%) des personnes atteintes de diabète, selon l'âge et le sexe, 2013





Carte 2.2 Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans), 2013



2.2 Diabète non diagnostiqué

Selon les estimations de la FID, 175 millions de personnes, soit près de la moitié des personnes atteintes de diabète, ne savent pas qu'elles souffrent de cette maladie. Dans la plupart des cas, il s'agit de diabète de type 2. Plus la maladie est diagnostiquée et gérée tôt, plus les chances de prévenir les complications sévères et coûteuses sont élevées. Par conséquent, il est urgent de pouvoir diagnostiquer la maladie et fournir des soins appropriés aux personnes atteintes de diabète.

Disparités selon la région

Aucun pays n'a diagnostiqué l'ensemble de ses cas de diabète. En Afrique subsaharienne, où les ressources font souvent défaut et où le dépistage du diabète n'est pas toujours une priorité pour les gouvernements, la proportion de personnes atteintes de diabète non diagnostiqué atteint 90 % dans certains pays.¹ Même dans les pays à revenu élevé, la maladie n'est pas diagnostiquée chez environ un tiers des personnes atteintes de diabète. La région Asie du Sud-Est (35,1 millions) et la région Pacifique occidental (74,7 millions) réunies rassemblent plus de 60 % des personnes atteintes de diabète non diagnostiqué. Dans l'ensemble, 84 % des personnes atteintes de diabète non diagnostiqué et moyen revenu.

Complications

Une personne atteinte de diabète peut vivre plusieurs années sans présenter aucun symptôme. Pendant ce temps, la glycémie élevée endommage silencieusement l'organisme et des complications peuvent se développer. Les complications associées au diabète sont tellement diverses que même en présence de symptômes, le diabète n'est pas toujours envisagé comme la cause de ces troubles, à moins que des tests précis et opportuns soient réalisés. Les personnes dont le diabète n'est pas diagnostiqué ne prennent aucune mesure afin de gérer leur glycémie ou d'adapter leur mode de vie. Des études ont montré que de nombreuses personnes atteintes de diabète non diagnostiqué présentent déjà des complications telles qu'une maladie rénale chronique, une insuffisance cardiaque chronique, une rétinopathie ou une neuropathie.2-4

Coût.

Le coût associé au diabète découle d'un recours accru aux services de santé, d'une perte de productivité et d'une invalidité, qui peuvent constituer un lourd fardeau pour la personne, sa famille et la société. Lorsqu'une personne est atteinte depuis longtemps de diabète non diagnostiqué, les opportunités et les bénéfices potentiels liés à un diagnostic et un traitement précoces sont perdus. De plus, le coût du diabète non diagnostiqué est considérable. Une étude réalisée aux États-Unis a révélé que le diabète non diagnostiqué était responsable d'une augmentation de 18 milliards USD en frais de soins de santé par an.⁵

Identification des personnes atteintes de diabète

L'identification opportuniste des personnes présentant des facteurs à risque de diabète de type 2 non diagnostiqué est faisable et rentable. Des scores de risque et des tests sous forme de « liste de contrôle » des facteurs de risque ont été mis au point dans de nombreux pays, sur la base d'études épidémiologiques des populations locales, et sont largement disponibles. Bien que le diabète non diagnostiqué pose un problème majeur, un dépistage à l'échelle de la population entière n'est pas approprié. Les pays doivent d'abord développer des systèmes de santé répondant aux besoins des personnes atteintes de cette maladie. La priorité doit être accordée à des soins et à un traitement de qualité des personnes atteintes de diabète diagnostiqué. Un dépistage ciblé des personnes présentant un risque élevé de diabète non diagnostiqué peut être envisagé une fois qu'un système opérationnel de soins est en place.

Estimation des cas de diabète non diagnostiqué

Des études réalisées parmi la population sont à la base de l'estimation des cas de diabète non diagnostiqué. Le dépistage du diabète est réalisé parmi un échantillon de personnes vivant dans une région donnée, ce qui permet d'identifier à la fois les cas déjà connus et les cas non diagnostiqués jusqu'alors. L'Atlas du Diabète de la FID a estimé les cas de diabète non diagnostiqué en se basant sur des études représentatives réalisées parmi la population indiquant la proportion de cas non diagnostiqués auparavant. Les conclusions de ces études ont ensuite été combinées par région et par catégorie de revenus afin de générer une estimation ensuite appliquée aux estimations de la prévalence. Pour en savoir plus sur les méthodes et les résultats, vous pouvez consulter l'article publié sur le site www. idf.org/diabetesatlas.

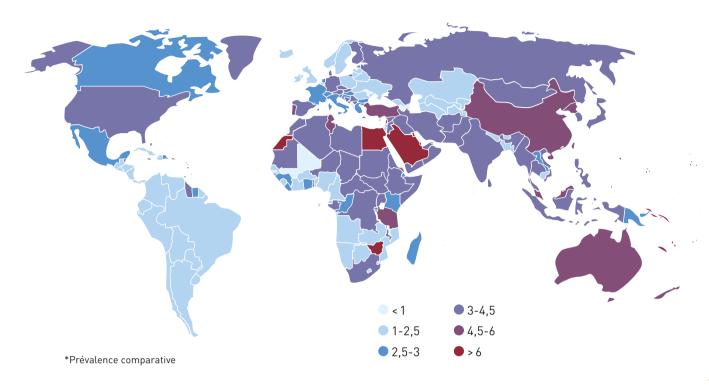


Tableau 2.3 Diabète non diagnostiqué (20-79 ans) par région de la FID et catégorie de revenus, 2013

RÉGION DE LA FID	PROPORTION DE CAS NON DIAGNOSTIQUÉS %	CAS MILLIONS
Afrique		12.4
Pays à faible revenu	75,1	
Pays à moyen revenu	46,0	
Europe	·	20,1
Pays à faible revenu	29,3	
Pays à moyen revenu	35,1	
Pays à revenu élevé	36,6	
Moyen-Orient et Afrique du Nord		16,8
Pays à faible revenu	50,0	
Pays à moyen revenu	50,0	
Pays à revenu élevé	40,7	
Amérique du Nord et Caraïbes		9,9
Pays à faible revenu	29,4	
Pays à moyen revenu	25,0	
Pays à revenu élevé	27,7	
Amérique centrale et du Sud		5,8
Pays à moyen revenu	24,1	<u> </u>
Asie du Sud-Est		35,1
Pays à faible revenu	43,6	·
Pays à moyen revenu	49,1	
Pacifique occidental		74,7
Pays à faible revenu	63,0	
Pays à moyen revenu	54,1	
Pays à revenu élevé	49,4	

2.3 Intolérance au glucose

L'intolérance au glucose (IG), tout comme l'anomalie de la glycémie à jeun (AGJ), est reconnue comme un stade précédant le diabète, au cours duquel la glycémie est plus élevée que la normale. Par conséquent, les personnes présentant une intolérance au glucose sont exposées à un risque élevé de développer le diabète de type 2, même si elles ne développent pas toutes cette maladie. Chez plus d'un tiers des personnes présentant une intolérance au glucose, la glycémie redescend à un niveau normal après plusieurs années.¹

Des données relatives à l'intolérance au glucose sont présentées dans ce rapport car l'intolérance au glucose accroît considérablement le risque de développer le diabète de type 2¹ et est liée à l'apparition de maladies cardiovasculaires ²-³. De plus, les études portant sur des personnes présentant une intolérance au glucose ont permis de dégager certaines données parmi les plus probantes en matière de prévention du diabète de type 2.

Prévalence

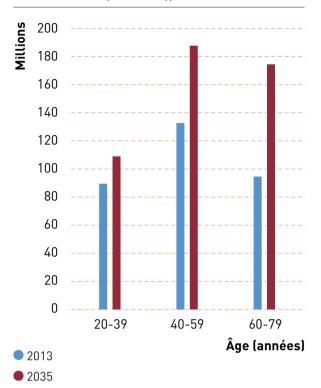
Selon les estimations, environ 316 millions de personnes, soit 6,9 % des adultes, présentent une intolérance au glucose à travers le monde. La grande majorité (70 %) de ces personnes vivent dans des pays à faible et moyen revenu. Selon les projections, en 2035, le nombre de personnes présentant une intolérance au glucose devrait atteindre 471 millions, soit 8,0 % de la population adulte.

Répartition selon l'âge

Les adultes présentant une intolérance au glucose ont pour la plupart moins de 50 ans [153 millions] et, en l'absence de traitement, sont exposés à un risque élevé d'évolution vers le diabète de type 2 au cours de leur vie. En 2035, cette catégorie d'âge rassemblera le plus grand nombre de personnes présentant une intolérance au glucose, soit 198 millions, comme le montre le graphique 2.3. Il est important de souligner que près d'un tiers des personnes présentant actuellement une intolérance au glucose a entre 20 et 39 ans et est donc susceptible d'être exposé à un risque élevé de diabète pendant de longues années, pour autant que ces personnes ne développent pas la maladie.

La prévalence de l'intolérance au glucose est généralement similaire à celle du diabète. Elle est toutefois légèrement supérieure dans les régions Afrique et Europe et légèrement inférieure dans la région Asie du Sud-Est.

Graphique 2.3 Nombre de personnes présentant une IG, selon l'âge (20-79 ans), 2013 et 2035



Graphique 2.4 Prévalence (%) des personnes présentant une IG (20-79 ans), selon l'âge et le sexe, 2013

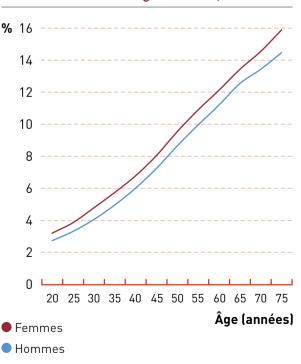
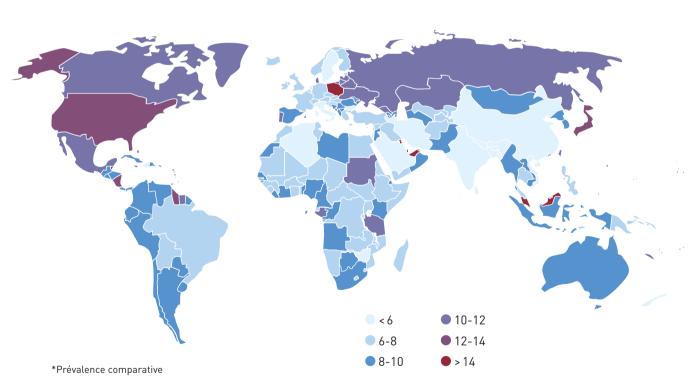


Tableau 2.4 Top 10 des pays/territoires en termes de prévalence* (%) de l'IG (20-79 ans), 2013 et 2035

PAYS/ TERRITOIRE	2013 (%)
Koweït	17,9
Qatar	17,1
Émirats arabes unis	16,6
Pologne	16,5
Bahreïn	16,3
Malaisie	15,2
RAS de Hong Kong	13,3
Nicaragua	12,9
Japon	12,6
Singapour	12,4

PAYS/ TERRITOIRE	2035 (%)
Pologne	19,3
Koweït	18,1
Qatar	17,4
Émirats arabes unis	17,0
Bahreïn	16,7
Malaisie	15,3
RAS de Hong Kong	13,2
Anguilla	13,0
Guadeloupe	13,0
RAS de Macao	12,9

Carte 2.4 Prévalence* (%) de l'intolérance au glucose (20-79 ans), 2013



^{*}Prévalence comparative

2.4 Le diabète chez les jeunes

Le diabète de type 1 est un des troubles endocriniens et métaboliques les plus fréquents chez les enfants. Le nombre annuel d'enfants développant cette forme de diabète connaît une progression rapide, en particulier parmi les plus jeunes. Dans un nombre croissant de pays, le diabète de type 2 est également diagnostiqué chez les enfants

Les défis

L'insulinothérapie permet de sauver la vie des personnes atteintes de diabète et doit être maintenue à vie. Une personne atteinte de diabète de type 1 doit se conformer à un plan d'autogestion structuré, qui comprend l'administration d'insuline, la surveillance de la glycémie, la pratique d'une activité physique et une alimentation saine. Dans de nombreux pays, en particulier dans les familles à faible revenu, l'accès à des outils d'auto-traitement, y compris à l'éducation à l'autogestion et à l'insuline, est limité. Il en résulte des handicaps sévères et des décès prématurés chez les enfants atteints de diabète.

De nombreux enfants et adolescents peuvent éprouver des difficultés à faire face à leur condition sur le plan émotionnel. Le diabète peut entraîner des discriminations et limiter les contacts sociaux. Il peut aussi avoir un impact sur les résultats scolaires d'un enfant. Le coût du traitement et du matériel de suivi, associé aux besoins quotidiens d'un enfant atteint de diabète, peut être très lourd à supporter, sur les plans financier et émotionnel, par l'ensemble de la famille.

Incidence et prévalence du diabète de type 1 chez les enfants

Deux projets collaboratifs internationaux, l'étude Diabetes Mondiale (DIAMOND)¹ et l'étude Europe and Diabetes (EURODIAB),² ainsi que, plus récemment aux États-Unis, l'étude SEARCH for Diabetes in Youth,³ ont joué un rôle déterminant dans le suivi de la tendance de l'incidence (nombre de personnes développant une maladie au cours d'une année) du diabète. Pour ce faire, des registres régionaux ou nationaux ont été créés au sein de la population, sur la base de définitions normalisées, de formulaires de collecte de données et de méthodes de validation.

L'incidence du diabète de type 1 chez les enfants est en hausse dans de nombreux pays, en particulier chez les moins de 15 ans. Bien que des données solides tendent à mettre en évidence des différences géographiques en ce qui concerne cette tendance, l'augmentation annuelle globale est estimée à environ 3 %.^{1,2} Des preuves montrent que l'incidence augmente plus rapidement dans certains pays d'Europe centrale et de l'Est, où la maladie est moins fréquente. En outre, diverses études européennes ont suggéré que, en termes relatifs, l'augmentation la plus marquée était enregistrée chez les enfants plus jeunes.

Des preuves montrent également qu'une tendance similaire existe dans de nombreuses autres régions du monde. Toutefois, les données relatives à l'incidence en Afrique subsaharienne sont rares ou inexistantes. Des efforts particuliers doivent être déployés afin de collecter davantage de données, en particulier dans les pays où la condition risque de ne pas être diagnostiquée.

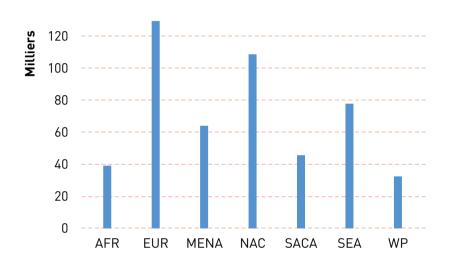
Selon les estimations, environ 79.100 enfants de moins de 15 ans développent le diabète de type 1 chaque année dans le monde. Selon les estimations, sur les 497.100 enfants atteints de diabète de type 1, 26 % vivent dans la région Europe, qui possède les estimations les plus fiables et les plus récentes de l'incidence, et 22 % dans la région Amérique du Nord et Caraïbes.

Le diabète de type 2 chez les jeunes

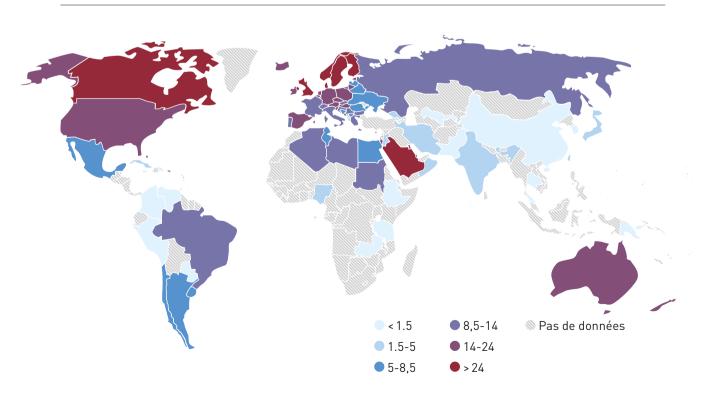
Des preuves montrent que le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents est en augmentation dans certains pays. Cependant, les données fiables sont rares. Comme dans le cas du diabète de type 1, de nombreux enfants atteints de diabète de type 2 risquent de développer des complications au début de l'âge adulte, qui constitueraient un lourd fardeau pour leur famille et la société. Étant donné que l'obésité et la sédentarité deviennent de plus en plus fréquentes parmi les jeunes dans de nombreux pays, le diabète de type 2 apparaissant pendant l'enfance pourrait devenir un problème mondial de santé publique aux lourdes conséquences. Il est urgent de disposer de plus amples informations sur cet aspect de l'épidémie de diabète.

EN BREF	2013
Population totale d'enfants (0-14 ans, milliards)	
DIABÈTE DE TYPE 1 CHEZ LES ENFANTS (0-14 ANS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	497,1
Nombre d'enfants par an (milliers)	79,1
Augmentation annuelle de l'incidence (%) ^{1,2}	3

Graphique 2.5 Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) atteints de diabète de type 1, par région de la FID, 2013



Carte 2.5 Nouveaux cas de diabète de type 1 (0-14 ans, par 100.000 enfants et par an), 2013



2.5 Hyperglycémie pendant la grossesse

La glycémie élevée, ou hyperglycémie, est un des problèmes de santé les plus fréquents pendant la grossesse. L'hyperglycémie pendant la grossesse peut être le résultat soit d'un diabète préexistant chez une femme enceinte, soit de l'apparition d'une résistance à l'insuline au cours de la grossesse, c'est-à-dire un diabète gestationnel. Contrairement au diabète préexistant chez la femme enceinte, le diabète gestationnel disparaît après l'accouchement. L'hyperglycémie pendant la grossesse est considérée (cf. encadré 6.1) comme un diabète préexistant ou comme un diabète gestationnel, selon la glycémie mesurée lors du dépistage.

Risques et complications

Toute hyperglycémie non gérée pendant la grossesse peut provoquer des complications lors de l'accouchement, à la fois chez la mère et l'enfant. Comme la prévalence de l'obésité et du diabète chez les femmes en âge de procréer ne cesse d'augmenter dans toutes les régions, la prévalence de l'hyperglycémie augmente aussi. En outre, les femmes qui développent un diabète gestationnel sont exposées à un risque accru de diabète de type 2 au cours de leur vie.² Les bébés nés d'une mère présentant une hyperglycémie pendant leur grossesse sont eux aussi exposés à un risque accru de développer le diabète de type 2 plus tard dans la vie.

Prévalence

Selon les estimations de la FID, en 2013, 21,4 millions d'enfants, soit 16,8 % des enfants nés vivants, ont une mère ayant développé une forme quelconque d'hyperglycémie durant leur grossesse. Selon les estimations, 16 % de ces cas étaient dus à un diabète préexistant à la grossesse et auraient dû être suivis attentivement pendant la grossesse et après l'accouchement.

Des différences régionales s'observent en ce qui concerne la prévalence (%) de l'hyperglycémie durant la grossesse : la région Asie du Sud-Est, avec 25,0 %, affiche la prévalence la plus élevée, contre 10,4 % dans la région Amérique du Nord et Caraïbes. Le chiffre ahurissant de 91,6 % de cas d'hyperglycémie durant la grossesse a été enregistré des pays à faible et moyen revenu, où l'accès aux soins maternels est souvent limité.

La prévalence de l'hyperglycémie durant la grossesse augmente rapidement avec l'âge et est la plus élevée chez les femmes de plus de 45 ans (47,7 %), bien que les grossesses soient moins nombreuses dans cette catégorie d'âge. Cela explique pourquoi 23 % seulement des cas d'hyperglycémie durant la grossesse à travers le monde concernent des femmes de plus de 35 ans, alors que le risque de développer ce trouble est supérieur chez ces femmes.

Estimation de la prévalence

Comme les méthodes et critères utilisés pour identifier les femmes atteintes d'hyperglycémie durant la grossesse sont très diversifiés, il est difficile de réaliser des comparaisons entre les études et d'estimer la prévalence.² Néanmoins, la publication récente d'une directive de l'Organisation mondiale de la santé relative au diagnostic de l'hyperglycémie pendant la grossesse contribuera à normaliser l'approche d'estimation de la prévalence.³

Des données relatives à l'hyperglycémie pendant la grossesse, provenant d'études, étaient disponibles pour 34 pays répartis à travers toutes les régions de la FID. Bien que chaque région soit représentée, la majorité des études a été réalisée dans des pays à revenu élevé. De plus amples informations sur les méthodes utilisées afin de générer les estimations sont disponibles sur le site www.idf.org/diabetesatlas.

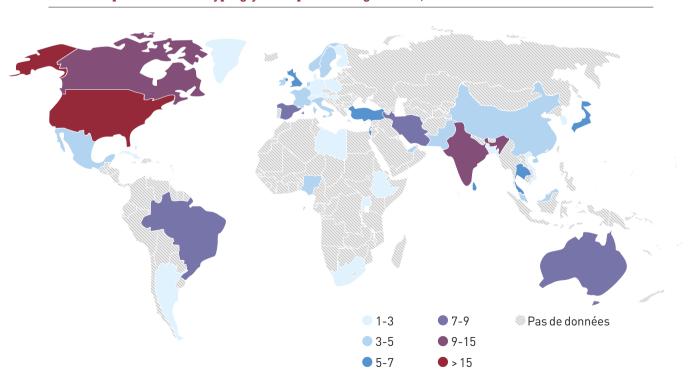
EN BREF	2013
Total des enfants nés vivants (20-49 ans, millions)	
HYPERGLYCÉMIE PENDANT LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES (20-40 ANS)	
Prévalence mondiale (%)	16,9
Prévalence comparative (%)	14,8
Nombre d'enfants nés vivants dont la mère a présenté une hyperglycémie pendant la grossesse (millions)	21,4
Part pouvant être due au diabète préexistant à la grossesse [%]	16,0

Tableau 2.5 Hyperglycémie pendant la grossesse (20-49 ans), par région de la FID, 2013

RÉGION DE LA FID	Cas chez les enfants nés vivants MILLIONS	Prévalence* %	Part de cas pouvant être due au diabète préexistant à la grossesse %
AFR	4,6	14,4	19,6
EUR	1,7	12,6	10,9
MENA	3,4	17,5	17,7
NAC	0,9	10,4	24,9
SACA	0,9	11,4	17,3
SEA	6,3	25,0	9,5
WP	3,7	11,9	14,1

^{*}Prévalence comparative

Carte 2.6 Sources de données fournissant des informations sur la prévalence de l'hyperglycémie pendant la grossesse, 2013



2.6 Mortalité

Le diabète et ses complications sont des causes majeures de mortalité précoce dans la plupart des pays. Les maladies cardiovasculaires (cf. chapitre 1) sont une des causes principales de décès parmi les personnes atteintes de diabète. Dans certaines populations, elles sont à l'origine de 50 % ou plus des décès dus au diabète. L'estimation du nombre de décès dus au diabète est complexe car, d'une part, plus d'un tiers des pays ne disposent pas de données relatives à la mortalité associée au diabète et. d'autre part, les statistiques sanitaires courantes existantes sous-estiment le nombre de décès dus au diabète. Afin d'évaluer la mortalité de manière plus réaliste, l'Atlas du Diabète de la FID s'est basée sur une approche de modélisation visant à estimer le nombre de décès pouvant être imputés au diabète.3

Le fardeau de la mortalité

Environ 5,1 millions de personnes âgées de 20 à 79 ans sont décédées du diabète en 2013, soit 8,4 % de la mortalité mondiale, toutes causes confondues, pour cette catégorie d'âge. Ce nombre de décès estimé est d'une ampleur similaire au nombre cumulé de décès dus à diverses maladies infectieuses graves considérées comme des priorités majeures de santé publique [*] et équivaut à un décès toutes les six secondes. Près de la moitié (48 %) des personnes décédées du diabète avaient moins de 60 ans. Le plus grand nombre de décès dus au diabète est observé dans les pays où les personnes atteintes de diabète sont les plus nombreuses : Chine, Inde, États-Unis et Fédération de Russie.

Répartition selon le sexe

Il existe peu de différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le nombre total de décès dus au diabète. Toutefois, des différences importantes sont observées dans la répartition de ces décès.

Dans toutes les régions, à l'exception du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ainsi que du Pacifique occidental, le diabète est à l'origine d'une plus grande proportion de décès chez les femmes que chez les hommes et est à l'origine d'un quart de l'ensemble des décès chez les femmes d'âge moyen. Cette disparité est probablement due au taux supérieur de mortalité imputable à d'autres causes chez les hommes.

Tendance

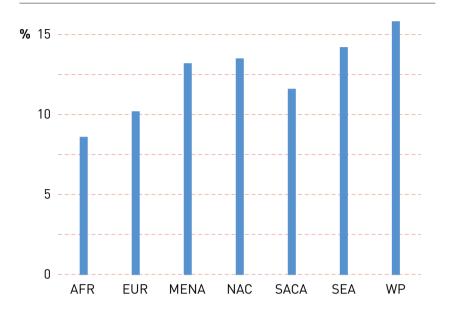
Le nombre de décès imputables au diabète en 2013 est supérieur de 11 % aux estimations de 2011. 1.2 Cette augmentation est en grande partie due à la hausse du nombre de décès dus à cette condition dans les régions Afrique, Pacifique occidental et Moyen-Orient et Afrique du Nord. Cette situation peut s'expliquer en partie par une augmentation de la prévalence du diabète dans certains pays densément peuplés de chacune de ces régions. Alors qu'une baisse de la mortalité due à diverses MNT a été documentée dans certains pays, 3 une telle diminution n'a pas été rapportée pour le diabète.

Précision des données relatives à la mortalité

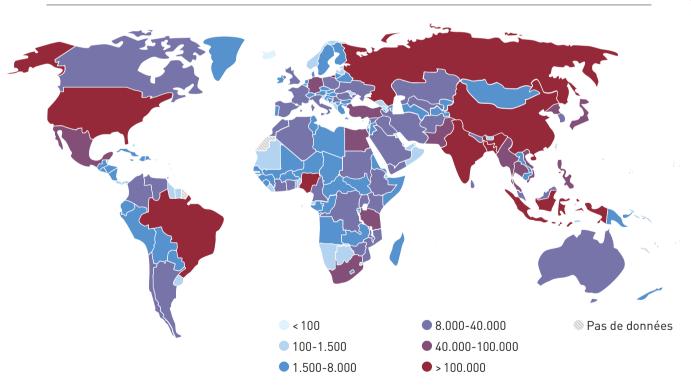
Les estimations relatives à la mortalité doivent être interprétées avec prudence. Néanmoins, elles sont probablement plus réalistes que les estimations basées sur les sources courantes des statistiques sanitaires, qui sous-estiment invariablement le poids de la mortalité due au diabète, en grande partie parce que le diabète n'est généralement pas mentionné comme cause de la mort sur le certificat de décès. Une part considérable de ces décès pourrait être évitée grâce à des actions de santé publique axées sur la prévention du diabète et de ses complications, menées au sein de la population, et à l'amélioration des soins de toutes les personnes atteintes de diabète.⁴

^{*} En 2009, 1,8 million de personnes sont décédées du VIH/SIDA⁵, 781 000 du paludisme⁶ et 1,3 million de la tuberculose.⁷

Graphique 2.6 Décès imputables au diabète, par rapport au nombre total de décès (20-79 ans), par région de la FID, 2013



Carte 2.7 Décès imputables au diabète (20-79 ans), 2013



2.7 Dépenses de santé

Le diabète fait peser un lourd fardeau économique sur les personnes qui en sont atteintes et sur leur famille, mais aussi sur les systèmes nationaux de santé et sur les pays. En 2013, les dépenses de santé dues au diabète représentaient 10,8 % des dépenses de santé totales à travers le monde. Environ 90 % des pays traités dans ce rapport ont consacré de 5 à 18 % de leurs dépenses de santé totales au diabète. Les dépenses de santé englobent les dépenses médicales dues au diabète consenties par les systèmes de santé ainsi que par les personnes atteintes de diabète et leur famille.

Dépenses de santé mondiales

Les dépenses de santé mondiales destinées à traiter le diabète et à prévenir ses complications ont atteint au moins 548 milliards USD en 2013. En 2035, selon les projections, ce chiffre devrait dépasser 627 milliards USD. Exprimées en dollars internationaux (DI), qui corrigent les différences de pouvoir d'achat, les dépenses de santé mondiales dues au diabète sont estimées à au moins 581 milliards DI en 2013 et 678 milliards DI en 2035. D'après les estimations, 1.437 USD (1.522 DI) en moyenne ont été dépensés par personne atteinte du diabète à travers le monde pour le traitement et la gestion de cette maladie en 2013.

Les dépenses de santé dues au diabète ne sont pas réparties de manière uniforme entre les catégories d'âge et entre les sexes. Les estimations montrent que 75 % des dépenses de santé mondiales dues au diabète en 2013 concernaient les personnes âgées de 50 à 79 ans.

Disparités dans les dépenses de santé

Il existe une grande disparité entre les régions et les pays en ce qui concerne les dépenses de santé dues au diabète. Seulement 20 % des dépenses de santé mondiales dues au diabète ont été consenties dans des pays à faible et moyen revenu, où vivent 80 % des personnes atteintes de diabète. Selon les estimations, les dépenses en soins de santé dues au diabète étaient en moyenne de 5.621 USD (5.305 DI) par personne atteinte de diabète dans les pays à revenu élevé, contre 356 USD (545 DI) dans les pays à faible et moyen revenu.

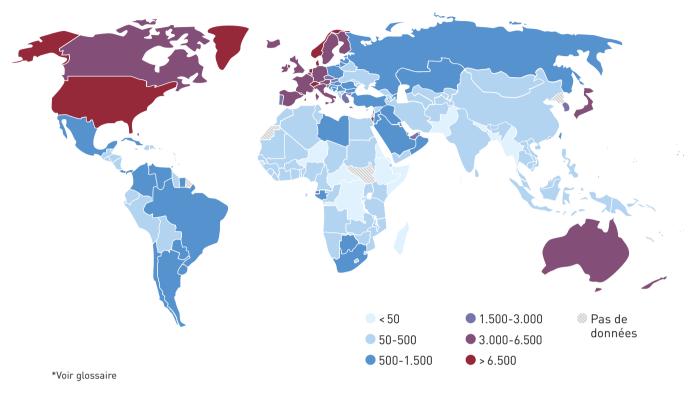
Les États-Unis ont consacré 239 milliards USD de leurs dépenses de santé au diabète, soit 36 % des dépenses de santé mondiales. En revanche, la Chine, pays où vit la majorité des personnes atteintes de diabète, n'a dépensé que 38 milliards USD pour cette maladie, soit moins de 7 % du total mondial. Les dépenses cumulées des trois premiers pays, à savoir les États-Unis, l'Allemagne et le Japon, représentaient plus de la moitié du total des dépenses de santé mondiales consacrées au diabète en 2013. De même, la Norvège a investi en moyenne 10.368 USD pour le diabète, par personne atteinte du diabète, alors que des pays comme la République centrafricaine, la Somalie et l'Érythrée lui ont consacré moins de 30 USD.

Le fardeau économique

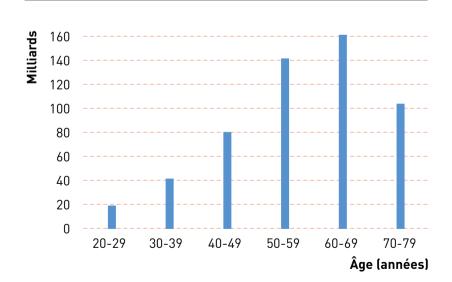
Par rapport aux personnes vivant dans des pays à revenu élevé, les personnes habitant dans des pays à faible et moyen revenu paient de leur poche une plus grande part des dépenses de santé en raison de l'absence d'assurance santé et de services médicaux publics. En Amérique latine, par exemple, les familles paient de leur poche entre 40 % et 60 % des dépenses médicales.¹ Dans certains des pays les plus pauvres, les personnes atteintes de diabète et leur famille supportent la quasi-totalité du coût des soins médicaux.

La mise en place de mesures peu coûteuses et simples permettrait de réduire le lourd fardeau économique du diabète. Beaucoup de ces mesures sont rentables et/ ou économiques, même dans les pays en développement.² Néanmoins, elles restent peu utilisées.

Carte 2.8 Dépenses de santé moyennes liées au diabète, par personne atteinte de diabète (20-79 ans) (USD), R=2*, 2013



Graphique 2.7 Dépenses de santé dues au diabète, selon l'âge (USD, R=2), 2013







Aperçus régionaux

i/10

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 1 adulte sur 10 est atteint de diabète.

En Asie du Sud-Est, la moitié des cas de diabète n'est pas diagnostiquée.



Les dépenses de santé consacrées au diabète étaient plus élevées en Amérique du Nord et aux Caraïbes que dans toute autre région.



En Amérique centrale et du Sud, le nombre de personnes atteintes de diabète augmentera de 60 % d'ici 2035.

L'Europe a la prévalence la plus élevée D'ENFANTS ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 1.

En Afrique, 76 % des personnes décédées du diabète avaient moins de 60 ans.

Dans le Pacifique occidental,

138 millions d'adultes
sont atteints de diabète,
soit le nombre le plus élevé
parmi toutes les régions.



