



**Alzheimer's Disease
International**

The global voice on dementia

Démences en Afrique sub-Saharienne

Défis et opportunités



Auteurs

Dr Maëllenn Guerchet
*Observatoire Mondial pour le Vieillissement
et les Démences, King's College London
(Royaume Uni)*

Dr Rosie Mayston
*Centre pour la Santé Mentale Mondiale, King's
College London (Royaume Uni)*

Prof Peter Lloyd-Sherlock
*Faculté de Développement International,
Université d'East Anglia (Royaume Uni)*

Prof Martin Prince
*Observatoire Mondial pour le Vieillissement
et les Démences, King's College London
(Royaume Uni)*

Dr Isabella Aboderin
*Programme Vieillissement et Développement,
Centre Africain de Recherche Population et
Santé, Nairobi (Kenya)*

Dr Rufus Akinyemi
*Unité de Recherche en Neurosciences et
Vieillissement, Institut de Recherche Médicale
Avancée et de Formation, Faculté de Médecine,
Université d'Ibadan (Nigéria)*

Dr Stella-Maria Paddick
*Institut pour le Vieillissement et la Santé,
Université de Newcastle (Royaume Uni)*

Prof Anders Wimo
*Département de Neurobiologie, Sciences
des Soins et de la Société, Institut Karolinska,
Stockholm (Suède)*

Dr Mary Amoakoh-Coleman
*Département d'Epidémiologie, Institut Memorial
Noguchi pour la Recherche Médicale, Université
du Ghana*

Dr Richard Uwakwe
*Hôpital Universitaire Nnamdi Azikiwe, Nnewi,
Etat d'Anambra State (Nigéria)*

Dr Peter Ezeah
*Département de Sociologie/Anthropologie,
Université Nnamdi Azikiwe, Awka (Nigéria)*

Alzheimer's Disease International

Contributeurs

*Dr Declare Mushi
Université Chrétienne de Médecine du
Kilimandjaro (Tanzanie)*

Dr A. Matthew Prina
*Observatoire Mondial pour le Vieillissement
et les Démences, King's College London
(Royaume Uni)*

Chapitre 1

Dr Maeleann Guerchet, Dr Isabella Aboderin

Chapitre 2

Dr Maeleann Guerchet, Dr Rufus Akinyemi,
Dr Stella-Maria Paddick, Prof Anders Wimo,
Prof Martin Prince

Chapitre 3

Dr Rosie Mayston, Dr Richard Uwakwe, Dr
Peter Ezeah, Prof Martin Prince, Prof Peter
Lloyd-Sherlock

Chapitre 4

Prof Peter Lloyd-Sherlock, Dr Mary Amoakoh-
Coleman

Chapitre 5

Dr Maëllenn Guerchet, Prof Martin Prince,
Alzheimer's Disease International

Ce rapport résume les résultats présentés par les auteurs dans le rapport complet sur les démences en Afrique subsaharienne. Par souci de brièveté, cette version résumée ne contient pas de références. La version complète du rapport est disponible en anglais, et comprend une présentation et discussion des résultats plus détaillée. Il peut être téléchargé ici : <https://www.alz.co.uk/africa>

Remerciements

Couverture et photos pages 6 et 9 - iStock

Photo page 8 - Leah Beach -
www.leahbeach.com

Conception - David O'Connor -
www.daviddesigns.co.uk

Publié par Alzheimer's Disease International
(ADI), Londres. Décembre 2018.

Copyright © Alzheimer's Disease International

Préface

L'Afrique subsaharienne représente aujourd'hui l'un des plus grands défis d'Alzheimer Disease International (ADI). Pour comprendre l'ampleur de ce défi, il suffit de dire, qu'après 37 ans de travail incessant pour renforcer les capacités de la société civile dans le monde, nous n'avons que sept pays membres des 49 dans la région.

Mes discussions au cours des derniers mois avec nos membres et des hauts fonctionnaires ont permis d'identifier un certain nombre de faits marquants.

