

CONTEXTE NATIONAL [1]

Reconnu comme priorité de santé publique par le Haut Comité de la Santé Publique et la Conférence Nationale de Santé dès 1998, le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie chronique, résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action d'insuline. Il en existe deux formes : **le diabète de type 1** qui débute le plus souvent avant 30 ans de façon rapide, voire brutale. Ce type de diabète est dit insulino-dépendant car le traitement par insuline est indispensable. **Le diabète de type 2**, dit non insulino-dépendant. C'est une maladie d'installation progressive, pouvant évoluer durant de nombreuses années de manière asymptomatique (sans manifestation clinique) ; il représente 90% des cas de diabète. Le traitement repose sur des mesures hygiéno-diététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou à l'insuline [2, 3].

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est connue grâce aux données de remboursement de l'assurance maladie. Elle est estimée, en 2005, à 3,8% de la population métropolitaine, ce qui correspond à environ 2,3 millions de personnes [4]. Cette estimation ne tient cependant pas compte de la proportion de diabètes non diagnostiqués. On estime ainsi le nombre de diabétiques de type 2 non diagnostiqués entre 200 000 et 500 000.

Les hommes représentent 54% des malades traités pharmacologiquement, et c'est entre 70 et 79 ans que la prévalence est la plus forte, atteignant respectivement 17,7% chez les hommes et 11,5% chez les femmes [4]. Le diabète est, par ailleurs, plus fréquent dans les groupes sociaux les moins favorisés [5]. Les disparités régionales de la prévalence du diabète traité sont importantes [6]. Le taux est particulièrement élevé dans les départements d'Outre-mer, au moins deux fois supérieur à celui de la métropole en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion [3].

Par rapport aux autres pays européens, la France occupe une position moyenne concernant la prévalence du diabète de type 2, alors que pour le diabète de type 1, elle fait partie des pays les plus protégés, avec ceux du pourtour méditerranéen [2].

Des projections, tenant compte du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (principal facteur de risque), estiment la prévalence du diabète traité à 4,5% en 2016 [7].

Environ 80% des diabétiques traités bénéficient d'une prise en charge en Affection de Longue Durée (ALD) pour diabète [8]. En 2004, cette affection a ainsi constitué la 3^{ème} cause d'admission en ALD (150 000 admissions) parmi les personnes relevant des 3 principaux régimes d'assurance maladie [8]. Le montant total des remboursements des personnes admises en ALD pour cette affection atteignait près de 9 milliards d'euros sur 1 an, de novembre 2003 à octobre 2004 (contre 5,7 milliards en 2000) [9]. Le diabète est le 3^{ème} motif de remboursement au titre des ALD.

Les complications du diabète, d'origine micro ou macrovasculaire, sont fréquentes et graves. Elles peuvent toucher les microvaisseaux de la rétine (le diabète est l'une des premières causes de cécité en France), du rein (à l'origine d'insuffisance rénale) ou des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation. Les atteintes des gros vaisseaux cardiaques ou cérébraux peuvent se traduire par un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral [2, 10]. A partir des déclarations des médecins traitants, l'incidence de ces complications était estimée en 2001 à 8,1 infarctus, 3,5 cécités, 1,2 initialisations à la dialyse ou greffes rénales, 2,3 amputations d'un membre inférieur et 5,8 maux perforants plantaires pour 1 000 diabétiques traités [11]. D'où l'importance de la surveillance des patients diabétiques, selon les recommandations des bonnes pratiques cliniques établies par l'ANAES, devenue Haute Autorité de Santé (HAS) [12]. Cette surveillance s'est nettement améliorée au cours des dernières années mais reste encore insuffisante [13]. Elle est notamment moins bonne dans les groupes sociaux les moins favorisés [5].

Le diabète a constitué le diagnostic principal de 148 000 séjours hospitaliers dans les services de court séjour en 2004 [14]. Près de 9 500 séjours de diabétiques (correspondant à 8 000 personnes) ont donné lieu à une amputation du membre inférieur en 2003. Cela correspond à un taux de séjours avec acte d'amputation de 4,8 pour 1 000 diabétiques (plusieurs séjours pouvant concerner une même personne) [15].