Perspective mondiale

La majorité des personnes atteintes de diabète vit dans les régions les moins développées de la planète sur le plan économique. Même en Afrique, la région où la prévalence est la plus faible, le nombre de décès dus au diabète en 2013 est estimé à environ 522 600. Les différences de réaction à l'épidémie à travers le monde sont immenses : bien que 80 % des personnes atteintes de diabète vivent dans des pays à faible et moyen revenu, seuls 20 % des dépenses de santé mondiales consacrées à cette maladie ont été réalisées dans ces pays.

Une vue d'ensemble mondiale de l'épidémie est essentielle afin de comprendre les véritables dimensions du fardeau du diabète et ses conséquences. Ce chapitre présente un aperçu de chacune des sept régions de la FID : Afrique (AFR), Europe (EUR), Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA), Amérique du Nord et Caraïbes (NAC), Amérique centrale et du Sud (SACA), Asie du Sud-Est (SEA) et Pacifique occidental (WP). Chaque région se caractérise par de grandes différences en termes géographiques et socioéconomiques, mais aussi en ce qui concerne la prévalence du diabète, les décès liés à cette maladie et les dépenses de santé.

Prévalence du diabète et de l'intolérance au glucose

Pas moins de 138 millions de personnes atteintes de diabète vivent dans la région Pacifique occidental, soit plus que dans toute autre région de la FID. L'Afrique compte 19,8 millions de personnes atteintes de diabète, soit la population la plus petite par rapport aux autres régions, bien que selon les projections, ce nombre devrait plus que doubler d'ici 2035. La région

Moyen-Orient et Afrique du Nord a la prévalence la plus élevée en termes d'adultes atteints de diabète (10,9 %). Elle est suivie de près par les 9,6 % de la région Amérique du Nord et Caraïbes, tandis que 8,2 % des adultes de la région Amérique centrale et du Sud sont atteints de diabète (tableau 3.0).

Le tableau est similaire en ce qui concerne l'intolérance au glucose. Selon les estimations, avec un chiffre de 110 millions environ, la région Pacifique occidental abrite le plus grand nombre de personnes présentant une intolérance au glucose et, par conséquent, un risque élevé de développer le diabète de type 2, bien que la région Amérique du Nord et Caraïbes affiche la prévalence comparative la plus élevée, avec 12,1 % de la population adulte atteinte. À travers le monde, la prévalence de l'intolérance au glucose est inférieure à celle du diabète, mais si l'intolérance au glucose n'est pas traitée de manière précoce, elle risque d'évoluer vers le diabète.

Décès dus au diabète

La mortalité imputable au diabète varie de 8,6 % de tous les décès d'adultes âgés entre 20 et 79 ans dans la région Afrique à presque 15,8 % dans la région Pacifique occidental. Au moins la moitié de toutes les personnes décédées du diabète avait moins de 60 ans. Le diabète est une cause majeure de mortalité à travers le monde. Dès lors, des investissements dans la réduction de ce fardeau sont justifiés et nécessaires.

Dépenses de santé

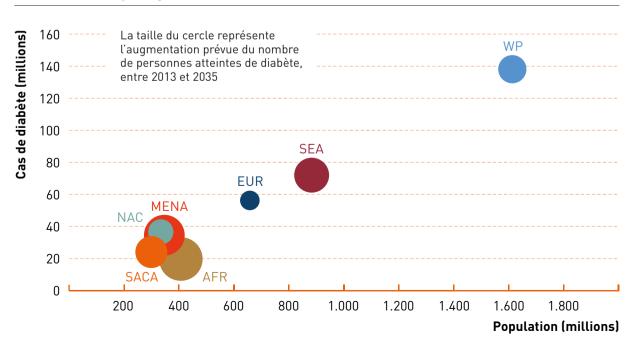
Des disparités entre les régions sont clairement visibles dans les dépenses de santé liées au diabète. Selon les estimations, la région Amérique du Nord et Caraïbes a dépensé 263 milliards USD, soit 48 % des dépenses de santé mondiales consacrées au diabète. L'Europe a quant à elle dépensé 147 milliards USD. Les dépenses de santé liées au diabète de ces deux régions étaient supérieures aux dépenses cumulées

des autres régions. La région Pacifique occidental n'a dépensé que 88 milliards USD, alors qu'elle abrite le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète. Les régions Amérique centrale et du Sud ainsi que Moyen-Orient et Afrique du Nord ont chacune consacré moins de 5 % de leurs dépenses de santé totales au diabète tandis que les régions Asie du Sud-Est et Afrique ont dépensé moins de 1 %.

Tableau 3.0 Estimations régionales du diabète (20-79 ans), 2013 et 2035

		2013			2035		
RÉGION DE LA FID	Population MILLIONS	Nombre de personnes atteintes de diabète MILLIONS	Prévalence comparative du diabète %	Population MILLIONS	Nombre de personnes atteintes de diabète MILLIONS	Prévalence comparative du diabète %	Augmentation du nombre de personnes atteintes de diabète %
AFR	407,9	19,8	5,7	775,5	41,5	6,0	109,6
EUR	658,7	56,3	6,8	668,7	68,9	7,1	22,4
MENA	374,5	34,6	10,9	583,7	67,9	11,3	96,2
NAC	334,9	36,8	9,6	404,5	50,4	9,9	37,3
SACA	300,5	24,1	8,2	394,2	38,5	8,2	59,8
SEA	883,2	72,1	8,7	1.216,9	123,0	9,4	70,6
WP	1.613,2	138,2	8,1	1.818,2	201,8	8,4	46,0
Monde	4.572,9	381,8	8,3	5.861,8	591,9	8,8	55,0

Graphique 3.0 Nombre de personnes atteintes de diabète, par population (20-79 ans) et par région de la FID, 2013



3.1 Afrique

Depuis des générations, le paysage des soins de santé en Afrique subsaharienne est dominé par la pauvreté et les maladies infectieuses telles que le paludisme et le VIH/SIDA. Face à l'évolution des modes de vie dans les centres urbains tentaculaires et, de plus en plus, dans les zones rurales, l'obésité et le diabète sont devenus une nouvelle priorité sanitaire dans cette région. Aujourd'hui, les estimations de la prévalence du diabète selon l'âge dans les villes africaines sont souvent égales ou supérieures à celles des pays à revenu élevé. À mesure que l'urbanisation s'intensifie et que les populations vieillissent, la menace du diabète de type 2 ne cessera de grandir. La région Afrique, par exemple, a la plus grande proportion de cas de diabète non diagnostiqués, à savoir au moins 63 %. Selon les estimations, 522.600 personnes sont décédées d'une affection liée au diabète dans cette région en 2013, soit 8,6 % des décès toutes affections confondues. Les investissements, la recherche et les systèmes de santé sont lents à réagir à ce fardeau. Par ailleurs, les actions restent majoritairement centrées sur les maladies infectieuses. La région Afrique représente moins de 1 % des dépenses de santé mondiales consacrées au diabète.

Prévalence

Selon les estimations, 19,8 millions d'adultes de la région Afrique sont actuellement atteints de diabète. soit une prévalence de 4,9 % pour la région. Les différences de prévalence (%) entre les pays traduisent les transitions socioéconomiques et démographiques rapides auxquelles les communautés doivent faire face à travers la région. La prévalence la plus élevée du diabète dans la région Afrique est observée sur l'île de la Réunion (15,4 %), suivie par les Seychelles (12,1 %), le Gabon (10,7 %) et le Zimbabwe (9,7 %). Certains des pays les plus peuplés d'Afrique comptent le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète, dont le Nigeria (3,9 millions), l'Afrique du Sud (2,6 millions), l'Éthiopie (1,9 million) et la République unie de Tanzanie (1,7 million). Plus de la moitié des personnes atteintes de diabète dans la région vit dans quatre de ces pays très peuplés.

Souvent, le diabète de type 1 n'est pas diagnostiqué chez les enfants vivant dans cette région. Et lorsque la maladie est diagnostiquée à temps, peu d'enfants qui en sont atteints ont les moyens de se procurer de l'insuline, des seringues et du matériel de surveillance, de sorte qu'ils décèdent. Ces morts prématurées évitables sont un élément clé de la faible prévalence du diabète de type 1 observée dans la région Afrique.

Mortalité

Bien que 8,6 % seulement de tous les décès survenant dans la région Afrique puissent être attribués au diabète, 76,4 % de ces décès ont concerné des personnes de moins de 60 ans en 2013. En outre, le nombre de femmes décédées du diabète était supérieur de plus de 50 % au nombre d'hommes décédés de cette maladie, en partie parce que les hommes sont plus susceptibles de mourir d'autres causes, telles qu'un conflit armé, et parce que dans de nombreux cas, les femmes ont un accès limité aux soins de santé.

Dépenses de santé

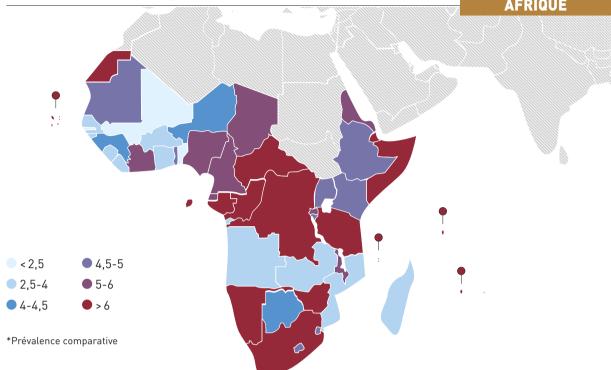
Selon les estimations relatives à la région Afrique, au moins 4 milliards USD ont été consacrés aux soins de santé liés au diabète en 2013 ; ces dépenses devraient augmenter de 58 % environ d'ici 2035. Selon les projections, la prévalence du diabète devrait presque doubler au cours de la même période. Étant donné que parmi toutes les régions de la FID, l'Afrique est celle où les dépenses de santé consacrées au diabète sont les plus faibles, une multiplication par deux de la prévalence du diabète sans augmentation correspondante des dépenses aura indéniablement un impact très négatif sur le taux de complications et de décès parmi les personnes atteintes de diabète en Afrique.

Sources de données

Le nombre de sources de données relatives à la prévalence du diabète chez les adultes dans la région Afrique a considérablement augmenté au cours des dernières années. Pour cette édition de l'Atlas du Diabète de la FID, 69 sources provenant de 29 pays ont été examinées et un total de 21 sources provenant de 19 pays ont été retenues. Toutefois, les données permettant d'estimer le nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 restent très rares. D'autres études épidémiologiques et une amélioration des systèmes de collecte des données dans la région s'imposent d'urgence, comme en témoigne notamment la proportion élevée de cas de diabète non diagnostiqués et découverts uniquement lors d'un dépistage.

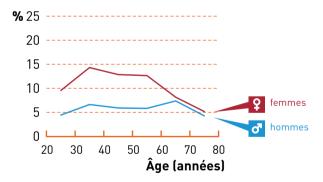


RÉGION **AFRIQUE**

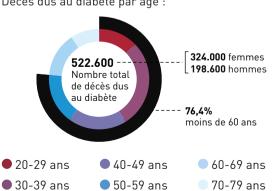


Graphique 3.1 Décès dus au diabète (20-70 ans), région Afrique, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Afrique, 2013



Décès dus au diabète par âge :



EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	888	1.511
Population adulte (20-79 ans, millions)	408	776
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	4,8	5,3
Prévalence comparative (%)*	5,7	6,0
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	19,8	41,5
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	7,3	8,5
Prévalence comparative (%)*	8,3	9,3
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	29,7	66,0
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	NS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	39,1	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	6,4	-
DÉPENSES DE SANTÉ CONS AU DIABÈTE (20-79 ANS, US		5
Dépenses de santé totales, R=2* (milliards)	4,0	6,4

^{*}Voir glossaire

3.2 Europe

Les 56 pays et territoires de la région Europe rassemblent des populations diverses, avec des niveaux de richesse différents. Le produit intérieur brut (PIB) varie de plus de 89 000 USD par habitant au Liechtenstein à moins de 8 500 USD dans plusieurs pays d'Europe de l'Est.¹

Le vieillissement de la population dans la région exposera davantage de personnes au risque de développer le diabète et, par conséquent, alourdira le fardeau financier pesant sur les systèmes de santé.

Prévalence

Selon les estimations, en 2035, le nombre de personnes atteintes de diabète dans cette vaste région devrait s'élever à 56,3 millions, soit 8,5 % de la population adulte. La prévalence la plus élevée (14,8 %) est observée en Turquie, tandis que la Fédération de Russie compte le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète (10,9 millions). En Azerbaïdjan, en revanche, la prévalence du diabète n'est que de 2,4 %, selon les estimations. Après la Turquie, les pays où la prévalence (%) est la plus élevée sont le Monténégro (10,1 %), la Macédoine (10,0 %), la Serbie (9,9 %) et la Bosnie-Herzégovine (9,7 %). Les pays où les personnes atteintes de diabète sont les plus nombreuses se trouvent pour la plupart en Europe occidentale, notamment en Allemagne, en Espagne, en Italie, en France et au Royaume-Uni.

L'âge est un facteur de risque important du diabète de type 2. Dans la région Europe, 37 % de la population ont plus de 50 ans ; ce taux devrait dépasser 44 % d'ici 2035. La prévalence élevée du diabète de type 2 et de l'intolérance au glucose est dans une large mesure une conséquence du vieillissement de la population de cette région.

L'Europe abrite le plus grand nombre d'enfants atteints de diabète de type 1, par rapport aux autres régions de la FID, à savoir environ 129.300. La région a également un des taux d'incidence les plus élevés de diabète de type 1 chez les enfants, avec 20.000 nouveaux cas par an. Les pays qui interviennent le plus dans le chiffre du diabète de type 1 chez les jeunes sont le Royaume-Uni, la Fédération de Russie et l'Allemagne.

Mortalité

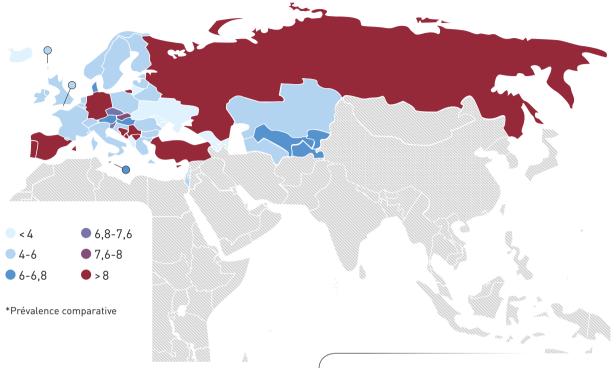
Parmi les adultes, un décès sur dix dans la région Europe peut être attribué au diabète, soit 619 000 en 2013. La vaste majorité (90 %) de ces personnes avait plus de 50 ans, ce qui reflète en partie la pyramide des âges, mais peut aussi être imputé à une amélioration du taux de survie due à des systèmes de soins plus réactifs. Le nombre de décès dus au diabète est légèrement plus élevé chez les femmes (329.000) que chez les hommes (289.000).

Dépenses de santé

Selon les estimations, au moins 147 milliards USD ont été dépensés pour les soins du diabète dans la région Europe en 2013, soit plus d'un quart des dépenses de santé mondiales consacrées au diabète. Au même titre qu'il existe d'importantes variations dans la prévalence du diabète à travers la région, les dépenses moyennes en soins de santé liés au diabète varient elles aussi considérablement, de 10.368 USD par personne atteinte de diabète en Norvège à seulement 87 USD par personne atteinte de diabète au Tadjikistan.

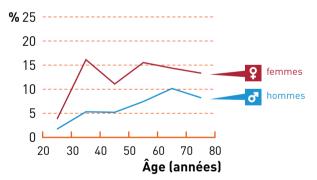
Sources de données

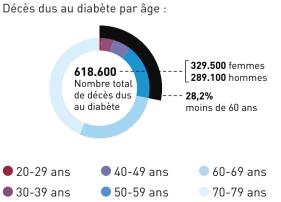
Au total, 49 sources de données issues de 35 des 56 pays ont été utilisées afin de générer des estimations relatives au diabète dans la région et 16 pour produire des estimations relatives à l'intolérance au glucose. Fait étonnant, de nombreux pays parmi les plus riches de la région ne disposent pas de données basées sur la population faisant appel à un dépistage à l'aide d'un test oral de tolérance au glucose ou d'une mesure de la glycémie à jeun. La région possède de loin les données les plus complètes et les plus fiables en ce qui concerne le diabète de type 1 chez les enfants. De nombreux pays disposent de registres nationaux ou couvrant plusieurs parties de leur territoire.



Graphique 3.2 Décès dus au diabète (20-70 ans), région Europe, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Europe, 2013





EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	907	928
Population adulte (20-79 ans, millions)	659	669
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	8,5	10,3
Prévalence comparative (%)*	6,8	7,1
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	56,3	68,9
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	9,2	11,0
Prévalence comparative (%)*	8,1	8,9
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	60,6	73,7
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	NS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	129,4	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	20,0	-
DÉPENSES DE SANTÉ CON AU DIABÈTE (20-79 ANS, US		S
Dépenses de santé totales, R=2* (milliards)	147,2	158,6

^{*}Voir glossaire

3.3 Moyen-Orient et Afrique du Nord

Trois des dix pays au monde où la prévalence (%) du diabète est la plus élevée se trouvent dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord : l'Arabie saoudite, le Koweït et le Qatar. La région enregistre la prévalence comparative la plus élevée (10,9 %) en ce qui concerne le diabète. La croissance économique rapide associée au vieillissement de la population a entraîné une hausse spectaculaire de la prévalence du diabète de type 2.

Au cours des trois dernières décennies, des changements sociaux et économiques majeurs, tels que l'urbanisation rapide, la réduction de la mortalité infantile et l'augmentation de l'espérance de vie, ont transformé de nombreux pays de la région. Cette mutation impressionnante, en particulier dans les États très riches du Golfe, a engendré d'innombrables transformations néfastes du comportement et du mode de vie, associées à une alimentation de mauvaise qualité et à une diminution de l'activité physique entraînant une progression de l'obésité. Le tabagisme, qui est un facteur de risque des complications du diabète, demeure un problème grave, qui ne cesse de prendre de l'ampleur.^{1,2}

Prévalence

Selon nos dernières estimations en date, 34,6 millions de personnes, soit 9,2 % de la population adulte, sont atteintes de diabète. Ce chiffre devrait pratiquement doubler d'ici 2035 et passer ainsi à 67,9 millions. L'explosion du diabète dans la région est essentiellement imputable au diabète de type 2. Il est inquiétant de constater que la prévalence (%) parmi les catégories d'âge plus jeunes de la population dans la région est considérablement plus élevée que la moyenne mondiale. En outre, selon les estimations, 25,2 millions de personnes, soit 6,7 % de la population, présentent une intolérance au glucose et sont donc exposées à un risque élevé de développer le diabète. Ce chiffre devrait aussi pratiquement doubler d'ici 2035.

L'Arabie saoudite abrite 14.900 enfants atteints de diabète de type 1, de loin le nombre le plus élevé de la région et environ un quart du total de 64.000 pour la région.

Mortalité

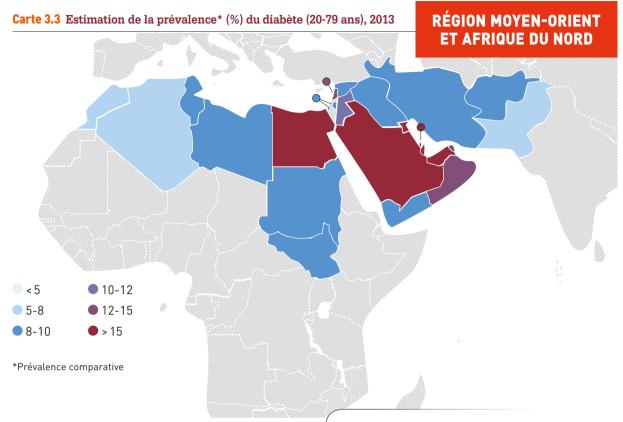
Le diabète tue plus de 10 % des adultes de la région, ce qui représente 368.000 décès en 2013, répartis de manière inégale entre hommes (146.000) et femmes (222.000). Près de la moitié de toutes les personnes décédées du diabète dans la région avait moins de 60 ans. Ces morts précoces peuvent être le résultat d'une combinaison de facteurs : environnements et modes de vie en mutation rapide dans la région, diagnostics tardifs et systèmes de santé qui ne sont pas en mesure de supporter la charge croissante du diabète.

Dépenses de santé

En dépit de l'augmentation fulgurante de la prévalence du diabète prévue dans la région, seuls 13,6 milliards USD ont été consacrés aux soins du diabète en 2013. Les dépenses de santé consacrées au diabète dans la région ne représentaient que 2,5 % des dépenses mondiales liées à cette maladie. Ce chiffre devrait pratiquement doubler d'ici 2035, mais cette augmentation ne suffira probablement pas pour ralentir la progression rapide de l'épidémie.

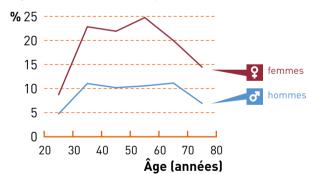
Sources de données

Au total, 28 sources provenant de 13 pays ont été utilisées afin d'estimer la prévalence du diabète parmi les adultes dans la région. Des données fiables relatives au diabète de type 1 étaient également disponibles dans plusieurs pays. La région Moven-Orient et Afrique du Nord pose un défi particulier en ce qui concerne l'estimation de la prévalence du diabète car une grande partie de la population de nombreux pays est composée de migrants. Par conséquent, les études qui portent uniquement sur les ressortissants nationaux d'un pays ne contribuent que dans une faible mesure au tableau général du diabète pour l'ensemble du pays. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que dans beaucoup de ces pays, la prévalence (%) du diabète est encore plus élevée parmi les ressortissants nationaux que pour le pays dans son ensemble.

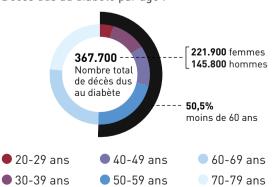


Graphique 3.3 Décès dus au diabète (20-70 ans), région Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2013



Décès dus au diabète par âge :



EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	656	896
Population adulte (20-79 ans, millions)	375	584
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	9,2	11,6
Prévalence comparative (%)*	10,9	11,3
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)		67,9
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	6,7	7,5
Prévalence comparative (%)*	7,5	7,4
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	25,2	44,0
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	ANS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	64,0	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	10,7	-
DÉPENSES DE SANTÉ CON AU DIABÈTE (20-79 ANS, U		S
Dépenses de santé totales, R=2* (milliards)	13,6	24,7

^{*}Voir glossaire

3.4 Amérique du Nord et Caraïbes

Avec 10,7 % de la population adulte touchée, la région Amérique du Nord et Caraïbes occupe la deuxième place du classement en termes de prévalence comparative du diabète. La plupart de la population de la région vit aux États-Unis, au Mexique et au Canada, pays qui abritent également la vaste majorité des personnes atteintes de diabète. Toutefois, la prévalence (%) du diabète parmi les adultes vivant dans les îles des Caraïbes est généralement élevée et invariablement supérieure à la moyenne mondiale.

Prévalence

Selon les estimations, 36,8 millions de personnes atteintes de diabète vivent dans la région. D'ici 2035, ce chiffre devrait avoir augmenté de près de la moitié et atteindre 50,4 millions. Le Belize (15,9 %), le Guyana (15,9 %), Curaçao (14,5 %) et la Martinique (14,3 %) ont la prévalence (%) du diabète la plus élevée. Les États-Unis, avec 24,4 millions, abritent quant à eux le plus grand nombre de personnes atteintes de diabète, devant le Mexique, le Canada et Haïti. En outre, 44,2 millions de personnes, soit 13,2 % des adultes de la région, présentent une intolérance au glucose qui les expose à un risque élevé de développer le diabète de type 2. Ce chiffre devrait atteindre 58,8 millions d'ici 2035.

Une large part du fardeau du diabète et de l'intolérance au glucose aux États-Unis et au Canada peut être imputée au vieillissement de la population. Actuellement, 39 % de la population de la région ont plus de 50 ans ; ce chiffre devrait passer à 44 % d'ici 2035. En revanche, seuls 27 % de la population du Mexique et 29 % de la population des pays des Caraïbes sont âgés de 50 ans ou plus. Toutefois, la part de personnes de plus de 50 ans dans ces pays devrait passer respectivement à 39 % et 34 % d'ici 2035.

Selon les estimations, 108 600 enfants sont atteints de diabète de type 1 dans la région. Selon les estimations, les États-Unis représentent presque 80 % du nombre total de nouveaux cas de diabète de type 1 chez les enfants et sont suivis par le Canada.

Mortalité

Le diabète était responsable de 13,5 % de l'ensemble des décès parmi les adultes de la région et a entraîné la mort de 293 000 personnes. Plus d'hommes (150.000) que de femmes (143.000) sont décédés de causes liées au diabète en 2013 dans la région. Près de deux tiers (62 %) de l'ensemble des personnes décédées du diabète avaient plus de 60 ans. Aux États-Unis, plus de 192.000 personnes sont décédées du diabète, un des chiffres les plus élevés au monde en termes de décès dus au diabète.

Dépenses de santé

Selon les estimations, les dépenses de santé consacrées au diabète dans la région représentent près de la moitié (42 %) des dépenses de santé mondiales liées au diabète. Les États-Unis représentent à eux seuls la majeure partie des 263 milliards USD dépensés dans la région en 2013. À l'exception des États-Unis (9.800 USD) et du Canada (6.177 USD), les dépenses moyennes liées au diabète par personne étaient faibles dans pratiquement tous les pays de la région. La majorité des îles des Caraïbes a dépensé moins de 1.000 USD par personne atteinte du diabète, tandis qu'Haïti n'a dépensé que 92 USD. Les dépenses de santé consacrées au diabète devraient augmenter de 20 % d'ici 2035, soit la plus petite augmentation de toutes les régions.

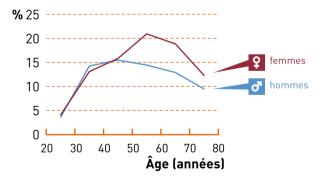
Sources de données

Les estimations relatives au diabète chez les adultes proviennent de 14 sources de données dans la région, représentant 12 des 27 pays. De vastes systèmes nationaux de collecte des données aux États-Unis et au Canada fournissent des informations représentatives sur le nombre de personnes atteintes de diabète. Aucune source de données similaire n'est toutefois disponible dans les Caraïbes, ce qui rend les estimations plus incertaines et plus variables en ce qui concerne ces pays.

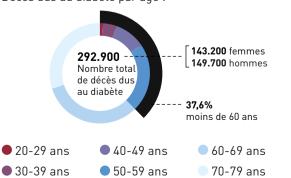


Décès dus au diabète (20-70 ans), **Graphique 3.4** région Amérique du Nord et Caraïbes, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Amérique du Nord et Caraïbes, 2013



Décès dus au diabète par âge :



EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	496	586
Population adulte (20-79 ans, millions)	335	405
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	11,0	12,5
Prévalence comparative (%)*	9,6	9,9
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	36,7	50,4
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	13,2	14,5
Prévalence comparative (%)*	12,1	12,4
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	44,2	58,8
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	NS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	108,6	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	16,7	-
DÉPENSES DE SANTÉ CON AU DIABÈTE (20-79 ANS, US		S
Dépenses de santé totales,	263.1	295.8

^{*}Voir glossaire

R=2* (milliards)

295,8

263,1

3.5 Amérique centrale et du Sud

La région Amérique centrale et du Sud compte 20 pays et territoires, tous en pleine transition économique. Tous les pays et territoires de la région ont une pyramide des âges semblable, avec environ 14 % de la population âgée de plus de 50 ans, selon les estimations. Ce pourcentage devrait atteindre 25 % d'ici 2035. Les catégories plus jeunes de la population sont sensiblement mieux représentées dans la région que dans la plupart des pays d'Amérique du Nord. À mesure que l'urbanisation se poursuit et que les populations vieillissent, le diabète deviendra une priorité de santé publique toujours plus importante dans la région.

Prévalence

Selon les estimations, 24,1 millions de personnes, soit 8,0 % de la population adulte, sont atteintes de diabète. D'ici 2035, ce chiffre devrait augmenter de près de 60 %, pour atteindre presque 38,5 millions. En outre, les estimations actuelles indiquent que 22,4 millions de personnes, soit 7,4 % de la population adulte, présentent une intolérance au glucose. Le Brésil abrite le nombre le plus élevé de personnes atteintes de diabète (11,9 millions), suivi par la Colombie (2,1 millions), l'Argentine (1,6 million) et le Chili (1,3 million). Porto Rico enregistre la prévalence la plus élevée de diabète chez les adultes (13,0 %), devant le Nicaragua (12,4 %), la République dominicaine (11,3 %) et le Guatemala (10,9 %).

Selon les estimations, 7.300 enfants ont développé le diabète de type 1 en 2013. Dans l'ensemble de la région, 45.600 enfants de moins de 15 ans sont atteints de diabète de type 1. La majorité d'entre eux, soit 31.100 enfants selon les estimations, vivent au Brésil.

Mortalité

En 2013, 226.000 adultes sont décédés du diabète, soit 11,6 % du nombre total de décès dans la région. Plus de la moitié (56 %) de ces décès concernaient des personnes âgées de plus de 60 ans, et davantage d'hommes (121 000) que de femmes (105 000). Le Brésil a enregistré de loin le plus grand nombre de décès, à savoir 122 000, soit la moitié du nombre total de décès dus au diabète dans la région.

Dépenses de santé

Selon les estimations, les dépenses de santé liées au diabète dans la région s'élèvent à 26,2 milliards USD, ce qui correspond à 4,8 % du total mondial. Ce chiffre devrait atteindre 34,8 milliards USD d'ici 2035. La région consacre environ 13 % de son budget total de soins de santé aux adultes atteints de diabète.

Sources de données

De nouvelles études portant sur le diabète dans la région, réalisées parmi la population, ont été publiées au cours des dernières années et ont contribué de manière notable à l'amélioration des estimations. Par conséquent, 16 sources provenant de 14 pays ont été utilisées afin d'estimer la prévalence du diabète. Toutefois, il existe peu de sources en ce qui concerne le nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 dans la région.

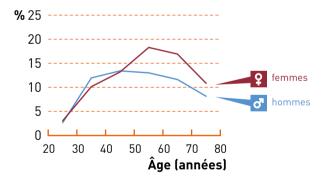


RÉGION AMÉRIQUE

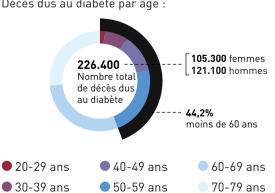


Graphique 3.5 Décès dus au diabète, Région Amérique centrale et du Sud, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Amérique centrale et du Sud, 2013



Décès dus au diabète par âge :



EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	475	568
Population adulte (20-79 ans, millions)	301	394
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	8,0	9,8
Prévalence comparative (%)*	8,2	8,2
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	24,1	38,5
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	7,4	6,5
Prévalence comparative (%)*	7,5	5,7
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	22,4	25,5
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	NS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	45,6	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	7,3	-
DÉPENSES DE SANTÉ CON AU DIABÈTE (20-79 ANS, US		S
Dépenses de santé totales,	26.2	34.8

*Voir glossaire

R=2* (milliards)

34,8

26,2

3.6 Asie du Sud-Est

Bien que la région Asie du Sud-Est ne compte que sept pays, elle est une des plus peuplées. Les adultes vivant en Inde représentent à eux seuls 86 % de la population totale de la région, à savoir 883 millions. Le PIB par habitant présente des variations importantes selon le pays : l'île Maurice a le plus élevé, avec 15.800 USD, et le Népal, le plus bas, avec 1.300 USD. L'Inde connaît actuellement un taux de croissance économique rapide, derrière la Chine.

Prévalence

Près d'un cinquième de l'ensemble des adultes atteints de diabète dans le monde vit dans la région Asie du Sud-Est. Selon les estimations actuelles. 8,2 % de la population adulte, soit 72,1 millions de personnes, sont atteints de diabète. Parmi celles-ci, 65,1 millions vivent en Inde. Le nombre de personnes atteintes de diabète dans la région sera de 123 millions en 2035, soit 10,1 % de la population adulte. En outre, 24,3 millions de personnes présentent une intolérance au glucose; d'ici 2035, elles seront 38,8 millions. L'île Maurice affiche la prévalence du diabète la plus élevée parmi les adultes dans la région (14,8 %), suivie par l'Inde (9,1 %). Les personnes atteintes de diabète en Inde, au Bangladesh et au Sri Lanka représentent 98,8 % de la population totale atteinte de diabète dans la région.

L'augmentation de la prévalence du diabète dans la région, estimée à 10,1 % en 2035, est la conséquence d'une urbanisation continue à grande échelle et de l'augmentation de l'espérance de vie (en Inde, la proportion de la population âgée de plus de 50 ans devrait passer de 27 % à 35 % entre 2013 et 2035).

La région Asie du Sud-Est a une des prévalences les plus élevées du diabète de type 1 chez les enfants, selon les estimations, avec 77.900 enfants atteints. En 2013, selon les estimations, 12 600 enfants de moins de 15 ans ont développé le diabète de type 1 dans la région.

L'Inde abrite la majorité des enfants atteints de diabète de type 1. Le taux d'incidence du diabète de type 1 a été souvent utilisé afin d'extrapoler les chiffres dans d'autres pays de la région et joue donc un rôle central dans les estimations. Le grand nombre d'enfants en Inde et l'usage généralisé des données indiennes en vue des extrapolations ont des implications importantes au niveau du total régional, mais aussi des estimations mondiales.

