



POINTS DE PRESSION

Appel à une **ACTION**
simultanée sur le **DIABÈTE ET**
L'HYPERTENSION, pour des
systèmes de santé plus résilients



REMERCIEMENTS

Ce document de politique générale a été élaboré par l'Alliance sur les MNT, la Fédération internationale du diabète et la Fédération mondiale du cœur, avec des contributions du Collège américain de cardiologie, de l'Association américaine du cœur, de la Fédération dentaire internationale (FDI), de la fédération internationale des associations de lutte contre le psoriasis, du George Institute for Global Health, de Resolve to Save Lives, de l'Union internationale contre le cancer et de la Fédération mondiale contre l'obésité, ainsi que des membres du réseau de plaidoyer d'apprentissage par les pairs de l'Alliance sur les MNT, pour un agenda inclusif des MNT.

Table des matières

Contexte politique	6
Comorbidités communes des personnes vivant avec le diabète ou l'hypertension	8
La situation actuelle : les défis auxquels font face les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension artérielle et les coûts de l'inaction	10
Les raisons d'agir : Opportunités et avantages d'un diagnostic rapide et du traitement des comorbidités	14
Appel à une action préventive sur le diabète, l'hypertension artérielle et leurs comorbidités	16

© 2021 NCD Alliance

Publié par l'Alliance sur les MNT

Coordination éditoriale : Jimena Márquez et Jennifer Bajdan

Conception, mise en page et infographies : Mar Nieto



Alliance sur les MNT
31-33 Avenue Giuseppe Motta,
1202 Genève, Suisse

www.ncdalliance.org





Appel à une action simultanée sur le diabète et l'hypertension, pour des systèmes de santé plus résilients

Les maladies non transmissibles (MNT) sont en hausse et représentent désormais sept des dix principales causes de décès dans le monde.⁽¹⁾ Ce groupe de maladies provoque la mort d'environ 41 millions de personnes chaque année et est responsable de la moitié des incapacités dans le monde entier. Près d'un quart de la population mondiale totale vit avec au moins une MNT, dont 463 millions de personnes vivant avec le diabète et 1,13 milliard de personnes vivant avec de l'hypertension artérielle (communément appelée pression sanguine élevée, c'est une maladie chronique et un facteur de risque des MNT).⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ Bon nombre de ces personnes vivent avec ces deux maladies, car elles coexistent souvent. Le diabète fait désormais partie des 10 premières causes de mortalité dans le monde; les décès dus au diabète ont augmenté de 70% depuis l'an 2000.⁽¹⁾ La première cause de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le diabète sont les maladies cardiovasculaires, qui sont aggravées par l'hypertension artérielle.

La comorbidité, état d'une personne qui vit avec plus d'une maladie ou affection en même temps, devient de plus en plus la norme à travers le monde, et le nombre de personnes vivant avec plus d'une MNT est en constante augmentation depuis ces 20 dernières années. Ainsi, le diabète et l'hypertension artérielle coexistent souvent, et ces deux maladies sont liées à un vaste éventail d'autres MNT, en raison de complications ou parce qu'elles sont déclenchées par les mêmes facteurs de risque. Ce document de politique générale plaide donc en faveur d'une action simultanée sur ces deux maladies, qui donne l'occasion aux décideurs d'obtenir un impact positif exponentiel sur le bien-être, le renforcement des systèmes sanitaires et le développement durable.

Il n'a jamais été aussi urgent ni aussi opportun d'agir sur les MNT. La plupart des personnes qui sont décédées des suites de la COVID-19 vivaient avec des MNT sous-jacentes, les plus fréquentes étant l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires ou le diabète. D'après les recherches, les personnes vivant avec plusieurs maladies chroniques sont considérablement plus à risque. La pandémie mondiale de COVID-19 a touché de manière disproportionnée les personnes vivant avec des MNT, à la fois en raison des liens entre la COVID-19 et de nombreuses MNT et à cause des dérèglements graves survenus dans presque tous les pays dans les services de diagnostic rapide, traitement, prise en charge et accompagnement. La pandémie a montré les liens entre MNT et maladies transmissibles et mis en évidence le besoin de ripostes et solutions intégrées pour la sécurité sanitaire et la résilience des systèmes de santé, tant en termes de reprise que de préparation pour l'avenir.

2021 marque le centenaire de la découverte de l'insuline, et pourtant, 100 ans après et malgré de grandes avancées dans le traitement, la moitié des adultes vivant avec le diabète ne sont pas diagnostiqués et l'accès à une prise en charge essentielle et abordable des personnes vivant avec le diabète demeure une réalité lointaine dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). S'agissant de l'hypertension artérielle, même dans les pays à revenu élevé (PRE), seul un malade sur cinq bénéficie d'un contrôle médical.⁽⁵⁾



2021
100 ANS
depuis la
**DÉCOUVERTE DE
L'INSULINE**

◀ Agent sanitaire contrôlant la tension artérielle d'une patiente âgée chez elle, au cours de la pandémie de COVID-19

Contexte politique

Les gouvernements ont pris de nombreux engagements politiques de lutte contre les MNT lors des réunions de haut niveau des Nations Unies (ONU) sur les MNT et également en adoptant les cibles mondiales de l'OMS en matière de MNT et les objectifs de développement durable (ODD).⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁰⁾ Et pourtant, les progrès à l'échelle nationale et régionale demeurent bien trop lents et inégaux : moins de vingt pays dans le monde sont en bonne voie pour atteindre la cible 3.4 des ODD visant à réduire la mortalité prématurée due aux MNT. La vague montante des MNT et de la comorbidité n'a pas bénéficié d'investissements, de recherches ou d'engagement politique suffisants, entraînant ainsi la fragmentation des systèmes sanitaires, l'augmentation des coûts de santé et le déclin de l'état de santé général.

Si nous voulons obtenir des avancées vers la réalisation des ODD et de l'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU), il est crucial de mener une action soutenue de lutte contre les MNT - incluant le diabète, l'hypertension et leurs comorbidités.

« Personnellement, j'ai eu des difficultés à gérer deux maladies en même temps, mon diabète et mon hypertension artérielle. Les médicaments à prendre pour ces deux affections ont donné lieu à un fardeau posologique particulièrement problématique pour moi, qui a entraîné anxiété, dépression, manque de motivation et détérioration des résultats thérapeutiques ».