En 2004, près de 11 000 décès mentionnaient un diabète en tant que cause initiale (2,1% de l'ensemble des décès). Cependant, la mortalité liée au diabète est difficile à apprécier car, pour les décès liés à ses

complications, l'étiologie diabétique n'est pas toujours mentionnée. Les disparités régionales sont importantes, les taux les plus élevés étant observés dans les DOM et dans le nord et l'est de la France, et les plus bas dans les régions de l'ouest et en Ile-de-France [16].

Le diabète est une maladie dite de civilisation, liée au mode de vie, qui se développe sur un terrain génétique prédisposant. La sédentarité croissante des populations, l'excès des apports énergétiques, la composition en macro-nutriments de l'alimentation et la surcharge pondérale comptent parmi les facteurs de risque environnementaux les mieux reconnus. La prévention primaire du diabète de type 2 repose donc sur l'alimentation équilibrée et une activité physique régulière, et fait partie des objectifs du Plan National Nutrition Santé (PNNS) [17]. Enfin, la HAS préconise un dépistage du diabète de type 2 au-delà de 45 ans, chez les personnes à risque et dans les populations en situation de précarité [18].

SITUATION A LA REUNION

- Le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement est estimé à 29 600 en 2002, soit une prévalence de 4,0% en population générale (9,0% parmi les 30-69 ans en 2002). Plus de 7 diabétiques sur 10 sont traités uniquement par des antidiabétiques oraux [19].

- La prévalence du diabète traité ne tient cependant pas compte des cas non diagnostiqués. L'enquête REDIA [20] avait ainsi déjà montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon cette étude, la prévalence du diabète connu était estimée à 11,2% parmi les Réunionnais de 30-69 ans. La prévalence du diabète, connu et dépisté, quant à elle, s'élevait à 17,5%, environ 5 fois plus élevée qu'en métropole. L'étude a été renouvelée (REDIA 2) et devrait permettre d'actualiser prochainement ces chiffres.

- Sur la période 2002-2004, 2 900 Réunionnais ont été admis en Affection de Longue Durée pour diabète : soit un taux de 3,8 admissions pour 1 000 habitants. 54% des admissions concernent des femmes et 80% des personnes de moins de 65 ans. L'effectif annuel moyen de personnes admises en ALD pour cette affection est en croissante augmentation.

Une étude nationale de l'Assurance maladie [21] montrait que La Réunion se situait parmi les régions françaises où le taux standardisé de personnes en ALD pour diabète était le plus élevé.

- En 2004, environ 3 200 séjours hospitaliers avaient pour diagnostic principal le diabète : soit un taux de 4,2 recours pour 1 000 habitants. Près de 60% des séjours concernaient des femmes et 70% des personnes de moins de 65 ans. Cependant, ce chiffre ne tient pas compte des hospitalisations ayant le diabète pour cause associée. Ainsi sur la période 1999-2004, plus de 11 000 séjours ont pour cause associée le diabète [22], ce qui porte à près de 14 000 le nombre d'hospitalisations liées au diabète. La Réunion se situe parmi les régions où le taux comparatif de recours aux soins hospitaliers est le plus élevé (25^{ème} rang, par ordre de fréquence croissante).

- Sur la période 2003-2005, près de 240 décès ont pour diagnostic principal le diabète. Les décès augmentent avec l'âge et sont plus fréquents chez les femmes (58% des décès sont féminins). Mais, ce chiffre ne tient pas compte des décès liés aux complications du diabète qui augmenteraient fortement l'impact de cette maladie sur la mortalité.

- L'évolution de la mortalité régionale ralentit sa croissance depuis le début des années 2000 et montre même un premier signe de fléchissement chez les femmes. Cependant, le diabète représente une part toujours croissante dans la mortalité toutes causes confondues, passant de 2,6% sur la période 93-95 à 5,8% en 2003-2005, soit plus du double. La Réunion se place ainsi derrière toutes les régions métropolitaines en termes de mortalité : le taux comparatif de mortalité local est près de 3,6 fois supérieur au taux métropolitain.

- Les différentes données épidémiologiques présentées sont cohérentes avec la forte prévalence du diabète sur l'île. La Réunion apparaît en surmortalité et surmorbidité par rapport à la métropole. Les conséquences du diabète, en termes de mortalité, de morbidité, de coûts financiers ou humains, prennent une ampleur particulièrement importante dans notre région. Le diabète reste un enjeu de Santé Publique considérable pour La Réunion. D'ailleurs, le diabète a été reconnu comme priorité de santé dès 1995, et a été à l'origine d'un Programme Régional de Santé (PRS) en 1997. Le Programme Régional de Santé Publique 2006-2008 (PRSP) a réaffirmé le diabète comme priorité de santé.