Mortalité

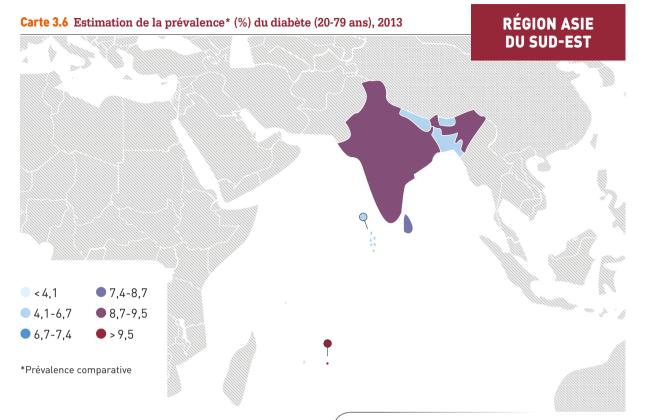
Avec 1,2 million de décès en 2013, cette région occupe la deuxième place du classement des sept régions de la FID en ce qui concerne le nombre de décès imputables au diabète. Ce chiffre correspond à 14,2 % de l'ensemble des décès parmi les adultes de la région. Plus de la moitié (55 %) de ces personnes décédées avait moins de 60 ans et plus d'un quart (27 %) avait moins de 50 ans. Avec 1,1 million de décès imputables au diabète, l'Inde est le pays qui contribue le plus à la mortalité régionale.

Dépenses de santé

En dépit du grand nombre de personnes atteintes de diabète dans la région Asie du Sud-Est, les dépenses de santé liées au diabète sont estimées à seulement 6 milliards USD, soit moins de 1 % du total mondial. Selon les estimations, l'Inde est à l'origine de la plus grande part de ces dépenses.

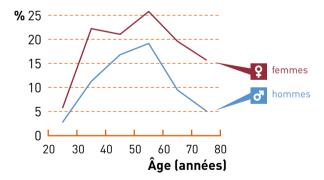
Sources de données

Les sept pays de la région disposaient tous de sources de données qui ont été utilisées afin de générer des estimations relatives au diabète chez les adultes. Au total, 11 sources ont été utilisées. Les estimations relatives au diabète de type 1 reposent en grande partie sur les données de l'Inde.

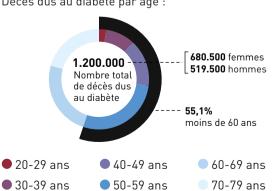


Graphique 3.6 Décès dus au diabète, Région Asie du Sud-Est, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Asie du Sud-Est, 2013



Décès dus au diabète par âge :



EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	1.460	1.777
Population adulte (20-79 ans, millions)	883	1217
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	8,2	10,1
Prévalence comparative (%)*	8,7	9,4
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	72,1	123,0
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	2,7	3,2
Prévalence comparative (%)*	2,9	3
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	24,3	38,8
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	NS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	77,9	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	12,5	-
DÉPENSES DE SANTÉ CON AU DIABÈTE (20-79 ANS, US		S
Dépenses de santé totales, R=2* (milliards)	6,0	8,7

^{*}Voir glossaire

3.7 Pacifique occidental

La région la plus peuplée du monde, le Pacifique occidental, rassemble 39 pays et territoires, où la population annoncée pour 2013 varie de 1 milliard en Chine à moins de 1.000 dans les plus petits États insulaires du Pacifique de Niue et Tokelau. De même, les profils économiques des pays vont d'un PIB par habitant de plus de 43.000 USD dans la RAS (région administrative spéciale) de Macao, à Singapour, au Brunei Darussalam, dans la SAR de Hong Kong et en Australie, à moins de 3.000 USD dans les pays les plus pauvres.¹

Prévalence

Selon les estimations, environ 138,2 millions de personnes, soit 8,6 % de la population adulte, sont atteintes de diabète. Au cours des 20 prochaines années, ce chiffre devrait passer à 201,8 millions, soit 11,1 % de la population adulte. La région Pacifique occidental abrite 36 % du nombre total de personnes atteintes de diabète dans le monde. Les estimations de la prévalence (%) du diabète dans la région s'étalent sur une large plage : depuis la prévalence la plus élevée au monde, dans l'état insulaire du Pacifique de Tokelau (37,5 %), jusqu'à une des plus faibles, au Cambodge (2,9 %). Les îles du Pacifique enregistrent certains des taux de prévalence (%) du diabète les plus élevés. Les États fédérés de Micronésie (35,0 %), les Îles Marshall (34,9 %), Kiribati (28,8 %) et les Îles Cook (25,7 %) suivent de près Tokelau au classement de la prévalence (%) dans la région.

La Chine est sur le point d'être submergée par le diabète. Elle enregistre le nombre le plus élevé au monde de personnes atteintes de diabète (98 millions), avec une prévalence de 9,6 %. Si cette tendance se poursuit, le nombre de personnes atteintes de diabète en Chine sera de 143 millions d'ici 2035.

Selon les estimations, 32.500 enfants de moins de 15 ans sont atteints de diabète de type 1 dans la région. Le plus grand nombre d'entre eux vit aux Philippines (7.900), suivies de près par la Chine (7.700). L'Australie a le taux d'incidence le plus élevé de diabète de type 1, avec 22,3 cas par 100 000 enfants, selon les estimations. En 2013, 5.300 nouveaux cas de diabète de type 1 ont été diagnostiqués chez des enfants dans la région Pacifique occidental.

Mortalité

Avec 1,8 million de décès parmi les adultes, soit plus de 36 % de la mortalité due au diabète, le Pacifique occidental est la région de la FID qui enregistre le nombre le plus élevé de décès imputables au diabète. Rien qu'en Chine, 1,3 million de personnes sont mortes du diabète en 2013. Un nombre beaucoup plus élevé d'hommes (1.008.000) que de femmes (790.000) sont décédés du diabète dans la région ; 44 % de ces personnes avaient moins de 60 ans.

Dépenses de santé

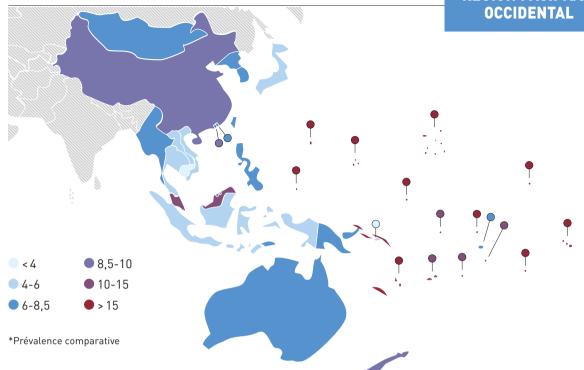
Les dépenses de santé liées au diabète dans cette région peuplée représentent environ 16,1 % du total mondial. Des dépenses d'un montant d'au moins 88 milliards USD ont été consacrées aux soins du diabète en 2013. Les dépenses moyennes en soins de santé liés au diabète, par personne atteinte de diabète, varient considérablement : de plus de 4.000 USD en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Japon à moins de 35 USD au Myanmar.

Sources de données

Trente-sept sources de données provenant de 27 pays ont été utilisées afin de générer des estimations relatives au diabète parmi les adultes dans la région. Diverses nouvelles études réalisées dans les îles du Pacifique ont été ajoutées aux preuves témoignant du fardeau écrasant du diabète dans ces pays. Les estimations relatives au diabète de type 1 chez les jeunes reposent sur 10 études.

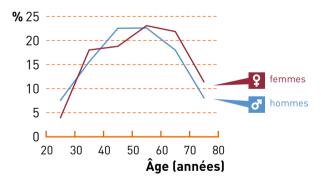
Carte 3.7 Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013

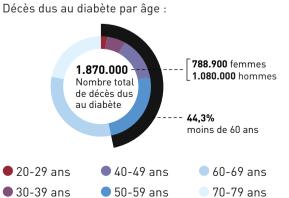
RÉGION PACIFIQUE



Graphique 3.7 Décès dus au diabète (20-70 ans), région Pacifique occidental, 2013

Pourcentage de la mortalité, toutes causes confondues, due au diabète, selon l'âge et le sexe, région Pacifique occidental, 2013





EN BREF	2013	2035
Population totale (millions)	2.278	2.476
Population adulte (20-79 ans, millions)	1.613	1.818
DIABÈTE (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	8,6	11,1
Prévalence comparative (%)*	8,1	8,4
Nombre de personnes atteintes de diabète (millions)	138,2	201,8
IG (20-79 ANS)		
Prévalence régionale (%)	6,8	9,0
Prévalence comparative (%)*	6,6	7,8
Nombre de personnes atteintes d'IG (millions)	110,1	164,5
DIABÈTE DE TYPE 1 (0-14 A	ANS)	
Nombre d'enfants atteints de diabète de type 1 (milliers)	32,5	-
Nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an (milliers)	5,3	-
DÉPENSES DE SANTÉ CON AU DIABÈTE (20-79 ANS, U		S
Dépenses de santé totales, R=2* (milliards)	88,4	98,4

^{*}Voir glossaire

R=2* (milliards)



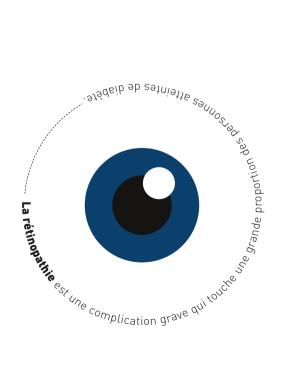


La problématique mondiale du diabète

TOUS LES PAYS - RICHES OU PAUVRES -

souffrent des conséquences de l'épidémie de diabète.

Le diabète affecte les personnes socialement et économiquement défavorisées.



L'acidocétose diabétique est une des complications aiguës les plus sévères du diabète **chez les jeunes.**



Le diabète augmente rapidement DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES des pays à faible et moyen revenu.

La problématique mondiale du diabète

En termes de prévalence, de mortalité et de morbidité, le diabète affecte de manière disproportionnée les pays à faible et moyen revenu. 80 % des personnes atteintes de diabète vivent dans les pays en développement, où l'évolution rapide du mode de vie, le vieil-lissement de la population et la mutation de l'environnement contribuent au rythme effréné de progression de l'épidémie. La majorité des personnes atteintes de diabète vivant dans les pays à faible et moyen revenu a moins de 60 ans et se trouve en pleine vie active. Une invalidité précoce due au diabète fait peser un fardeau lourd et handicapant non seulement sur les personnes atteintes de cette maladie et leurs familles, mais aussi sur les communautés et les économies.

Les systèmes sanitaires de ces pays luttent afin de faire face à cette crise de santé publique qui s'étend de jour en jour. La plupart des personnes qui décèdent du diabète dans les pays à faible et moyen revenu ont moins de 60 ans. Cette constatation prouve l'impuissance des systèmes sanitaires, qui ne sont pas encore équipés afin de dépister et de soigner les personnes atteintes de diabète.

Complications

Les personnes atteintes de diabète dans les pays en développement sont davantage menacées par les complications liées à cette condition. Ainsi, la prévalence de la rétinopathie chez les personnes chez qui le diabète vient d'être diagnostiqué est de 15,7 % en Égypte, contre 6,2 % seulement en Australie. La rubrique 4.1 se penche de manière détaillée sur les preuves concernant la prévalence de la rétinopathie parmi les personnes atteintes de diabète de type 2 dans différentes parties du monde.

Les personnes atteintes de diabète de type 2 ne sont pas les seules à avoir difficilement accès aux soins de santé. Dans les environnements où les ressources sont limitées, les jeunes atteints de diabète de type 1 sont exposés à un risque accru de souffrir d'acidocétose diabétique au moment du diagnostic. L'acidocétose diabétique, une complication potentiellement mortelle caractérisée par une accumulation de substances chimiques toxiques dans l'organisme, est davantage susceptible de se développer lorsque les symptômes du diabète de type 1 ne sont pas reconnus comme tels. La rubrique 4.2 donne un aperçu des preuves concernant le taux d'acidocétose diabétique parmi les enfants du monde entier.

Populations nationales et internationales vulnérables

Les statistiques au niveau national ne fournissent pas toutes les informations. Au sein d'un pays, certaines communautés peuvent être plus exposées que d'autres au diabète en raison d'une position socioéconomique défavorable, d'un manque d'accès aux soins et d'une marginalisation par rapport au reste de la population.

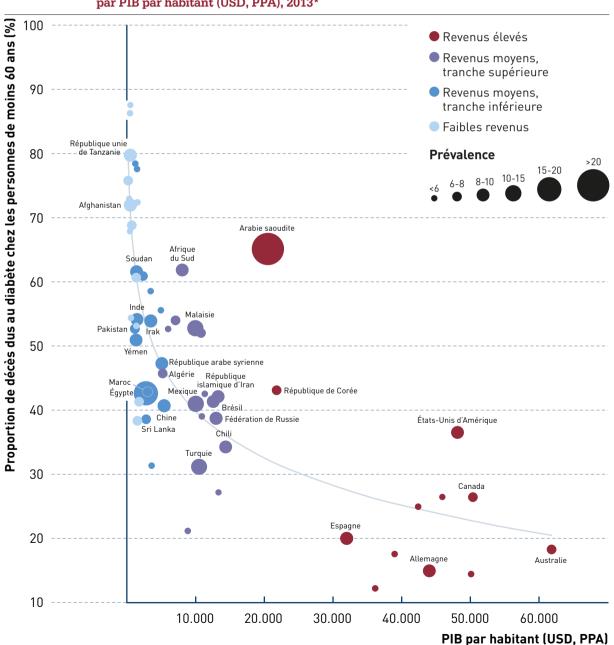
À travers le monde, les études ont invariablement mis en évidence l'impact disproportionné du diabète au sein de nombreuses populations indigènes. Bien que l'appartenance à une ethnie donnée puisse contribuer à cette différence, des déterminants sociaux sont à la base d'un grand nombre des problèmes sanitaires chroniques auxquels ces communautés doivent faire face. La rubrique 4.3 analyse l'épidémiologie du diabète parmi les populations indigènes, décrit les raisons de l'épidémie dans ces communautés et présente dans les grandes lignes des solutions visant à corriger les disparités qui ont un impact négatif considérable sur les populations indigènes.

Communautés rurales et évolution rapide

Alors que le développement urbain joue un rôle majeur dans l'épidémie de diabète à travers le monde, il est possible que les communautés rurales soient exposées à un risque supérieur à ce que nous pensions autrefois. La rubrique 4.4 s'intéresse à la prévalence du diabète dans les communautés rurales et décrit comment l'évolution du mode de vie comble peu à peu le fossé entre zones urbaines et zones rurales sur ce plan.

Le graphique 4.1 montre une corrélation significative (R²=0,7) entre le PIB par habitant (USD, PPA) et les décès dus au diabète chez les personnes de moins de 60 ans dans les pays dont la population adulte est importante. À mesure que la richesse des pays augmente et que les systèmes de santé se développent, les décès prématurés dus au diabète diminuent. La tendance est en partie le résultat de l'évolution de la démographie : plus les pays se développent, plus l'âge de la population et l'espérance de vie augmentent, moins il y a de décès précoces. Toutefois, le développement des systèmes de santé peut aussi être à l'origine d'une meilleure sensibilisation au diabète et de l'accès à des soins permettant de sauver la vie des personnes atteintes de diabète, de sorte que la proportion de décès dus à cette maladie parmi les adultes plus jeunes diminue.

Graphique 4.1 Décès dus au diabète chez les personnes de moins de 60 ans (%), par PIB par habitant (USD, PPA), 2013*



^{*} Seuls les pays comptant une population de plus de 10 millions d'adultes sont représentés.

4.1 Analyse mondiale de la rétinopathie diabétique

Environ un tiers des personnes atteintes de diabète développent dans une certaine mesure des lésions oculaires liées au diabète, c'est-à-dire une rétinopathie.¹ Cette complication, qui se caractérise par des lésions de la rétine provoquées par des modifications microvasculaires dues au diabète, peut entraîner la cécité. En effet, la rétinopathie diabétique est devenue la cause principale de troubles de la vue et de cécité chez les adultes en âge de travailler. Étant donné que la prévalence mondiale du diabète augmente, le nombre de personnes atteintes de complications du diabète augmente aussi. L'absence de soins appropriés du diabète, et de contrôle adéquat du métabolisme, entraînera probablement un taux élevé de rétinopathie et d'autres complications.¹

Les conséquences des troubles de la vue ne se limitent pas à la personne concernée. La rentabilité et la productivité des communautés et des économies diminuent, tandis que le besoin d'une aide sociale augmente. Le coût social et financier des troubles de la vue et de la cécité est donc important non seulement pour les personnes touchées directement et pour leurs familles, mais aussi pour les communautés et les pays entiers.

Prévalence de la rétinopathie

Une analyse de grande envergure de diverses études portant sur la prévalence de la rétinopathie a permis de dégager des données pour 33 pays, mettant en évidence d'importantes variations : de 10 % en Norvège jusqu'à 61 % en Afrique du Sud chez les personnes atteintes d'un diabète diagnostiqué et de 1,5 % parmi les Afro-américains des États-Unis jusqu'à 31 % chez les personnes atteintes d'un diabète récemment diagnostiqué en Chine. 1

Bien que des chiffres ne soient disponibles que pour quelques pays à faible et moyen revenu, la prévalence de la rétinopathie diabétique est globalement supérieure dans les pays en développement. En outre, de vastes études réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont mis en évidence une augmentation du taux de rétinopathie parmi les groupes ethniques non europoïdes au sein de ces pays.^{2,3} Les disparités liées à l'ethnie sont probablement associées à divers déterminants génétiques et socioéconomiques.

Nous manquons de données sur la prévalence de la rétinopathie diabétique. En outre, les caractéristiques des études et les méthodologies présentent des différences majeures, ce qui rend les comparaisons entre les études compliquées.

Facteurs de risque et déterminants

Une bonne maîtrise de la glycémie, de la tension artérielle et des graisses du sang réduit les risques de développer une rétinopathie. Il est probable que divers déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté, la malnutrition, l'accès limité aux soins de santé et le manque de médicaments, expliquent en partie l'augmentation de la prévalence de la rétinopathie dans les pays à faible et moyen revenu ainsi que parmi les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique. Dans 15 des 23 études réalisées dans des pays en développement et au sein de minorités ethniques vivant dans des pays développés, la prévalence de la rétinopathie diabétique était supérieure à 35 %.1

Prévention et perspectives

Là où les personnes atteintes de diabète ont accès à des soins et à une gestion de qualité, le taux de rétinopathie est faible.⁵ La prévalence de la rétinopathie diabétique chez les personnes atteintes de diabète de type 1 a diminué au cours des dix à vingt dernières années. Cette diminution a été associée à une amélioration des soins et de la gestion du diabète ainsi qu'à une amélioration de la maîtrise des facteurs de risque évitables.¹

Alors que la prévalence élevée de la rétinopathie diabétique au sein de certaines populations est alarmante, un dépistage actif de cette complication a permis de réduire le taux de lésions oculaires graves liées au diabète.^{6,7}

Il est impératif d'entreprendre de plus amples recherches, en particulier dans les pays qui paient le plus lourd tribut à l'épidémie de diabète. En outre, les populations et méthodologies des études doivent être normalisées afin de permettre des comparaisons. Des informations utiles seront ainsi disponibles en vue de la planification de politiques et de la mise en œuvre de stratégies de prévention et de traitement du diabète.

Carte 4.1 Études abordant la prévalence de la rétinopathie

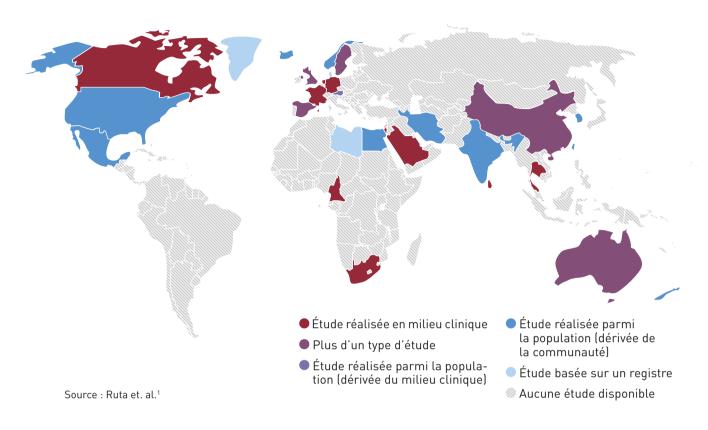


Tableau 4.1 Caractéristiques de l'étude et prévalence de la rétinopathie par région de la FID

RÉGION DE LA FID PAYS (Nombre d'études)	Taille de l'échantillon Moyenne (plage)	Taux parmi les nouveaux cas de diabète diagnostiqués	Taux parmi les cas de diabète de type 2 connus	Taux parmi les cas de diabète de type 1 et de type 2
AFR Cameroun (1); Afrique du Sud (2)	300 (253 - 400)	-	32,3 - 61	24,3*
EUR Autriche (1); Danemark (1); France (2); Allemagne (1); Islande (1); Israël (1); Pays-Bas (2); Norvège (3); Espagne (5); Suède (4); Royaume-Uni (6)	3.061 (188 - 20,788)	6,0 - 11,0	10,1 - 50,7	11,4 - 28,9
MENA Égypte (1); République islamique d'Iran (1); Libye (1); Arabie saoudite (1)	611 (376 - 960)	15,7*	30,0 - 37,0	41,5*
NAC La Barbade (1); Canada (1); Mexique (1); États-Unis d'Amérique (15)	579 (153 - 2,247)	1,5 - 16,9	18,2 - 48,1	26,4 - 45,3
SACA (Pas de données)	-	-	-	-
SEA Inde (2); Île Maurice (1); Sri Lanka (1)	1.290 (597 - 2,436)	5,1 - 15,2	12,2 - 44,3	-
WP Australie (6); Chine (3); Fidji (2); Nouvelle-Zélande (1); Samoa (1); Singapour (3); République de Corée (2); Taiwan (2); Thaïlande (2)	727 (150 - 5,313)	4,2 - 30,6	15,1 - 43,2	13,5 - 43,1

^{*} Une seule étude fournissant des données

REMARQUE : les taux de rétinopathie rapportés dans ce tableau proviennent de diverses études hétérogènes en ce qui concerne les catégories d'âge composant l'échantillon, les méthodes de diagnostic utilisées, l'année de l'étude et la population de l'échantillon. Les estimations ne sont pas comparables entre elles et ne sont pas représentatives au niveau régional. Le tableau a été élaboré d'après les données présentées dans Ruta et al (2013).¹

4.2 Taux d'acidocétose diabétique au moment du diagnostic chez les jeunes atteints de diabète de type 1

L'acidocétose diabétique (ACD) est une des complications aiguës les plus sévères du diabète. Elle survient lorsqu'une personne présente une glycémie extrêmement élevée, une carence sévère en insuline et une élévation des hormones qui inhibent l'action de l'insuline (glucagon, catécholamines, cortisol et hormone de croissance). Les graisses sont alors décomposées afin de fournir de l'énergie à l'organisme, ce qui provoque l'accumulation de substances chimiques (cétones) dans le sang et l'urine.

Dangereuse mais évitable

Bien que la plupart des personnes présentant une acidocétose diabétique soient atteintes de diabète de type 1, les personnes atteintes de type 2 sont aussi exposées à ce risque durant les phases aiguës de la maladie.² L'acidocétose diabétique est associée à un risque significatif de décès. Plus le trouble est découvert tard, plus le dérèglement métabolique est grand et plus le risque d'invalidité permanente et de décès est élevé.³ En effet, l'acidocétose diabétique est une cause majeure de mortalité et de morbidité chez les enfants atteints de diabète de type 1.⁴ Toutefois, cette situation peut être évitée si les premiers signes du diabète de type 1 sont détectés avant que l'acidocétose puisse s'installer.

Un problème mondial aux multiples facettes régionales

Chaque année, environ 79.100 enfants de moins de 15 ans développent le diabète de type 1 dans le monde. Jusqu'à 80 % de ces jeunes présentent déjà une acidocétose diabétique au moment du diagnostic du diabète. La fréquence de l'acidocétose diabétique présente des variations importantes entre les différents pays de la planète (et parfois au sein d'un même pays⁶⁻⁷).

Divers déterminants sociaux, tels que des facteurs socioéconomiques, la disponibilité de soins de santé et l'accès à ceux-ci, la sensibilisation aux signes d'alerte du diabète et le fardeau global de la maladie, jouent un rôle dans le taux d'acidocétose diabétique. Les taux les plus élevés d'acidocétose diabétique s'observent dans des pays à faible et moyen revenu.⁷ Dans les pays à revenu élevé, les enfants atteints de diabète dans les familles dont les parents ont un plus haut niveau d'éducation, et donc probablement des revenus

plus élevés, sont moins susceptibles de présenter une acidocétose diabétique que les enfants dont les parents n'ont pas fait d'études supérieures.³

Toutefois, des facteurs géographiques pourraient également avoir un impact sur le nombre de personnes touchées. Il est possible que le nombre élevé de personnes développant une acidocétose diabétique dans les pays plus proches de l'équateur soit dû au climat chaud, qui provoque plus rapidement une déshydratation et l'apparition d'une hyperglycémie, en particulier chez les jeunes enfants.⁸

Dans les pays développés, la fréquence de l'acidocétose diabétique est plus faible aux endroits où l'incidence sous-jacente du diabète de type 1 est plus élevée. ^{7,9} Ce fait peut être le reflet de la sensibilisation globale au diabète ¹⁰ et donc, de la capacité des parents et des pédiatres à reconnaître les premiers signes du diabète de type 1. Le fait d'avoir un parent au premier degré atteint de diabète est associé à un risque jusqu'à six fois plus faible d'acidocétose diabétique au moment du diagnostic. ³ La capacité d'un système de soins de santé à mettre en place le traitement approprié rapidement après le diagnostic joue probablement aussi un rôle essentiel. ¹⁰

Un fardeau caché

Dans d'importantes parties du monde, en particulier l'Afrique et l'Asie du Sud-Est, les données disponibles relatives à la fréquence de l'acidocétose diabétique (et même au diabète de type 1) chez les enfants sont très peu nombreuses, voire inexistantes.7 Bien que le fardeau des maladies non transmissibles ne cesse d'augmenter à travers le monde, les soins de santé pédiatriques dans les régions en développement restent concentrés sur les maladies infectieuses. Afin que nous puissions disposer d'indicateurs fiables du diabète et de l'acidocétose diabétique, un renforcement de la surveillance épidémiologique du fardeau grandissant des maladies non transmissibles sera nécessaire. Nous avons clairement besoin de recherches faisant appel à des données normalisées incluant des éléments connus pour influencer la fréquence de l'acidocétose diabétique ainsi que d'autres facteurs, tels que l'accès aux soins de santé, la densité de la population, les facteurs génétiques, l'éducation à la santé et les ressources de soins de santé pour le diabète.

Portée de la prévention

Les dépenses médicales consacrées à l'acidocétose diabétique, en grande partie évitable, sont considérables¹¹ et plus élevées chez les personnes atteintes d'acidocétose diabétique que chez les autres.¹² L'amélioration de la sensibilisation et de la qualité des soins afin de prévenir le développement de cette complication aiguë très fréquente permettrait d'éviter une charge financière lourde, tout en améliorant la qualité de vie de nombreuses personnes.

Carte 4.2 Taux (%) d'acidocétose diabétique (ACD) au moment du diagnostic du diabète de type 1 chez les enfants (0-14 ans)

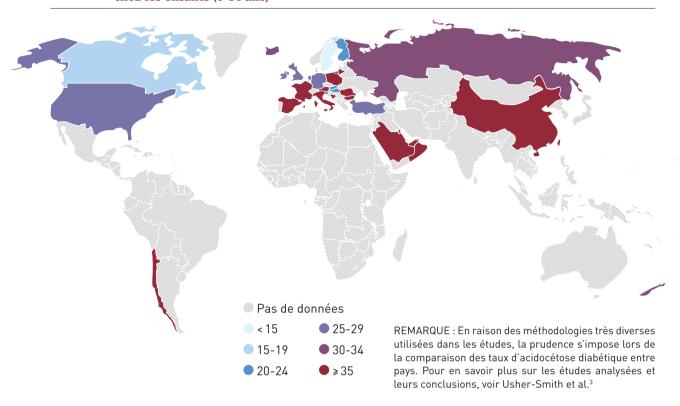


Tableau 4.2 Études sur la prévalence de l'acidocétose diabétique (ACD) au moment du diagnostic du diabète de type 1 chez les enfants (0-14 ans)

RÉGION DE LA FID PAYS (Nombre d'études)	CATÉGORIE DE REVENUS	ACD lors de la première visite %	Incidence du diabète de type 1 chez les jeunes dans les pays où des études sur l'ACD* ont été réalisées 2013
AFR (Pas de données)	<u>-</u>		
EUR Autriche (1); Finlande (4); France (1); Allemagne (4); Hongrie (1); Islande (1); Irlande (1); Italie (3); Lituanie (2); Pays-Bas (1); Slovaquie (2); Slovénie (1); Espagne (2); Suède (3); Royaume-Uni (4)	HIC	12,8 - 61,8	12,1 - 57,6
Bosnie-Herzégovine (1); Bulgarie (1); Pologne (5); Roumanie (1); Fédération de Russie (1); Turquie (1)	MIC	29,0 - 67,0	3,2 - 17,3
MENA Koweït (2); Oman (1); Arabie saoudite (5); Émirats arabes unis (1)	HIC	37,7 - 80,0	2,5 - 31,4
NAC Canada (1); États-Unis d'Amérique (9)	HIC	18,6 - 43,7	23,7 - 25,9
SACA Chili (1)	MIC	37,0	6,2
SEA (Pas de données)	-	-	-
WP Nouvelle-Zélande (2); Taiwan (1)	HIC	29,0 - 65,0	3,8 - 18,0
Chine (1)	MIC	41,9	0,6

MIC=Pays à moyen revenu HIC=Pays à revenu élevé

Catégorie de revenus : basée sur les données 2011 de la Banque mondiale relatives au PIB par habitant, à l'exception de Taiwan (basée sur le PIB par habitant) – Incidence du diabète de type 1 : issue des estimations de l'*Atlas du Diabète de la FID*

^{*} Enfants (0-14 ans) par 100 000 et par année

4.3 Le diabète au sein des populations indigènes

Les populations indigènes représentent plus de 370 millions de personnes dans 90 pays, soit plus de 5 % de la population mondiale.¹ L'intensification de l'intérêt international pour les besoins sanitaires et sociopolitiques de ces populations a pris corps dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones de 2007.² Cette déclaration reconnaît que les communautés indigènes rassemblent plusieurs populations parmi les plus pauvres et les plus marginalisées. Alors que le diabète est une épidémie mondiale, les populations indigènes en supportent un poids disproportionné.

Prévalence et incidence

Diverses études décrivant la prévalence du diabète parmi les populations indigènes ont été réalisées à travers le monde et traduisent la diversité des États concernés ainsi que le fardeau du diabète. Dans la plupart de ces études, la prévalence du diabète parmi les populations indigènes est beaucoup plus élevée que celle observée dans la population au sein de laquelle elles vivent et va de 10 % chez les Amis et les Atayal à Taiwan,³ à 30 % chez les Aborigènes en Australie⁴ et 40 % chez les Sioux en Amérique du Nord.⁵ En outre, les populations indigènes des îles du Pacifique présentent la prévalence du diabète la plus élevée au monde. Toutefois, certaines populations ayant encore un mode de vie très traditionnel affichent une prévalence relativement faible. Chez les Aymaras, au Chili, par exemple, la prévalence du diabète n'est que de 1,0 %, contre 10,4 %, selon les estimations, pour l'ensemble du pays.6

Quelques études longitudinales ont également permis d'observer une incidence élevée du diabète parmi ces communautés. Ainsi, l'étude majeure portant sur les indiens Pima vivant à la frontière entre les États-Unis et le Mexique a mis en évidence une incidence de 23,5 cas par 1.000 personnes-années en 2003,7 contre une incidence nationale de 8 cas par 1.000 personnes-années en 2008 aux États-Unis, selon les estimations.8

En raison des facteurs de risque communs, un taux plus élevé de diabète de type 2 est également corrélé avec un taux plus élevé de diabète gestationnel au sein de certaines populations indigènes. Entre 8 % et 18 % des femmes de la Première Nation canadienne développent un diabète gestationnel, par exemple, contre seulement 2 % à 4 % de la population générale. Les épidémies sœurs de diabète de type 2 et de diabète gestationnel peuvent expliquer en partie l'augmentation spectaculaire de la prévalence du diabète observée parmi les enfants et les adolescents de la Première Nation. 10,11

Morbidité et mortalité

La prévalence plus élevée du diabète entraîne inévitablement une augmentation importante des décès et handicaps liés à la condition. Dans la province canadienne de la Saskatchewan, par exemple, le taux d'insuffisance rénale au stade terminal est de trois à quatre fois plus élevé parmi la Première Nation qu'au sein des autres populations. 12 Dans les Mariannes du Nord, au moins 24 % des Caroliniens et des Chamorros présentent une forme quelconque de rétinopathie, soit 1,3 fois plus que la population des États-Unis. 13 Parmi les Aborigènes d'Australie, le taux de décès dus au diabète est 17 fois supérieur à celui de la population générale, tandis que les décès dus à une maladie cardiovasculaire sont trois fois plus élevés que la moyenne nationale. 14

Déterminants sociaux de la santé

Le tableau le plus préoccupant et le plus cohérent parmi les communautés indigènes est celui des inégalités communes en termes de santé et de statut social. Considéré dans le contexte des déterminants sociaux de la santé, le diabète apparaît comme le produit de conditions et d'environnements inéquitables, plutôt que comme une maladie reposant exclusivement sur une pathologie et une responsabilité individuelles. ¹⁵ En outre, des obstacles majeurs aux soins des populations indigènes, notamment les soins de santé fragmentés, la gestion médiocre des maladies chroniques, la rotation rapide du personnel médical et la surveilance sanitaire limitée ou inexistante, ¹⁶ compliquent la prise en charge déjà difficile du diabète parmi les populations défavorisées.