Défenseur des MNT, Zimbabwe.

Les personnes vivant avec de multiples MNT - un groupe en augmentation mais mal suivi

Selon les estimations, entre 13 et 95% des personnes accédant aux soins de santé dans le monde présentent une comorbidité. Une fourchette aussi large est révélatrice du peu que l'on sait sur ce fardeau. ⁽¹³⁾ Les causes de la comorbidité sont encore trop peu connues et les recherches sur le sujet, notamment dans les PRFI, sont insuffisantes. Cependant, on sait que les personnes vivant avec une MNT sont plus susceptibles d'en développer d'autres, principalement en raison de facteurs de risque communs et/ou de complications.⁽¹⁴⁾

89% des personnes vivant avec le diabète et 68% des personnes vivant avec de l'hypertension artérielle vivent également avec au moins une MNT en comorbidité, dont les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires, les AVC, la dépression, la démence, les maladies bucco-dentaires et/ou les maladies rénales chroniques.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ Dans la plupart des cas, mais pas toujours, ces comorbidités sont dues à un lien de causalité direct (cf. page 8).

- La prévalence des personnes vivant avec plus d'une MNT n'a cessé d'augmenter ces 20 dernières années, à tel point qu'elle est devenue fréquente dans les PRE, et un enjeu de plus en plus reconnu dans les PRFI.⁽¹⁸⁾
- Il existe un lien étroit entre les personnes vivant avec de multiples MNT et l'âge avancé. La population mondiale âgée de 65 ans et plus devrait atteindre 1,5 milliard de personnes en 2050, il n'est donc plus possible de l'ignorer dans les débats sur la santé mondiale et le développement.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

Or, la comorbidité n'a pas reçu une attention suffisante dans les politiques ou engagements mondiaux actuels concernant les MNT, ce qui a freiné la reconnaissance des besoins spécifiques des personnes vivant avec de multiples MNT dans les soins de santé, les politiques portant sur ces maladies, les programmes de recherche et les projets d'investissement.⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽¹⁹⁾

Qu'est-ce qu'une comorbidité ?

Des maladies ou affections qui se produisent en même temps, chez la même personne. Les comorbidités des MNT peuvent se produire parce que les maladies partagent les mêmes facteurs de risque, ou parce que certaines maladies prédisposent les individus à en développer d'autres.⁽¹²⁾



Un bénévole de la Croix Rouge contrôle la tension artérielle en Mongolie.

Le diabète et l'hypertension artérielle, les deux faces d'une même médaille

- Le diabète et l'hypertension artérielle sont étroitement liés en raison de leurs facteurs de risque communs, tels que l'obésité, l'inflammation vasculaire et l'hypercholestérolémie. Ceci signifie que les personnes vivant avec le diabète sont susceptibles d'avoir aussi de l'hypertension et vice-versa.
- Les complications cardiaques sont également fréquentes chez les personnes vivant avec le diabète et/ou l'hypertension artérielle et sont liées aux maladies microvasculaires* (telles que les affections rénales, nerveuses et oculaires chroniques) et aux maladies macrovasculaires† (telles que les AVC et les maladies des vaisseaux du cœur et des membres inférieurs).⁽²⁴⁾
- Les personnes vivant avec le diabète et/ou l'hypertension artérielle sont plus susceptibles d'avoir une maladie supplémentaire. Ainsi, les études ont montré que 75% des personnes avaient au moins une comorbidité de plus au moment de leur diagnostic de diabète de type 2 et 44% en avaient au moins deux autres.⁽²⁵⁾

Les comorbidités révèlent des inégalités sous-jacentes

Les comorbidités mettent en évidence des inégalités au niveau mondial et national, car elles sont plus communes dans les communautés plus défavorisées.⁽²⁶⁾

Par exemple :

- Depuis sa découverte il y a 100 ans, l'insuline a sauvé la vie d'innombrables personnes vivant avec le diabète, mais aujourd'hui seule la moitié des 65 millions de personnes atteintes de diabète de type 2 peuvent accéder à l'insuline dont elles ont besoin. Au-delà de ce médicament essentiel à la vie, un nombre considérable de personnes vivant avec le diabète n'a pas accès ou n'a pas les moyens de s'acheter les articles nécessaires à mesurer la glycémie (glucomètres, bandelettes de test, autopiqueurs p. ex.) ou les aiguilles et seringues nécessaires pour administrer l'insuline en toute sécurité. Ce problème accroit de façon spectaculaire le risque de complications diabétiques, d'incapacité et de décès prématuré dus au diabète et se fait particulièrement sentir dans les PRFI, où habitent 79% des personnes vivant avec le diabète.⁽²⁷⁾
- Les enfants et les adolescents vivant avec le diabète issus de familles au statut socio-économique faible présentent des risques plus élevés de néphropathie chronique et de décès prématuré que ceux appartenant à des familles plus aisées.⁽⁴⁾
- Une classe socio-économique inférieure est également associée à un risque accru de développer de l'hypertension artérielle, et les personnes ayant reçu peu d'instruction sont deux fois plus susceptibles d'avoir de l'hypertension que celles dont le niveau d'instruction est plus élevé.⁽²⁸⁾

* Les maladies microvasculaires sont des affections des vaisseaux sanguins les plus fins, comme ceux des yeux, des reins et des pieds par exemple.

† Les maladies macrovasculaires sont des affections des gros vaisseaux sanguins du corps, comme les grandes artères du cœur, du cerveau et des membres.