DIABETE A LA REUNION

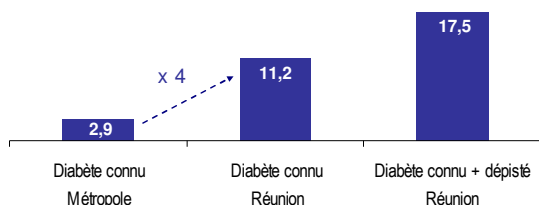
1 Nombre de patients diabétiques traités pharmacologiquement selon le type de traitement

La Réunion (2002)

| La Réunion | |
|--|--------|
| Nombre de patients traités | 29 545 |
| Répartition selon le type de traitement (en %) | |
| Insuline seule | 16,2% |
| Antidiabétiques oraux | 71,3% |
| Insuline + antidiabétiques oraux | 12,5% |

Source : Direction Régionale du Service Médical (DRSM) [19]

2 Taux de prévalence du diabète à La Réunion et en métropole, en %



Source : Etude REDIA-INSERM [20]

3 Admissions en Affections de Longue Durée (ALD) selon le sexe

La Réunion, période 2002-2004

| | Hommes | Femmes | Total | Evolution depuis 93-95 | Evolution depuis 2000-2002 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|----------------------------|
| Moins de 45 ans | 324 | 357 | 681 | +50% | +11% |
| 45-74 ans | 932 | 1 052 | 1 983 | +83% | +20% |
| 75 ans et + | 75 | 151 | 226 | +95% | +41% |
| Total | 1 331 | 1 560 | 2 890 | +75% | +25% |
| Moins de 65 ans | 1 063 | 1 124 | 2 187 | +70% | +22% |

Source : CNAMTS, RSI, MSA [8]

Exploitation FNORS-ORS

4 Séjours hospitaliers ayant pour diagnostic principal un diabète selon le sexe et l'âge

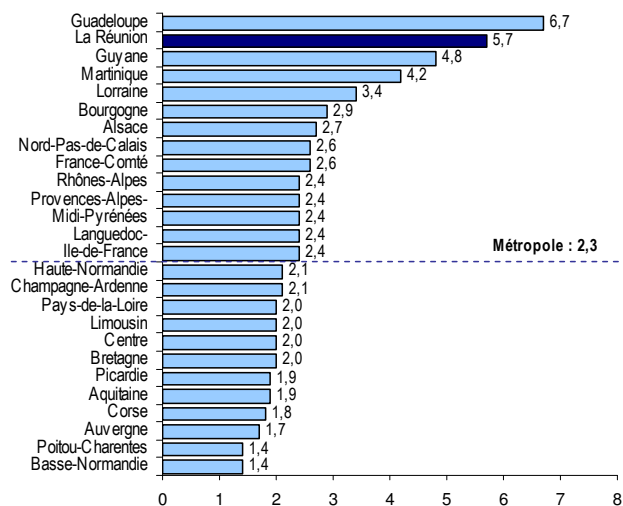
La Réunion, 2004

| SEXE | < 65 ans | | > 65 ans | | Tout âge | |
|------------|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Hommes | 994 | 45 | 375 | 39 | 1 369 | 43 |
| Femmes | 1 222 | 55 | 580 | 61 | 1 802 | 57 |
| Deux sexes | 2 216 | 100 | 955 | 100 | 3 171 | 100 |

Source : Base nationale PMSI MCO [14]

5 Taux comparatif de recours aux soins hospitaliers pour diabète (cause principale)

Ensemble des régions, 2004

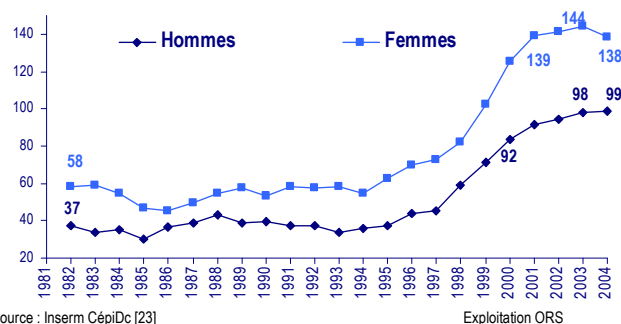


Source : Base nationale PMSI MCO [14]