L'ampleur de la stigmatisation en Afrique subsaharienne est énorme. Il était très difficile de trouver des personnes atteintes de démence disposées à prendre la parole lors de notre conférence en septembre et, ce faisant, à admettre qu'elles sont atteintes d'une démence. On dit que des personnes âgées souffrant de maladie mentale sont traitées de sorcières et retenues avec force, ou pire. Ce rapport réévalue l'ampleur de ce problème, mais nous devrions faire attention à ne pas le sous-estimer, car il est difficile de trouver des personnes qui acceptent d'en parler.

Au niveau des décideurs, il est clair pour moi que les problèmes de santé maternelle et infantile et les maladies infectieuses ont une priorité absolue dans cette région et que les maladies non transmissibles (MNT) et la santé des personnes âgées ne sont pas vraiment sur le radar de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.

Ce rapport est donc extrêmement opportun. Il fournit non seulement de nouvelles preuves quantitatives et qualitatives et corrige à la hausse la plupart de nos estimations précédentes - confirmant ainsi que l'ampleur de l'épidémie est pire que ce qui avait été suggéré auparavant - mais examine aussi de nombreux autres problèmes. En examinant la prévention et la réduction du risque, les soins sociaux et de santé, l'assurance maladie et les retraites, le rapport soulève de manière pragmatique les solutions possibles à une crise imminente.

Le rapport quantifie également des faits évidents. Les modèles de soins en Afrique subsaharienne sont en train de changer: vieillissement de la population, baisse de la fécondité, plus de femmes qui travaillent, migration vers les villes et migration en général sont des facteurs contribuant à un changement dans la manière dont les soins sont traditionnellement dispensés - au sein de la famille. Comme les familles élargies perdent de plus en plus ce rôle, le potentiel de crise est évident.

Cependant, les personnes âgées sont considérées comme ne contribuant pas à l'économie, et leurs voix et droits sont systématiquement exclus ou ignorés. L'inégalité est également un problème énorme.

Nous avons évidemment besoin de plus de données et de recherches dans pratiquement tous les domaines décrits dans ce rapport. Il existe de grandes lacunes dans nos connaissances et nous avons besoin de plus de données factuelles de la part des pays de cette région du monde.

Nous devons agir maintenant. Alors que dans d'autres régions, nous avons besoin d'une plus grande sensibilisation au fait que la démence est une maladie et pas un effet du vieillissement, en Afrique subsaharienne, nous devons aller plus loin et défier les préjugés auxquels sont confrontés ceux qui ont la maladie. Les gouvernements doivent également s'attaquer à ce problème au niveau de la réduction des risques et de la prévention et dans le contexte des maladies non transmissibles (MNT) au sens large. Il y a un besoin urgent d'intensifier la formation en matière de démences et cela doit être pris en charge par les acteurs de la santé publique de tous les pays.

L'approbation du Plan d'Action Mondial de Santé Publique contre la Démence de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mai 2017 nous permet de faire davantage pression sur les gouvernements pour qu'ils prennent la question au sérieux et agissent. L'Union Africaine a adopté en janvier 2016 un Protocole sur les Droits des Personnes Âgées en Afrique qui est juridiquement contraignant. Des Etats africains ont accepté les Objectifs cadre du Développement Durable, qui incluent les personnes âgées, et récemment, tous les pays africains ont approuvé le Plan d'Action Mondial de l'OMS. Cela inclut les systèmes de surveillance mis en place par l'Observatoire Mondial de la Démence et la reconnaissance que les données devraient commencer à arriver bientôt.

ADI et ses membres poursuivront leur travail en mettant les gouvernements au défi, en proposant des solutions, en renforçant la société civile et en représentant les voix des personnes les plus exposées.