Comorbidités communes

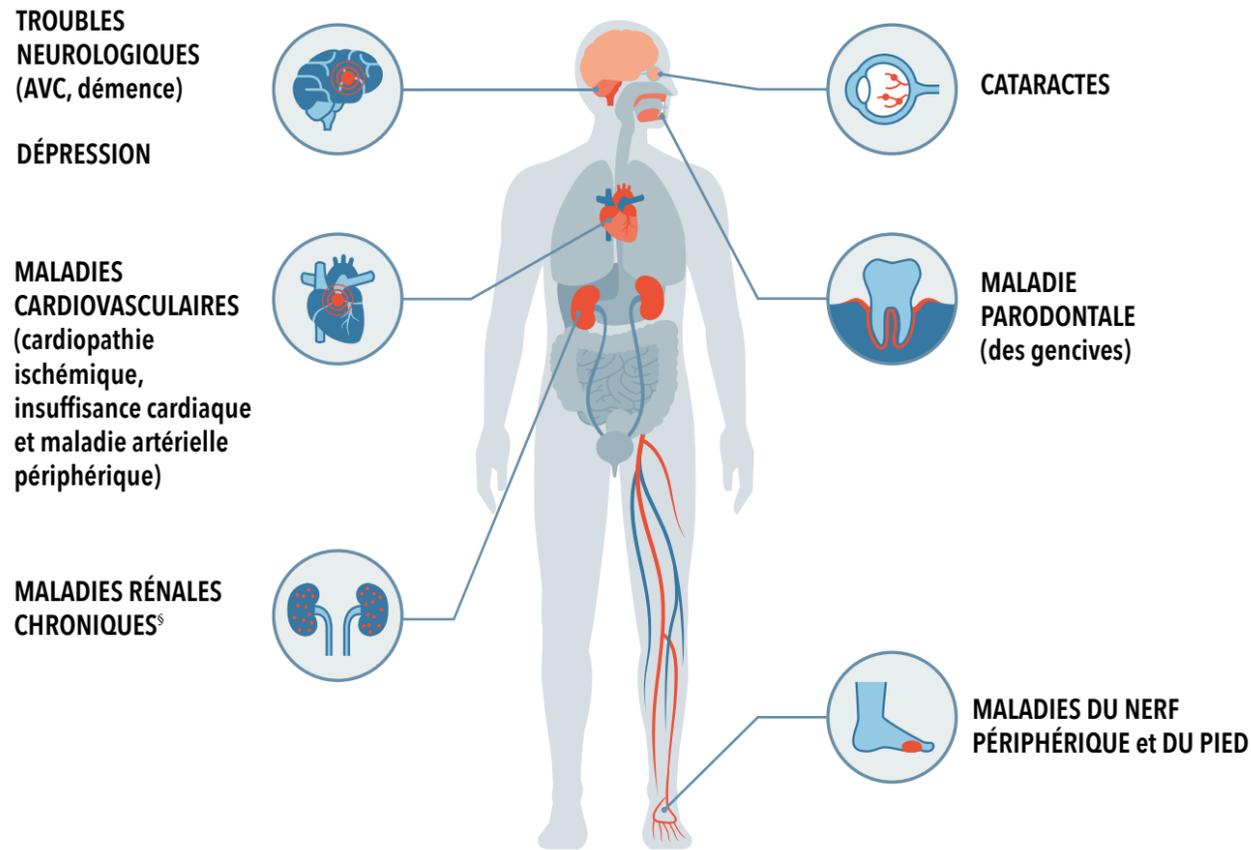
des personnes vivant avec le diabète ou l'hypertension artérielle



Ainsi, l'obésité représente entre 80 et 85% du risque global de développer un diabète de type 2 et un taux de cholestérol élevé.(12)(29)(15)(30)(18)‡

LES COMORBIDITÉS DU DIABÈTE ET DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE INCLUENT

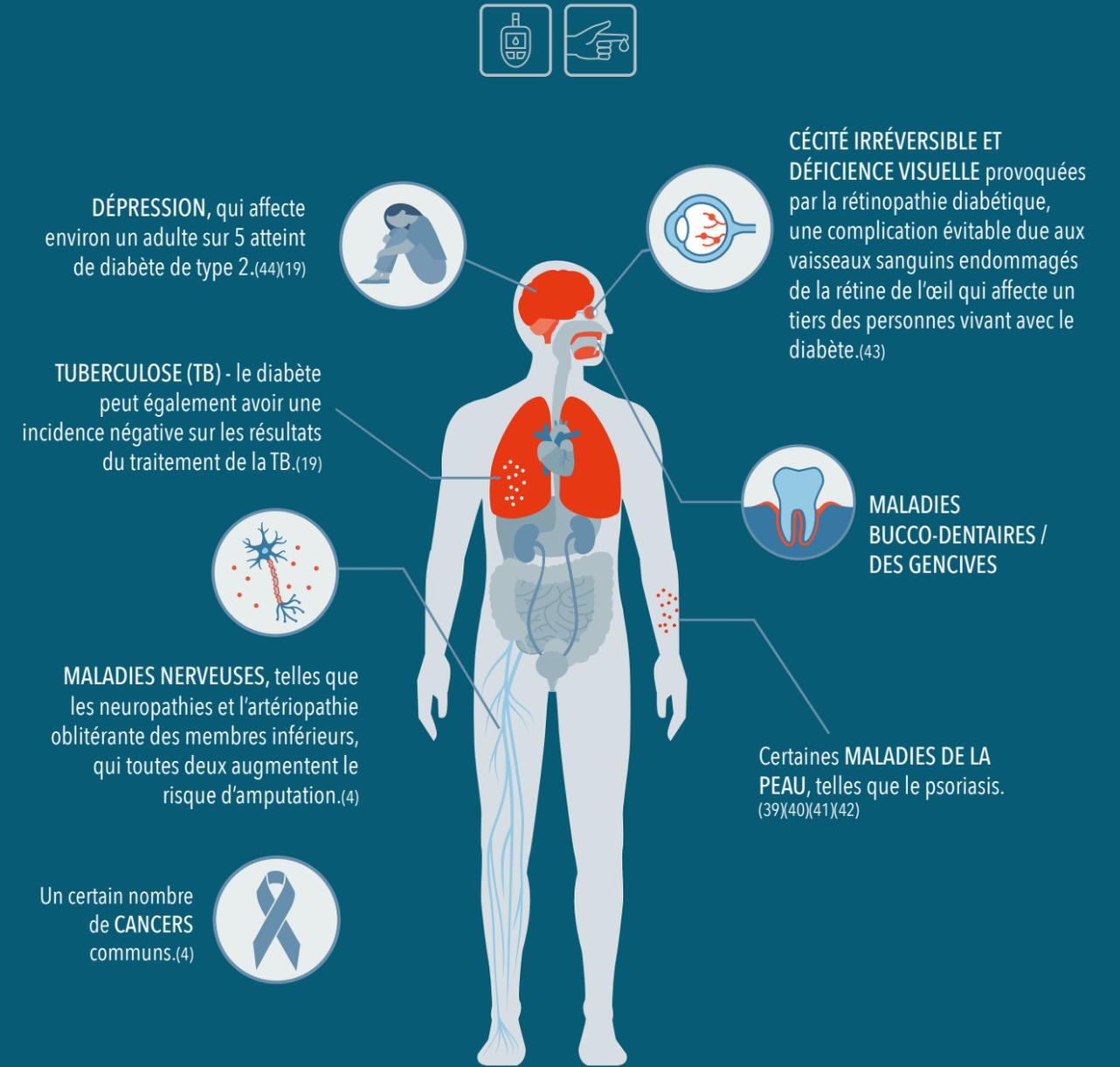
(15)(31)(32)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(39)(40)