Stratégies de prévention et de soins

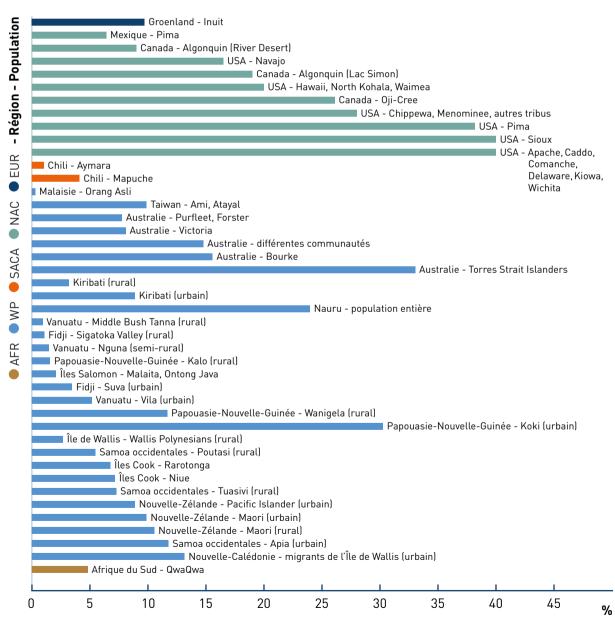
Des mesures visant à réduire le fardeau du diabète doivent être prises afin de prévenir le développement de la condition et d'assurer sa gestion adéquate et appropriée. 17 Le programme de prévention, par le biais de l'éducation, mis en place parmi une population d'enfants d'une école Zuni, aux États-Unis, afin de réduire la consommation de boissons contenant du sucre ajouté et d'améliorer la connaissance des facteurs de risque du diabète, est un exemple de réussite. Ce programme incluait aussi l'ouverture d'un centre de fitness destiné aux jeunes. Ces méthodes ont permis de réduire la résistance à l'insuline parmi la population ciblée. 18

Donner aux communautés les moyens d'agir

Alors que nous pouvons dresser des comparaisons mondiales en ce qui concerne l'impact des déterminants sociaux de la santé sur les populations indigènes, l'hétérogénéité culturelle est une caractéristique permanente, au sein des groupes culturels ou entre ces groupes. Il n'existe pas de « réalité interindigène ». Si nous souhaitons atteindre une efficacité maximale, il est essentiel que les soins au sein de la communauté soient adaptés au contexte culturel spécifique de la population concernée et dispensés selon une norme conforme aux directives nationales en matière de pratique. 19

Donner aux populations indigènes les moyens d'agir est une condition préalable nécessaire pour que les inégalités en termes de santé puissent être vaincues. Pourtant, cette mesure n'a pas encore reçu toute l'attention qu'elle mérite dans les approches nationales de la prévention et du contrôle du diabète. Tant que les populations indigènes ne seront pas une priorité, les disparités demeureront une réalité durable, bien qu'inacceptable.

Graphique 4.2 Prévalence (%) du diabète, ajustée pour l'âge, au sein des populations indigènes



Adaptation autorisée de Diabetes Research and Clinical Practice (Source : Yu and Zinman¹⁹)

4.4 Le diabète dans les communautés rurales

Au cours des vingt prochaines années, le nombre de décès dus au diabète doublera. 1.2 Selon les prévisions, l'augmentation spectaculaire de l'ampleur du diabète et d'autres maladies non transmissibles devrait entraver les initiatives visant à réduire la pauvreté dans les pays et communautés à faible revenu, mais aussi menacer le développement équitable dans toutes les économies émergentes. 3 Toutefois, les modèles dans les pays à faible et moyen revenu évoluent rapidement car les communautés rurales se développent et les migrations au sein même des pays augmentent.

Mutations rapides au sein des pays

L'exode rural massif continue à affecter les communautés à travers le monde en développement. De très nombreuses personnes vivant dans les zones rurales tentent d'échapper à la pauvreté abjecte ou fuient les dangers d'un conflit armé en se déplaçant vers les villes où elles espèrent trouver la sécurité et une meilleure qualité de vie ainsi qu'une plus grande proximité des services de santé. Les changements comportementaux et alimentaires qui en résultent se traduisent par une augmentation généralisée des facteurs de risque du diabète de type 2.4,5 Toutefois, alors que l'augmentation du taux de diabète dans les zones urbaines des pays à faible et moyen revenu est largement documentée, des preuves suggèrent que la prévalence rurale du diabète dans les pays à faible et moyen revenus est également élevée et en hausse.4

L'augmentation du diabète

La prévalence globale du diabète dans les zones rurales des pays à faible et moyen revenu a été estimée à 5,6 % au cours d'une période de 25 ans. Én outre, elle a quintuplé au cours de cette période, une augmentation stupéfiante qui a également été mise en évidence lors d'une étude de revue de la prévalence du diabète dans l'Inde rurale. Selon les estimations d'une étude récente à grande échelle réalisée dans les zones rurales de Chine, la prévalence du diabète en zone rurale entre 2005 et 2010 serait proche de 9 %, soit le chiffre le plus élevé jamais observé dans les pays en développement.

Comme les communautés rurales des pays à faible et moyen revenu ont en commun de nombreux facteurs socioéconomiques, il est probable que la prévalence du diabète parmi les communautés rurales du monde entier est déjà supérieure à ce qui a été estimé précédemment. Le rythme rapide du développement dans les villes est associé à des modifications de l'accès à la nourriture et aux transports dans les communautés rurales.

Grandes variations

Par ailleurs, la prévalence du diabète dans les zones rurales présente des variations régionales importantes parmi les pays à faible et moyen revenu du monde entier. Selon une étude, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord présentaient la prévalence la plus élevée (7,7 %) et l'Afrique subsaharienne, la prévalence la plus faible (2,4 %).8 Ces variations pourraient être dues en partie aux degrés de transition divers en termes de mode de vie, d'économie et de démographie, dans ces régions. 9,10 Le manque de données sur les facteurs propres à la communauté et à la région pourrait gêner les efforts de prévention et de traitement du diabète dans les zones rurales. En outre, dans des régions telles que l'Amérique latine, où la population rurale est très nombreuse et très diversifiée, certaines communautés rurales semblent ne pas suivre la tendance à la hausse observée dans d'autres régions. 11 De tels exemples pourraient être à l'origine de stratégies visant à contenir l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 parmi les populations rurales d'autres régions.

Tendances et conséquences

La FID prévoit une hausse de 55 % de la prévalence du diabète à travers le monde d'ici 2035. Toutefois, les observations ci-avant donnent à penser que l'augmentation sera encore plus forte, en particulier si l'on tient compte du fait que 80 % des personnes atteintes de diabète vivent dans des pays à faible et moyen revenu. Les changements démographiques rapides ont planté le décor de défis encore plus grands pour les pays les moins bien équipés pour réagir à l'épidémie mondiale de diabète.

En outre, dans les pays à faible et moyen revenu, la sensibilisation au diabète est extrêmement faible et l'accès aux soins de santé est très limité ou inexistant dans de nombreuses zones rurales.

Les perspectives

L'éducation au diabète est dans une large mesure considérée comme la pierre angulaire des soins, et l'éducation à l'autogestion du diabète s'est avérée efficace sur le plan de la réduction des complications dans les pays à revenu élevé du monde entier. Toutefois, l'accès à une éducation au diabète adaptée à la culture est considérablement limité dans de nombreux pays à faible et moyen revenu, voire inexistant dans les zones rurales des pays en développement. 13

Certains succès ont été enregistrés en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans les zones rurales isolées, grâce à la mise en œuvre d'interventions uniques en leur genre. Les nouvelles technologies, en particulier les téléphones portables, recèlent des opportunités en vue d'améliorer l'accès aux soins

dans les communautés isolées. Davantage de données sur la prévalence du diabète dans les communautés rurales et sur les conséquences des changements rapides dans ces communautés sont nécessaires afin de comprendre et de définir les priorités des conséquences de l'épidémie.

Carte 4.3 Prévalence* (%) du diabète dans les zones rurales (20-79 ans), 2013

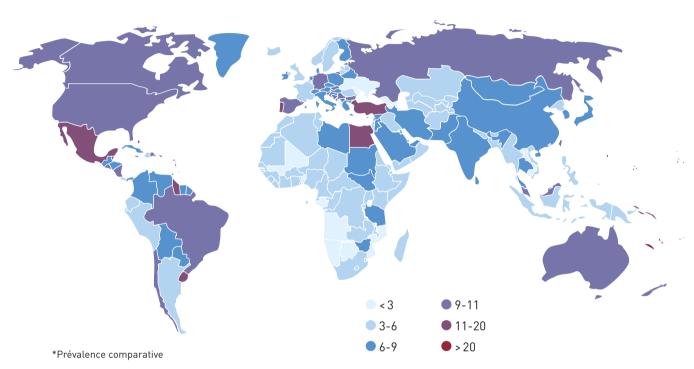


Tableau 4.3 Diabète dans les zones rurales, par région de la FID (20-79 ans), 2013

RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète dans les zones rurales MILLIONS	Population adulte dans les zones rurales MILLIONS	Pourcentage de cas de diabète dans les zones rurales %	Pourcentage de la population adulte dans les zones rurales %
AFR	8,8	250,6	44,3	61,4
EUR	14,1	190,2	25,1	28,9
MENA	11,9	174,9	34,6	46,7
NAC	6,9	64,3	18,8	19,2
SACA	4,4	55,4	18,1	18,4
SEA	37,8	607,2	52,5	68,7
WP	52,1	727,0	37,7	45,1
Monde	136,1	2.069,5	35,6	45,3





Établir des liens entre les niveaux local et mondial

La FID soutient l'AGENDA MONDIAL pour le diabète, grâce au plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.



LA FID ÉTABLIT DES LIENS ENTRE LES NIVEAUX LOCAL ET MONDIAL.

de l'activisme de base sous la houlette de personnes atteintes de diabète à l'influence de la politique mondiale en matière de santé et de développement. La FID aidera les Associations membres à demander des comptes aux gouvernements

sur les progrès dans le domaine du diabète. La FID apporte tout son soutien aux professionnels de la santé actifs dans le domaine de l'éducation au diabète et des soins de cette maladie. Les programmes, campagnes et événements de la FID constituent une plate-forme mondiale de sensibilisation pour les personnes atteintes de diabète.







La FID lance un appel en vue
de la réalisation d'un OBJECTIF
DE SANTÉ GÉNÉRAL dans
le contexte du développement après
2015, qui garantira une approche
globale de la prévention, du traitement,
des soins et du soutien du diabète et

des maladies non transmissibles.

Décembr 2015



Établir des liens entre les niveaux local et mondial

5.1 Soutenir l'agenda mondial pour le diabète

Au cours des six dernières années, la FID a enregistré des progrès considérables au niveau de la reconnaissance politique du diabète et des maladies non transmissibles (MNT) dans l'agenda de santé mondial. La Résolution 61/225 des Nations Unies relative à la Journée mondiale du diabète de 2006, mais aussi la Déclaration politique des Nations Unies, adoptée lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2011, et la Conférence des Nations Unies relative au développement durable (Rio+20) en 2012, ont toutes affirmé que le diabète et les autres maladies non transmissibles constituent des menaces majeures pour le développement au XXIe siècle et doivent être abordés à l'échelle mondiale.¹⁻³

Un plan d'action mondial

Dans la foulée de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles de 2011, la 66e Assemblée mondiale de la santé, qui s'est tenue à Genève en mai 2013, a permis de catalyser davantage encore l'engagement et l'action au niveau international autour d'une réponse mondiale à l'épidémie de diabète et d'autres maladies non transmissibles. Les États membres de l'OMS ont adopté à l'unanimité un plan d'action mondial volontaire pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. §

Une sensibilisation de la base afin de préserver cette dynamique est plus que jamais essentielle. Désormais, avec le plan d'action mondial, diverses options de politique s'offrent aux gouvernements en vue d'atteindre les objectifs mondiaux, tandis que les

acteurs de la sensibilisation au diabète et aux maladies non transmissibles disposent de divers outils qui leur permettent d'inciter les gouvernements à adopter des mesures concertées. Le rôle de la FID et de ses Associations membres (en collaboration avec les gouvernements et d'autres organes de décision) dans la mise en œuvre et la surveillance du plan d'action mondial est essentiel pour que ces objectifs puissent être atteints.

Le diabète dans les objectifs mondiaux relatifs aux maladies non transmissibles

Au titre de ce plan d'action mondial, les gouvernements ont adopté le premier Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles, qui comporte neuf objectifs mondiaux (tableau 5.1). Cette avancée considérable en matière de sensibilisation au diabète et aux maladies non transmissibles marque le début d'une nouvelle ère d'action et de responsabilités. Les gouvernements devront émettre régulièrement des rapports sur leurs progrès en ce qui concerne ces objectifs ambitieux et les 25 indicateurs dont ils ont convenu.

Ces objectifs nécessiteront des actions de prévention de la part des gouvernements et ont le potentiel nécessaire pour améliorer l'accès à un traitement vital essentiel pour les millions de personnes atteintes de diabète à travers le monde.

Des objectifs quantifiables ont d'ores et déjà un impact. L'accord sur les objectifs a donné un coup de fouet à la campagne de la FID et de l'Alliance contre les MNT visant à garantir que le diabète et les maladies non transmissibles feront partie de l'agenda pour le développement, lorsque les Objectifs du Millénaire pour le développement toucheront à leur fin, en 2015.

Des défis sans réponse

Bien que les objectifs mondiaux qui permettront d'améliorer la vie des personnes atteintes de diabète soient une victoire majeure, l'accès à des médicaments et technologies essentiels, de qualité supérieure et d'un coût abordable, reste inacceptablement limité à travers le monde. Une proportion considérable de personnes atteintes de diabète n'a pas accès aux médicaments, aux technologies et aux soins de qualité nécessaires.

L'objectif de 80 % d'accès aux médicaments et technologies essentiels pourrait être un élément moteur puissant en vue d'une réforme d'envergure. L'Objectif du Millénaire pour le développement concernant les médicaments essentiels a enregistré des progrès considérables en ce qui concerne le VIH/SIDA et d'autres maladies infectieuses, mais pas le diabète. Dans les milieux défavorisés, les médicaments essentiels destinés à traiter le diabète et d'autres maladies non transmissibles restent beaucoup moins accessibles que les traitements des maladies infectieuses aiguës.⁶

Tableau 5.1 Objectifs du plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles⁴

VISION:

Un monde libéré du fardeau évitable des maladies non transmissibles

OBJECTIFS

- Renforcer la priorité donnée à la lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes mondiaux, régionaux et nationaux et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation
- Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays
- Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé
- 4. Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle
- 5. Promouvoir et soutenir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles
- 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

CIBLES VOLONTAIRES À L'ÉCHELLE MONDIALE

- Réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques
- Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national
- 3. Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante
- Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/ sodium dans la population
- Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus
- 6. Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale
- 7. Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité
- 8. Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux
- Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés

5.2 Inclure le diabète dans le développement

Depuis leur adoption en 2000, les Objectifs du Millénaire pour le développement ont défini et façonné l'agenda mondial pour le développement. La plus grande force des objectifs 4, 5 et 6 réside dans le soutien politique et populaire qu'ils suscitent en faveur de la santé, reconnue comme un élément essentiel du développement. Ils proposent une vision claire et des objectifs mesurables afin d'améliorer des questions sanitaires précises et renforcent considérablement les ressources, les actions et les résultats dans le domaine de la mortalité infantile, de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants et des maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA et le paludisme. Cependant, bien qu'ils améliorent la sensibilisation, incitent à passer à l'action et rassemblent des ressources afin d'améliorer des problèmes sanitaires précis, les Objectifs du Millénaire pour le développement excluent des priorités sanitaires urgentes telles que le diabète et les maladies non transmissibles. L'approche spécifique à certaines maladies encouragée par les Objectifs du Millénaire pour le développement a accentué la distribution inégale des ressources limitées des systèmes de santé et les a de ce fait rendues inefficaces et peu durables.

La santé au-delà de la maladie

Le programme de développement futur doit s'adapter à une nouvelle réalité épidémiologique, démographique et politique. Un déplacement du centre d'intérêt est nécessaire si nous voulons que les progrès se poursuivent. La priorité sanitaire globale dans le contexte de l'après-2015 doit être d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et des populations. Une nouvelle approche des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé est nécessaire. Cette approche doit être le reflet de la définition officielle de la santé non comme l'absence de maladie, mais comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ».1

Définir l'agenda futur

Une des grandes réussites des Objectifs du Millénaire pour le développement a été l'adoption d'objectifs spécifiques et de cadres de suivi en vue de suivre les progrès faits par les pays donateurs et bénéficiaires. Des objectifs faciles à mesurer mais suffisamment vastes pour inclure la santé au-delà de maladies spécifiques sont essentiels à la réussite des objectifs du développement postérieurs aux Objectifs du Millénaire pour le développement.

Dans le but de contribuer à l'élaboration de nouveaux objectifs, la FID a rassemblé des informations provenant d'Associations membres et de Bureaux régionaux, afin d'identifier les priorités concernant le diabète et les maladies non transmissibles dans le contexte de l'après-2015. Ensuite, la FID a participé à des consultations thématiques mondiales organisées par les Nations Unies dans les domaines de la santé, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, du handicap, des inégalités et de l'environnement, qui serviront toutes à alimenter le cadre du développement après 2015.

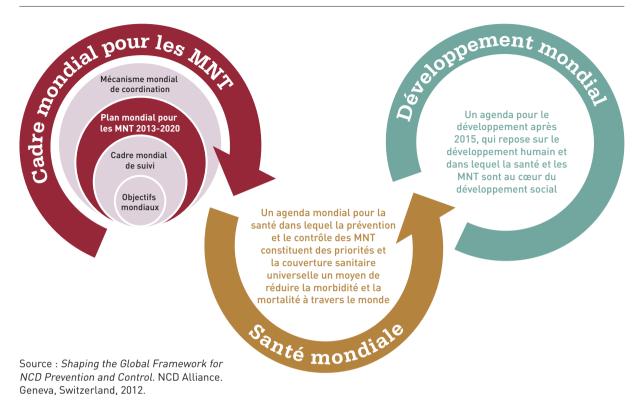
La FID lance un appel en vue de la réalisation d'un objectif sanitaire global qui garantira une approche, à l'échelle de la société, de la prévention, du traitement, des soins et du soutien du diabète et des maladies non transmissibles. Un objectif centré sur la santé encouragera le développement d'un nouveau type de système sanitaire qui soit préventif et capable de fournir des soins et d'assurer la gestion de la maladie à vie. L'intégration d'indicateurs de la santé à tous les objectifs après 2015 permettra d'harmoniser les progrès en termes de développement mondial avec les progrès réels en termes de santé mondiale.

Un nouvel objectif pour la santé

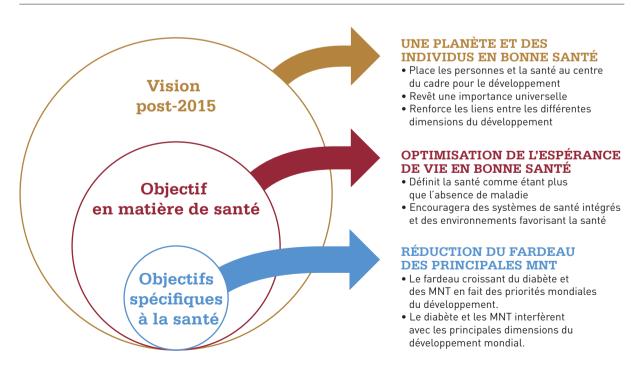
Les États membres qui ont participé au dialogue de haut niveau sur la santé de l'agenda pour le développement après 2015, en mars 2013, ont convenu que la réduction du fardeau des maladies non transmissibles est devenue une priorité mondiale. Toutefois, un débat animé est toujours en cours sur la manière dont l'objectif de santé mondial doit prendre corps.

La FID s'est engagée à inclure des indicateurs de santé dans tous les objectifs après 2015 afin de garantir que les progrès en matière de développement mondial présentent des avantages (sans induire de coûts) pour la santé mondiale.

Graphique 5.1 Utilisation du cadre mondial afin d'établir l'agenda pour le développement concernant les MNT



Graphique 5.2 Objectifs liés au diabète du cadre pour le développement après 2015



Source: Shaping the Global Framework for NCD Prevention and Control. NCD Alliance. Geneva, Switzerland, 2012.

5.3 La fiche d'évaluation de la lutte contre le diabète

Malgré les engagements pris lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2013 (cf. section 5.1), de nombreux pays ne disposent pas des moyens nécessaires pour demander des comptes à leur gouvernement en ce qui concerne les progrès en vue de la réalisation de ces objectifs. L'expérience de la communauté du VIH/SIDA a montré que la société civile est appelée à jouer un rôle essentiel dans le suivi de la mise en œuvre et de l'avancement des engagements pris par le gouvernement au sein de la communauté. À cette fin, la FID a développé un outil qui permet aux Associations membres de mesurer les progrès vers la réalisation des objectifs du Cadre mondial de suivi et de faire en sorte que les gouvernements doivent rendre des comptes en ce qui concerne la santé publique.

Suivi des progrès

La structure et le contenu de la Fiche d'évaluation de la lutte contre le diabète sont le fruit d'une étroite concertation et de tests approfondis en collaboration avec les réseaux nationaux et régionaux de la FID ainsi qu'avec des experts internationaux. La Fiche d'évaluation repose sur un questionnaire structuré couvrant les quatre points jugés essentiels pour une réponse nationale efficace au diabète : la prévention, le traitement, les droits et le leadership politique.

La Fiche d'évaluation collecte des informations sur l'existence de plans et politiques nationaux dans le domaine du diabète et d'autres maladies non transmissibles, mais aussi sur les progrès des gouvernements par rapport à la réalisation d'objectifs spécifiques tels que la réduction de la sédentarité et 80 % d'accès à des médicaments et technologies abordables. Les Associations membres pourront transmettre les données relatives à leur pays en ligne ou sur papier.

Carte des progrès

La Fiche d'évaluation permettra de voir très clairement quels pays et régions obtiennent des résultats, lesquels prennent du retard et lesquels ont besoin d'actions ou d'aide afin d'atteindre les objectifs du Cadre mondial de suivi. La Fiche d'évaluation, qui a subi tous les tests nécessaires, constituera un outil particulièrement efficace de sensibilisation à la santé publique à l'avenir et pourra être adaptée afin d'être utilisée par des groupes de sensibilisation à d'autres maladies, notamment à d'autres maladies non transmissibles.

Une fois que les données auront été collectées, les résultats seront présentés selon un système de code couleur, chaque couleur représentant un stade différent des progrès :

- Aucune politique nationale relative au diabète n'existe et il n'est pas prévu de développer une telle politique.
- Une politique existe ou est prévue mais aucune action n'a encore été entreprise.
- Une politique existe et est financée ; la mise en œuvre a commencé.
- Une politique existe, est financée et est mise en œuvre dans tout le pays.

La FID publiera et mettra à jour de manière continue les données communiquées par les Associations membres par le biais de la Fiche d'évaluation. Afin de renforcer leurs activités de sensibilisation, les Associations membres recevront une boîte à outils contenant du matériel de suivi, y compris des modèles de communiqué de presse, des lettres aux ministres de la santé et des dossiers d'information.

Mesure de la réussite

Lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2011, le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, a appliqué l'adage bien connu « Ce qui peut être mesuré, peut être fait » à la lutte de santé publique contre les maladies chroniques telles que le diabète. La Fiche d'évaluation mondiale de la lutte contre le diabète de la FID permettra de mesurer les efforts et les progrès des gouvernements dans la réponse aux nombreux défis posés par le diabète.

DIABETES SCORECARD Tracking Progress for Action

The Political Declaration adopted at the United Nations (UN) Summit on Non-communicable diseases (NCDs) in September 2011 was a historic pledge to accelerate action on diabetes and NCDs, and build a healthier world.

vision with clear accountability architecture — including the "25% by 2025" mortality goal and a set of ambitious targets on prevention and treatment. Together, the Political Declaration and targets are a firm commitment by the world's governments to drive progress for the 371 million people with diabetes and millions more at risk.

The Global Diabetes Scorecard is a unique civil society project that will enable IDF and our network of Member Associations to hold governments accountable to commitments on diabetes. We will track progress for action on four core key elements – prevention, treatment, rights and political leadership – that are critical for an effective national response. The tool is being developed through a comprehensive consultative process with experts in diabetes, NCDs and global health.

As shown in the HIV/AIDS response, the role of civil society in tracking and guiding progress will be critical to ensure the UN Political Declaration and targets are successfully implemented on the ground. If commitments are merely words on paper, diabetes will continue to cause 4.8 million deaths a year and result in avoidable disease, disability and suffering for millions more.

The Global Diabetes Scorecard will be launched at the World Diabetes Congress in Melbourne in December 2013, followed by implementation at the national level in 2014, Looking ahead, IDF will align Scorecard reporting to official UN and World Health Organisation (WHO) timelines, supporting governments to advance meaningful action on the global diabetes epidemic.

For more information, and to find out how to get involved, visit <u>www.idf.org/global-diabetes-scorecard</u>





DIABETES SCORECARDTracking Progress for Action The International Diabetes Federation is developing the first global scorecard for measuring government commitments on diabetes. Targets adopted in 2013 ⊚ POLITICAL LEADERSHIP, COMMITMENT AND RESOURCES Existing multisectoral diabetes plan or NCD plan including diabetes 0 Whole of government approach for diabetes prevention and control 0 Government funding for prevention and health promotion, treatment and 0 surveillance **PREVENTION** O Progress towards halting the rise in diabetes and obesity 0 0 Progress towards a 10% reduction in physical inactivity Regulate marketing of foods and beverages to children 0 0 Reduce sugar, salt and saturated fats in foods TREATMENT, MANAGEMENT + CARE Progress towards a 25% reduction in premature mortality from NCDs by 2025 0 Progress towards 80% coverage of essential medicines and basic 0 technologies Early diagnosis and detection services for diabetes available 0 Access to self-management education for diabetes 0 RIGHTS AND EMPOWERMENT Gender sensitive approach to diabetes prevention and control 0 Initiatives to involve and strengthen capacity for vulnerable populations 0 Partnerships between government and diabetes civil society, NGOs and 0 patient groups

www.idf.org

5.4 Formation des professionnels de la santé dans le domaine du diabète

L'augmentation de la prévalence mondiale des maladies chroniques impose des exigences et responsabilités croissantes et immenses aux systèmes sanitaires. Il est essentiel de préparer les professionnels de la santé à relever les défis associés. Ils jouent en effet un rôle critique dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé des personnes atteintes de diabète ainsi que dans l'amélioration de la qualité de ces soins. Néanmoins, comme l'a souligné le Rapport 2006 sur la santé dans le monde *Travailler ensemble pour la santé*, nous sommes confrontés à une pénurie mondiale de près de 4,3 millions de professionnels de la santé, notamment des médecins, des sagesfemmes, des infirmières et des assistants.¹

Il est impératif que le besoin urgent de répondre à cette pénurie soit reconnu. En 2011, la Déclaration politique sur les maladies non transmissibles a reconnu l'importance d'un système sanitaire fonctionnant correctement pour prodiguer des soins aux personnes atteintes de maladies non transmissibles

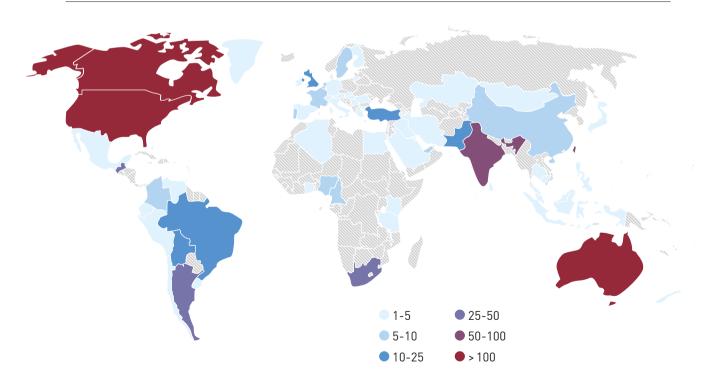
telles que le diabète. La Déclaration a également confirmé la nécessité de former les professionnels de la santé et de mettre en place des processus visant à ce que ces professionnels restent actifs.²

L'éducation au diabète est la pierre angulaire de la gestion du diabète. L'éducation à l'autogestion du diabète et le soutien continu sont des éléments essentiels des soins du diabète. L'éducation à l'autogestion du diabète a pour but de permettre aux personnes atteintes de diabète de gérer leur maladie, d'améliorer l'incidence de la maladie sur la santé et, en substance, de devenir l'acteur principal de la gestion de leurs propres soins de santé.^{3,4}

Une analyse de la situation

La FID a réalisé une étude transversale destinée à déterminer comment les professionnels de la santé sont formés afin de travailler dans le domaine des soins au diabète et de l'éducation à cette condition. Au total, la FID a collecté 1 116 réponses de professionnels de la santé, dont 68 % dans des pays à revenu élevé et le reste (32 %) dans des pays à faible et moyen revenu.

Carte 5.1 Répondants à une étude sur l'éducation au diabète parmi les professionnels de la santé



FORMATION PROFESSIONNELLE DE BASE

Les personnes atteintes de diabète recoivent des soins et une éducation dispensés par des professionnels issus de diverses disciplines des soins de santé. Le nombre d'heures de cours consacré à l'éducation et aux soins dans le domaine du diabète durant la formation de base des professionnels de la santé varie selon le pays et la discipline. Dans les pays à faibles et moyens revenus, 37 % des professionnels de la santé ont déclaré qu'ils avaient suivi au moins 90 heures de cours dans le cadre de leur formation de base sur l'éducation au diabète, tandis que 13 % ont déclaré avoir suivi 10 heures de cours ou moins. Plus de 50 % des répondants ont approfondi leurs connaissances et leurs compétences relatives au diabète par le biais de l'expérience professionnelle et de l'étude autonome (tableau 5.2).

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

La formation professionnelle continue est essentielle en vue de s'assurer que les connaissances et les compétences relatives au diabète restent d'actualité. Dans certains pays, elle est obligatoire pour conserver l'accréditation professionnelle.

Les répondants ont expliqué comment ils ont développé leurs connaissances relatives au diabète et comment leurs compétences ont évolué à différents moments de leur carrière. La plupart d'entre eux ont développé leurs connaissances et leurs compétences grâce à l'expérience professionnelle et à l'autoformation; très peu ont participé à des programmes de formation officiels dans le cadre de leur formation (tableau 5.2).

Tableau 5.2 Développement des connaissances et des compétences relatives à l'éducation et aux soins dans le domaine du diabète, par catégorie de revenus

	Formation avant de commencer à travailler dans le domaine du diabète %		Formation au cours des 12 premiers mois de travail dans le domaine du diabète %		Formation la plus récente %	
	LMIC	HIC	LMIC	HIC	LMIC	HIC
Autoformation	65	72	73	84	42	55
Expérience professionnelle	70	72	83	89	-	
Formation/éducation professionnelles de base	61	60	-	-	-	
Expérience personnelle dans le domaine du diabète	29	20	32	19	-	
Programmes de formation						
- Moins de 24 heures (moins de 3 jours)	7	10	10	10	19	17
- Entre 24 et 40 heures (3 à 5 jours)	15	11	13	9	7	6
- Entre 40 et 80 heures (5 à 10 jours)	13	7	11	5	6	2
- Entre 80 et 120 heures (10 à 15 jours)	6	3	5	3	4	1
- Entre 120 et 320 heures (15 à 40 jours)	9	5	5	2	3	1
- 320 heures ou plus (40 jours ou plus)	12	13	11	5	15	3
Conférence/atelier/séminaire sur le thème du diabète	-	-	56	61	-	-
Conférence internationale	-	-	-	-	29	10
Conférence nationale	-	-	-	-	47	47
Conférence régionale	-	-	-	-	37	41
Formation continue dans un hôpital	-	-	-	-	27	19

LMIC=Pays à faible et moyen revenu HIC=Pays à revenu élevé

Programmes de certification et programmes officiels d'obtention d'un diplôme

Dans les années 1980, diverses institutions ont mis sur pied des programmes destinés à fournir une formation à des éducateurs certifiés dans le domaine du diabète, notamment la Canadian Diabetes Association, le National Certification Board for Diabetes Educators (États-Unis) et l'Australian Diabetes Educators Association. Depuis lors, dans certains pays, la certification (également appelée accréditation) est devenue une norme de reconnaissance officielle des connaissances et de la pratique dans une spécialité donnée.

Les éducateurs certifiés dans le domaine du diabète possèdent les compétences nécessaires pour améliorer les soins du diabète, par exemple en contribuant à l'amélioration du contrôle de la glycémie.⁵ Néanmoins, tous les pays ne disposent pas de systèmes de certification : 43 % des répondants de pays à faible et moyen revenu ont déclaré ne pas avoir de certification officielle. De plus, seuls 32 % possèdent un diplôme en éducation au diabète (tableau 5.3).