Unité : Taux de séjours pour 1 000 habitants

6 Evolution du nombre* de décès ayant pour cause initiale le diabète

La Réunion, 1981-2003*



Source : Inserm CépiDc [23]

Exploitation ORS

* Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphique

7 Evolution des indicateurs de mortalité (décès ayant pour cause principale le diabète)

La Réunion, 1993-1995, 1999-2001 et 2003-2005¹

| | 1993-1995 | | | 1999-2001 | | | 2003-2005 | | |
|----------|-----------|-------|------|-----------|-------|------|-----------|-------|------|
| | n | Part* | Tx** | n | Part* | Tx** | n | Part* | Tx** |
| Hommes | 36 | 1,8 | 33,0 | 83 | 3,6 | 55,3 | 99 | 4,3 | 58,6 |
| Femmes | 55 | 3,9 | 35,1 | 125 | 7,3 | 63,9 | 138 | 7,8 | 62,6 |
| Ensemble | 91 | 2,6 | 34,3 | 209 | 5,2 | 60,3 | 237 | 5,8 | 61,5 |

Source : INSERM-CEPIDC [23], FNORS

Exploitation ORS

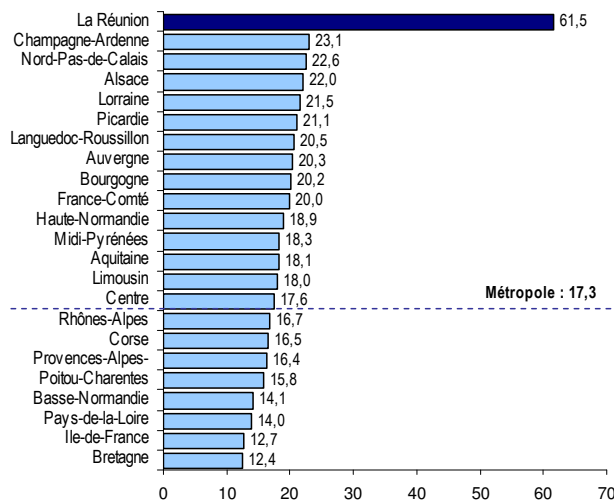
1. Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphique

* Part sur l'ensemble des décès toutes causes confondues (en %)

** Taux comparatif de mortalité (taux pour 100 000 habitants)

8 Taux comparatif de mortalité par diabète (cause principale)

Ensemble des régions, 2004



Source : INSERM CépiDc [23]

Unité : nombre de séjours pour 1 000 habitants

Exploitation ORS

DEFINITIONS

Affection de Longue Durée (ALD) : Voir fiche « Affections de Longue Durée » (2004) sur www.orsrun.net.

Antidiabétiques oraux : le diabète de type 2 se traite par antidiabétiques oraux et parfois associés à de l'insuline injectable. Les diabétiques de type 1 ne sont traités que par insuline injectable.

Décès ayant pour cause principale le diabète : code CIM 10 E10-E14.

Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais cet indicateur ne prend en compte que le diagnostic principal. Ces diagnostics sont codés avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

Voir fiche « Diagnostics d'hospitalisation » (2005) sur www.orsrun.net.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux comparatif ou standardisé direct (sur l'âge) : taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. C'est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement).

DIABETE A LA REUNION

ZOOM SUR LES COMPLICATIONS DU DIABETE

Les complications du diabète sont fréquentes et graves. Elles peuvent toucher notamment les microvaisseaux des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation.

Selon les chiffres présentés par la DREES dans le cadre du suivi des indicateurs de la loi de Santé Publique [15,16], La Réunion se place parmi les régions les plus à risques en termes d'hospitalisations pour plaies du pied. Ainsi, par rapport à la moyenne nationale, le taux standardisé d'hospitalisation pour plaie du pied était presque 7 fois supérieurs dans l'île en 2003 (175 pour 100 000 habitants).

Par ailleurs, une étude prospective sur les amputations des membres inférieurs chez les diabétiques à La Réunion, en 2001 [24], avait permis de mettre en évidence une forte incidence des amputations dans notre région : sur un an, près de 280 amputations ont été réalisées sur 179 patients diabétiques.