‡ En outre, certaines personnes vivant avec le diabète et/ou l'hypertension ont des comorbidités qui arrivent par hasard ou qui n'ont pas les mêmes facteurs de risque. Parfois, les traitements de ces maladies peuvent avoir un effet négatif sur la gestion du diabète et/ou de l'hypertension.(23)(29)(15)(30)(18) C'est le cas de maladies et de troubles tels que l'hypothyroïdie, l'ostéoporose ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).(25)

§ Le diabète et l'hypertension artérielle, ou ces deux maladies combinées, sont responsables de 80% des néphropathies au stade terminal, dans le monde.(4)

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE DIABÈTE sont plus susceptibles de développer les maladies suivantes :



Les complications et les comorbidités sont largement évitables, si les personnes vivant avec le diabète et/ou l'hypertension artérielle ont accès à une prévention, un dépistage, un diagnostic et une prise en charge rapides et bien coordonnés.

La situation actuelle : les défis auxquels font face les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension et les coûts de l'inaction

Les comorbidités imposent de naviguer dans des systèmes sanitaires fragmentés qui demeurent concentrés sur le traitement des maladies individuelles.

Les personnes vivant avec de multiples MNT doivent souvent naviguer à travers des systèmes sanitaires fragmentés, conçus et structurés autour de la gestion de maladies individuelles et de spécialités médicales parallèles. Les personnes vivant avec de multiples maladies chroniques ont des besoins différents de celles qui n'en ont qu'une seule, et nécessitent une gestion médicale et un accompagnement coordonnés. Cette situation peut être associée à des avis médicaux contradictoires; des systèmes médiocres d'orientation des patients qui font que certaines personnes se « perdent » au cours du suivi; une répartition inefficace des ressources générant par exemple une prescription excessive et une surhospitalisation; et un état de santé moins bon pour les patients, ainsi qu'anxiété et frustration.

- Il peut même arriver que les plans thérapeutiques s'opposent les uns aux autres. Ainsi, certaines options thérapeutiques utilisées pour l'hypertension artérielle (les diurétiques thiazidiques) peuvent augmenter le risque de développer du diabète - même si avec une bonne gestion les avantages l'emportent sur les risques - et certains antipsychotiques utilisés pour traiter des pathologies psychiatriques ont été associés à un risque accru de développer du diabète ainsi que des maladies cardiovasculaires.⁽⁴⁾⁽¹⁹⁾ Ceci place les personnes vivant avec de multiples MNT dans une situation de risque accru tant par omission (p.ex. ne pas accorder à ces personnes la prise en charge requise) que par action (p. ex. prescrire un médicament qui présente des interactions négatives avec d'autres médicaments).
- La situation est aggravée par le manque d'orientation et de formation du personnel médical quant à la gestion des personnes vivant avec de multiples MNT, ce qui est en partie dû au fait que ces personnes sont souvent exclues des essais randomisés. ⁽¹⁹⁾ Par conséquent, les personnes vivant avec de multiples MNT ont tendance à être moins bien prises en charge et à bénéficier d'une qualité de vie moins bonne.⁽¹⁵⁾⁽³¹⁾

« L'objectif principal de mes journées varie, mes difficultés oscillant entre les aspects médicaux, pharmaceutiques, sociaux, émotionnels, physiques, mentaux et nutritionnels, l'amour de soi et l'espoir ».

Défenseur vivant avec l'obésité, le diabète, des maladies auto-immunes et l'ostéoporose, Koweït



Rohan Arora vit avec un diabète de Type 1 en Inde. Il fait face à des difficultés quotidiennes, surtout depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Vivre avec des comorbidités peut avoir un impact négatif sur la gestion du diabète et/ou de l'hypertension.

Les comorbidités peuvent réduire les options de gestion disponibles pour chaque maladie prise individuellement. Elles peuvent aussi créer des entraves à la prise en charge personnelle en raison de priorités concurrentes de gestion des maladies et de contraintes logistiques ou temporelles. Ceci peut déclencher ou aggraver d'autres affections, imposer des contraintes et réduire la qualité de vie, ce qui peut accélérer le déclin de la santé et augmenter le risque d'incapacité.⁽¹⁹⁾⁽¹⁸⁾



LES PERSONNES VIVANT AVEC LE DIABÈTE
sont plus susceptibles de développer



DES MALADIES BUCCO-DENTAIRES, COMME LA MALADIE PARODONTALE, qui entraînent une aggravation du diabète



et présentent un risque accru de développer des **MALADIES CARDIOVASCULAIRES** en l'absence de traitement ⁽³³⁾⁽⁴⁵⁾

« La dépression est fréquente chez les personnes vivant avec le diabète, avec pour conséquence qu'elles sont deux fois plus susceptibles de mal suivre leur traitement, sont plus à risque d'absentéisme au travail et ont un état de santé moins bon que celui des personnes vivant uniquement avec le diabète ». ⁽⁴⁴⁾⁽¹⁹⁾

Les comorbidités augmentent les coûts sanitaires et sociaux de la prise en charge

« Entre l'hospitalisation et l'achat régulier de médicaments, il faut toujours de l'argent. Bien entendu, ceci s'est révélé catastrophique pour les revenus du foyer. Les médicaments à eux seuls coûtent presque 100\$ par mois » [à comparer à un revenu national brut par habitant de 754\$ par an, en 2017]