Tableau 5.3 Répondants disposant d'une certification dans le domaine du diabète et/ou d'un diplôme en éducation au diabète, par région de la FID et catégorie de revenus

RÉGION DE LA FID PAYS (Nombre de répondants)	CATÉGORIE DE REVENUS	Certification dans le domaine du diabète nombre (%)	Diplôme dans le domaine du diabète nombre (%)
AFR Cameroun (5); Ghana (3); Kenya (3); Nigeria (6); Afrique du Sud (27); Tanzanie (3)	LMIC	18 (38,3%)	7 (14,9%)
EUR Autriche (1); Belgique (1); Chypre (1); Danemark (1); Finlande (4); France (7); Allemagne (3); Grèce (2); Irlande (1); Italie (1); Pays-Bas (7); Portugal (7); Slovaquie (1); Espagne (3); Suède (8); Suisse (4); Royame-Uni (21)	ніс	39 (48,8%)	24 (30,0%)
Hongrie (1); Kazakhstan (1); Lituanie (3); Roumanie (4); Serbie (1); Turquie (13)	LMIC	17 (73,9%)	8 (34,8%)
MENA Koweït (2); Qatar (3); Arabie saoudite (3); Émirats arabes unis (6)	HIC	4 (28,6%)	0 (0,0%)
Algerie (2); Égypte (1); République islamique d'Iran (3); Irak (3); Pakistan (10)	LMIC	2 (10,5%)	4 (21,0%)
NAC Antigua et Barbuda (2); Bahamas (1); La Barbade (2); Bermudes (1); Canada (258); Curaçao (1); Porto Rico (1); Trinité et Tobago (3); États-Unis d'Amérique (215)	HIC	356 (73,5%)	27 (5,6%)
Belize (1); Mexique (3)	LMIC	1 (25,0%)	2 (50,0%)
SACA Argentine (45); Bolivie (11); Brésil (12); Chili (1); Colombie (5); Équateur (2); Guatemala (25); Panama (3); Pérou (2); Uruguay (1); Venezuela (2)	LMIC	61 (55,9%)	47 (43,1%)
SEA Inde (56); Île Maurice (2); Sri Lanka (1)	LMIC	33 (55,9%)	17 (28,8%)
WP Australie (128); Brunei Darussalam (1); RAS de Hong Kong (7); Japon (1); Nouvelle-Zélande (1); Singapour (1); Taiwan (69)	HIC	175 (84,1%)	73 (35,1%)
Cambodge (2); Chine (7); Fidji (3); Indonésie (2); Malaisie (4); Mongolie (1); Philippines (2); Thaïlande (2)	LMIC	5 (21,7%)	5 (21,7%)

Soutien de la formation professionnelle continue

Les professionnels de la santé apportent une contribution essentielle au système de santé. Par conséquent, les institutions dans le domaine de la santé doivent encourager les professionnels à participer à des activités de formation professionnelle continue et les soutenir dans l'application de leurs nouvelles connaissances.

Près de 72 % de répondants travaillant dans des centres situés dans des pays à faible et moyen revenu ont déclaré être encouragés par leur établissement à approfondir leurs connaissances en matière d'éducation et de soins dans le domaine du diabète. Plus de la moitié des centres interrogés (55 %) encourage les professionnels de la santé à exploiter les opportunités de formation en dehors de leur lieu de travail, en les autorisant à s'absenter de leur travail le temps nécessaire. Un nombre plus petit de centres interrogés octroie une aide financière (34 %) pour la formation professionnelle continue.

Des programmes de formation dans les établissements de santé proprement dits, faisant appel aux ressources existantes, peuvent être un complément ou une alternative à la formation professionnelle afin que les professionnels de la santé ne doivent pas se déplacer pour assister aux cours.⁶ Notre étude a mis en évidence diverses approches de la formation, notamment des discussions basées sur des études de cas, des séminaires et des clubs de lecture.

Utilisation des ressources de formation

Les ressources de formation, telles que les directives, les recommandations et les normes, sont essentielles pour garantir l'efficacité des professionnels de la santé. Les études réalisées dans divers pays montrent que l'utilisation de directives et de normes relatives au diabète permet d'améliorer les conséquences pour la santé. ⁷⁻¹⁰

La plupart des répondants ont déclaré utiliser de telles ressources afin d'étayer leurs décisions cliniques ou de planifier les soins du diabète : 83 % des répondants dans les pays à faible et moyen revenu ont indiqué utiliser des directives ou des recommandations de pratique clinique, tandis que 71 % ont recours à des directives ou à des normes en matière d'éducation au diabète. Dans les pays à revenu élevé, les pourcentages respectifs étaient de 94 % et 85 %.

Les ressources de la FID sont conçues pour améliorer le niveau d'éducation ainsi que l'expertise des éducateurs au diabète et d'autres professionnels de la santé. D'après les résultats de notre étude, les publications de la FID sont utilisées par 80 % des répondants dans les pays à faible et moyen revenu et 42 % dans les pays à revenu élevé (tableau 5.4). L'usage répandu de ces ressources souligne l'importance de la diffusion de ce matériel pédagogique et de l'amélioration de son accessibilité.

Limitations de l'étude

Cette étude était descriptive et exploratoire. Ses résultats peuvent être utilisés uniquement pour décrire le groupe de prestataires de soins de santé qui a répondu au questionnaire et ne peuvent pas être étendus à une population plus vaste. Les questionnaires complétés par le répondant en personne ont leurs propres risques et limitations : risque de faible taux de réponse, impossibilité de clarifier certains points, problèmes liés à la langue et au niveau d'alphabétisation, problèmes d'accès.

Tableau 5.4 Utilisation des ressources d'éducation au diabète de la FID

	PAYS À REVENU ÉLEVÉ	PAYS À FAIBLE ET MOYEN REVENU
Utilisation des ressources de la FID	42%	80%
Directive mondiale de la FID/ISPAD sur le diabète à l'enfance et à l'adolescence	12%	30%
Modules d'éducation au diabète de la FID	15%	49%
Programme international de cours pour l'éducation au diabète des professionnels du diabète de la FID	15%	32%
Standards internationaux pour l'éducation au diabète de la FID	28%	55%
Directives sur la grossesse et le diabète	13%	32%
Déclaration de consensus de la FID sur les apnées du sommeil et le diabète de type 2	4%	9%
Directive mondiale de la FID sur le diabète de type 2	23%	61%





Ressources et solutions









La FID tient des déclarations de position et des directives cliniques à la disposition des professionnels de la santé.



Ressources et solutions

6.1 Le diabète chez les personnes âgées

Près d'un milliard de personnes ont plus de 60 ans¹, soit plus de 11.1 % de la population mondiale. D'ici 2035. ce chiffre devrait atteindre 1,5 milliard, ou 17,6 % de la population. La croissance de la population, l'amélioration de la santé publique et l'allongement de l'espérance de vie ont contribué à l'augmentation régulière du nombre de personnes âgées (c'est-à-dire les personnes de 60 ans ou plus) et à la hausse en parallèle du nombre de personnes âgées atteintes de diabète. Selon les estimations de la FID, la prévalence mondiale du diabète chez les personnes âgées de 60 à 79 ans est de 18,6 %, soit plus de 134,6 millions de personnes, qui représentent plus de 35 % de tous les cas de diabète chez des adultes. En 2035, selon les projections, ce chiffre devrait dépasser 252,8 millions.

Les personnes âgées atteintes de diabète présentent davantage de complications liées à cette maladie et sont davantage susceptibles de développer des comorbidités, notamment un handicap physique, un dysfonctionnement cognitif, des chutes et fractures, une dépression, des escarres, des troubles de la vue et de l'ouïe et des douleurs non identifiées et insuffisamment traitées.² Dans de tels cas, une gestion personnalisée du diabète s'impose. Pourtant, les essais cliniques portant sur des personnes âgées font cruellement défaut, ce qui complique la mise au point de directives de soins fondées sur des données probantes.3

Prévalence et épidémiologie

La prévalence du diabète chez les personnes âgées varie de 2,3 % au Niger à 64,6 % dans les États fédérés de Micronésie. La région Amérique du Nord et Caraïbes possède la prévalence régionale la plus élevée, avec 22.1 %, tandis que celle de la région Afrique est de 9.6 %. Dans l'ensemble, la prévalence du diabète est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (19,0 % contre 18,3 %).

La prévalence du diabète chez les personnes âgées continue à augmenter avec l'âge. Toutefois, nous assistons à une stabilisation, voire, dans certains cas, à une tendance à la baisse due à l'augmentation de la

Conséquences du diabète chez les personnes âgées

Les personnes âgées atteintes de diabète risquent davantage de développer certains troubles fonctionnels dus aux complications du diabète.

Associé au processus naturel du vieillissement et à d'autres troubles liés à l'âge, le diabète contribue à une issue plus défavorable chez les personnes âgées atteintes de diabète que chez les autres. La neuropathie périphérique, qui peut toucher jusqu'à 70 % des personnes âgées atteintes de diabète⁴, augmente le risque de chutes et de fractures, à l'instar des épisodes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie.

Les personnes atteintes de diabète sont 1,5 fois plus susceptibles de développer une démence que celles qui ne sont pas atteintes de cette maladie. 6 Dès lors, de nombreuses personnes âgées atteintes de diabète ont des difficultés à reconnaître la démence et à se tourner

vers un professionnel en vue de son traitement. En outre, diverses études ont mis en évidence un lien étroit entre le diabète et la dépression, qui peut également avoir un impact sur la capacité des personnes à prendre soin d'elles-mêmes.⁷

Risques du traitement

La fonction rénale et la fonction hépatique sont souvent réduites chez les personnes âgées, ce qui peut donner lieu à des anomalies du métabolisme et de l'excrétion des médicaments. Cette situation augmente à son tour le risque d'hypoglycémie, en particulier chez les personnes âgées qui prennent des sulfonylurées à longue durée d'action ou de l'insuline en association avec une sulfonylurée. 8,9 En outre, une diminution de la fonction rénale peut provoguer une hyperglycémie due à la déshydratation et ainsi augmenter le risque de délire.³ Parallèlement, les personnes âgées sont exposées à un risque accru de sous-nutrition et de perte de la masse squelettique : alors que leurs besoins en micronutriments sont similaires à ceux des adultes plus jeunes, les personnes âgées ont des besoins plus faibles en énergie, ont souvent moins d'appétit et éprouvent souvent une sensation de soif réduite.^{2,10}

Gestion et soins

Une approche sur mesure des soins des personnes âgées atteintes de diabète est indispensable afin de réduire au minimum les conséquences défavorables potentiellement sévères parmi cette population vulnérable. Les comorbidités et les complications doivent être identifiées de manière active. La détermination de la capacité

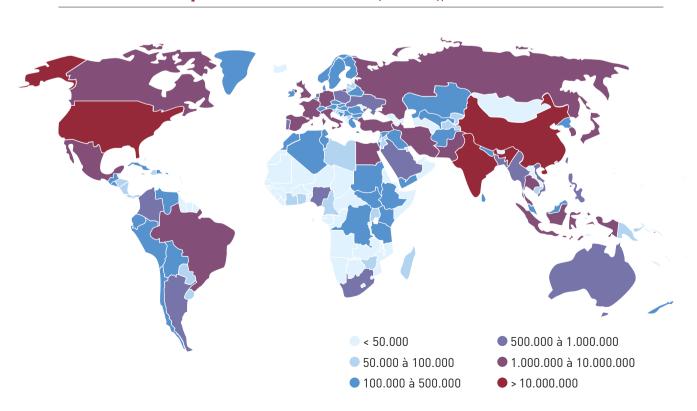
fonctionnelle et du degré de faiblesse d'une personne, ainsi que des risques auxquels elle est exposée, permet aux professionnels de la santé de mettre au point un programme de soins approprié incluant l'alimentation et l'exercice physique. Divers tests sont disponibles afin d'évaluer le statut fonctionnel et cognitif.

Le programme de soins individualisé d'une personne âgée atteinte de diabète doit inclure un dépistage régulier des complications du diabète ainsi que des risques et syndromes liés à l'âge, mais aussi une analyse exhaustive régulière des médicaments qu'elle prend. L'orientation de la personne vers un gérontologue doit être envisagée, le cas échéant, et les besoins des soignants doivent être pris en considération tout au long du processus de soins, y compris des soins en fin de vie.

L'avenir

Les personnes âgées représentent un groupe unique qui se compose d'un nombre croissant de personnes atteintes de diabète, dont les soins doivent être personnalisés. La Directive de la FID relative à la gestion du diabète chez les personnes âgées a été élaborée afin de pallier l'absence de directives de gestion spécifiques aux personnes âgées. Au vu du vieillissement continu des populations et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de diabète, de telles directives doivent devenir partie intégrante des politiques nationales. Au niveau des gouvernements nationaux, les décideurs doivent donc trouver les moyens de prévenir le diabète, dans la mesure du possible, et de prendre en charge le nombre croissant de personnes touchées par le diabète avant besoin de soins, tout en maintenant et en améliorant la qualité de ces soins.

Carte 6.1 Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans), 2013

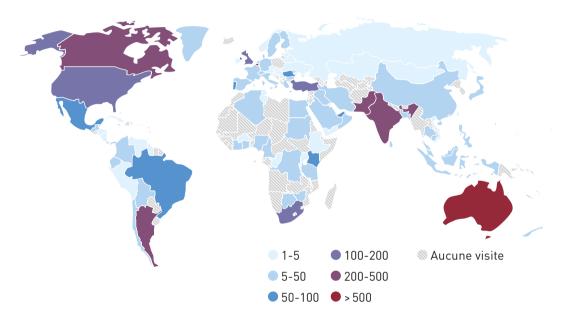


6.2 Programmes et campagnes de la FID

Carte 6.2 Visites de D-NET, 2013

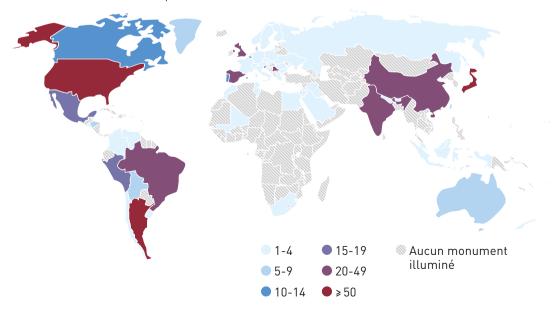
Lancé en 2010, le Réseau d'éducation au diabète destiné aux professionnels de la santé (D-NET) est le premier forum international en ligne ayant pour but d'améliorer l'éducation au diabète et la gestion de cette maladie. Ce réseau dynamique permet aux profession-

nels de la santé d'obtenir de l'aide, de partager leurs meilleures pratiques et de découvrir des opportunités de formation. D-NET compte plus de 2 000 membres et se développe en permanence.



Carte 6.3 Monuments illuminés dans le cadre de la campagne « Pleins feux sur le diabète », lors de la Journée mondiale du diabète, 2012

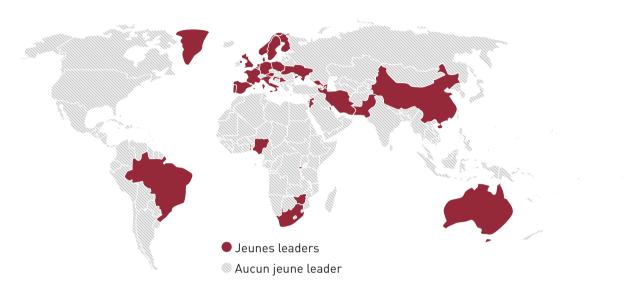
La Journée mondiale du diabète, qui se déroule chaque année le 14 novembre, est la plus grande campagne mondiale de sensibilisation de la communauté du diabète. Une des manifestations les plus spectaculaires de cette campagne est l'action « Pleins feux sur le diabète », au cours de laquelle divers monuments sont illuminés en bleu, la couleur du symbole mondial du diabète, afin de célébrer la Journée mondiale du diabète. Depuis la création de cet événement en 2007, plus de 1 000 monuments, bâtiments et sites ont été illuminés en bleu, dans plus de 115 pays.



Carte 6.4 Jeunes leaders du diabète

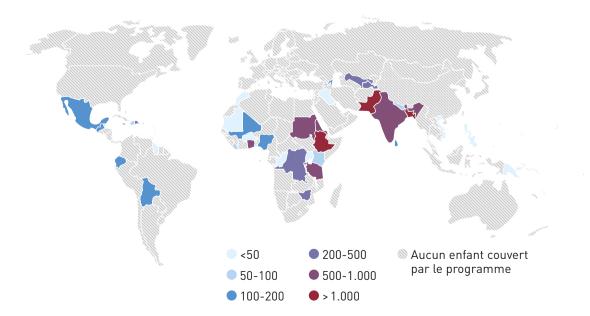
En 2011, la FID a lancé le programme des Young Leaders in Diabetes (YLD - Jeunes leaders du diabète) afin d'améliorer la vie des jeunes atteints de diabète. Plus de 100 jeunes leaders se rencontreront lors du Congrès mondial du diabète à Melbourne et partageront les résultats des

projets et campagnes destinés aux jeunes atteints de diabète. À cette occasion, ils développeront également de nouvelles idées visant à améliorer la vie des jeunes atteints de diabète.



Carte 6.5 Enfants soutenus par le programme Life for a Child

L'indisponibilité d'insuline reste la principale cause de mortalité chez les enfants atteints de diabète. Le programme Life for a Child de la FID est un programme de soutien qui permet à des centres de traitement du diabète, grâce aux contributions de donateurs, de fournir des soins cliniques permanents, y compris de l'insuline et du matériel de surveillance, ainsi que de dispenser une éducation au diabète aux enfants atteints de cette maladie dans les pays en développement. Le programme soutient plus de 11 000 enfants dans 43 pays.



6.3 Directives cliniques et déclarations de position

Les directives sont essentielles en vue d'offrir des soins de qualité à toutes les personnes atteintes de diabète. Les recommandations des directives définissent des normes de soins et utilisent des interventions fondées sur des données probantes afin d'atteindre ces normes, de manière à guider les professionnels de la santé, les personnes atteintes de diabète, les décideurs politiques et les administrateurs.

Les directives et déclarations de position de la FID ont été préparées afin d'aider les pays, les organisations et les personnes qui souhaitent développer leurs propres directives nationales ou régionales et reposent sur l'expérience d'experts issus des différentes régions de la FID.

Ces documents sont disponibles sur le site www.idf.org.

Directives cliniques

DIRECTIVES DE PRATIQUE CLINIQUE



Le guide des directives a été rédigé à l'intention de toutes les personnes qui participent aux soins des personnes atteintes de diabète, qui envisagent d'élaborer des directives relatives aux soins du diabète ou qui souhaitent s'appuyer sur l'expérience d'autres personnes afin de développer de telles directives.

DIRECTIVE MONDIALE SUR LE DIABÈTE À L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE



Cette directive a été rédigée afin d'améliorer la sensibilisation des gouvernements, des prestataires publics de soins et du grand public aux implications graves à long terme du diabète mal géré et aux ressources essentielles en vue de garantir des soins optimaux.

GESTION DE LA GLYCÉMIE POSTPRANDIALE



Le but de la directive de la FID sur la gestion de la glycémie postprandiale est de présenter des données issues de rapports décrivant la relation entre la glycémie postprandiale et le développement de complications du diabète. Ces données ont servi de base à l'élaboration

de recommandations relatives à la gestion adéquate de la glycémie postprandiale chez les personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2.

SANTÉ BUCCALE DES PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE



La Fédération Internationale du Diabète et la Fédération dentaire mondiale se sont associées afin de déterminer si les données probantes disponibles dans ce domaine permettent de formuler des recommandations officielles relatives à

la santé buccale et aux soins du diabète. La directive de la FID sur la santé buccale des personnes atteintes de diabète est le fruit de cette collaboration entre les deux organisations.

GROSSESSE ET DIABÈTE



Cette directive traite des moyens d'identifier les femmes chez qui de tels problèmes sont nouveaux et à les aider, ainsi que les femmes dont le diabète a déjà été diagnostiqué, à faire en sorte que la mère et le bébé soient en bonne santé.

DIRECTIVES PRATIQUES SUR LA GESTION ET LA PRÉVENTION DU PIED DIABÉTIQUE



Ces directives pratiques sont destinées aux professionnels de la santé qui soignent des personnes atteintes de diabète. Elles présentent le consensus international relatif au pied diabétique ainsi que les directives pratiques sur la gestion et la

prévention du pied diabétique.

AUTOSURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE EN CAS DE DIABÈTE DE TYPE 2 NON TRAITÉ AVEC DE L'INSULINE



La directive de la FID sur l'autosurveillance de la glycémie en cas de diabète de type 2 non traité avec de l'insuline présente un résumé des conclusions et recommandations relatives à l'autosurveillance de la glycémie chez les

personnes atteintes de diabète de type 2 non traité avec de l'insuline.

DIABÈTE DE TYPE 2



La mise à jour 2012 de la directive mondiale relative au diabète de type 2 couvre 17 domaines spécifiques des soins de santé et aborde des points importants et des sujets à controverse. Elle adopte une approche de benchmark axée sur trois niveaux de soins : soins standard,

soins minimaux et soins complets. Ces soins peuvent être adaptés afin de répondre aux besoins des différentes ressources, dans différents contextes.

Déclarations de position et de consensus

GUIDE DES PROGRAMMES NATIONAUX RELATIFS AU DIABÈTE

Le guide des programmes nationaux relatifs au diabète présente un ensemble de cadres généraux pratiques et de considérations couvrant divers aspects de la prévention primaire et des soins du diabète, qui doivent être pris en considération lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de réponses efficaces et complètes face au fardeau écrasant que le diabète fait peser sur les personnes, les familles, les communautés et les gouvernements nationaux.

INSULINES ANIMALES, HUMAINES ET ANALOGUES

Les insulines sont désormais disponibles sous différentes formes moléculaires, en raison des différences d'espèces ou grâce au recours à l'ingénierie moléculaire. Il n'existe pas de preuves écrasantes en faveur d'un type d'insuline plutôt que d'un autre et les patients ne devraient pas changer de type d'insuline sans raison.

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

La Fédération Internationale du Diabète a publié sa déclaration de position sur la chirurgie de l'obésité. Ce document demande que la chirurgie de l'obésité soit prise en considération plus tôt au cours du traitement des patients remplissant les conditions nécessaires, afin de contribuer à endiguer les complications graves du diabète.

DIABÈTE ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV)

Les personnes atteintes de diabète sont de deux à six fois plus susceptibles que les autres de développer une maladie cardiovasculaire. La FID reconnaît l'ampleur de ce problème et encourage fortement toutes les mesures de collaboration possibles visant à contenir le problème.

DIABÈTE ET MALADIES RÉNALES

Les maladies rénales provoquées par le diabète sont la cause la plus fréquente, à travers le monde, d'insuffisance rénale nécessitant un traitement par dialyse ou transplantation rénale. Les lésions rénales précoces peuvent être détectées au moyen d'un simple test urinaire. Le risque d'insuffisance rénale et le rythme auquel elle se développe peuvent être réduits grâce à une maîtrise adéquate de la glycémie et de la tension artérielle

DIABÈTE ET OBÉSITÉ

À l'heure actuelle, l'obésité et le diabète menacent la santé, le bien-être et la prospérité économique de pratiquement tous les pays de la planète. La FID encourage les responsables de la mise à disposition de services de soins de santé à s'assurer que tout est mis en œuvre pour garantir que des mesures de prévention sont prises.

DIABÈTE ET TABAGISME

Le tabac est nuisible pour la santé, en particulier pour celle des personnes atteintes de diabète. L'arrêt du tabac a des conséquences positives immédiates. Toutefois, il est rendu difficile par la dépendance au tabac ainsi que par toutes les formes de publicité et de promotion utilisées par l'industrie du tabac.

ÉDUCATION À L'AUTOGESTION DU DIABÈTE

La FID estime que l'éducation à l'autogestion du diabète est un élément fondamental, très important et faisant partie intégrante de la prévention et des soins du diabète, qui devrait être accessible à tous.

PRÉVENTION INTÉGRÉE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Cette déclaration a été formulée conjointement par le Groupe de travail international sur l'obésité (IOTF), au nom de l'Association internationale pour l'étude de l'obésité (IASO), la Fédération Internationale du Diabète (FID), la Fédération mondiale du cœur (WHF), l'Union internationale des sciences de la nutrition (IUNS) et l'Association pédiatrique internationale (IPA).

PIED DIABÉTIQUE : LES AMPUTATIONS SONT ÉVITABLES

Les personnes atteintes de diabète sont exposées à un risque de neuropathie et d'ischémie pouvant toutes deux provoquer des ulcères aux pieds et des plaies cicatrisant lentement qui, si elles s'infectent, peuvent nécessiter une amputation. La FID recommande que toute personne atteinte de diabète reçoive les meilleurs soins possibles des pieds.

DÉFINITION DE CONSENSUS DE LA FID DU SYNDROME MÉTABOLIQUE CHEZ LES ENFANTS

Cette définition fait suite à la définition de consensus mondiale de la FID du syndrome métabolique chez les adultes (publiée en 2005). Cette nouvelle définition permet d'identifier les enfants et les adolescents exposés à un risque accru de développer le diabète de type 2 et une maladie cardiovasculaire plus tard dans la vie. La nouvelle définition est simple et facile à appliquer dans la pratique clinique. En outre, elle est cohérente avec celle formulée par la FID pour les adultes.

LES DROITS DE L'ENFANT ATTEINT DE DIABÈTE À L'ÉCOLE

La FID est préoccupée par la situation des enfants atteints de diabète, en particulier dans leur environnement scolaire. La FID estime que les enfants et les adolescents doivent être capables de gérer leur diabète dans le cadre scolaire, sans être exclus ni faire l'objet de discriminations.

LE RÔLE DE LA SURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE URINAIRE DANS LE DIABÈTE

L'autosurveillance de la glycémie sanguine et l'autosurveillance de la glycémie urinaire sont les deux principales méthodes de surveillance de la glycémie. La surveillance de la glycémie urinaire ne remplace pas la surveillance de la glycémie sanguine, mais est plutôt une alternative ou un complément susceptible de fournir des informations très précieuses lorsqu'il est impossible, trop coûteux ou non souhaitable de surveiller la glycémie sanguine.

LE DIABÈTE DE TYPE 2 CHEZ LES JEUNES

La prévalence du diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents ne cesse d'augmenter à travers le monde et est le reflet de la progression de la maladie parmi les adultes. La FID recommande la prise de dispositions afin de fournir les meilleurs soins possibles, de prévenir les complications à long terme et d'encourager la recherche.

CONSENSUS SUR LA PRÉVENTION DU DIABÈTE DE TYPE 2

Une intervention précoce ainsi que la prévention ou le ralentissement de l'évolution vers le diabète de type 2 présentent des avantages considérables pour le patient en termes d'augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie, mais aussi des avantages économiques potentiels pour la société et les organismes payeurs des soins de santé.

DÉFINITION MONDIALE DU SYNDROME MÉTABOLIQUE

Cette définition fournit aux médecins les outils nécessaires pour identifier rapidement les personnes à risque et comparer l'impact à travers les États et les groupes ethniques. Le syndrome métabolique englobe les facteurs de risque les plus dangereux de crise cardiaque: diabète et prédiabète, obésité abdominale, taux de cholestérol élevé et hypertension.

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'HBA1C

La mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est un élément central des soins du diabète. Elle permet aux professionnels de la santé d'établir un lien entre contrôle de la glycémie et le risque de complications telles que des lésions oculaires ou une insuffisance rénale. Le groupe de travail a été créé afin de développer une norme et d'harmoniser la communication des taux d'HbA1c.

APNÉES DU SOMMEIL ET DIABÈTE DE TYPE 2

Des études récentes ont démontré la probabilité d'un lien entre le diabète de type 2 et les apnées obstructives du sommeil (AOS). La déclaration de consensus de la FID sur les apnées du sommeil et le diabète de type 2 améliore la sensibilisation à la relation entre ces deux troubles, qui ont des conséquences importantes pour la santé publique et la vie des personnes.

Encadré 6.1 Recommandations tirées des directives de l'OMS de 2013 concernant le diagnostic de l'hyperglycémie pendant la grossesse

Le diabète pendant la grossesse doit être diagnostiqué selon les critères de l'OMS de 2006 en matière de diabète lorsqu'un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glucose dans le plasma à jeun ≥ 7,0 mmol/l (126 mg/dl)
- glucose dans le plasma à 2 heures \geqslant 11,1 mmol/l (200 mg/dl) après une charge orale de glucose de 75 g
- glucose dans le plasma aléatoire > 11,1 mmol/l (200 mg/dl) en présence de symptômes de diabète

Le diabète gestationnel doit être diagnostiqué à tout moment pendant la grossesse si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glucose dans le plasma à jeun de 5,1-6,9 mmol/l (92 -125 mg/dl)
- glucose dans le plasma à 1 heure ≥ 10,0 mmol/l (180 mg/dl) après une charge orale de glucose de 75 q
 - (il n'existe pas de critère établi pour le diagnostic du diabète sur la base de la valeur après charge à 1 heure)
- glucose dans le plasma à 2 heures de 8,5-11,0 mmol/l (153 -199 mg/dl) après une charge orale de glucose de 75 g

6.4 À propos de la Fédération Internationale du Diabète

La Fédération Internationale du Diabète (FID) est une organisation rassemblant plus de 200 associations nationales de lutte contre le diabète, dans plus de 160 pays. Elle représente les intérêts d'un nombre croissant de personnes atteintes de diabète et de personnes exposées au risque de développer cette maladie. La Fédération est à la tête de la communauté mondiale du diabète depuis 1950. Sa mission consiste à promouvoir les soins, la prévention et la guérison du diabète à travers le monde.

La Fédération est subdivisée en sept régions afin de renforcer le travail des associations nationales de lutte contre le diabète et d'améliorer la collaboration entre ces associations. Les associations nationales de lutte contre le diabète membres de la Fédération sont regroupées au sein des sept régions suivantes : Afrique (AFR), Europe (EUR), Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA), Amérique du Nord et Caraïbes (NAC), Amérique centrale et du Sud (SACA), Asie du Sud-Est (SEA) et Pacifique occidental (WP). Les activités de la Fédération ont pour but d'influencer la politique, de renforcer la sensibilisation du grand public et d'encourager l'amélioration de la santé, de promouvoir l'échange d'informations de qualité relatives au diabète et de dispenser une éducation aux personnes atteintes de diabète ainsi qu'à leurs professionnels de la santé. La FID est associée au Département de l'information des Nations Unies et entretient des relations officielles avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO).