Paola Barbarino, CEO

Résumé

CHAPITRE 1

Introduction – Vieillesse en Afrique sub-Saharienne

1. Nous avons mis à jour nos estimations de la prévalence des démences et du nombre de personnes vivant avec cette affection dans la région sub-Saharienne, ainsi que de l'incidence et de l'impact économique des démences. Ce travail est complété par de nouvelles revues sur la mortalité et les facteurs de risque de développer une démence en Afrique sub-Saharienne (ASS). Nous avons également mené une revue systématique des études qualitatives sur le vécu des personnes vivant avec une démence dans cette région, fournissant d'importants éléments sur la réalité quotidienne des personnes concernées. Enfin, nous avons brièvement examiné le développement de régimes de protection sociale en ASS et évalué leurs effets sur la santé des personnes âgées.
2. Le phénomène appelé vieillissement de la population ou 'transition démographique' est mondial et il se produit bien plus rapidement dans certains pays à moyens revenus. Bien qu'ils aient la population la plus jeune au monde, les pays d'ASS ont aussi les taux de croissance les plus élevés de personnes âgées. La population des personnes âgées de 60 ans et plus devrait atteindre 161 millions d'ici 2050. Cependant, il y a de nettes différences sous-régionales dans les profils de vieillissement.
3. Les implications sociétales du vieillissement de la population et les effets des changements sociaux sur le vécu des personnes âgées en ASS restent très peu compris tout en étant variés et complexes. La famille est un groupe social clé, particulièrement dans un contexte d'absence de système public de protection sociale et d'allocations de retraites. Des inquiétudes majeures existent concernant les changements dans la structure des familles en ASS, résultant de l'urbanisation, de la migration, des contraintes globales et des difficultés économiques persistantes.
4. Avec la population qui vit plus longtemps et les changements de mode de vie et de comportements qui prédisposent à certains facteurs de risque, les maladies chroniques deviennent plus fréquentes. L'ASS n'est pas épargnée par cette transition épidémiologique et une augmentation des maladies non transmissibles (MNT) a été décrite. Il s'ensuit un triple fardeau des maladies qui pourrait avoir un effet dévastateur dans cette région faisant déjà face à des contraintes significatives en ressources.
5. Les inégalités de santé chez les personnes âgées en ASS s'échelonnent selon plusieurs axes, y compris le genre, la situation socio-économique et l'âge, mais aussi selon le lieu de résidence et le type d'affection dont elles souffrent.
6. Les politiques sur le vieillissement et la santé en ASS ont été renforcées ces dernières années, avec l'émergence de plans régionaux et nationaux ainsi que l'adhésion des pays africains à un certain nombre de programmes internationaux (y compris les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies et le plan d'action global sur le vieillissement et la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé). Malgré ces avancées politiques, les programmes d'actions pour la santé des personnes âgées restent rares. Il y a un besoin urgent de mener des efforts de recherche concertés pour aider à promouvoir et informer en vue de la prise en compte des démences dans les programmes de santé nationaux et régionaux.
7. Alors que la santé des personnes âgées ne devrait pas être négligée, le vieillissement n'est clairement pas un point d'inquiétude majeure dans la plupart des réflexions de politiques publiques. Les personnes âgées étaient souvent écartées lors de l'élaboration des politiques économiques et sociales.

CHAPITRE 2

Les indicateurs épidémiologiques : prévalence, coûts, incidence, mortalité et facteurs de risque

1. Nous fournissons une vue d'ensemble de l'épidémiologie et de l'impact des démences en ASS, en utilisant les mêmes méthodes que celles précédemment utilisées dans les Rapports Mondiaux Alzheimer (publiés par ADI), en réalisant de nouvelles revues systématiques des études sur la prévalence, l'incidence et la mortalité des démences. Nous présentons également des estimations actualisées du nombre de personnes vivant avec une démence en ASS, des coûts et des connaissances sur les facteurs de risque de démences, avec un focus particulier sur les troubles neurocognitifs liés au VIH.
2. Notre estimation de la prévalence des démences spécifique à l'âge chez les personnes âgées de plus de 60 ans est de 6,38%, celle-ci doublant avec chaque augmentation de l'âge de 7,2 ans. Cette prévalence est légèrement plus élevée que celle présentée en 2015 en raison de l'inclusion de trois nouvelles études dans la méta-analyse.
3. Nous estimons à 2,13 millions le nombre de personnes vivant avec une démence en ASS en 2015. Ce nombre atteindra 3,48 millions d'ici 2030 et 7,62 millions d'ici 2050, avec des augmentations plus importantes en Afrique Centrale et Afrique de l'Est. Ces augmentations par rapport aux estimations du Rapport Mondial Alzheimer 2015 sont liées au vieillissement de la population et à une prévalence estimée légèrement plus élevée en ASS.
4. Le coût total des démences en ASS était estimé à 6,2 milliards de dollars américains en 2015. La répartition des coûts entre les trois catégories majeures (coûts médicaux directs, coûts sociaux et coûts de soins informels) n'a pas changé, avec deux tiers à trois quarts des coûts totaux attribués aux soins informels.