Défenseur vivant avec le diabète et une maladie cardiovasculaire, Burundi

Les personnes vivant avec des comorbidités font souvent face à des dépenses non prises en charge plus élevées, qui peuvent souvent dépasser les coûts de traitements combinés des maladies prises individuellement. (26) Ces dépenses non prises en charge sont souvent catastrophiques et poussent les familles dans la pauvreté en l'absence de systèmes de protection sociale solides, et affectent surtout les jeunes adultes. Étant donné que les régimes d'assurance-maladie ne prévoient pas souvent de couvrir les comorbidités, en cherchant des solutions moins onéreuses on met souvent en péril la qualité. En outre, les personnes vivant avec des comorbidités sont plus susceptibles de devoir faire face à des dilemmes impossibles, entre payer pour le traitement nécessaire à leurs maladies ou payer pour le strict nécessaire de leur famille, tel que l'alimentation, le chauffage ou l'éducation. (46)(19)(12)

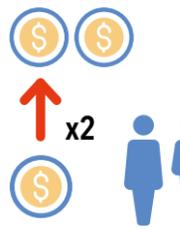
LE COÛT DE LA PRISE EN CHARGE de l'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

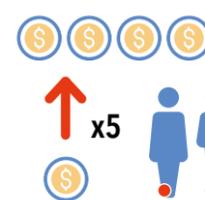
 aux États-Unis varie entre **3 914 \$US** en moyenne par an pour les personnes sans comorbidités

 et **13 920 \$US** par an pour celles ayant trois comorbidités ou plus. (28)

Les personnes vivant avec le **DIABÈTE** font face à des coûts médicamenteux non pris en charge plus élevés que les personnes atteintes de presque toute autre maladie chronique.

En outre :

 Les **COÛTS SANITAIRES liés au traitement des COMPLICATIONS DU DIABÈTE** sont **DEUX FOIS PLUS ÉLEVÉS** que les coûts directs du traitement du diabète pris individuellement. (31)(4)(47)

 Les personnes présentant des **ULCÈRES DU PIED DIABÉTIQUE** supportent des dépenses de santé cinq fois plus élevées. (4)

Pour les personnes vivant avec le diabète et quatre comorbidités ou plus, **LE COÛT DE LA PRISE EN CHARGE PEUT ÊTRE 30 FOIS PLUS ÉLEVÉ QUE POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE** sans comorbidités. (31)(4)(47)

Femme recevant des soins ophtalmologiques pour une rétinopathie diabétique. ►



Les comorbidités augmentent le risque de problèmes médicaux graves et d'incapacité

Les combinaisons de comorbidités telles que l'hypertension artérielle et le diabète augmentent considérablement les probabilités d'urgences graves telles qu'AVC, crises cardiaques et insuffisance cardiaque ou rénale aigue. Ces événements ponctuels, ajoutés à des complications chroniques telles qu'insuffisance rénale chronique, rétinopathie ou rétinopathie périphérique augmentent le risque d'incapacité, de diminution de la qualité de vie et de besoin accru de soins médicaux et d'accompagnement de la société.

La **rétinopathie diabétique** est la première cause de cécité irréversible et de déficience visuelle chez les adultes en âge de travailler, bien qu'elle soit guérissable si le dépistage est précoce et le traitement rapide. (48)(43) Quoique d'autres causes de cécité aient diminué entre 1990 et 2020, la cécité provoquée par la rétinopathie diabétique a augmenté de 68%, principalement dans les PRFI. (49)

Les **complications diabétiques** font partie des causes d'amputation les plus fréquentes dans le monde. À l'échelle planétaire, une personne vivant avec le diabète se fait amputer un membre toutes les 30 secondes. (4)

Les raisons d'agir :

Opportunités et avantages d'un diagnostic rapide et du traitement des comorbidités

Le nombre croissant des personnes vivant avec plus d'une MNT est un enjeu de santé publique de plus en plus important qui doit être contré par des politiques générales de prévention rapide et de gestion du diabète et de l'hypertension artérielle. L'action au plan national donne l'occasion aux gouvernements et aux responsables politiques, dans le même temps, d'aborder la comorbidité et de renforcer les programmes existants de lutte contre le diabète et l'hypertension artérielle, pour ensuite réformer les systèmes sanitaires en vue de mieux répondre aux MNT et d'offrir des services intégrés.

Les responsables politiques ont l'occasion :

d'assurer le diagnostic précoce et le traitement rapide du diabète et de l'hypertension artérielle avant que des comorbidités onéreuses puissent causer davantage de souffrance, de perte de productivité et d'impact économique négatif.

L'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de diabète et d'hypertension, la prévention des complications avant qu'elles ne se développent (prévention primaire), ainsi que le dépistage, la détection précoce et le traitement rapide des complications lorsqu'elles surgissent (prévention secondaire), promettent d'améliorer la qualité de vie et d'être très rentables.⁽⁴⁾⁽⁵⁰⁾ Il est important d'inclure systématiquement les comorbidités évitables dans les calculs de l'analyse coûts-bénéfices et du retour sur investissement des interventions portant sur le diabète et l'hypertension artérielle, afin que les arguments en faveur des investissements soient clairs.

Un **CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE** adéquat peut **RÉDUIRE LE RISQUE D'AMPUTATION** de plus d'un tiers.⁽⁴⁾



Un **CONTRÔLE DE LA GLYCÉMIE DANS LE SANG** et de la **TENSION ARTÉRIELLE** adéquat

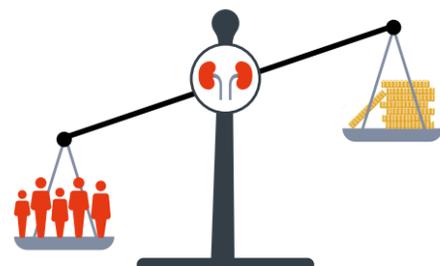
RÉDUIT LE RISQUE de développer

une **MALADIE CARDIOVASCULAIRE** et une **MALADIE RÉNALE CHRONIQUE**, ainsi que leur coût élevé pour les systèmes sanitaires.⁽⁴⁾⁽³⁸⁾