Bureau exécutif de la FID

Fédération Internationale du Diabète (FID)

Chaussée de la Hulpe 166 B-1170 Bruxelles, Belgique Tél: +32 (0)2 538 55 11 Fax: +32 (0)2 538 51 14 info@idf.org www.idf.org

Régions de la FID

Afrique

www.idf.org/regions/africa

Europe

www.idf.org/regions/europe

Moyen-Orient et Afrique du Nord

www.idf.org/regions/middle-east-north-Afrique

Amérique du Nord et Caraïbes

www.idf.org/regions/north-america-caribbean

Amérique centrale et du Sud

www.idf.org/regions/south-central-america

Asie du Sud-Est

www.idf.org/regions/south-east-asia

Pacifique occidental

www.idf.org/regions/western-pacific

Programmes, sensibilisation, activités et ressources de la FID

BRIDGES

www.idf.org/bridges

Diabetes Africa Foot Initiative (DAFI)

www.idf.org/diabetes-afrigua-foot-initiative

Diabetes Conversations

www.idf.org/node/23553

Éducation au diabète

www.idf.org/education

Modules d'éducation au diabète

www.idf.org/diabetes-education-modules

Fiche d'évaluation pour la lutte contre le diabète

www.idf.org/global-diabetes-scorecard

Diabetes Voice

www.idf.org/diabetesvoice

D-NET

www.idf.org/d-net

Centres d'éducation de la FID

www.idf.org/idf-centres-education

Programme multidisciplinaire de la FID sur l'éducation au diabète

www.idf.org/idf-multidisciplinary-diabetes-care-education-programme

Jeunes leaders du diabète de la FID

youngleaders.idf.org

Life for a Child

www.idf.org/lifeforachild

Prévision des risques

www.idf.org/epidemiology/risk-prediction-tools

Programme de reconnaissance

www.idf.org/recognition-programme-2013

Femmes et diabète

www.idf.org/women-and-diabetes

Women in India with GDM Strategy (WINGS)

www.idf.org/women-Inde-gdm-strategy-wings

Journée mondiale du diabète

www.idf.org/worlddiabetesday

Congrès mondial du diabète

www.idf.org/worlddiabetescongress

Organisation mondiale de la Santé

Action contre le diabète en ligne

www.who.int/diabetesactiononline

Alimentation et exercice physique : une priorité de santé publique

www.who.int/dietphysicalactivity

Maladies non transmissibles et santé mentale

www.who.int/nmh/es

Plan d'action de l'OMS contre les maladies non transmissibles

www.who.int/entity/nmh/publications/ ncd action plan en.pdf

Programme Diabète de l'OMS

www.who.int/diabetes/en

WHO Report of the Global Survey on the Progress in National Chronic Diseases

Prevention and Control (en anglais uniquement) www.who.int/chp/about/integrated_cd/ en/index6.html

www.who.int/entity/chp/about/Report-Global-Survey-09.pdf



DiabetesVoice



















Annexes et références

Tableau récapitulatif par pays:

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
Afghanistan	MENA	12.619,61	794,70	6,30*	8,27	18.864	
Afrique du Sud	AFR	31.983,32	2.646,05	8,27	9,27	83.114	
Albanie	EUR	2.155,27	60,31	2,80	2,47	833	
Algérie	MENA	24.722,77	1.639,55	6,63	7,47	14.431	
Allemagne	EUR	63.281,33	7.559,78	11,95	8,27	62.460	
Andorre	EUR	59,09	4,49	7,60*	5,50	32	
Angola	AFR	8.950,75	198,89	2,22	2,91	4.457	
Anguilla	NAC	9,12	1,19	13,07*	12,62	-	
Antigua-et- Barbuda	NAC	58,13	7,84	13,48*	13,26	97	
Arabie saoudite	MENA	18.056,84	3.650,89	20,22	23,87	22.113	
Argentine	SACA	26.894,20	1.607,80	5,98	5,67	15.328	
Arménie	EUR	2.082,11	54,95	2,64*	2,46	979	
Aruba	NAC	73,51	12,63	17,18*	13,59		
Australie	WP	16.504,80	1.648,86	9,99	7,77	9.765	
Autriche	EUR	6.365,47	589,93	9,27	6,57	4.507	
Azerbaïdjan	EUR	6.420,69	146,34	2,28*	2,45	2.300	
Bahamas	NAC	259,94	37,57	14,45*	14,16	362	
Bahreïn	MENA	974,96	168,66	17,30*	21,84	706	
Bangladesh	SEA	92.271,61	5.089,04	5,52	6,31	102.139	
Barbade	NAC	204,70	29,94	14,63	12,36	270	
Belgique	EUR	7.984,75	514,82	6,45	4,77	4.160	
Bélize	NAC	182,10	24,43	13,42	15,88	275	
Bénin	AFR	4.778,10	65,63	1,37	1,58	1.221	
Bermudes	NAC	45,94	6,83	14,86	12,77		
Bhoutan	SEA	461,75	22,50	4,87	5,80	124	
Biélorussie	EUR	7.112,19	445,25	6,26*	5,07	7.534	
Bolivie (État plurinational de)	SACA	5.743,72	361,09	6,29	7,28	5.260	
Bosnie- Herzégovine	EUR	2.849,99	353,43	12,40*	9,70	3.546	
Botswana	AFR	1.110,54	31,74	2,86	4,12	1.118	
Brésil	SACA	131.959,75	11.933,58	9,04	9,19	124.687	
Brunei Darussalam	WP	274,70	22,07	8,03*	8,60	237	
Bulgarie	EUR	5.588,92	426,69	7,63	5,31	6.621	
Burkina Faso	AFR	7.345,10	237,92	3,24*	3,75	6.265	
Burundi	AFR	4.557,48	178,26	3,91	4,52	4.829	
Cambodge	WP	8.714,11	221,43	2,54	2,95	5.540	

^{*} Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

estimations pour 2013

Incidence du diabète de type 1 (0-14 ans) par 100.000	liées au diabète	Cas d'IG (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale de l'IG (%)	Prévalence comparative de l'IG (%)	PAYS/ TERRITOIRE
-	102	772,57	6,12	7,34	Afghanistan
0,8	935	2.653,94	8,30	9,03	Afrique du Sud
-	347	226,49	10,51	9,93	Albanie
8,6	313	1.310,11	5,30	5,74	Algérie
21,9	4.718	5.682,45	8,98	6,13	Allemagne
-	3.237	4,89	8,27	6,65	Andorre
-	349	661,74	7,39	8,93	Angola
-	-	1,11	12,16	11,80	Anguilla
3,5	935	7,14	12,28	12,23	Antigua-et- Barbuda
31,4	943	191,35	1,06	1,29	Arabie saoudite
6,8	1.174	2.342,64	8,71	8,48	Argentine
-	187	214,01	10,28	9,99	Arménie
-	-	10,33	14,06	12,13	Aruba
22,5	6.473	1.658,35	10,05	8,62	Australie
17,5	5.498	524,44	8,24	6,61	Autriche
-	521	622,81	9,70	9,97	Azerbaïdjan
10,1	2.073	31,25	12,02	11,87	Bahamas
-	905	139,80	14,34	16,35	Bahreïn
-	41	1.581,13	1,71	1,75	Bangladesh
2,0	1.156	27,08	13,23	12,06	Barbade
15,9	5.487	660,33	8,27	6,67	Belgique
-	377	19,19	10,54	12,11	Bélize
-	66	347,64	7,28	8,09	Bénin
-	-	6,27	13,65	11,77	Bermudes
-	143	12,38	2,68	2,99	Bhoutan
5,6	357	785,59	11,05	10,18	Biélorussie
-	185	412,94	7,19	7,86	Bolivie (État plurinational de)
8,2	535	312,86	10,98	9,89	Bosnie- Herzégovine
-	678	80,77	7,27	9,11	Botswana
10,4	1.477	8.151,57	6,18	6,20	Brésil
-	1.344	29,56	10,76	10,91	Brunei Darussalam
9,4	545	126,19	2,26	1,68	Bulgarie
	67	506,98	6,90	7,78	Burkina Faso
	41	299,32	6,57	7,37	Burundi
-	81	789,66	9,06	9,83	Cambodge

Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
Cameroun	AFR	10.199,41	497,98	4,88	5,90	13.822	
Canada	NAC	25.836,71	2.638,00	10,21	7,91	17.239	
Cap-Vert	AFR	289,36	15,85	5,48*	6,24	157	
Chili	SACA	12.098,93	1.253,96	10,36	9,50	8.473	
Chine	WP	1.023.050,42	98.407,38	9,62	9,02	1.271.003	
Chine, RAS de Hong Kong	WP	5.679,94	540,02	9,51	7,48	-	
Chine, RAS de Macao	WP	452,57	42,96	9,49*	8,96	-	
Chypre	EUR	836,86	85,72	10,24	9,32	491	
Colombie	SACA	29.989,29	2.135,38	7,12	7,27	15.373	
Comores	AFR	351,11	23,74	6,76	8,38	284	
Congo (République démocratique du)	AFR	29.663,00	1.594,11	5,37*	6,06	33.280	
Congo (République du)	AFR	2.091,03	114,57	5,48*	6,34	2.549	
Corée (République de)	WP	37.365,67	3.323,90	8,90	7,48	30.836	
Corée (République démocratique populaire de)	WP	17.246,30	1.251,66	7,26*	6,74	31.329	
Costa Rica	SACA	3.227,93	218,81	6,78	7,08	1.376	
Côte d'Ivoire	AFR	9.667,49	501,53	5,19*	5,98	11.884	
Croatie	EUR	3.220,08	224,49	6,97	5,60	2.182	
Cuba	SACA	8.361,73	814,46	9,74*	8,10	6.770	
Curaçao	NAC	112,14	20,92	18,65*	14,46	-	
Danemark	EUR	4.041,69	346,73	8,58	6,29	3.208	
Djibouti	AFR	485,24	28,75	5,92*	6,83	533	
Dominique	NAC	45,86	5,18	11,29*	10,90	47	
Égypte	MENA	48.276,39	7.510,60	15,56	16,80	86.478	
Émirats arabes unis	MENA	7.443,81	745,94	10,02	18,98	1.385	
Équateur	SACA	9.336,56	530,13	5,68	5,91	4.539	
Érythrée	AFR	2.955,25	130,93	4,43*	5,17	1.720	
Espagne	EUR	35.007,54	3.790,77	10,83	8,15	25.202	
Estonie	EUR	960,05	74,01	7,71	5,71	1.074	
État de Palestine	MENA	2.055,84	134,62	6,55	9,11	-	
États-Unis d'Amérique	NAC	223.937,51	24.401,77	10,90	9,21	192.725	

^{*} Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

Incidence du ète de type 1 (0-14 ans) par 100.000	Dépenses moyennes liées au diabète par personne atteinte de la maladie (USD)	Cas d'IG (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale de l'IG (%)	Prévalence comparative de l'IG (%)	PAYS/ TERRITOIRE
 -	116	709,75	6,96	8,56	Cameroun
25,9	6.177	3.583,27	13,87	11,88	Canada
-	228	22,98	7,94	9,17	Cap-Vert
6,2	1.320	1.081,78	8,94	8,49	Chili
0,6	333	54.954,56	5,37	5,16	Chine
2,0	1.678	849,58	14,96	13,30	Chine, RAS de Hong Kong
-	944	55,31	12,22	11,81	Chine, RAS de Macao
14,4	2.306	55,33	6,61	6,07	Chypre
1,3	606	2.506,44	8,36	8,48	Colombie
-	68	24,61	7,01	7,71	Comores
-	34	2.106,13	7,10	7,86	Congo (République démocratique du)
-	146	164,24	7,85	9,19	Congo (République du)
1,1	1.839	3.345,04	8,95	8,54	Corée (République de)
-	-	1.569,47	9,10	8,75	Corée (République démocratique populaire de)
-	1.290	270,58	8,38	8,50	Costa Rica
-	133	711,42	7,36	8,52	Côte d'Ivoire
9,1	1.378	274,03	8,51	6,60	Croatie
2,3	686	801,04	9,58	8,51	Cuba
-	-	16,26	14,50	12,05	Curaçao
25,1	7.272	484,77	11,99	10,17	Danemark
-	161	41,33	8,52	9,91	Djibouti
5,7	536	5,65	12,33	11,98	Dominique
8,0	176	3.363,18	6,97	7,42	Égypte
-	2.228	934,30	12,55	16,63	Émirats arabes unis
-	476	760,58	8,15	8,50	Équateur
-	24	197,66	6,69	7,64	Érythrée
20,6	3.295	3.582,34	10,23	8,68	Espagne
 17,1	1.074	93,82	9,77	7,21	Estonie
-	-	83,76	4,07	5,26	État de Palestine
23,7	9.800	31.224,12	13,94	12,37	États-Unis d'Amérique

Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
Éthiopie	AFR	42.487,79	1.852,23	4,36*	4,89	34.262	
Fédération russe	EUR	108.928,97	10.924,11	10,03*	8,28	197.299	
Fidji	WP	543,06	57,64	10,61	10,89	1.055	
Finlande	EUR	3.946,20	349,14	8,85	5,78	2.898	
France	EUR	45.009,94	3.374,70	7,50	5,42	22.953	
Gabon	AFR	843,40	76,59	9,08*	10,71	1.594	
Gambie	AFR	800,25	12,40	1,55	1,96	205	
Géorgie	EUR	3.151,13	93,42	2,96*	2,45	1.481	
Ghana	AFR	13.125,24	440,00	3,35*	3,83	8.529	
Grèce	EUR	8.336,17	584,60	7,01	4,80	4.906	
Grenade	NAC	65,44	5,58	8,53*	9,44	83	
Guadeloupe	NAC	314,16	24,74	7,87	6,33		
Guam	WP	104,84	21,44	20,45*	19,48	-	
Guatemala	SACA	7.369,56	661,05	8,97	10,87	7.997	
Guinée	AFR	5.488,95	215,84	3,93	4,42	3.965	
Guinée équatoriale	AFR	384,40	19,16	4,98*	5,43	437	
Guinée française	SACA	143,66	11,03	7,68*	8,12		
Guinée-Bissau	AFR	813,51	27,24	3,35*	3,81	660	
Guyana	NAC	427,23	60,15	14,08*	15,86	1.098	
Haïti	NAC	5.547,92	309,51	5,58	6,68	6.302	
Honduras	SACA	4.278,03	268,81	6,28	7,74	2.625	
Hongrie	EUR	7.534,85	573,47	7,61	6,03	7.514	
Iles Anglo- Normandes	EUR	121,94	9,04	7,41*	5,48	-	
Iles Caïman	NAC	37,23	5,54	14,88*	14,31		
Iles Cook	WP	12,11	3,08	25,40	25,66	11	
Iles Féroé	EUR	36,39	2,86	7,86*	5,49		
Iles Marshall	WP	31,42	10,98	34,93	34,89	225	
Iles Salomon	WP	274,13	35,51	12,96	15,59	484	
Iles Vierges britanniques	NAC	18,05	2,33	12,89	12,59	_	
Iles Vierges des États-Unis	NAC	74,47	11,99	16,10	12,10	-	
Inde	SEA	760.429,73	65.076,36	8,56	9,09	1.065.053	
Indonésie	WP	154.061,95	8.554,17	5,55	5,84	172.601	
Irak	MENA	16.473,21	1.226,22	7,44	9,50	17.643	

^{*} Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

diabète (dence du de type 1 0-14 ans) r 100.000	Dépenses moyennes liées au diabète par personne atteinte de la maladie (USD)	Cas d'IG (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale de l'IG (%)	Prévalence comparative de l'IG (%)	PAYS/ TERRITOIRE
	0,3	29	2.915,53	6,86	7,50	Éthiopie
	12,1	899	11.959,48	10,98	10,19	Fédération russe
	-	231	58,27	10,73	10,98	Fidji
	57,6	4.547	391,48	9,92	6,72	Finlande
	12,2	5.406	3.713,58	8,25	6,66	France
	-	528	77,68	9,21	10,45	Gabon
	-	50	58,23	7,28	8,29	Gambie
	4,6	383	343,22	10,89	10,02	Géorgie
	-	123	863,16	6,58	7,36	Ghana
	10,4	2.453	698,52	8,38	6,59	Grèce
	_	660	7,40	11,32	12,11	Grenade
	-	-	43,41	13,82	11,91	Guadeloupe
	_	-	12,58	12,00	11,49	Guam
	_	336	541,90	7,35	8,47	Guatemala
	_	50	395,42	7,20	7,87	Guinée
	-	2.009	27,71	7,21	7,78	Guinée équatoriale
	-	-	12,07	8,40	8,49	Guinée française
	-	64	59,47	7,31	8,05	Guinée-Bissau
	_	292	47,08	11,02	12,18	Guyana
	-	92	222,25	4,01	4,63	Haïti
	_	198	316,51	7,40	8,49	Honduras
	18,2	1.171	614,40	8,15	6,63	Hongrie
	-	-	9,92	8,14	6,53	Iles Anglo- Normandes
	-	-	4,53	12,16	11,80	Iles Caïman
	-	708	1,30	10,70	10,82	Iles Cook
	-	-	3,08	8,47	6,55	Iles Féroé
	-	549	2,67	8,50	8,54	Iles Marshall
	-	199	18,73	6,83	7,61	Iles Salomon
	-	-	2,25	12,47	12,13	Iles Vierges britanniques
	12,8	-	11,11	14,91	11,95	Iles Vierges des États-Unis
	3,0	84	21.526,56	2,83	2,97	Inde
	-	143	14.103,57	9,15	9,38	Indonésie
	-	540	1.045,90	6,35	7,54	Irak

Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
Iran (République islamique d')	MENA	52.145,45	4.395,93	8,43	9,94	38.002	
Irlande	EUR	3.209,30	207,49	6,47*	5,50	1.568	
Islande	EUR	226,91	8,99	3,96	3,20	60	
Israël	EUR	4.769,43	317,36	6,65	5,68	2.380	
Italie	EUR	45.637,20	3.626,04	7,95	5,13	26.728	
Jamaïque	NAC	1.685,58	178,52	10,59	10,44	1.814	
Japon	WP	95.304,38	7.203,78	7,56	5,12	64.680	
Jordanie	MENA	4.091,78	356,33	8,71	11,40	3.111	
Kazakhstan	EUR	10.796,49	526,01	4,87*	5,01	10.932	
Kenya	AFR	20.908,23	749,25	3,58	4,56	20.350	
Kirghizstan	EUR	3.271,41	164,23	5,02*	6,31	2.801	
Kiribati	WP	57,95	15,03	25,94	28,77	152	
Koweït	MENA	2.293,74	407,53	17,77	23,09	1.122	
Lesotho	AFR	1.056,10	41,40	3,92*	4,90	2.806	
Lettonie	EUR	1.552,23	95,70	6,17	4,58	1.152	
Liban	MENA	3.295,49	478,96	14,53	14,99	6.637	
Liberia	AFR	1.998,56	67,09	3,36*	3,82	1.375	
Libye	MENA	3.784,70	319,13	8,43*	9,86	2.728	
Liechtenstein	EUR	27,17	2,13	7,84*	5,48	14	
Lituanie	EUR	2.263,70	110,95	4,90	3,89	1.731	
Luxembourg	EUR	384,17	22,22	5,78	4,56	174	
Macédoine (Ancienne République yougoslave de)	EUR	1.567,04	184,59	11,78*	9,98	2.038	
Madagascar	AFR	10.571,13	352,21	3,33*	3,77	5.298	
Malaisie	WP	18.919,44	1.913,24	10,11	10,85	24.049	
Malawi	AFR	7.079,31	372,35	5,26	5,53	12.799	
Maldives	SEA	207,97	7,88	3,79*	4,81	98	
Mali	AFR	6.418,73	81,98	1,28	1,58	1.972	
Malte	EUR	327,91	33,26	10,14	6,64	268	
Maroc	MENA	20.454,88	1.491,29	7,29	7,79	9.426	
Martinique	NAC	281,88	52,65	18,68*	14,31	-	
Maurice	SEA	882,02	143,61	16,28	14,76	1.781	
Mauritanie	AFR	1.915,19	87,61	4,57	4,97	1.288	
Mexique	NAC	74.137,43	8.723,42	11,77	12,63	70.281	
Micronésie (États féd. de)	WP	53,25	15,88	29,81	35,03	168	
Monaco	EUR	27,83	2,20	7,89*	5,51	15	

^{*} Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

diabète de type 1 (0-14 ans) par 100.000 liées au diabète de la maladie (USD) (20-79 ans) en milliers nationale de l'IG (%) comparative de l'IG (%) TERRI 3,7 471 2.570,45 4,93 5,37 (Réprissam 16,3 5.598 236,74 7,38 6,60 14,7 4.939 17,11 7,54 6,65 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 2,4 4.054 15.192,88 15,94 11,58 Jac 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jac - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	Iran ublique nique d') Irlande Islande Israël Italie
(0-14 ans) par personne atteinte par 100.000 par personne atteinte de la maladie (USD) en milliers (%) l'IG (%) 3,7 471 2.570,45 4,93 5,37 (Réprislam: 16,3 5.598 236,74 7,38 6,60 14,7 4,939 17,11 7,54 6,65 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jac 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jo - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	Iran publique nique d') Irlande Islande Israël
par 100.000 de la maladie (USD) 3,7 471 2.570,45 4,93 5,37 (Réprislam) 16,3 5.598 236,74 7,38 6,60 14,7 4,939 17,11 7,54 6,65 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jan 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jo - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaze - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	ublique nique d') Irlande Islande Israël Italie
16,3 5.598 236,74 7,38 6,60 14,7 4.939 17,11 7,54 6,65 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jac 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jac - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	ublique nique d') Irlande Islande Israël Italie
16,3 5.598 236,74 7,38 6,60 14,7 4.939 17,11 7,54 6,65 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jac 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jac - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	ublique nique d') Irlande Islande Israël Italie
16,3 5.598 236,74 7,38 6,60 14,7 4.939 17,11 7,54 6,65 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jac 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jac - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	Irlande Islande Israël Italie
14,7 4.939 17,11 7,54 6,65 3 14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jan 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jan - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	Islande Israël Italie
14,9 3.185 240,40 5,04 4,71 12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jan 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jo - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	Israël Italie
12,1 3.501 1.849,50 4,05 2,68 - 358 196,98 11,69 11,58 Jan 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jan - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	Italie
- 358 196,98 11,69 11,58 Jan 2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jo - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	
2,4 4.054 15.192,88 15,94 12,64 3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jo - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	"
3,2 598 285,17 6,97 8,27 Jo - 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgi - 211 4,34 7,48 8,05 1	maïque
- 655 1.070,96 9,92 10,01 Kaza - 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirgs - 211 4,34 7,48 8,05 1	Japon
- 61 1.742,79 8,34 9,32 - 105 188,17 5,75 6,93 Kirging 10 - 211 4,34 7,48 8,05 1	ordanie
- 105 188,17 5,75 6,93 Kirg l - 211 4,34 7,48 8,05	akhstan
- 211 4,34 7,48 8,05 I	Kenya
	hizstan
	Kiribati
	Koweït
	Lesotho
	Lettonie
- 739 239,42 7,27 7,48	Liban
	Liberia
9,0 576 305,77 8,08 9,54	Libye
	enstein
	Lituanie
	mbourg
	cédoine
5.8 380 147.00 10.44 0.03 (An	ncienne
ro, o Réprise yougosl	ublique lave de)
	agascar
	Vialaisie
	Malawi
	Ialdives
- 84 452,56 7,05 7,89	Mali
21,9 1.535 28,98 8,84 6,68	Malte
- 260 1.461,45 7,14 7,52	Maroc
	rtinique
	Maurice
	uritanie
	Mexique
Mic	ronésie
- 455 3,69 6,94 7,63 (États :	
- 7.599 2,36 8,47 6,68 I	rea. ae)

Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
Mongolie	WP	1.807,39	135,75	7,51	7,80	3.053	
Monténégro	EUR	446,79	55,88	12,51*	10,11	680	
Mozambique	AFR	11.305,74	278,38	2,46	2,81	10.104	
Myanmar	WP	34.885,26	1.988,85	5,70	6,11	60.243	
Namibie	AFR	1.198,96	58,54	4,88*	6,29	1.386	
Nauru	WP	6,00	1,40	23,29	23,29	22	
Népal	SEA	14.933,22	674,12	4,51	4,90	14.531	
Nicaragua	SACA	3.358,99	344,31	10,25	12,45	3.308	
Niger	AFR	7.058,85	306,43	4,34	4,16	5.555	
Nigeria	AFR	78.628,36	3.921,50	4,99*	5,82	105.091	
Niue	WP	0,76	0,10	12,79*	13,08	1	
Norvège	EUR	3.554,38	209,87	5,90	4,70	1.359	
Nouvelle- Calédonie	WP	173,11	35,89	20,73*	19,49	-	
Nouvelle- Zélande	WP	3.125,05	342,68	10,97	9,01	2.145	
Oman	MENA	2.493,25	199,78	8,01	14,24	1.214	
Ouganda	AFR	15.106,73	625,05	4,14*	4,84	21.461	
Ouzbékistan	EUR	17.449,56	880,51	5,05	6,44	12.886	
Pakistan	MENA	99.369,82	6.712,70	6,76	7,90	87.354	
Palaos	WP	12,49	2,32	18,55*	18,38	27	
Panama	SACA	2.366,85	186,27	7,87*	8,11	1.359	
Papouasie - Nouvelle- Guinée	WP	3.745,41	203,70	5,44*	6,72	5.230	
Paraguay	SACA	3.835,90	236,81	6,17*	7,00	2.243	
Pays-Bas	EUR	12.191,14	914,24	7,50	5,24	7.463	
Pérou	SACA	18.365,03	786,26	4,28	4,53	5.407	
Philippines	WP	54.210,53	3.256,21	6,01	6,86	54.535	
Pologne	EUR	28.907,31	1.879,69	6,50	5,21	21.329	
Polynésie française	WP	186,85	42,35	22,67*	22,41	-	
Porto Rico	SACA	2.552,28	393,48	15,42	12,98	-	
Portugal	EUR	7.960,25	1.031,87	12,96	9,57	7.982	
Qatar	MENA	1.796,42	282,53	15,73*	22,87	651	
République arabe syrienne	MENA	11.757,75	868,83	7,39*	8,91	8.203	
République centrafricaine	AFR	2.255,59	126,48	5,61*	6,32	3.934	
République de Moldavie	EUR	2.606,04	72,09	2,77*	2,44	1.320	

 $^{^{*}}$ Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

Inciden diabète de t (0-1- par 10	ype 1 4 ans)	liées au diabète	Cas d'IG (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale de l'IG (%)	Prévalence comparative de l'IG (%)	PAYS/ TERRITOIRE
		214	159,21	8,81	9,45	Mongolie
	17,5	-	48,92	10,95	10,00	Monténégro
	-	64	808,31	7,15	7,84	Mozambique
	-	32	2.944,57	8,44	8,79	Myanmar
	-	447	79,04	6,59	7,80	Namibie
	-	812	0,54	8,99	9,04	Nauru
	-	39	305,24	2,04	2,17	Népal
	-	155	394,05	11,73	12,89	Nicaragua
	-	35	489,69	6,94	7,48	Niger
	2,9	137	5.607,46	7,13	8,42	Nigeria
	-	2.926	0,06	7,80	7,93	Niue
	32,8	10.369	283,48	7,98	6,63	Norvège
	-	-	18,91	10,92	10,37	Nouvelle- Calédonie
	18,0	4.040	181,78	5,82	4,72	Nouvelle- Zélande
	2,5	863	180,97	7,26	9,63	Oman
	-	79	998,85	6,61	7,46	Ouganda
	1,2	128	993,18	5,69	6,92	Ouzbékistan
	0,5	46	7.566,71	7,61	8,51	Pakistan
	-	1.140	1,09	8,74	8,79	Palaos
	-	982	198,82	8,40	8,50	Panama
	0,1	133	251,09	6,70	7,44	Papouasie - Nouvelle- Guinée
	0,9	545	334,65	8,72	9,57	Paraguay
	18,6	6.667	672,88	5,52	3,78	Pays-Bas
	0,5	426	1.489,48	8,11	8,50	Pérou
	-	154	3.290,58	6,07	6,61	Philippines
	17,3	1.037	5.280,27	18,27	16,46	Pologne
	-	-	18,80	10,06	10,01	Polynésie française
	16,8	-	235,71	9,24	8,48	Porto Rico
	13,2	2.250	1.120,41	14,08	11,18	Portugal
	11,4	2.199	250,18	13,93	17,09	Qatar
	-	161	769,64	6,55	7,45	République arabe syrienne
	-	30	163,52	7,25	7,96	République centrafricaine
	-	287	275,08	10,56	9,95	République de Moldavie

Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
République démocratique populaire lao	WP	3.556,13	157,88	4,44*	5,48	4.133	
République dominicaine	SACA	6.123,91	652,87	10,66	11,35	7.175	
République tchèque	EUR	8.190,15	755,70	9,23	6,89	7.619	
Réunion	AFR	570,38	93,78	16,44	15,38	-	
Roumanie	EUR	16.554,62	851,07	5,14	4,04	12.179	
Royaume-Uni	EUR	45.307,03	2.974,95	6,57	4,92	24.897	
Rwanda	AFR	5.339,84	234,00	4,38*	5,01	5.464	
Sahara occidental	AFR	369,26	31,81	8,62*	9,19	-	
Saint Christophe- et-Niévès	NAC	34,55	4,68	13,55	12,96	63	
Saint-Marin	EUR	23,46	1,78	7,59*	5,50	13	
Saint-Martin (partie néerlandaise)	NAC	28,84	4,26	14,79*	14,21	-	
Saint-Vincent- et-les- Grenadines	NAC	70,00	6,87	9,81*	9,95	87	
Sainte-Lucie	NAC	118,27	9,88	8,35*	8,18	92	
Salvador	SACA	3.597,82	338,77	9,42*	10,50	3.481	
Samoa	WP	96,42	6,84	7,09	7,65	161	
Sao Tomé-et- Principe	AFR	92,43	4,79	5,19*	6,30	62	
Sénégal	AFR	6.432,60	208,59	3,24*	3,80	3.474	
Serbie	EUR	7.061,25	872,29	12,35*	9,92	10.572	
Seychelles	AFR	63,52	7,75	12,20	12,14	88	
Sierra Leone	AFR	2.914,75	96,15	3,30*	3,79	3.094	
Singapour	WP	4.058,27	498,19	12,28	10,42	4.134	
Slovaquie	EUR	4.159,07	422,64	10,16	7,90	5.501	
Slovénie	EUR	1.584,71	163,78	10,33	7,48	1.486	
Somalie	AFR	4.364,80	244,05	5,59*	6,27	5.234	
Soudan	MENA	18.119,53	1.402,22	7,74*	9,56	25.342	
Soudan du Sud	MENA	5.265,19	391,33	7,43*	9,13	7.268	
Sri Lanka	SEA	14.033,05	1.128,01	8,04	7,60	16.276	
Suède	EUR	6.892,52	438,63	6,36	4,69	3.037	
Suisse	EUR	6.032,61	449,22	7,45	5,86	2.579	
Suriname	NAC	338,04	36,75	10,87*	11,06	471	
Swaziland	AFR	622,26	23,02	3,70*	4,64	1.378	
Tadjikistan	EUR	4.349,88	194,87	4,48*	6,45	2.626	

^{*} Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

PAYS/ TERRITOIRE	Prévalence comparative de l'IG (%)	Prévalence nationale de l'IG (%)	Cas d'IG (20-79 ans) en milliers	Dépenses moyennes liées au diabète par personne atteinte de la maladie (USD)	Incidence du diabète de type 1 (0-14 ans) par 100.000
République démocratique populaire lao	8,64	7,78	276,57	62	-
République dominicaine	8,50	8,16	499,84	410	0,5
République tchèque	6,62	8,03	658,07	1.610	19,3
Réunion	10,90	11,44	65,23	-	-
Roumanie	9,91	10,77	1.783,64	640	5,4
Royaume-Uni	6,63	8,14	3.686,07	3.994	28,2
Rwanda	7,58	6,75	360,31	109	-
Sahara occidental	8,67	7,73	28,53	-	-
Saint Christophe- et-Niévès	12,18	12,51	4,32	737	-
Saint-Marin	6,66	8,27	1,94	4.791	-
Saint-Martin (partie néerlandaise)	11,84	12,19	3,52	-	
Saint-Vincent- et-les- Grenadines	12,05	11,91	8,34	416	-
Sainte-Lucie	12,28	12,43	14,70	665	-
Salvador	8,46	7,79	280,40	351	-
Samoa	6,55	6,30	6,07	400	-
Sao Tomé-et- Principe	9,17	7,40	6,84	192	-
Sénégal	8,06	7,20	462,91	116	-
Serbie	9,95	10,93	771,48	680	12,9
Seychelles	9,09	9,57	6,08	511	-
Sierra Leone	7,94	7,11	207,27	118	-
Singapour	12,40	13,65	553,87	2.508	2,5
Slovaquie	6,59	7,57	314,69	1.621	13,6
Slovénie	6,57	8,20	130,00	2.405	14,6
Somalie	7,93	7,19	313,89	21	-
Soudan	10,82	9,86	1.785,75	170	10,1
Soudan du Sud	7,34	6,28	330,81	-	-
Sri Lanka	5,45	5,57	781,00	127	-
Suède	5,42	5,79	398,80	5.806	43,2
Suisse	6,62	8,12	489,88	9.873	13,1
Suriname	11,92	11,76	39,74	617	-
Swaziland	6,75	5,21	32,41	441	-
Tadjikistan	7,17	5,40	235,10	87	1,2

Tableau récapitulatif par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Population adulte (20-79 ans) en milliers	Cas de diabète (20-79 ans) en milliers	Prévalence nationale du diabète (%)	Prévalence comparative du diabète (%)	Décès liés au diabète (20-79 ans)	
Taïwan	WP	17.605,38	1.721,06	9,78	8,30	-	
Tanzanie (République unie de)	AFR	21.870,03	1.706,93	7,80	9,00	47.144	
Turquie	EUR	48.294,33	7.043,29	14,58	14,85	59.786	
Turkménistan	EUR	3.205,95	129,70	4,05*	5,01	2.540	
Tuvalu	WP	5,80	0,84	14,41*	14,53	15	
Ouganda	AFR	15.106,73	625,05	4,14*	4,84	21.461	
Ukraine	EUR	34.858,02	1.043,58	2,99*	2,45	20.654	
Emirats arabes unis	MENA	7.443,81	745,94	10,02	18,98	1.385	
Royaume-Uni	EUR	45.307,03	2.974,95	6,57	4,92	24.897	
Tanzanie (République Unie de)	AFR	21.870,03	1.706,93	7,80	9,00	47.144	
Tchad	AFR	5.169,88	231,29	4,47*	5,18	6.926	
Thaïlande	WP	49.049,75	3.150,67	6,42	5,67	66.943	
Timor-Oriental	WP	456,84	26,71	5,85*	7,00	615	
Togo	AFR	3.234,46	130,15	4,02	4,80	2.516	
Tokelau	WP	0,70	0,27	37,90	37,49	-	
Tonga	WP	53,39	7,02	13,14	14,14	106	
Trinité-et- Tobago	NAC	952,98	132,34	13,89*	12,98	1.587	
Tunisie	MENA	7.430,06	685,59	9,23	9,41	5.130	
Turkménistan	EUR	3.205,95	129,70	4,05*	5,01	2.540	
Turquie	EUR	48.294,33	7.043,29	14,58	14,85	59.786	
Tuvalu	WP	5,80	0,84	14,41*	14,53	15	
Ukraine	EUR	34.858,02	1.043,58	2,99*	2,45	20.654	
Uruguay	SACA	2.266,86	143,81	6,34*	5,58	1.004	
Vanuatu	WP	132,89	27,95	21,04*	23,97	360	
Venezuela (République bolivarienne du)	SACA	18.646,42	1.232,04	6,61	6,96	9.966	
Viet Nam	WP	61.387,55	3.299,11	5,37	5,81	54.953	
Yémen	MENA	11.568,55	708,12	6,12*	8,45	9.892	
Zambie	AFR	6.137,26	193,92	3,16*	3,79	7.599	
Zimbabwe	AFR	6.799,80	600,67	8,83	9,73	31.347	
MONDE	-	4.572.906,50	381.834,36	8,35	8,26	5.096.955	
			<u> </u>				

^{*} Estimation de la prévalence du diabète basée sur une extrapolation à partir de pays similaires