Région		ASS, Centrale	ASS, Est	ASS, Ouest	ASS, Sud	Afrique sub-Saharienne
Population de plus de 60 ans (millions, 2015)		5,21	20,08	17,70	5,36	48,35
Prévalence brute estimée (% , 2015)		4,41	4,53	3,95	5,41	4,40
Nombre de personnes vivant avec une démence (millions)	2015	0,23	0,91	0,70	0,29	2,13
	2030	0,39	1,57	1,11	0,41	3,48
	2050	0,85	3,62	2,39	0,76	7,62
Augmentations proportionnelles (%)	2015-2030	70	72	59	41	63
	2015-2050	269	298	241	162	257
Coûts Médicaux Directs	\$ US (milliards)	0,1	0,4	0,2	0,5	1,2
	Pourcentage	28,5%	20,8%	22,8%	16,4%	19,7%
Coûts Sociaux Directs	\$ US (milliards)	0,1	0,2	0,1	0,2	0,6
	Pourcentage	14,2%	10,3%	11,2%	8,0%	9,7%
Coûts de Soins Informels	\$ US (milliards)	0,2	1,3	0,7	2,1	4,3
	Pourcentage	57,3%	68,9%	66,0%	75,6%	70,6%
Coûts Totaux	\$ US (milliards)	0,4	1,9	1,0	2,8	6,2

5. Nous estimons à plus de 367 000 le nombre de nouveaux cas de démence en 2015 en ASS, un nombre un peu plus élevé que celui du Rapport Mondial Alzheimer de 2015. Cependant, les estimations précédentes étaient générées en utilisant l'incidence des démences calculée pour l'ensemble des pays à faible et moyen revenu (incluant une étude au Nigeria) tandis que nous sommes maintenant en mesure d'utiliser des estimations de l'incidence des démences en ASS uniquement.
6. Dans l'ensemble, un risque deux fois plus élevé de mortalité était estimé pour les personnes vivant avec une démence en ASS. Des risques accrus de décès du même ordre ont été retrouvés dans d'autres pays à faible ou moyen revenu.
7. Les études sur les facteurs de risque de démence ont montré une association constante avec l'âge et le sexe. Le niveau de preuve concernant les autres facteurs de risque est moins homogène et a besoin d'être étudié plus en détails. L'éducation et l'allèle $\epsilon 4$ du gène de l'APOE montrent des effets très variables. Les facteurs modifiables montrant les associations les plus fortes avec les démences sont les facteurs vasculaires, alors que les preuves concernant les facteurs liés à l'enfance et la jeunesse, psychologiques, psychosociaux ou au mode de vie sont plus embryonnaires.
8. Un manque important de données a été identifié concernant les démences liées au VIH (prévalence et facteurs de risque) chez les personnes âgées en ASS. Le peu de données existantes concernent presque exclusivement les jeunes adultes.
9. Les données sur la prévalence, l'incidence et la mortalité des démences se sont considérablement améliorées depuis le Rapport Mondial Alzheimer de 2009. Nous sommes maintenant en mesure de prendre en compte plusieurs estimations pour la région sub-Saharienne pour la majorité des indicateurs épidémiologiques. Cependant, le niveau des connaissances sur les facteurs de risques des démences dans cette région est encore faible, reposant principalement sur des études transversales plutôt que longitudinales.
10. Bien que la qualité générale des études menées en ASS soit élevée, renforcée par l'utilisation systématique de batteries cognitives à domaines multiples et l'entretien avec les proches durant l'évaluation des démences, des améliorations restent encore à faire concernant l'implémentation des études en plusieurs stades et leur analyse, ainsi qu'une description adéquate des études lors de la diffusion des résultats.
11. Une des limites majeures concernant l'estimation du coût des démences est qu'elle repose principalement sur des imputations car aucune étude originale n'a été publiée sur l'utilisation des services et le coût des démences en ASS. La description des systèmes de soins et la quantité de soins informels fournis dans au moins un pays de chaque sous-région contribuerait grandement au calcul d'estimations plus fiables.