La **DIALYSE** et la **GREFFE DE REIN** à elles seules coûtent entre **35 000 \$US**

et **100 000 \$US** par **PATIENT**, une somme inabordable pour les gouvernements et les individus dans de nombreuses régions du monde.⁽⁵¹⁾⁽⁴⁾



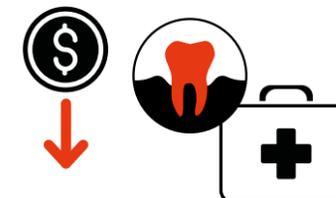
Un **CONTRÔLE** adéquat associé à une **DÉTECTION PRÉCOCE** et à un **TRAITEMENT** rapide de la **RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE** menaçant la vision peut **EMPÊCHER**



Chez les personnes vivant avec le diabète, le dépistage, la **PRÉVENTION** et le **TRAITEMENT** de la **DÉPRESSION** entraînent une amélioration de l'autogestion et de la qualité de vie.⁽⁴⁴⁾



Le **TRAITEMENT** de la **MALADIE PARODONTALE** a un **IMPACT POSITIF** sur le contrôle de la glycémie, réduit les probabilités d'hospitalisation et abaisse les coûts du traitement du diabète.⁽³³⁾



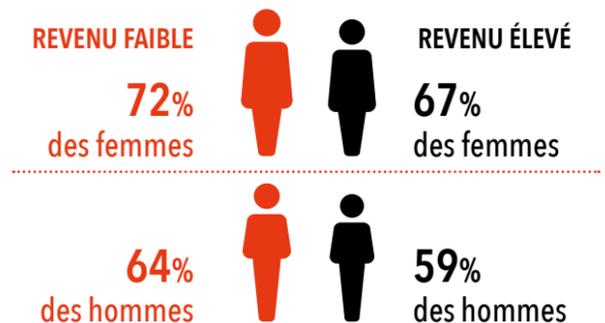
S'attaquer aux inégalités socio-économiques

Une action simultanée sur le diabète et l'hypertension artérielle servira à réduire les inégalités sanitaires pour les personnes appartenant aux groupes les plus pauvres et marginalisés.

Les comorbidités sont associées à des effets nocifs sur la santé et sont plus probables chez les femmes, les personnes âgées et les groupes des classes socio-économiques les plus basses.^{(16,25) (18)}

Dans les pays à revenu élevé (PRE), les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées sont plus à risque de comorbidités lors du diagnostic du diabète (72% des femmes ; 64% des hommes) que celles des milieux à revenu élevé (67% des femmes ; 59% des hommes).⁽¹⁶⁾⁽²⁵⁾

PROBABILITÉS DE COMORBIDITÉS DANS LES PRE



Appel à une action préventive sur le diabète, l'hypertension artérielle et leurs comorbidités

La COVID-19 a tiré la sonnette d'alarme quant à la nécessité de mettre en place des systèmes de santé intégrés. Les gouvernements et les décideurs politiques ne doivent pas ignorer les droits et les besoins du nombre croissant de personnes vivant avec le diabète et l'hypertension artérielle et leurs comorbidités associées.

Nous lançons un appel aux décideurs politiques afin qu'ils :

1. Se tournent vers la prévention

- À la lumière des coûts de l'inaction et des bénéfices considérables de la prévention rentable de l'apparition tant de l'hypertension artérielle que du diabète de type 2, les gouvernements sont invités à considérablement intensifier la mise en œuvre de réponses politiques pour la prévention primaire et la promotion de la santé. Ces mesures incluent les recommandations de l'OMS dans le cadre du Plan d'action mondiale sur les MNT, notamment concernant l'alimentation, et celles figurant dans les outils techniques de l'OMS tels que MPOWER (lutte contre le tabagisme), HEARTS and HEARTS-D (diagnostic et gestion des maladies cardiovasculaires et du diabète), SHAKE (réduction de l'apport en sel), ACTIVE (activité physique) et REPLACE (élimination des acides gras trans).
- Aborder les déterminants commerciaux, sociaux et environnementaux du diabète, de l'hypertension artérielle et de leurs comorbidités en intégrant les plans stratégiques et les budgets nationaux concernant la santé et les MNT à d'autres secteurs tels que l'éducation, l'emploi, le commerce et les services sociaux.

2. Renforcent le dépistage, le diagnostic, la surveillance et le suivi des comorbidités au plan national

- L'amélioration du suivi et de la surveillance des MNT et de leurs comorbidités à l'échelle nationale est essentielle pour la planification et la mise en œuvre des politiques sanitaires dans tous les pays. Le suivi et la surveillance sont des outils de santé publique fondamentaux, qui permettent d'obtenir rapidement des informations sanitaires afin que les pays puissent avoir les données nécessaires pour répondre aux MNT et construire des systèmes et services sanitaires en conséquence.

3. Fassent avancer la recherche mondiale sur les comorbidités

- Il est nécessaire, à l'échelle mondiale, de soutenir et promouvoir la recherche concernant la réelle dimension et la trajectoire et les tendances des comorbidités des MNT, surtout dans les PRFI. En outre, des recherches supplémentaires sur la mise en œuvre et les systèmes sanitaires quant à la prise en charge durable des personnes vivant avec de multiples MNT sont nécessaires.⁽¹⁹⁾⁽¹⁸⁾⁽¹²⁾

4. Assurent une prise en charge de qualité et abordable pour les personnes vivant avec le diabète, l'hypertension artérielle et d'autres comorbidités, en intégrant la prévention et la prise en charge des MNT dans les régimes nationaux de CSU

- Les gouvernements doivent assurer une prise en charge de qualité et abordable pour les personnes vivant avec le diabète, l'hypertension artérielle et d'autres comorbidités. Étant donné que les femmes, les personnes âgées et les groupes socio-économiques défavorisés sont plus susceptibles de vivre avec de multiples MNT, les services essentiels de prévention et prise en charge des MNT - dont ceux pour le diabète, l'hypertension artérielle et leurs comorbidités - doivent être intégrés à tous les régimes nationaux de CSU.
- Des efforts devraient être déployés en matière de collecte et de transmission d'informations concernant les besoins tant satisfaits que non, portant notamment sur la couverture effective des services, l'amélioration de l'accès et de la protection contre les risques financiers pour les interventions prioritaires, et la définition de mesures d'assurance qualité.