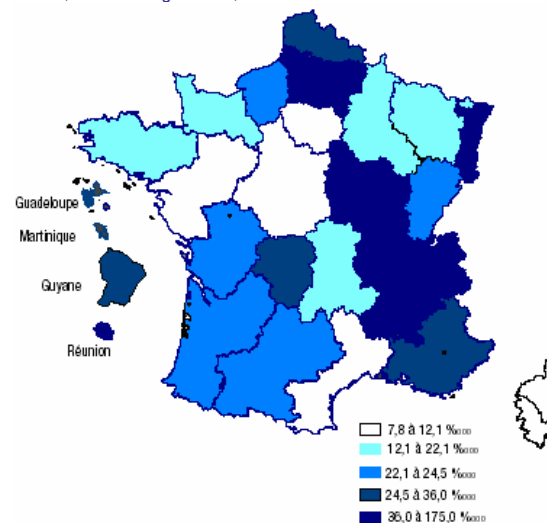
La surveillance des patients diabétiques s'avère nécessaire et importante pour limiter les complications du diabète. D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS, ex-ANAES) a établi des recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant le suivi des patients diabétiques et le dépistage des complications du diabète [12].

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques incluent le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année en tant que témoin du contrôle glycémique sur les 4 derniers mois, et la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun.

La HAS recommande également le dépistage précoce des complications du diabète : en particulier ophtalmologiques, cardiaques, podologiques et rénales, par la réalisation annuelle d'un examen du fond de l'œil, d'un électrocardiogramme de repos, d'un examen du pied et d'un dosage de la créatininémie, et de la recherche d'albumine dans les urines.

Taux standardisé d'hospitalisation en soins de courte durée (MCO) de personnes diabétiques présentant des plaies du pied

France, données régionales*, 2003



Source : Base nationale PMSI MCO 2003, INSEE, exploitation DREES [15, 16]
* Données selon la région de résidence

ZOOM SUR LES COÛTS LIÉS AU DIABETE

Dans son dernier numéro de « Infos Réunion – Etudes et statistiques » (n°4, octobre 2007), la DRASS synthétise différentes données afin d'analyser les coûts liés aux maladies endocriniennes et plus particulièrement ceux liés au diabète. Ces coûts, qu'ils soient immatériels, humains ou financiers sont très élevés pour notre région. Outre les données de prévalence, de morbidité et de mortalité qui sont particulièrement fortes à La Réunion, le document présente :

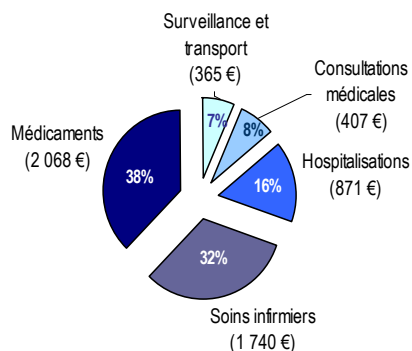
- l'impact des maladies endocriniennes sur la survenue de déficiences, d'incapacités ; elles apparaissent comme un facteur aggravant les incapacités ;
- l'impact du diabète, ou complications, sur la survenue de handicaps ou d'incapacités : 4 diabétiques sur 10 ont au moins une limitation fonctionnelle ;
- l'impact financier dû au diabète ou à ses complications : un coût total de 5 451 € par diabétique. Par ailleurs, l'étude menée par l'INSERM a permis de mettre en évidence des comportements de soins paradoxaux des diabétiques : une sous consommation de soins (24% des personnes interrogées n'ont vu aucun spécialiste en 2005, ce qui va à l'encontre des recommandations établies par l'HAS) est opposée à une sur-consommation de soins ambulatoires avec peu de patients insulino-traités autonomes.

Au niveau national, une étude de l'Assurance Maladie présente une analyse sur les coûts liés aux trente affections de longue durée entre novembre 2003 et octobre 2004 [9]. Cette étude a permis de calculer le remboursement annuel moyen par personne en ALD selon la pathologie. Pour les patients admis en ALD pour diabète (ALD 8), le remboursement annuel est de l'ordre de 5 900€.

Le coût annuel moyen des personnes en ALD pour diabète n'a pas beaucoup évolué entre 1994 et 2004. En revanche, la croissance annuelle moyenne du nombre de personnes en ALD pour diabète a eu un impact sur l'augmentation des dépenses liées aux ALD.