CHAPITRE 3

Vivre avec une démence en Afrique sub-Saharienne

1. La compréhension des croyances, des perceptions et du vécu de la maladie, des soins et de la recherche d'aide est essentielle à la description de la nature du problème et à la conception d'interventions et de services centrés sur la personne et répondant aux besoins locaux. Nous avons effectué une revue systématique des études scientifiques qualitatives sur le vécu des personnes âgées vivant avec une démence en ASS.
2. Quatre thèmes généraux émergeaient des données : les croyances (compréhension des démences et croyances concernant leurs causes), le vécu (symptômes, stigma, impact sur les aidants des personnes vivant avec une démence), les réactions (organisation des soins, recherche d'aide) et les besoins non satisfaits (soutien émotionnel, connaissances, soutien financier et services).
3. Aucun équivalent du terme 'démence' n'a été identifié dans les langues locales alors qu'il y avait un manque général de connaissances des démences dans la communauté. Les croyances les plus saillantes concernant les causes sous-jacentes des démences étaient que, bien que n'étant pas vécus par tous, les symptômes des démences faisaient partie du 'vieillissement normal'.
4. Les participants rapportaient plus fréquemment des problèmes de mémoire et de communication, mais des problèmes fonctionnels plus généraux étaient aussi rapportés, tout comme des problèmes typiquement associés à des comorbidités. Lorsque les personnes avec une démence étaient perçues comme des sorcier(e)s, la peur résultait inévitablement en discrimination, en isolation et en démonstrations de violences. Lorsque les participants ne déclaraient aucun stigma, parce que les symptômes de démence étaient acceptés comme 'partie intégrante du vieillissement normal', les personnes vivant avec une démence étaient souvent considérées comme des enfants.
5. Les soins, principalement fournis par les familles, étaient modelés par un besoin de montrer de la gratitude pour les soins dispensés plus tôt dans leur vie aux aidants actuels par les personnes vivant avec une démence. Les femmes avaient tendance à être les aidants 'pratiques' alors que les hommes jouaient plus souvent un rôle dans la prise de décision pour les soins. Les soins étaient généralement une responsabilité collective avec différents composants assignés à différents membres de la famille. Lorsqu'ils sont sollicités, les soignants employés étaient perçus comme un élément difficile mais nécessaire de la stratégie de soins.
6. Les familles étaient aussi plurielles dans leurs approches aux traitements, utilisant des approches biomédicales, traditionnelles et aussi leurs croyances pour traiter les problèmes des personnes âgées. L'affection était reconnue comme incurable si la cause admise était le vieillissement. La proportion de personnes avec une démence cherchant de l'aide auprès de guérisseurs non-biomédicaux était importante en ASS.
7. Le soutien émotionnel pour les aidants était ressenti comme essentiel afin de permettre à l'aidant de fournir l'aide nécessaire. L'éducation était aussi considérée comme essentielle: à la fois pour contrer les croyances liées à la sorcellerie et aussi pour améliorer le soutien aux aidants dans leur rôle.
8. Les personnes vivant avec une démence et leurs aidants étaient dépendants de leurs familles et de leur communauté pour le coût des soins, le coût des transports vers les centres de santé étant identifiés comme particulièrement problématiques. Les soins étaient gérés par les familles sans aucune implication ou soutien de sources gouvernementales.
9. Les données identifiées couvraient uniquement 5 pays, avec toutes les régions - hormis le sud de l'ASS - représentées seulement par une ou deux études. Etant donné l'hétérogénéité et la diversité des cultures, langues et croyances au sein de l'ASS, la généralisation de ces résultats à d'autres pays ou contextes que ceux ayant fait l'objet de l'étude est discutable.