- Les gouvernements, les autres acheteurs, les donateurs et les fournisseurs peuvent tous s'atteler à assurer l'accès à des médicaments de qualité et abordables et les diagnostics sont essentiels pour augmenter la couverture et améliorer le contrôle des maladies.
- Chaque dollar investi en prévention et maîtrise des MNT dans les PRFI générera un retour de 7 dollars d'ici 2030, alors que les coûts de l'inaction sont bien plus élevés⁽⁹⁾ et doivent à l'avenir refléter les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, ainsi que les coûts de l'inaction sur les MNT en termes de vulnérabilité des populations et des systèmes de santé aux futures menaces sanitaires.
- Le financement catalytique de l'assistance au développement sera crucial pour aider les gouvernements des PRFI à fournir ces services essentiels et à renforcer les systèmes sanitaires intégrés.

5. Réforment les systèmes sanitaires pour assurer une prise en charge axée sur la personne

Une réforme des systèmes sanitaires est nécessaire pour s'éloigner de l'approche actuelle cloisonnée et axée sur la prise en charge de la maladie et aller vers un modèle axé sur la personne et intégré qui garantisse une prise en charge sûre, adéquate et efficace pour tous, y compris celles et ceux qui vivent avec des comorbidités.⁽¹⁵⁾

Les réformes devraient inclure :

- Une approche de plus en plus axée sur la qualité globale des objectifs de vie, guidée par les besoins généraux des personnes, plutôt que sur des objectifs de gestion des maladies prises individuellement, ce qui devrait se traduire par des changements dans la gouvernance et la planification des systèmes de santé (mobilisation des personnes vivant avec des MNT dans les processus décisionnels, financement de la santé, systèmes d'information du secteur de la santé, notamment) et dans tout le continuum de services de promotion de la santé, prévention, traitement, réadaptation et soins palliatifs.⁽¹⁸⁾
- Réorientation des personnels de santé, pour passer de l'approche actuelle fondée sur les spécialistes médicaux vers un personnel des soins de santé primaire renforcé, formé pour accompagner les personnes dont les besoins de prise en charge

couvrent de multiples maladies. Le personnel sanitaire devrait être soutenu par l'élaboration d'orientations cliniques à partir de données factuelles à l'attention des personnes vivant avec le diabète, l'hypertension artérielle et les comorbidités associées à ces maladies. Ces orientations devraient inclure des éléments sur la manière d'intégrer la prise en charge (rationalisation et simplification des rendez-vous cliniques et des traitements médicamenteux) et d'offrir une éducation aux facteurs de risque et des opportunités de dépistage bidirectionnel (p. ex. dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le diabète).⁽⁵²⁾

- Mettre l'accent sur l'éducation des patients pour les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension artérielle en vue de favoriser l'autogestion.

6. Incluent la prévention des comorbidités dans l'analyse coûts-bénéfices des programmes portant sur le diabète et l'hypertension artérielle afin de rendre plus solides leurs argumentaires d'investissement

À l'heure actuelle, les coûts économiques des comorbidités ne sont pas systématiquement pris en considération dans l'allocation de ressources. Ainsi, ces coûts ne sont pas inclus dans les analyses coûts-efficacité des interventions sur les MNT recommandées par l'OMS.⁽⁵³⁾ Les décideurs politiques devraient plutôt s'assurer que le diabète et l'hypertension artérielle ainsi que leurs comorbidités communes et évitables soient reconnues et incluses dans les calculs des analyses coûts-bénéfices pour les stratégies de prévention primaire[¶] et secondaire^{**}. Ceci permettra l'identification d'interventions rentables pour la gestion intégrée du diabète et de l'hypertension artérielle et de leurs comorbidités. Ces interventions devraient aborder les troubles de la santé mentale et se concentrer sur les soins de santé primaires afin de s'assurer que les services soient largement accessibles, abordables et de grande qualité en vue de satisfaire les besoins des personnes vivant avec le diabète et l'hypertension artérielle.

¶ Prévention primaire : interventions ou actions visant à prévenir une maladie avant son apparition.