PAYS/ TERRITOIRE	Prévalence comparative de l'IG (%)	Prévalence nationale de l'IG (%)	Cas d'IG (20-79 ans) en milliers	Dépenses moyennes liées au diabète par personne atteinte de la maladie (USD)	Incidence du diabète de type 1 (0-14 ans) par 100.000
Taïwan	11,19	12,32	2.169,81	1.129	3,8
Tanzanie (République unie de)	10,29	9,08	1.985,78	63	0,9
Turquie	7,62	7,60	3.668,10	866	-
Turkménistan	9,93	9,23	296,04	203	-
Tuvalu	8,14	8,06	0,47	816	-
Ouganda	7,46	6,61	998,85	79	-
Ukraine	10,14	11,09	3.864,70	314	8,1
Emirats arabes unis	16,63	12,55	934,30	2.228	-
Royaume-Uni	6,63	8,14	3.686,07	3.994	28,2
Tanzanie (République Unie de)	10,29	9,08	1.985,78	63	0,9
Tchad	7,59	6,75	349,13	64	-
Thaïlande	7,88	8,42	4.129,51	256	0,6
Timor-Oriental	7,73	6,95	31,74	90	-
Togo	7,95	7,09	229,43	74	-
Tokelau	9,02	9,01	0,06	-	-
Tonga	7,85	7,37	3,94	307	-
Trinité-et- Tobago	12,28	12,72	121,19	1.121	-
Tunisie	7,54	7,44	552,49	347	7,3
Turkménistan	9,93	9,23	296,04	203	-
Turquie	7,62	7,60	3.668,10	866	-
Tuvalu	8,14	8,06	0,47	816	
Ukraine	10,14	11,09	3.864,70	314	8,1
Uruguay	8,48	9,14	207,29	1.358	8,3
Vanuatu	7,69	7,06	9,38	175	-
Venezuela (République bolivarienne du)	8,49	8,25	1.537,79	808	0,1
Viet Nam	1,00	0,92	564,80	128	-
Yémen	7,41	5,91	683,34	151	
Zambie	7,93	6,97	427,69	161	0,8
Zimbabwe	5,48	5,72	389,13	54	-
MONDE	6,87	6,92	316.506,51	1.436	<u>-</u>

Tableau détaillé du diabète par pays :

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu urbain
Afghanistan	MENA	403,38	391,33	566,12	228,59
Afrique du Sud	AFR	927,87	1.718,18	505,55	2.140,50
Albanie	EUR	29,68	30,63	26,09	34,22
Algérie	MENA	817,90	821,64	290,18	1.349,37
Allemagne	EUR	3.772,12	3.787,65	1.720,73	5.839,05
Andorre	EUR	2,26	2,23	0,62	3,87
Angola	AFR	95,62	103,27	48,55	150,34
Anguilla	NAC	0,58	0,61	-	1,19
Antigua-et- Barbuda	NAC	3,21	4,62	5,31	2,52
Arabie saoudite	MENA	2.252,20	1.398,69	275,91	3.374,98
Argentine	SACA	759,16	848,64	115,66	1.492,14
Arménie	EUR	25,84	29,11	19,08	35,88
Aruba	NAC	4,85	7,77	6,42	6,21
Australie	WP	894,25	754,61	173,22	1.475,64
Autriche	EUR	288,10	301,83	167,72	422,21
Azerbaïdjan	EUR	65,60	80,73	65,42	80,92
Bahamas	NAC	14,35	23,22	5,25	32,32
Bahreïn	MENA	105,07	63,59	8,51	160,14
Bangladesh	SEA	2.536,03	2.553,01	2.036,03	3.053,02
Barbade	NAC	12,71	17,23	16,34	13,60
Belgique	EUR	249,09	265,73	10,66	504,16
Bélize	NAC	7,59	16,85	13,31	11,12
Bénin	AFR	31,96	33,67	26,53	39,11
Bermudes	NAC	3,31	3,52	-	6,83
Bhoutan	SEA	13,30	9,20	10,39	12,11
Biélorussie	EUR	196,72	248,52	103,71	341,53
Bolivie (État plurinational de)	SACA	166,54	194,54	116,71	244,38
Bosnie- Herzégovine	EUR	155,68	197,75	154,27	199,17
Botswana	AFR	10,30	21,45	7,21	24,53
Brésil	SACA	5.778,01	6.155,56	1.770,18	10.163,40
Brunei Darussalam	WP	12,06	10,01	4,38	17,69
Bulgarie	EUR	192,04	234,64	133,38	293,31
Burkina Faso	AFR	116,40	121,53	172,36	65,56
Burundi	AFR	96,06	82,19	132,53	45,72
Cambodge	WP	99,20	122,22	136,58	84,84

estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (40-59 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-39 ans) en milliers
Afghanistan	397,35	207,26	404,20	183,24
Afrique du Sud	1.217,18	906,74	1.188,33	550,98
Albanie	21,15	27,03	24,93	8,36
Algérie	819,77	390,90	720,73	527,91
Allemagne	2.766,12	4.622,79	2.330,36	606,63
Andorre	1,64	2,64	1,61	0,24
Angola	91,49	38,28	121,71	38,90
Anguilla	0,30	0,44	0,51	0,24
Antigua-et- Barbuda	2,17	2,52	4,32	0,99
Arabie saoudite	1.485,91	553,21	1.950,45	1.147,24
Argentine	386,68	626,07	757,18	224,55
Arménie	19,27	22,65	23,49	8,81
Aruba	3,50	5,24	6,27	1,12
Australie	814,54	984,08	601,95	62,83
Autriche	215,86	376,51	181,26	32,17
Azerbaïdjan	51,31	44,10	72,33	29,91
Bahamas	10,41	13,20	18,34	6,04
Bahreïn	68,64	17,23	99,30	52,13
Bangladesh	2.218,82	888,36	3.178,14	1.022,53
Barbade	8,30	12,46	15,21	2,27
Belgique	188,37	290,11	186,91	37,81
Bélize	6,11	5,29	10,91	8,22
Bénin	49,28	11,48	28,33	25,82
Bermudes	1,89	2,82	2,85	1,16
Bhoutan	11,04	5,25	10,09	7,16
Biélorussie	156,10	220,07	191,70	33,48
Bolivie (État plurinational de)	86,84	125,30	182,99	52,80
Bosnie- Herzégovine	123,91	176,97	149,02	27,44
Botswana	14,60	12,72	14,38	4,65
Brésil	2.870,03	4.809,90	5.435,75	1.687,93
Brunei Darussalam	10,90	6,96	12,84	2,27
Bulgarie	149,60	259,65	150,41	16,62
Burkina Faso	178,65	35,52	92,57	109,83
Burundi	133,84	22,65	70,01	85,59
Cambodge	139,59	57,77	118,74	44,91

Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu urbain
Cameroun	AFR	251,66	246,32	151,87	346,10
Canada	NAC	1.415,66	1.222,33	504,05	2.133,95
Cap-Vert	AFR	7,88	7,97	3,46	12,39
Chili	SACA	560,15	693,80	130,43	1.123,52
Chine	WP	55.554,44	42.852,94	39.101,87	59.305,51
Chine, RAS de Hong Kong	WP	259,03	280,99	-	540,02
Chine, RAS de Macao	WP	21,60	21,37	-	42,96
Chypre	EUR	59,23	26,49	22,13	63,59
Colombie	SACA	1.097,35	1.038,03	515,75	1.619,63
Comores	AFR	11,69	12,05	14,17	9,57
Congo (République démocratique du)	AFR	824,61	769,50	643,55	950,56
Congo (République du)	AFR	57,81	56,77	24,70	89,88
Corée (République de)	WP	1.785,68	1.538,23	539,43	2.784,47
Corée (République démocratique populaire de)	WP	549,91	701,75	264,34	987,32
Costa Rica	SACA	117,40	101,41	58,33	160,48
Côte d'Ivoire	AFR	269,83	231,70	154,96	346,57
Croatie	EUR	105,94	118,56	84,58	139,92
Cuba	SACA	424,14	390,32	183,49	630,97
Curaçao	NAC	7,07	13,85	1,19	19,72
Danemark	EUR	189,82	156,91	38,25	308,48
Djibouti	AFR	14,62	14,13	3,70	25,05
Dominique	NAC	2,37	2,81	1,14	4,04
Égypte	MENA	3.201,59	4.309,02	3.006,79	4.503,81
Émirats arabes unis	MENA	520,43	225,51	70,31	675,63
Équateur	SACA	260,67	269,46	166,25	363,88
Érythrée	AFR	67,29	63,64	73,89	57,04
Espagne	EUR	2.125,42	1.665,35	741,59	3.049,18
Estonie	EUR	34,77	39,25	20,00	54,01
État de Palestine	MENA	55,47	79,14	34,42	100,20
États-Unis d'Amérique	NAC	12.070,19	12.331,58	4.188,12	20.213,64
Éthiopie	AFR	991,67	860,56	1.176,20	676,04

Nombre de personn atteintes de diabé (20-39 ar en millie	s) (40-59 ans)	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	PAYS/ TERRITOIRE
187,	92 216,16	93,90	229,07	Cameroun
183,	58 1.076,88	1.377,54	730,99	Canada
5,	26 7,80	2,79	7,29	Cap-Vert
127,	72 628,50	497,74	301,58	Chili
13.389,	36 48.464,36	36.553,96	53.238,39	Chine
30,	09 242,38	267,54	266,77	Chine, RAS de Hong Kong
3,	30 23,01	16,66	21,22	Chine, RAS de Macao
11,	28 38,91	35,53	31,37	Chypre
369,	40 1.216,48	549,50	513,56	Colombie
4,	13,98	4,90	17,82	Comores
696,	25 654,10	243,76	1.196,94	Congo (République démocratique du)
41,	13 52,30	21,14	52,70	Congo (République du)
315,	74 1.664,13	1.344,04	1.642,01	Corée (République de)
188,	53 614,55	448,58	789,05	Corée (République démocratique populaire de)
32,	93 102,03	83,86	52,62	Costa Rica
170,	66 231,54	99,34	230,70	Côte d'Ivoire
27,	99,00	97,61	82,14	Croatie
76,	39 374,34	363,73	195,88	Cuba
1,	92 9,66	9,33	5,80	Curaçao
25,	30 123,77	197,16	126,87	Danemark
9,	97 13,45	5,33	13,22	Djibouti
	99 2,29		1,29	Dominique
1.692,	3.636,10	2.181,67	3.755,30	Égypte
461,	46 253,64	30,84	303,60	Émirats arabes unis
157,	265,44	107,68	127,50	Équateur
65,	51 49,16	16,26	98,31	Érythrée
154,	1.431,01	2.205,73	1.387,04	Espagne
5,	52 25,15	43,34	27,08	Estonie
14,	71 84,25	35,65	67,31	État de Palestine
3.445,	37 10.750,13	10.205,77	6.761,73	États-Unis d'Amérique
818,	47 731,81	301,96	1.390,75	Éthiopie

Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	atteintes de diabète (20-79 ans)
Fédération russe	EUR	4.534,58	6.389,53	2.721,27	8.202,84
Fidji	WP	26,80	30,84	24,37	33,27
Finlande	EUR	200,29	148,85	48,66	300,48
France	EUR	1.801,47	1.573,23	295,95	3.078,74
Gabon	AFR	28,09	48,50	2,28	74,31
Gambie	AFR	6,80	5,60	3,71	8,69
Géorgie	EUR	41,46	51,96	42,77	50,65
Ghana	AFR	223,21	216,80	206,05	233,95
Grèce	EUR	261,06	323,54	196,17	388,43
Grenade	NAC	2,39	3,19	2,58	3,01
Guadeloupe	NAC	10,15	14,59	0,38	24,36
Guam	WP	11,55	9,90	1,45	20,00
Guatemala	SACA	314,63	346,42	326,14	334,91
Guinée	AFR	120,06	95,77	132,38	83,46
Guinée équatoriale	AFR	10,22	8,94	8,25	10,91
Guinée française	SACA	5,82	5,21	2,36	8,67
Guinée-Bissau	AFR	14,04	13,20	14,92	12,32
Guyana	NAC	18,17	41,98	42,37	17,78
Haïti	NAC	115,30	194,21	116,23	193,28
Honduras	SACA	140,42	128,39	125,56	143,25
Hongrie	EUR	350,06	223,41	180,91	392,56
Iles Anglo- Normandes	EUR	4,80	4,24	6,18	2,86
Iles Caïman	NAC	2,15	3,39	-	5,54
Iles Cook	WP	1,70	1,38	0,80	2,28
Iles Féroé	EUR	1,48	1,37	1,67	1,19
Iles Marshall	WP	4,93	6,05	2,87	8,11
Iles Salomon	WP	20,51	15,00	27,48	8,03
Iles Vierges britanniques	NAC	1,13	1,19	1,34	0,98
Iles Vierges des États-Unis	NAC	5,62	6,37	0,51	11,48
Inde	SEA	34.516,82	30.559,54	34.505,06	30.571,31
Indonésie	WP	3.616,13	4.938,03	3.933,89	4.620,28
Irak	MENA	554,43	671,79	255,84	970,38
Iran (République islamique d')	MENA	1.970,31	2.425,62	1.036,73	3.359,19
Irlande	EUR	110,24	97,25	76,92	130,57
		<u> </u>	·	<u> </u>	<u> </u>

PAYS/ TERRITOIRE	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (40-59 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-39 ans) en milliers
Fédération russe	3.829,99	5.096,14	5.077,50	750,47
Fidji	31,18	15,86	33,36	8,42
Finlande	127,75	232,37	107,27	9,49
France	1.234,80	1.934,81	1.325,38	114,51
Gabon	35,23	31,14	31,37	14,08
Gambie	9,31	1,53	7,26	3,61
Géorgie	32,75	45,20	36,39	11,83
Ghana	330,38	75,51	199,49	165,00
Grèce	213,91	379,58	184,23	20,79
Grenade	1,40	1,83	2,43	1,32
Guadeloupe	6,18	10,22	12,66	1,85
Guam	10,59	6,26	10,35	4,84
Guatemala	158,98	208,11	295,82	157,12
Guinée	162,06	47,45	77,46	90,93
Guinée équatoriale	8,81	2,91	10,87	5,37
Guinée française	2,65	3,70	5,62	1,71
Guinée-Bissau	20,45	5,07	11,33	10,84
Guyana	15,04	12,64	29,48	18,02
Haïti	91,00	95,14	154,20	60,17
Honduras	64,65	63,72	151,45	53,64
Hongrie	209,83	275,63	250,76	47,08
Iles Anglo- Normandes	3,31	5,14	3,40	0,50
Iles Caïman	1,54	2,13	2,51	0,90
Iles Cook	1,52	0,74	1,49	0,85
Iles Féroé	1,05	1,72	1,01	0,13
Iles Marshall	5,94	2,72	5,96	2,29
Iles Salomon	19,21	7,77	18,04	9,71
Iles Vierges britanniques	0,58	0,71	0,94	0,68
Iles Vierges des États-Unis	3,32	5,91	5,02	1,06
Inde	31.919,96	15.430,03	36.733,17	12.913,16
Indonésie	4.627,80	2.230,73	4.651,55	1.671,88
Irak	613,11	337,69	559,82	328,71
Iran (République islamique d')	2.197,96	1.215,45	2.267,73	912,75
Irlande	75,92	111,04	80,66	15,79

Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu urbain
Islande	EUR	5,92	3,07	0,46	8,53
Israël	EUR	168,64	148,72	21,84	295,52
Italie	EUR	1.769,85	1.856,19	1.009,91	2.616,12
Jamaïque	NAC	74,62	103,90	68,86	109,66
Japon	WP	4.592,68	2.611,09	543,28	6.660,50
Jordanie	MENA	181,41	174,92	54,49	301,84
Kazakhstan	EUR	242,82	283,18	238,81	287,20
Kenya	AFR	428,59	320,66	478,82	270,43
Kirghizstan	EUR	120,95	43,28	97,71	66,52
Kiribati	WP	7,63	7,40	8,12	6,91
Koweït	MENA	249,37	158,15	3,03	404,50
Lesotho	AFR	19,80	21,61	22,78	18,62
Lettonie	EUR	35,48	60,22	29,94	65,76
Liban	MENA	240,47	238,49	33,28	445,68
Liberia	AFR	34,76	32,33	34,24	32,85
Libye	MENA	142,14	177,00	52,16	266,97
Liechtenstein	EUR	1,12	1,01	1,82	0,31
Lituanie	EUR	45,70	65,26	35,06	75,89
Luxembourg	EUR	12,70	9,51	2,72	19,50
Macédoine (Ancienne République yougoslave de)	EUR	84,61	99,98	62,33	122,26
Madagascar	AFR	179,52	172,69	233,12	119,09
Malaisie	WP	936,71	976,53	468,46	1.444,77
Malawi	AFR	223,38	148,97	280,98	91,37
Maldives	SEA	4,12	3,76	3,14	4,75
Mali	AFR	39,37	42,62	41,54	40,44
Malte	EUR	14,11	19,15	1,38	31,89
Maroc	MENA	715,12	776,17	411,24	1.080,05
Martinique	NAC	18,71	33,94	5,34	47,31
Maurice	SEA	71,16	72,44	69,58	74,02
Mauritanie	AFR	40,61	47,00	39,10	48,50
Mexique	NAC	3.764,03	4.959,38	1.791,81	6.931,61
Micronésie (États féd. de)	WP	7,65	8,22	12,06	3,82
Monaco	EUR	1,11	1,08	-	2,20
Mongolie	WP	88,69	47,06	38,25	97,50
Monténégro	EUR	24,78	31,10	16,76	39,12
Mozambique	AFR	128,59	149,79	105,45	172,93

PAYS/ TERRITOIRE	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (40-59 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-39 ans) en milliers
Islande	3,29	5,27	3,28	0,45
Israël	116,12	197,71	106,46	13,20
Italie	1.326,77	2.480,19	1.069,01	76,83
Jamaïque	44,63	67,38	86,54	24,60
Japon	3.558,67	4.451,38	2.370,73	381,67
Jordanie	178,17	92,76	194,75	68,82
Kazakhstan	184,42	211,76	253,66	60,58
Kenya	562,57	129,97	378,07	241,21
Kirghizstan	48,19	56,60	100,09	7,54
Kiribati	8,13	3,18	7,72	4,13
Koweït	165,86	51,94	210,05	145,54
Lesotho	19,04	8,73	15,90	16,77
Lettonie	33,55	54,57	34,14	6,99
Liban	239,48	219,88	208,02	51,07
Liberia	50,37	11,52	29,63	25,94
Libye	159,57	87,72	159,06	72,35
Liechtenstein	0,78	1,28	0,74	0,10
Lituanie	38,90	59,76	43,64	7,56
Luxembourg	8,13	12,44	8,91	0,87
Macédoine (Ancienne République yougoslave de)	64,72	84,70	81,99	17,90
Madagascar	264,46	55,08	149,48	147,65
Malaisie	1.035,06	459,20	980,19	473,84
Malawi	279,58	44,90	107,47	219,99
Maldives	3,87	2,39	4,00	1,48
Mali	61,56	20,80	30,88	30,30
Malte	12,17	22,80	10,13	0,34
Maroc	745,64	339,70	825,75	325,83
Martinique	14,59	24,49	23,68	4,48
Maurice	70,44	49,53	75,20	18,88
Mauritanie	65,78	10,75	38,61	38,25
Mexique	2.180,85	3.290,00	4.426,54	1.006,87
Micronésie (États féd. de)	8,59	4,18	8,04	3,65
Monaco	0,80	1,31	0,79	0,10
Mongolie	73,44	12,13	65,81	57,81
Monténégro	19,59	26,75	24,18	4,95
Mozambique	209,02	35,19	130,61	112,58

Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	atteintes de diabète (20-79 ans)
Myanmar	WP	929,88	1.058,97	888,46	1.100,38
Namibie	AFR	18,14	40,40	14,19	44,35
Nauru	WP	0,63	0,76	-	1,40
Népal	SEA	484,14	189,98	430,10	244,02
Nicaragua	SACA	157,92	186,39	143,99	200,32
Niger	AFR	178,77	127,66	221,25	85,17
Nigeria	AFR	1.997,77	1.923,73	1.276,70	2.644,80
Niue	WP	0,05	0,05	0,04	0,06
Norvège	EUR	122,48	87,39	36,76	173,11
Nouvelle- Calédonie	WP	19,41	16,48	13,85	22,04
Nouvelle- Zélande	WP	191,95	150,73	46,94	295,73
Oman	MENA	124,29	75,49	33,02	166,76
Ouganda	AFR	335,35	289,69	409,77	215,27
Ouzbékistan	EUR	661,32	219,19	518,70	361,81
Pakistan	MENA	3.458,53	3.254,17	3.777,94	2.934,76
Palaos	WP	1,10	1,22	0,16	2,16
Panama	SACA	97,01	89,26	39,83	146,44
Papouasie - Nouvelle- Guinée	WP	107,25	96,45	170,96	32,74
Paraguay	SACA	111,01	125,80	87,65	149,17
Pays-Bas	EUR	465,18	449,05	127,33	786,90
Pérou	SACA	387,35	398,91	173,36	612,90
Philippines	WP	1.547,14	1.709,07	1.245,28	2.010,93
Pologne	EUR	933,55	946,14	716,36	1.163,32
Polynésie française	WP	21,91	20,44	20,58	21,77
Porto Rico	SACA	165,66	227,82	3,57	389,91
Portugal	EUR	594,42	437,45	351,25	680,61
Qatar	MENA	221,43	61,10	1,16	281,37
République arabe syrienne	MENA	431,68	437,15	326,37	542,46
République centrafricaine	AFR	64,27	62,21	45,59	80,89
République de Moldavie	EUR	31,91	40,18	35,83	36,26
République démocratique populaire lao	WP	75,02	82,86	65,96	91,92
République dominicaine	SACA	322,20	330,67	190,35	462,52

PAYS/ TERRITOIRE	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (40-59 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-39 ans) en milliers
Myanmar	1.253,77	529,75	1.011,57	447,53
Namibie	26,93	18,43	27,14	12,96
Nauru	0,76	0,34	0,74	0,32
Népal	293,92	210,55	313,90	149,67
Nicaragua	82,81	93,52	183,39	67,40
Niger	230,08	16,71	87,83	201,88
Nigeria	1.803,89	707,81	1.806,00	1.407,69
Niue	0,05	0,02	0,06	0,02
Norvège	76,79	105,12	85,29	19,46
Nouvelle- Calédonie	17,73	11,12	16,72	8,05
Nouvelle- Zélande	169,28	166,39	139,28	37,00
Oman	81,31	34,31	91,93	73,54
Ouganda	469,32	84,84	234,77	305,43
Ouzbékistan	258,34	305,41	530,59	44,51
Pakistan	3.356,35	1.577,15	3.331,06	1.804,49
Palaos	1,25	0,56	1,36	0,39
Panama	44,80	70,48	86,09	29,70
Papouasie - Nouvelle- Guinée	110,20	52,45	100,32	50,93
Paraguay	56,95	76,11	118,24	42,46
Pays-Bas	334,52	579,42	291,02	43,80
Pérou	189,09	205,19	378,86	202,20
Philippines	1.761,61	876,18	1.670,97	709,06
Pologne	659,02	971,37	765,91	142,40
Polynésie française	20,92	9,63	21,08	11,64
Porto Rico	109,03	192,01	163,50	37,97
Portugal	377,56	577,47	378,52	75,88
Qatar	114,99	15,31	147,67	119,55
République arabe syrienne	434,41	234,78	461,45	172,60
République centrafricaine	94,97	21,44	49,20	55,84
République de Moldavie	25,27	32,02	29,72	10,36
République démocratique populaire lao	99,53	44,86	70,17	42,86
République dominicaine	157,02	208,39	311,23	133,25

Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu urbain
République tchèque	EUR	381,83	373,87	177,46	578,24
Réunion	AFR	43,47	50,31	2,54	91,24
Roumanie	EUR	336,08	514,99	391,21	459,86
Royaume-Uni	EUR	1.744,47	1.230,48	524,37	2.450,59
Rwanda	AFR	120,01	113,99	140,53	93,47
Sahara occidental	AFR	17,63	14,19	2,37	29,44
Saint Christophe- et-Niévès	NAC	1,53	3,15	3,18	1,50
Saint-Marin	EUR	0,90	0,88	0,10	1,68
Saint-Martin (partie néerlandaise)	NAC	1,67	2,60	0,24	4,02
Saint-Vincent- et-les- Grenadines	NAC	3,14	3,73	2,51	4,36
Sainte-Lucie	NAC	3,86	6,02	7,43	2,44
Salvador	SACA	144,69	194,08	115,97	222,81
Samoa	WP	3,15	3,69	4,87	1,97
Sao Tomé- et-Principe	AFR	2,30	2,50	1,05	3,74
Sénégal	AFR	102,27	106,32	120,27	88,33
Serbie	EUR	387,10	485,18	314,84	557,45
Seychelles	AFR	3,63	4,12	2,29	5,46
Sierra Leone	AFR	49,30	46,85	57,87	38,28
Singapour	WP	255,57	242,62	-	498,19
Slovaquie	EUR	189,90	232,73	174,64	247,99
Slovénie	EUR	74,17	89,60	75,43	88,35
Somalie	AFR	125,64	118,41	90,31	153,74
Soudan	MENA	589,41	812,81	848,04	554,19
Soudan du Sud	MENA	160,29	231,03	302,71	88,61
Sri Lanka	SEA	577,30	550,71	797,89	330,11
Suède	EUR	262,15	176,47	55,02	383,60
Suisse	EUR	218,83	230,38	103,85	345,37
Suriname	NAC	16,98	19,77	7,22	29,53
Swaziland	AFR	11,18	11,84	14,99	8,03
Tadjikistan	EUR	148,39	46,48	133,86	61,01
Taïwan	WP	1.017,49	703,58	806,72	914,34
Tanzanie (République unie de)	AFR	867,11	839,82	1.031,14	675,79

PAYS/ TERRITOIRE	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (40-59 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-39 ans) en milliers
République tchèque	276,51	452,78	259,20	43,72
Réunion	43,14	33,43	49,98	10,37
Roumanie	298,38	481,51	327,99	41,56
Royaume-Uni	1.088,54	1.719,90	1.051,53	203,52
Rwanda	175,70	30,18	90,68	113,14
Sahara occidental	23,89	3,41	15,81	12,59
Saint Christophe- et-Niévès	1,30	1,95	2,13	0,60
Saint-Marin	0,65	1,04	0,64	0,09
Saint-Martin (partie néerlandaise)	1,18	1,64	1,94	0,68
Saint-Vincent- et-les- Grenadines	1,72	2,17	3,28	1,41
Sainte-Lucie	2,47	3,34	4,86	1,68
Salvador	81,47	112,68	166,68	59,42
Samoa	3,70	2,50	3,73	0,61
Sao Tomé- et-Principe	2,21	0,79	2,11	1,90
Sénégal	156,62	35,07	84,78	88,75
Serbie	305,82	430,54	363,13	78,62
Seychelles	3,57	2,59	4,34	0,81
Sierra Leone	72,19	15,25	40,25	40,64
Singapour	246,11	210,73	252,92	34,54
Slovaquie	154,64	280,35	135,03	7,25
Slovénie	59,93	94,89	61,54	7,35
Somalie	183,25	38,64	100,83	104,58
Soudan	701,11	342,45	709,83	349,94
Soudan du Sud	195,66	101,79	190,31	99,23
Sri Lanka Suède	553,29	335,58	554,41	238,02
Suisse	160,49 164,37	256,04 233,03	152,00 165,12	30,58
Suriname	9,19	11,63	17,25	7,88
Swaziland	10,59	4,59	9,58	8,85
Tadjikistan	57,17	68,84	116,31	9,71
Taïwan	850,20	803,90	766,63	150,53
Tanzanie (République unie de)	1.281,65	308,01	659,15	739,77

Tableau détaillé du diabète par pays : estimations pour 2013

PAYS/ TERRITOIRE	RÉGION DE LA FID	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, hommes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, femmes	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans) en milliers, milieu rural	atteintes de diabète (20-79 ans)	
Tchad	AFR	122,24	109,05	131,79	99,49	
Thaïlande	WP	1.357,77	1.792,90	2.002,47	1.148,20	
Timor-Oriental	WP	14,00	12,71	17,49	9,22	
Togo	AFR	86,86	43,28	62,09	68,05	
Tokelau	WP	0,13	0,13	-	0,27	
Tonga	WP	3,29	3,73	5,26	1,75	
Trinité- et-Tobago	NAC	57,51	74,82	111,75	20,59	
Tunisie	MENA	299,15	386,44	126,69	558,90	
Turkménistan	EUR	64,05	65,65	64,06	65,64	
Turquie	EUR	3.054,67	3.988,62	1.627,42	5.415,87	
Tuvalu	WP	0,40	0,44	0,24	0,59	
Ukraine	EUR	438,13	605,45	309,77	733,81	
Uruguay	SACA	66,46	77,36	18,33	125,49	
Vanuatu	WP	13,16	14,79	19,97	7,99	
Venezuela (République bolivarienne du)	SACA	604,40	627,64	74,56	1.157,47	
Viet Nam	WP	1.851,93	1.447,18	1.527,52	1.771,60	
Yémen	MENA	346,95	361,17	433,83	274,29	
Zambie	AFR	101,86	92,06	119,20	74,72	
Zimbabwe	AFR	273,64	327,03	282,88	317,79	
MONDE	-	197.694,96	184.139,39	136.085,32	245.749,03	

Nombre de personnes atteintes de diabète (20-39 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (40-59 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans) en milliers	Nombre de personnes atteintes de diabète non diagnostiquées (20-79 ans) en milliers	PAYS/ TERRITOIRE
109,92	88,80	32,57	173,66	Tchad
326,18	1.641,56	1.182,93	1.704,51	Thaïlande
5,78	12,08	8,84	14,45	Timor-Oriental
54,36	48,98	26,80	97,72	Togo
0,07	0,15	0,05	0,14	Tokelau
1,65	3,67	1,71	3,80	Tonga
16,34	64,06	51,93	36,67	Trinité- et-Tobago
107,72	375,85	202,02	342,80	Tunisie
19,63	67,99	42,08	45,47	Turkménistan
1.143,29	3.383,37	2.516,63	2.469,38	Turquie
0,15	0,48	0,21	0,45	Tuvalu
135,00	398,52	510,05	365,88	Ukraine
18,52	66,32	58,97	34,59	Uruguay
7,78	13,99	6,19	15,12	Vanuatu
220,55	605,86	405,63	296,30	Venezuela (République bolivarienne du)
748,22	1.565,39	985,50	2.079,76	Viet Nam
171,32	343,60	193,19	354,06	Yémen
90,21	73,46	30,24	145,60	Zambie
365,51	140,30	94,86	451,01	Zimbabwe
62.991,98	184.228,08	134.614,30	174.822,59	MONDE

Abréviations et acronymes

AFR

Afrique

Anomalie de la glycémie à jeun

Association membre

AVCI

Années de vie corrigées du facteur invalidité

DECS

Section consultative sur l'éducation au diabète de la FID

DIAMOND

Etude Mondiale du Diabète

Diabète gestationnel

Dollar international

Diabetes mellitus ou diabète sucré

DMG

Diabetes mellitus gestationnel

EUR

Europe

EURODIAB

Etude Europe et Diabete

Fédération Internationale du Diabète Nations Unies

Hémoglobine glyquée A1c

Hyperglycémie pendant la grossesse

IG

Intolérance au glucose

Maladie cardiovasculaire

MENA

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Maladies non transmissibles

N/D

Non disponible

NAC

Amérique du Nord et Caraïbes

Obiectifs du Millénaire pour le développement

Organisation mondiale de la santé

ONG

Organisation non gouvernementale

PFMR

Pays à faible et moyen revenu

PNB

Produit national brut

RU

Royaume-Uni

SACA

Amérique centrale et du Sud

Asie du Sud-Est

États-Unis d'Amérique

VIH/SIDA

Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Pacifique occidental

Glossaire

A

Accident vasculaire cérébral

Perte soudaine de fonction d'une partie du cerveau à la suite de l'interruption de l'afflux sanguin due à une obstruction ou à la rupture d'une artère.

Anomalie de la glycémie à jeun (AGJ)

Catégorie de glycémie supérieure à la normale mais inférieure au seuil de diagnostic pour le diabète après une période à jeun (habituellement, après une nuit de jeûne). Pour une définition complète, voir les critères de diagnostic (www.oms.int/diabete). Les personnes atteintes d'une AGJ sont davantage exposées au risque de contracter le diabète.

C

Cellules bêta

Cellules qui se trouvent dans les îlots de Langerhans dans le pancréas et qui produisent et libèrent l'insuline.

Complications du diabète

Affections aiguës et chroniques provoquées par le diabète. Les complications chroniques comprennent les rétinopathies (maladies des yeux), les néphropathies (maladies des reins), les neuropathies (maladies du système nerveux), les maladies cardiovasculaires (maladie du système circulatoire), les ulcérations au pied et l'amputation.

D

Diabetes mellitus gestationnel (DMG)

Diabète diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse chez la femme.

Diabète de type 1

Le diabète de type 1 se développe le plus souvent chez l'enfant et l'adolescent. Environ 10 % des personnes atteintes de diabète présentent un type 1.
Les symptômes du type 1 varient en intensité. Ils comprennent une soif excessive, une envie excessive d'uriner, une perte de poids et un manque d'énergie. L'insuline est une médication vitale pour les personnes atteintes de diabète de type 1, qui ont besoin d'injections quotidiennes d'insuline pour survivre.