CHAPITRE 4

Protection sociale et santé des personnes âgées en Afrique sub-Saharienne

1. La protection sociale, qui vise à réduire la vulnérabilité des individus, est une nécessité pour les personnes âgées en ASS, particulièrement pour les personnes vivant avec une démence. Nous avons examiné le développement de la protection sociale en ASS, principalement basée sur les transferts d'espèces et l'assurance médicale, et avons évalué leurs effets sur la santé des personnes âgées en focalisant spécifiquement sur le Ghana et l'Afrique du Sud, pour lesquels des données étaient disponibles.
2. Certains pays, principalement situés dans le sud de l'ASS, ont des programmes de protection sociale relativement étendus et généraux, habituellement combinés à des plans de contributions séparés. Dans le reste de la région, la couverture de la protection sociale et la valeur des prestations sont considérablement plus limitées. Certains pays ont développé des programmes pilotes de protection sociale, souvent avec le soutien de financements extérieurs. La protection sociale en ASS est fortement inéquitable et évince les groupes les plus vulnérables de personnes âgées des dépenses publiques.
3. L'Afrique du Sud a établi un système de pensions non-contributives, d'allocation dépendance/handicap et d'allocation 'Grant-in-Aid' bénéficiant aux personnes âgées de plus de 60-65 ans et aux adultes ayant une maladie chronique ou 'requérant des soins réguliers'. Cependant, la répartition géographique de ces allocations reste très inégale. Des systèmes de transferts d'espèces (pensions non-contributives) existent aussi et ont été mis en avant comme un exemple de bonne pratique pour d'autres pays en développement. Il a été prétendu que ceux-ci ne bénéficient pas uniquement aux personnes âgées mais au foyer tout entier, ce qui renforce l'autorité de la personne âgée et par conséquent la volonté potentielle des membres de la famille de prendre soin de ses proches âgés et fragiles.
4. En ASS, seulement un petit nombre de programmes d'assurance maladie a atteint une bonne couverture de leurs populations. La couverture est habituellement concentrée sur les groupes sociaux les plus aisés. Dans ce contexte, le programme national d'assurance maladie du Ghana, gratuit pour les personnes âgées de plus de 69 ans, est relativement unique et a été présenté comme un modèle potentiel pour d'autres pays à ressources limitées.
5. La disponibilité et l'accès aux services de santé à travers la plupart des pays de l'ASS étant extrêmement limités, la protection sociale aura peu de possibilités d'avoir un impact significatif sur la santé des personnes âgées à moins que des améliorations ne soient faites au niveau de la durabilité, de la qualité et de l'accessibilité de ces services.
6. L'effet direct de l'assurance maladie et de la protection sociale sur l'amélioration des indicateurs de santé des personnes âgées dépend de la générosité de ces programmes, de la sensibilité aux questions de santé et de la disponibilité de services appropriés. Être simplement enregistré auprès de l'assurance maladie ou utiliser les services de santé ne devraient pas être considérés comme des indicateurs positifs en eux-mêmes.