** Prévention secondaire : interventions ou actions visant à réduire l'impact d'une maladie qui est déjà apparue.

Les références

1. WHO. 2019 Glob Heal Estim “The top 10 causes death” [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2019 Nov 1;157. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
3. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 191 million participants. *Lancet* [Internet]. 2017 Jan 7;389(10064):37–55. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5)
4. IDF. Diabetes atlas. Ninth edition. [Internet]. 2019. Available from: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
5. Zhou B, Danaei G, Stevens GA, Bixby H, Taddei C, Carrillo-Larco RM, et al. Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *Lancet* [Internet]. 2019 Aug 24;394(10199):639–51. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31145-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31145-6)
6. Endocrinology TLD & COVID-19 and diabetes: a co-conspiracy? *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2020 Oct 1;8(10):801. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30315-6)
7. Clark CE, Martin U, Clark CE. COVID-19 and hypertension : risks and management . A scientific statement on behalf of the British and Irish Hypertension Society. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2021;20–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41371-020-00451-x>
8. Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* [Internet]. 2021 Jan 1;93(1):257–61. Available from: <https://doi.org/10.1002/jmv.26237>
9. Foresight Global Health. Building Back Better: Investing in healthy populations and resilient health systems for NCDs and Mental Health to be better prepared for future crises. An open letter to Heads of State and Government. 2020.
10. Clark A, Jit M, Warren-gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. Articles Global , regional , and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020 : a modelling study. 2020;8(August).
11. Giulia F. Istituto Superiore Di Sanita. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy Report based on available data on March 20, 2020. 2020;4–8. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_20_marzo_eng.pdf
12. Valderas JM, Sibbald B, Salisbury C. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357–63.
13. Newcastle University. Global burden of multiple serious illnesses must be urgently addressed. 2018.
14. Schellevis, FG; Van Der Velden, J; Van de Lisdonk, E; Van Eijk, JTM; Van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in General Practice. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(5):469–73.
15. An J, Le QA, Dang T. Association between different types of comorbidity and disease burden in patients with diabetes *. 2019;11:65–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29956479/>
16. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *ARCH INTERN MED*. 2002;162.
17. Brilleman SL, Purdy S, Salisbury C, Windmeijer F. Implications of comorbidity for primary care costs in the UK : a retrospective observational study. *Br J Gen Pr*. 2013;274–82.
18. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F, et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Med* [Internet]. 2015;13(1):178. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0402-8>
19. Multimorbidity: a priority for global health research. *Acad Med Sci* [Internet]. 2018;(April). Available from: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>
20. Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;1–22.
21. UN. Political declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Disease (66th sess.:2011-2012). 2011.
22. UN. Outcome document of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (68th sess.:2013-2014). 2014.
23. UN. Political declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Disease (73rd sess.:2018-2019). 2018.
24. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. *Can J Cardiol*. 2018 May;34(5):575–84.
25. Nowakowska M, Zghebi SS, Ashcroft DM, Buchan I, Chew-graham C, Holt T, et al. The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus : patterns , clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC Med*. 2019;17(145).
26. Lee JT, Hamid F, Pati S, Atun R, Millett C. Impact of noncommunicable disease multimorbidity on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures in middle-income countries: Cross sectional analysis. *PLoS One*. 2015;10(7):1–18.
27. Beran D, Mirza Z, Dong J. Access to insulin: applying the concept of security of supply to medicines. 2019; Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/5/18-217612/en/>
28. Aparicio HJ, Benjamin EJ, Callaway CW, Carson AP, Cheng S, Elkind MS V, et al. Heart Disease and Stroke Statistics — 2021 Update A Report From the American Heart Association. 2021.
29. Noh J, Kim HC, Shin A, Yeom H, Jang S, Lee JH, et al. Prevalence of Comorbidity among People with Hypertension : The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2013. 2016;672–80.
30. Hauner H (2010). Obesity and diabetes, in Holt RIG, Cockram CS, Flyvbjerg A et al (ed.) Textbook of diabetes, 4th edition. Oxford: Wiley-Blackwell.
31. Piette, JD; Kerr E. The Impact of Comorbid Chronic Conditions on Diabetes Care. *Diabetes Care*. 2006;29(3).
32. Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis*. 2019 Sep;16:E132.
33. Persson GR. Diabetes and Periodontal Disease: An Update for Health Care Providers. *Diabetes Spectr* [Internet]. 2011 Nov 1;24(4):195 LP – 198. Available from: <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/24/4/195.abstract>
34. Muñoz Aguilera E, Suvan J, Buti J, Czesnikiewicz-Guzik M, Barbosa Ribeiro A, Orlandi M, et al. Periodontitis is associated with hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Res* [Internet]. 2020 Jan 1;116(1):28–39. Available from: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz201>
35. Nemet AY, Vinker S, Levartovsky S, Kaiserman I. Is cataract associated with cardiovascular morbidity? *Eye (Lond)*. 2010 Aug;24(8):1352–8.
36. Varsano D, Friedman M, Goldstein M, Bar-Sela S, Sella T, Shalev V, et al. Association between Cataract and Keratinocytic Skin Cancers or Melanoma: Speculating on the Common Role of Sun and Ultraviolet Radiation Exposures. *Ophthalmic Epidemiol*. 2017 Oct;24(5):336–40.
37. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K, Crampin A, Ahame E, Sokhela Z. Prevalence of Self-Reported Diagnosed Cataract and Associated Risk Factors among Elderly South Africans. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Dec;14(12).
38. Benetos A, Davis AM, Michos ED, Muntner P, Rossing P, Zoungas S, et al. Diabetes and Hypertension : A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(September):2–3.
39. Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database. *Eur Heart J*. 2010 Apr;31(8):1000–6.
40. Al-Mutairi N, Al-Farag S, Al-Mutairi A, Al-Shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis: an experience from the Middle East. *J Dermatol*. 2010 Feb;37(2):146–55.
41. Elmetts CA, Leonardi CL, Davis DMR, Gelfand JM, Lichten J, Mehta NN, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Apr;80(4):1073–113.
42. Jensen P, Skov L. Psoriasis and Obesity. *Dermatology* [Internet]. 2016;232(6):633–9. Available from: <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000455840>
43. Yau JWY et al. Global Prevalence and Major Risk Factors of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care* [Internet]. 2012;35(3):556–64. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc11-1909>
44. Owens-gary MD, Zhang X, Jawanda S, Bullard KM, Allweiss P, Smith BD. The Importance of Addressing Depression and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes. *J Gen Intern Med*. 2018;34(2):320–4.
45. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2018 Feb;45(2):138–49.
46. Cortaredona S. The extra cost of comorbidity : multiple illnesses and the economic burden of non- communicable diseases. 2017;1–11.
47. Stegbauer, C., Falivena, C., Moreno, A. et al. Costs and its drivers for diabetes mellitus type 2 patients in France and Germany: a systematic review of economic studies. *BMC Health Serv Res* 20, 1043 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05897-w>.
48. Leasher JL, Bourne RRA, Flaxman SR, Jonas JB, Keeffe J, Naidoo K, et al. Global Estimates on the Number of People Blind or Visually Impaired by Diabetic Retinopathy: A Meta-analysis From 1990 to 2010. *Diabetes Care* [Internet]. 2016 Sep 1;39(9):1643 LP – 1649. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/39/9/1643.abstract>
49. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2021 Feb 22; Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5)
50. Zhou X, Ng BP, Jawanda S, Proia K, Zhang X, Gregg EW. Cost-effectiveness of Interventions to Manage Diabetes : Has the Evidence Changed Since 2008 ? *Diabetes Care*. 2020;43(July):1557–92.
51. Levin A, Tonelli M, Bonventre J, Coresh J, Donner J-A, Fogo AB, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Lancet* [Internet]. 2017 Oct 21;390(10105):1888–917. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30788-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30788-2)
52. Jajat, C; Stein, E; Yach D. Multiple Chronic Conditions: The Global State. Available from: https://www.tevapharm.com/globalassets/tevapharm-vision-files/teva_mcc_report.pdf
53. WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013-2020). 2013.



Site Internet: www.ncdalliance.org

Twitter: [@ncdalliance](https://twitter.com/ncdalliance)

Courriel: info@ncdalliance.org