Diabète de type 2

Le diabète de type 2 est beaucoup plus courant que le type 1 et apparaît principalement chez l'adulte, bien qu'il soit aujourd'hui de plus en plus souvent rencontré chez l'enfant et l'adolescent. Les symptômes de type 1, sous une forme moins prononcée, peuvent également affecter les personnes atteintes d'un diabète de type 2. Certaines personnes atteintes d'un diabète de type 2 ne présentent toutefois aucun symptôme précoce et ne sont diagnostiquées que plusieurs années après l'apparition de la maladie, lorsque différentes complications diabétiques sont déjà présentes. Les personnes atteintes d'un diabète de type 2 peuvent avoir besoin d'hypoglycémiants ainsi que d'injections d'insuline.

Diabète sucré (DM)

Affection chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme ne peut utiliser efficacement l'insuline produite. Il existe deux formes de base du diabète : le type 1 et le type 2. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ne produisent pas suffisamment d'insuline. Les personnes atteintes de diabète de type 2 produisent de l'insuline mais ne peuvent l'utiliser efficacement.

Dollar international

Devise hypothétique offrant le même pouvoir d'achat dans tous les pays. Les conversions des devises locales en dollars internationaux sont calculées en utilisant des tables de parités de pouvoir d'achat (PPP), qui sont déduites d'études des prix pour le même panier de biens et services dans différents pays.

E

Épidémiologie

Étude de l'incidence et de la distribution des états ou accidents liés à la santé dans des populations spécifiques, y compris l'étude des déterminants influençant de tels états et l'application de cette connaissance à la maîtrise des problèmes de santé.

G

Glucose

Aussi appelé dextrose. Sucre principal produit par l'organisme à partir de protéines, de graisses et de glucides. Le glucose est la principale source d'énergie pour les cellules vivantes et est amené à chaque cellule par la circulation sanguine. Toutefois, les cellules ne peuvent utiliser le glucose sans l'aide d'insuline.

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Hémoglobine à laquelle est lié le glucose. L'hémoglobine glyquée est testée pour surveiller la gestion à long terme du diabète sucré. Le taux d'hémoglobine glyquée augmente dans les globules rouges des personnes dont le diabète sucré est mal maîtrisé.

Hyperglycémie

Taux élevé de glucose dans le sang, indiquant que le diabète n'est pas contrôlé. Il se produit lorsque l'organisme n'a pas suffisamment d'insuline ou ne peut pas utiliser l'insuline dont il dispose pour transformer le glucose en énergie. Les signes d'hyperglycémie sont une grande soif, une bouche sèche et un besoin fréquent d'uriner.

Hypoglycémie

Taux insuffisant de glucose dans le sang. Il se produit lorsqu'une personne atteinte de diabète s'est injecté une quantité excessive d'insuline, a trop peu mangé ou a fait trop d'exercice physique sans apport alimentaire. Une personne en hypoglycémie peut se sentir nerveuse, tremblante ou faible, transpirer ou avoir mal à la tête, une vision trouble ou faim.

]

Incidence

Fréquence d'une maladie ou, plus précisément, nombre de nouveaux cas d'une maladie dans un groupe donné de personnes au cours d'une période de temps déterminée.

Îlots de Langerhans

Grappes de cellules situées dans le pancréas qui tirent leur nom de Paul Langerhans, le scientifique allemand qui les a découvertes en 1869. Elles produisent et sécrètent des hormones qui aident l'organisme à dégrader et à utiliser les aliments. Il existe cinq types de cellules dans un îlot, dont les cellules bêta qui produisent l'insuline.

Intolérance au glucose (IG)

Catégorie de glycémie supérieure à la normale mais inférieure au seuil de diagnostic pour le diabète, après ingestion d'une quantité standard de glucose lors d'un test oral de tolérance au glucose. Pour une définition complète, voir les critères de diagnostic (www.oms.int/diabete). Les personnes présentant une IG risquent davantage de développer un diabète.

Insuline

Hormone dont l'action principale est de permettre aux cellules de l'organisme d'absorber le glucose du sang et de l'utiliser pour produire de l'énergie. L'insuline est produite par les cellules bêta des îlots de Langerhans dans le pancréas.

M

Maladie cardiovasculaire (MCV)

Maladies et lésions du système circulatoire, qui comprend le cœur, les vaisseaux sanguins du cœur et le système de vaisseaux sanguins dans tout le corps ainsi que vers (et dans) le cerveau. Un accident vasculaire cérébral (AVC) est le résultat d'un problème du flux sanguin dans ou vers le cerveau et est considéré comme une forme de MCV.

N

Néphropathie

Maladie causée par des dommages occasionnés à de petits vaisseaux sanguins et susceptibles d'altérer ou empêcher le fonctionnement des reins.

Neuropathie

Pathologie qui se développe lorsque la glycémie et la pression artérielle sont trop élevées. Le diabète peut alors endommager les nerfs dans tout le corps et provoquer des lésions nerveuses.



Pancréas

Organe situé derrière la partie inférieure de l'estomac et qui produit l'insuline.

Pied diabétique

Pied qui présente une pathologie résultant directement du diabète ou d'une complication du diabète.

Prévalence

Proportion d'individus au sein d'une population qui présente une maladie ou une affection à un moment particulier (qu'il s'agisse d'un moment ponctuel ou d'une période de temps). La prévalence est une proportion ou un nombre et non un taux.

> Prévalence comparative

La prévalence comparative dans cette publication a été calculée en postulant que chaque pays et région avait le même profil d'âge (le profil de la population mondiale a été utilisé). Cela réduit l'effet des différences d'âge entre pays et régions et permet d'utiliser ce chiffre à des fins de comparaisons. La prévalence comparative ne peut pas être utilisée pour évaluer la proportion de personnes atteintes de diabète dans un pays ou une région.

Prévalence nationale ou régionale

La prévalence nationale ou régionale indique le pourcentage de la population atteinte de diabète dans chaque pays ou région. Elle permet d'évaluer le fardeau du diabète dans chaque pays ou région.

R

R (des estimations de dépenses en soins de santé)

R est le rapport du coût du diabète. c'est-à-dire le rapport entre le total des coûts des soins médicaux prodigués aux personnes atteintes de diabète et le total des coûts des soins médicaux des personnes de même âge et de même sexe qui ne sont pas atteintes de cette maladie. En comparant les coûts totaux pour les personnes atteintes de diabète et les autres, il est possible d'isoler les coûts induits par la maladie. Etant donné que R varie d'un pays à l'autre et au fil du temps, les estimations de la FID montrent des résultats pour les limites inférieure et supérieure probables de R, R=2 et R=3.

Rétinopathie

Maladie de la rétine de l'œil qui peut provoquer des troubles de la vue et entraîner la cécité.

Références

Chapitre 1

Qu'est-ce que le diabète ?

- [1] Harris M, Zimmet P. Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Alberti K, Zimmet P, Defronzo R, editors. *International Textbook of Diabetes Mellitus*. Second Edition. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1997. p9-23.
- [2] Organisation mondiale de la santé. *Prévention du diabète sucré. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS.* Genève: Organisation mondiale de la santé; 1994. N° 844.
- [3] Davis TM, Stratton IM, Fox CJ, et al. U.K. Prospective Diabetes Study 22. Effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM. *Diabetes Care 1997*; 20 (9): 1435-1441.
- [4] International Working Group on the Diabetic Foot. *International Consensus on the Diabetic Foot* International Working Group on the Diabetic Foot; 1999.
- **[5]** Meslier N, Gagnadoux F, Giraud P, et al. Impaired glucose-insulin metabolism in males with obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur Respir J* 2003; 22 (1): 156-160.

Chapitre 2

Le fardeau mondial

2.1 Diabète

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Prévention du diabète* sucré. *Rapport d'un groupe* d'étude de l'OMS. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1994. N° 844.
- [2] Hunt KJ, Schuller KL. The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34 [2]: 173-199, vii.

2.2 Diabète non diagnostiqué

- [1] Evaristo-Neto AD, Foss-Freitas MC, Foss MC. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in a rural community of Angola. *Diabetol Metab Syndr* 2010; 2: 63.
- [2] Plantinga LC, Crews DC, Coresh J, et al. Prevalence of chronic kidney disease in US adults with undiagnosed diabetes or prediabetes. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5 (4): 673-682.
- [3] Flores-Le Roux JA, Comin J, Pedro-Botet J, et al. Seven-year mortality in heart failure patients with undiagnosed diabetes: an observational study. *Cardiovasc Diabetol* 2011; 10: 39.

- [4] Spijkerman AMW, Dekker JM, Nijpels G, et al. Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the hoorn screening study. *Diabetes Care* 2003: 26 [9]: 2604-2608.
- **[5]** Zhang Y, Dall TM, Mann SE, et al. The economic costs of undiagnosed diabetes. Popul Health Manag 2009; 12:95–101.
- [6] Schwarz PEH, Li J, Lindstrom J, Tuomilehto J. Tools for Predicting the Risk of Type 2 Diabetes in Daily Practice. *Horm Metab Res* 2009; 41(2): 86-97.

2.3 Intolérance au glucose (IG)

- [1] Shaw JE, Zimmet PZ, de Courten M, et al. Impaired fasting glucose or impaired glucose tolerance. What best predicts future diabetes in Mauritius? *Diabetes Care* 1999; 22 (3): 399-402.
- [2] Perry RC, Baron AD. Impaired glucose tolerance. Why is it not a disease? *Diabetes Care* 1999; 22 (6): 883-885.
- [3] Tominaga M, Eguchi H, Manaka H, et al. Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired fasting glucose. The Funagata Diabetes Study. *Diabetes Care* 1999; 22 (6): 920-924.

2.4 Le diabète chez les jeunes

- [1] D.I.A.M.O.N.D. Project Group. Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med* 2006; 23 [8]: 857-866.
- [2] Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, et al. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009; 373 (9680): 2027-2033.
- [3] S.E.A.R.C.H. for Diabetes in Youth Study Group, Liese AD, D'Agostino RB, et al. The burden of diabetes mellitus among US youth: prevalence estimates from the SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Pediatrics* 2006; 118 [4]: 1510-1518.
- [4] Farsani SF, van der Aa MP, van der Vorst MMJ, Knibbe CAJ, de Boer A. Global trends in the incidence and prevalence of type 2 diabetes in children and adolescents: a systematic review and evaluation of methodological approaches. *Diabetologia* 2013; 56: 1471–1488.

2.5 Hyperglycémie pendant la grossesse

[1] Negrato CA, Gomes MB. Historical facts of screening and diagnosing diabetes in pregnancy. *Diabetol Metab Syndr* 2013; 5(1): 22.

- [2] International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, et al. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care 2010; 33: 676-82.
- [3] Organisation mondiale de la santé. Critères de diagnostic et classification de l'hyperglycémie décelée pour la première fois pendant la grossesse.
 Genève. Suisse. 2013.

2.6 Mortalité

- [1] Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010; 87 (1): 15-19.
- [2] IDF Diabetes Atlas Group. Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: estimates for the year 2011. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013 May; 100[2]: 277-279.
- **[3]** Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353 (9164): 1547-1557.
- [4] Colagiuri S, Borch-Johnsen K, Glümer C, et al. There really is an epidemic of type 2 diabetes. *Diabetologia* 2005; 48 (8): 1459-1463.

- [5] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ SIDA (ONUSIDA). Rapport mondial: ONUSIDA - Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010. ONUSIDA; 2010.
- **[6]** Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur le paludisme dans le monde: 2010.* Organisation mondiale de la santé; 2010.
- [7] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde: 2010. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2010.

2.7 Dépenses de santé

- [1] Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, et al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bull World Health Organ 2003; 81 (1): 19-27.
- [2] Ramachadran A, Snehalatha C, Yamuna A, Mary S, Ping Z. Cost-Effectiveness of the Interventions in the Primary Prevention of Diabetes Among Asian Indians. Within-trial results of the Indian Diabetes Prevention Programme (IDPP). Diabetes Care 2007; 30 (10): 2548-2552.

Chapitre 3

Aperçus régionaux

3.2 Europe

[1] Central Intelligence Agency. The World Factbook. www.cia.gov/library/ publications/the-world-factbook/ [Consulté 26/07/2013].

3.3 Moyen-Orient et Afrique du Nord

[1] Arab M. The economics of diabetes care in the Middle East. In Alberti K, Zimmet P, Defronzo R, editors. International Textbook of Diabetes Mellitus. Second Edition. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 1997.

[2] Banque mondiale. Données de la Banque mondiale, paramètres de l'OMS, 1999-2000. Banque mondiale; 2000.

3.6 Asie du Sud-Est

[1] Central Intelligence Agency. The World Factbook. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/ [Consulté 26/07/2013].

3.7 Pacifique occidental

[1] Central Intelligence Agency. The World Factbook.www.cia.gov/ library/publications/the-worldfactbook/ [Consulté 26/07/2013].

Chapitre 4

La problématique mondiale du diabète

4.1 Analyse mondiale de la rétinopathie diabétique

[1] Ruta LM, Magliano DJ, Lemesurier R, Taylor HR, Zimmet PZ, Shaw JE. Prevalence of diabetic retinopathy in Type 2 diabetes in developing and developed countries. *Diabet Med* 2013; 30: 387-398.

[2] Sivaprasad S, Gupta B, Gulliford MC, Dodhia H, Mohamed M, Nagi D et al. Ethnic variations in the prevalence of diabetic retinopathy in people with diabetes attending screening in the UK (DRIVE UK). PLoS One 2012: 7: e32182.

[3] Zhang X, Saaddine JB, Chou CF, et al. Prevalence of diabetic retinopathy in the United States, 2005-2008. JAMA 2010; 304: 649-656.

[4] Malek M, Khamseh ME, Aghili R, Emami Z, Najafi L, Baradaran HR.Medical management of diabetic retinopathy: an overview. *Arch Iran Med* 2012; 15: 635-640.

[5] Misra A, Bachmann MO, Greenwood RH, et al. Trends in yield and effects of screening intervals during 17 years of a large UK community-based diabetic retinopathy screening programme. *Diabet Med* 2009; 26: 1040-1047.

[6] Backlund LB, Algvere PV, Rosenqvist U. New blindness in diabetes reduced by more than one third in Stockholm County. *Diabet Med* 1997; 14: 732-740.

[7] Mohan V, Deepa M, Pradeepa R, et al. Prevention of diabetes in rural India with a telemedicine intervention. *J Diabetes Sci Technol* 2012; 6: 1355-1364.

4.2 Taux d'acidocétose diabétique au moment du diagnostic chez les jeunes atteints de diabète de type 1

[1] Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, et al. Hyperglycemic crises in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 Suppl 1: S94-102.

[2] Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic Crises in Adult Patients With Diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1335-1343.

[3] Usher-Smith JA, Thompson MJ, Sharp SJ, Walter FM. Factors associated with the presence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of diabetes in children and young adults: a systematic review. *BMJ* 2011; 343: d4092.

[4] Edge JA, Ford-Adams ME, Dunger DB. Causes of death in children with insulin dependent diabetes 1990-96. *Arch Dis Child* 1999; 81: 318-396.

[5] DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999. *Diabet Med* 2006; 23: 857-866.

[6] Vanelli M, Cangelosi AM, Fanciullo L, et al. Children with type 1-diabetes from ethnic minorities: vulnerable patients needing a tailored medical support. *Acta Biomed* 2012; 83: 30-35.

- [7] Usher-Smith JA, Thompson MJ, Ercole A, Walter FM. Variation between countries in the frequency of diabetic ketoacidosis at first presentation of type 1 diabetes in children: a systematic review. *Diabetologia* 2012; 55: 2878-2894.
- **[8]** Samuelsson U, Stenhammar L. Clinical characteristics at onset of Type 1 diabetes in children diagnosed between 1977 and 2001 in the south-east region of Sweden. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 68: 49-55.
- [9] Lévy-Marchal C, Patterson CC, Green A. Geographical variation of presentation at diagnosis of type I diabetes in children: The EURODIAB study. *Diabetologia* 2001; 44 Suppl 3: B75-80.
- **[10]** Borchers AT, Uibo R, Gershwin ME The geoepidemiology of type 1 diabetes. *Autoimmun Rev* 2010; 9: A355-365.
- [11] Shrestha SS, Zhang P, Barker L, Imperatore G. Medical expenditures associated with diabetes acute complications in privately insured U.S. youth. *Diabetes Care* 2010; 33: 2617-2622.
- [12] Icks A, Strassburger K, Baechle C, et al. Frequency and cost of diabetic ketoacidosis in Germany study in 12,001 paediatric patients. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2013; 121: 58-59.

4.3 Le diabète au sein des populations indigènes

- [1] Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies. Situation des peuples autochtones dans le monde. ONU. New York, 2009.
- [2] Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration 61/295 sur les droits des peuples autochtones (adoptée le 13 septembre 2007). ONU. New York, 2008.

- **[3]**Chen HD, Shaw CK, Tseng WP, Chen HI. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in Aborigines and Chinese in eastern Taiwan. *Diabetes Res Clin Pract* 1997; 38(3): 199-205.
- [4] Minges KE, Zimmet P, Magliano DJ, et al. Diabetes prevalence and determinants in Indigenous Australian populations: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 93: 139-149.
- **[5]** Lee ET, Howard BV, Savage PJ, Cowan LD, Fabsitz RR, Oopic AJ et al. Diabetes and impaired glucose tolerance in three American Indian populations aged 45-74 years: the Strong Heart Study. *Diabetes Care* 1995; 18(5): 599-610.
- **[6]** Santos JL, Perez Bravo F, Carrasco E, Calvillan M, Albala C. Low prevalence of type 2 diabetes despite a high average body mass index in the Aymara Natives from Chile. *Nutrition* 2001; 17(4): 305-309.
- [7] Pavkov ME, Hanson RL, Knowler WC, Bennett PH, Krakoff J, Nelson RG. Changing patterns of type 2 diabetes incidence among Pima Indians. *Diabetes Care* 2007; 30(7): 758-763.
- [8] Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Barker LE, Williamson DF. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. Popul Health Metr. 2010; 8: 29.
- [9] First Nations Centre, National Aboriginal Health Organisation. *Gestational Diabetes* and First Nations Women - A literature review. NAHO First Nations Centre; 2009.
- **[10]** Oster RT, Johnson JA, Hemmelgarn BR, et al. Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among status Aboriginal adults. *CMAJ* 2011; 183: E803-E808.

- [11] Dyck RF, Osgood ND, Gao A, et al. The epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations children in Saskatchewan. *Canadian Journal of Diabetes* 2012: 36: 19-24.
- [12] Dyck RF, Osgood ND, Lin TH, Gao A, Stang MR. 2010 End Stage Renal Disease Among People with Diabetes: A Comparison of First Nations People and Other Saskatchewan Residents from 1981 to 2005. Canadian Journal of Diabetes 2010; 34(4): 324-333.
- [13] Durand AM, Bourne J, Tuohey-Mote D, Khorram KD, Abraham IJ. Diabetes in the Indigenous Population of the Commonwealth of the Northern Mariana Islands. *Asia Pac* JPublic Health 1997; 9: 28-32.
- [14] Shannon C. Acculturation: Aboriginal and Torres Strait Islander nutrition. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002; 11 Suppl 3: S576-578.

- [15] Mitchell FM. Reframing diabetes in American Indian communities: a social determinants of health perspective. *Health Soc Work* 2012; 37: 71-79.
- [16] Nettleton C, et al. Symposium on the social determinants of Indigenous health. Dans: *Un aperçu de la connaissance actuelle des déterminants sociaux sur la santé autochtone.* Genève: Organisation mondiale de la santé. Genève, 2007.
- [17] Harris SB, Bhattacharyya O, Dyck R, Naqshbandi Hayward M, Toth EL. Type 2 Diabetes in Aboriginal Peoples. *Can J Diabetes* 2013; 37: S191-S196.
- [18] Ritenbaugh C, Teufel-Shone NI, Aickin MG, Joe JR, Poirer S, Dillingham DC, Johnson D, Henning S, Cole SM, Cockerham D. A lifestyle intervention improves plasma insulin levels among Native American high school youth. *Preventive Medicine* 2003; 36: 309–319.
- [19] Yu C, Zinman B. Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in aboriginal populations: A global perspective. *Diabetes Res Clin Pract* 2007; 78: 159-170.

4.4 Le diabète dans les communautés rurales

- [1] Fédération Internationale du Diabète. *Atlas du Diabète de la FID, 6º éd.* FID. Bruxelles, 2013.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Aide-mémoire sur le diabète. OMS. Genève, 2011. Disponible à l'adresse: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/

- [3] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010: Résumé d'orientation. OMS. Genève, 2011.
- [4] Hwang CK, Han PV, Zabetian A, Ali MK, Narayan KM. Rural diabetes prevalence quintuples over twenty-five years in lowand middle-income countries: a systematic review and metanalysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 96: 271-85.
- **[5]** Katulanda P, Ranasinghe P, Jayawardana R, et al. Metabolic syndrome among Sri Lankan adults: prevalence, patterns and correlates. *Diabetol Metab Syndr* 2012; 4: 24.
- **[6]** Misra P, Upadhyay RP, Misra A, Anand K. A review of the epidemiology of diabetes in rural India. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 92: 303-11.
- [7] Yang SH, Dou KF, Song WJ. Prevalence of diabetes among men and women in China. *N Engl J Med* 2010; 362: 2425-6.
- **[8]** Jaffiol C. The burden of diabetes in Africa: a major public health problem. *Bull Acad Natl Med* 2011; 195: 1239-53.
- [9] Nations Unies. Perspectives d'urbanisation dans le monde: Base de données démographiques, révision 2007. ONU. New York, 2007. Disponible sur le site: http://esa.un.org/unup/
- **[10]** Misra A, Khurana L. Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93(11 Suppl 1): S9-30.
- [11] Chan JC, Malik V, Jia W, et al. Diabetes in Asia: epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *JAMA* 2009; 301: 2129-40.

- [12] Pillay TD, Bernabe-Ortiz A, Málaga G, Miranda JJ Should rural Latin America align to the international diabetes rise forecasts? *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 97: e1-2.
- [13] Lissock CN, Sobngwi E, Ngassam E, Ngoa Etoundi LS. Rural and urban differences in metabolic profiles in a Cameroonian population. Pan Afr Med J 2011; 10: 1.
- [14] Clark M. Diabetes self-management education: a review of published studies. *Prim Care Diabetes* 2008; 2: 113-20.
- [15] Fédération Internationale du Diabète. Education au diabète. FID. Bruxelles, 2009. Disponible sur le site: www.idf. org/worlddiabetesday/2009-2013/ diabetes-education
- [16] Mohan V, Deepa M, Pradeepa R, et al Prevention of diabetes in rural India with a telemedicine intervention. *J Diabetes Sci Technol* 2012; 6: 1355-1364.
- [17] CIA World Factbook. Total number of mobile cellular telephone subscribers. CIA. Washington DC, 2011. Disponible sur le site: www.cia.gov/library/publications/the-world-fact-book/rankorder/2151rank.html
- [17] de Jongh T, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, et al. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD007459.

Chapitre 5

Établir des liens entre les niveaux local et mondial

5.1 Soutenir l'agenda mondial pour le diabète

- [1] Nations Unies. Résolution 61/225: Résolution 61/225: Journée mondiale du diabète. ONU: New York; 2007.
- [2] Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. ONU: New York; 2011.
- [3] Nations Unies. Rapport de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable Rio de Janeiro. ONU: New York; 2012.
- [4] Assemblée mondiale de la santé. Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. OMS, Genève, 2013
- **[5]** Organisation mondiale de la santé. *Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles.* OMS. Genève, 2013.
- **[6]** Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Laing RO. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2011; 89: 412-421.

5.2 Inclure le diabète dans le développement

[1] Préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

5.4 Formation des professionnels de la santé dans le domaine du diabète une analyse de la situation

- [1] Organisation mondiale de la santé. The Rapport sur la santé dans le monde 2006 - Travailler ensemble pour la santé. 2006.
- [2] Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. 16 septembre 2011.
- [3] Duncan I, Birkmeyer C, Coughlin S, Qijuan (E) L, Sherr D, and Boren, S. Assessing the value of diabetes education. *The Diabetes Educator* 2009; 35: 752-760.
- [4] Fédération Internationale du Diabète. *Normes internationales pour l'éducation au diabète*, 3° édition. Bruxelles, Belgique: Fédération Internationale du Diabète.
- [5] Kahn L S, Tumiel-Berhalter L, D'Aniello R, Danzo A, Fox CH., Taylor J, et al. The Impacts of "Growing Our Own": A Pilot Project to Address Health Disparities by Training Health Professionals to Become Certified Diabetes Educators in Safety Net Practices. The Diabetes Educator, 2012 38: 86.

- [6] Charandabl SM, Vahidi R, Marions L and Wahlström R. Effect of a peer-educational intervention on provider knowledge and reported performance in family planning services: a cluster randomized trial. BMC Medical Education, 2010; 10: 11.
- [7] National Committee for Quality Assurance. 2005 State of Health Care Quality. *Industry trends and analysis*. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 2005. Disponible sur le site: http://web.ncga.org.
- [8] National Committee for Quality Assurance, American Diabetes Association. Diabetes Physician Recognition Program (DPRP). Available at: www.ncqa.org/dprp. Disponible sur le site: www.ncqa.org/dprp.
- **[9]** Trap B, Todd CH, Moore H, Laing R. The impact of supervision on stock management and adherence to treatment guidelines: a randomized controlled trial. *Health Policy and Planning*, 2011, 16: 273-280.
- [10] Kirkman MS, Caffrey HH, Williams SR, Marrero DG. Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians. *Diabetes*Care, 2002; 25: 1946–1951.

Chapitre 6

Ressources et solutions

6.1 Le diabète chez les personnes âgées

- [1] United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects - The 2012 Revision. UN: New York; 2013.
- [2] Kirkman S, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, Huang ES, Korytowski MT, Munshi MN, Odegard PS, Pratley RE, Swift CS. Diabetes in older adults: a consensus report. *Journal of the American Geriatric Society*, 2012; 60(12): 2342-2356.
- [3] Dunning T. Diet and Nutrition in Diabetes. London: Diabetes UK. Chapitre X, Clinical and lifestyle management in older people. (Sous presse)
- [4] Menz HB, Lord SR, St George R, Fitzpatrick RC. Walking stability and sensorimotor function in older people with diabetic peripheral neuropathy. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(2):245-252.
- **[5]** Volpato S, Leveille SG, Blaum C, Fried LP, Guralnik JM. Risk Factors for Falls in Older Disabled Women With Diabetes: The Women's Health and Aging Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(12): 1539–1545.
- [6] Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the Risk of Multi-System Aging Phenotypes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 4(1): e4144.

- [7] Lin EJ, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Bush T, Young B. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004; 27(9): 2154-60.
- [8] Lipska KJ, Bailey CJ, Inzucchi SE. Use of Metformin in the Setting of Mild-to-Moderate Renal Insufficiency. *Diabetes Care* 2011; 34(6): 1431-1437.
- **[9]** Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Individual sulfonylureas and serious hypoglycemia in older people. *J Am Geriatr Soc.* 1996; 44(7): 751-755.
- **[10]** Ritz P. Factors affecting energy and macronutrient requirements in elderly people. *Public Health Nutr.* 2001; 4(2B): 561-568.
- [11] Dunning T. Care of People with Diabetes: A Manual of Nursing Practice. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

Liste des tableaux, cartes et graphiques

Tableaux

Tableau 2.	.1 Top 10 des pays/territoires en termes de prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013 et 2035	. 33
Tableau 2.	.2 Top 10 des pays/territoires en termes de nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans), 2013 et 2035	.34
Tableau 2.	.3 Diabète non diagnostiqué (20-79 ans) par région de la FID et catégorie de revenus, 2013	.39
Tableau 2.	4 Top 10 des pays/territoires en termes de prévalence* (%) de l'IG (20-79 ans), 2013 et 2035	.41
Tableau 2.	.5 Hyperglycémie pendant la grossesse (20-49 ans), par région de la FID, 2013	.45
Tableau 3.	.0 Estimations régionales du diabète (20-79 ans), 2013 et 2035	. 55
Tableau 4.	.1 Caractéristiques de l'étude et prévalence de la rétinopathie par région de la FID	.77
Tableau 4.	.2 Études sur la prévalence de l'acidocétose diabétique (ACD) au moment du diagnostic du diabète de type 1 chez les enfants (0-14 ans).	. 79
Tableau 4.	.3 Diabète dans les zones rurales, par région de la FID (20-79 ans), 2013	.83
Tableau 5.	.1 Objectifs du plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles	.89
Tableau 5.	.2 Développement des connaissances et des compétences relatives à l'éducation et aux soins dans le domaine du diabète, par catégorie de revenus	. 95
Tableau 5.	.3 Répondants disposant d'une certification dans le domaine du diabète et/ou d'un diplôme en éducation au diabète, par région de la FID et catégorie de revenus	.96
Car	.4 Utilisation des ressources d'éducation au diabète de la FID	. , ,
	Prévalence* (%) du diabète chez les adultes (20-79 ans), 2013	
	Nombre de personnes atteintes de diabète (20-79 ans), 2013	
	Prévalence* (%) du diabète non diagnostiqué (20-79 ans), 2013	
	Prévalence* (%) de l'intolérance au glucose (20-79 ans), 2013	
	Nouveaux cas de diabète de type 1 (0-14 ans, par 100.000 enfants et par an), 2013	.43
Carte 2.6	Sources de données fournissant des informations sur la prévalence de l'hyperglycémie pendant la grossesse, 2013	. 45
Carte 2.7	Décès imputables au diabète (20-79 ans), 2013	. 47
Carte 2.8	Dépenses de santé dues au diabète, selon l'âge (USD, R=2), 2013	. 49
Carte 3.1	Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013, Région Afrique	. 57
	Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013,	59

Carte 3.3	Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013, Région Moyen-Orient et Afrique du Nord	61
Carte 3.4	Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013, Région Amérique du Nord et Caraïbes	63
Carte 3.5	Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013, Région Amérique centrale et du Sud	65
Carte 3.6		
Carte 3.7	Estimation de la prévalence* (%) du diabète (20-79 ans), 2013, Région Pacifique occidental	69
Carte 4.1	Études abordant la prévalence de la rétinopathie	77
Carte 4.2	Taux (%) d'acidocétose diabétique (ACD) au moment du diagnostic du diabète de type 1 chez les enfants (0-14 ans)	79
Carte 4.3	Prévalence* (%) du diabète dans les zones rurales (20-79 ans), 2013	83
Carte 5.1	Répondants à une étude sur l'éducation au diabète parmi les professionnels de la santé	94
Carte 6.1	Nombre de personnes atteintes de diabète (60-79 ans), 2013	.103
Carte 6.2	Visites de D-NET, 2013	.104
Carte 6.3	Monuments illuminés dans le cadre de la campagne « Mettre le diabète en lumière », lors de la Journée mondiale du diabète, 2012	.104
Carte 6.4	Jeunes leaders du diabète	.105
Carte 6.5	Enfants soutenus par le programme Life for a Child	.105
Gra	aphiques	
Graphique	a 1.1 Les principales complications du diabète	25
Graphique	1.2 Production et action de l'insuline	27
Graphique	2.1 Prévalence* (%) du diabète (20-79 ans) par région de la FID, 2013 et 2035	35
Graphique	2.2 Prévalence (%) des personnes atteintes de diabète, selon l'âge et le sexe, 2013	35
Graphique	2.3 Nombre de personnes présentant une IG, selon l'âge (20-79 ans), 2013 et 2035	40
Graphique	2.4 Prévalence (%) des personnes présentant une IG (20-79 ans), selon l'âge et le sexe, 2013 .	40
Graphique	e 2.5 Estimation du nombre d'enfants (0-14 ans) atteints de diabète de type 1, par région de la FID, 2013	
Graphique	2.6 Décès imputables au diabète, par rapport au nombre total de décès (20-79 ans),	43
Graphique	par région de la FID, 2013	
	par région de la FID, 2013	47
Graphique	par région de la FID, 2013	47
	par région de la FID, 2013	47
Graphique	par région de la FID, 2013 2.7 Dépenses de santé moyennes liées au diabète, par personne atteinte de diabète (20-79 ans) (USD), R=2*, 2013 2.0 Nombre de personnes atteintes de diabète, par population (20-79 ans) et par région de la FID, 2013	47

Graphique 3.3	Décès dus au diabète (20-70 ans), région Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2013	61	
Graphique 3.4	6 Décès dus au diabète (20-70 ans), région Amérique du Nord et Caraïbes, 2013		
Graphique 3.5	Décès dus au diabète, Région Amérique centrale et du Sud, 2013	65	
Graphique 3.6	Décès dus au diabète, Région Asie du Sud-Est, 2013	67	
Graphique 3.7	Décès dus au diabète (20-70 ans), région Pacifique occidental, 2013	69	
	Décès dus au diabète chez les personnes de moins de 60 ans (%), par PIB par habitant (USD, PPA), 2013*	75	
Graphique 4.2	Prévalence (%) du diabète, ajustée pour l'âge, au sein des populations indigènes	81	
Graphique 5.1	Utilisation du cadre mondial afin d'établir l'agenda pour le développement concernant les MNT.	91	
Graphique 5.2	Objectifs liés au diabète du cadre pour le développement après 2015	91	
Graphique 5.3	Objectifs liés au diabète du cadre pour le développement après 2015	93	

Des tableaux et figures supplémentaires sont disponibles sur le site www.idf.org/diabetesatlas

Notes

Notes