CHAPITRE 5

Conclusions et recommandations

1. Nous estimons que 2,13 millions de personnes vivaient avec une démence en Afrique sub-Saharienne en 2015, un nombre qui devrait quasiment doubler tous les 20 ans, atteignant 3,48 millions en 2030 et 7,62 millions en 2050. Il y avait plus de 367 000 nouveaux cas de démence en 2015, alors que les personnes avec une démence avaient un risque de mortalité deux fois plus élevé que celles n'ayant pas cette affection. Le coût total des démences en ASS était estimé à 6,2 milliards de dollars américains en 2015, avec deux tiers à trois quarts des coûts totaux attribués aux soins informels.
2. En mai 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un Plan mondial d'action de santé publique contre la démence qui a été approuvé à l'unanimité lors de la 70ème session de l'Assemblée Générale de la Santé à Genève (Suisse). A l'heure actuelle, aucun plan (ou stratégie) national(e) n'a été établi(e) par les pays d'ASS. Le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence, qui inclut des actions spécifiques pour les Etats Membres et les partenaires internationaux, régionaux et nationaux, fournit des indicateurs et des cibles pour évaluer le niveau d'implémentation, de progrès et d'impact. Pour la première fois, les gouvernements peuvent être rendus responsables de l'avancée en matière de connaissances sur les démences, de réduction du risque, de diagnostic, de soins et traitements, ainsi que d'aide aux partenaires de soins et de recherche dans leur pays.
3. L'amélioration des connaissances et attitudes, l'accès aux services (via la Couverture Médicale Universelle) et la réduction du risque des démences sont des défis que les pays d'ASS devront affronter. Etant donné le manque évident de protection éthique, sociale et légale des personnes vivant avec une démence dans les pays d'ASS, il est essentiel que les droits soient reconnus, respectés et protégés afin d'autonomiser les personnes vivant avec une démence, ceux qui les soutiennent et la communauté dans son ensemble. Le manque de données dans quasi tous les domaines liés aux démences pour la région sub-Saharienne est saisissant. Le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence devrait certainement soutenir le développement de la recherche sur les démences globalement et guider les nations à définir des programmes de recherche adéquats pour soutenir les programmes de santé nationaux et régionaux.
4. ADI et ses associations membres sont dédiées, énergiques, concentrées et engagées à trouver des solutions à un problème réel et concret. Ces membres avancent, créent de l'espoir et de l'activité où il y en a peu, mobilisent bonnes volontés et ressources pour trouver des solutions et essaient de sensibiliser leurs gouvernements. Les gouvernements de la région ont maintenant une vraie opportunité - grâce à l'excellence de ces organisations locales - d'unir leurs forces et d'adopter et d'implémenter les 7 domaines clés du Plan mondial d'action de santé publique contre la démence, montrant ainsi la voie au reste de l'Afrique.



Alzheimer's Disease International

About ADI

Alzheimer's Disease International (ADI) is the international federation of Alzheimer associations throughout the world. Each of our 94 members is a non-profit Alzheimer association supporting people with dementia and their families. ADI's mission is to strengthen and support Alzheimer associations, to raise awareness about dementia worldwide, to make dementia a global health priority, to empower people with dementia and their care partners, and to increase investment in dementia research.

What we do

- Support the development and activities of our member associations around the world.
- Encourage the creation of new Alzheimer associations in countries where there is no organisation.
- Bring Alzheimer organisations together to share and learn from each other.
- Raise public and political awareness of dementia.
- Stimulate research into the prevalence and impact of Alzheimer's disease and dementia around the world.
- Represent people with dementia and families on international platforms at the UN and WHO.

Key activities

- Raising global awareness through World Alzheimer's Month™ (September every year).
- Providing Alzheimer associations with training in running a non-profit organisation through our Alzheimer University programme.
- Hosting an international conference where staff and volunteers from Alzheimer associations meet each other as well as medical and care professionals, researchers, people with dementia and their carers.
- Disseminating reliable and accurate information through our website and publications.
- Supporting the 10/66 Dementia Research Group's work on the prevalence and impact of dementia in developing countries.
- Supporting global advocacy by providing facts and figures about dementia, and monitoring as well as influencing dementia policies.

ADI is based in London and is registered as a non-profit organisation in the USA. ADI was founded in 1984, has been in official relations with the World Health Organization since 1996 and has had consultative status with the United Nations since 2012. ADI is partnered with Dementia Alliance International (DAI), a collaboration of individuals diagnosed with dementia providing a unified voice of strength, advocacy and support in the fight for individual autonomy for people with dementia.

You can find out more about ADI at www.alz.co.uk/adi

Alzheimer's Disease International:
The International Federation
of Alzheimer's Disease and
Related Disorders Societies, Inc.
is incorporated in Illinois, USA,
and is a 501(c)(3) not-for-profit
organization

Alzheimer's Disease International
64 Great Suffolk Street
London SE1 0BL
UK
Tel: +44 20 79810880
www.alz.co.uk



**Alzheimer's Disease
International**

The global voice on dementia