Répartition du coût financier lié au diabète selon le type de dépense

La Réunion, 2005



Source : DRASS (Enquête* du CIC-EC, INSERM) [22]

* Enquête réalisée auprès d'un échantillon de patients hospitalisés dans le service de diabétologie du GHSR, du 28 avril au 4 août 2006, identifiés comme diabétiques de type 2 depuis au moins un an. Les patients ont été interrogés sur leurs consommations de soins durant l'année 2005.

ZOOM SUR LES PERCEPTIONS DE SANTE DES PATIENTS DIABETIQUES

Une étude régionale [25] a permis d'explorer les perceptions des patients diabétiques de type 2 à La Réunion. Cette étude a été réalisée à partir de 2 sources de données : 331 questionnaires soumis aux patients diabétiques connus de l'étude REDIA et 40 entretiens semi directifs auprès de patients diabétiques hospitalisés. Les résultats suivants ont pu être mis en évidence :

- l'excès de sucre, l'hérédité et le stress ou événements de vie sont les causes les plus fréquemment rapportées pour expliquer la survenue du diabète ; en revanche, le surpoids et l'inactivité physique ne sont pratiquement pas mis en cause ;
- le diabète est perçu comme une maladie menaçante avec risque de coma ou de mort mais sa nature chronique n'est pas mise en avant. D'ailleurs, les complications du diabète sont mal comprises ;
- le rôle des lipides est largement sous-estimé ; par ailleurs, les recommandations médicales sont prises en compte tardivement.

Les résultats montrent le décalage persistant entre les connaissances médicales et les perceptions des patients, ainsi que les difficultés liées à la compréhension et à l'intégration des ressources thérapeutiques.

DIABETE A LA REUNION

Repères bibliographiques et sources

[1] **La santé observée dans les Pays de La Loire, Tableau de bord régional sur la santé**
Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire, 2^{ème} édition, juin 2007, 222p.

[2] **Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation). Recommandations.**
HAS, AFSSAPS, 2006, 45p.

[3] **Diabète.**
Dans Elaboration de la loi d'orientation de Santé Publique : rapport du Groupe technique national de définition des objectifs.
DGS, INSERM, Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 2003, 8p.

[4] **Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ?**
Jusnik-Joinville O., Weill A., Salanave B., et al., Pratiques et organisation des soins, Cnamts, vol. 38, n°1, janvier-mars 2007, pp1-12.

[5] **Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001.**
Romon I., Dupin J., Fosse S. et al., Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, InVS, n°45, novembre 2006, pp. 347-352.

[6] **L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine.**
Ricordeau P., Weill A., Vallier N., et al., Diabetes & metabolism, vol. 26, suppl. 6, septembre 2000, pp.11-24.

[7] **Impact du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016.**
Bonaldi C., Romon I., Fagot-Campagna A., Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n°10, mars 2006, pp. 69-71.

[8] **Base nationale des Affections de Longue Durée (ALD) 2002-2004.**
Cnamts-MSA-RSI, exploitation FNORS-ORS..

[9] **Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie.**
Vallier N., Salanave B., Weill A., Cnamts, Point de repère, n°3, octobre 2006, 8p.

[10] **Etude ENTRED : suite des résultats. Les complications du diabète et le diabète chez le sujet âgé.**
InVS, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°12-13, mars 2005, pp. 45-52.

[11] **ENTRED : enquête par questionnaire auprès des médecins. Tableaux nationaux.**
Romon I., Fosse S., Fagot-Campagna, InVS, 2005, 13p.

[12] **Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Recommandations de l'ANAES.**
Comité d'experts de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ; Diabetes metab 1999 ; 25 (suppl 2).

[13] **ENTRED. Remboursement médicaux 2001 à 2003 : données de l'Assurance Maladie.**
Romon I., Fosse S., Fagot-Campagna, InVS, 2006, 9p.

[14] **Base nationale PMSI MCO 2004, exploitation DREES.**
Site du ministère de la santé et des solidarités.

[15] **Complications du diabète.**
Dans L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique, coordonné par la DREES, Ed. La Documentation française, 2007, pp. 162-165.

[16] **Diabète.**
Dans L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique, coordonné par la DREES, Ed. La Documentation française, 2007, pp. 232-233.

[17] **Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010. Actions et mesures.**
Ministère de la Santé et des solidarités, 2006, 51p.

[18] **Principes du dépistage du diabète de type 2.**
ANAES, 2003, 159p.

[19] **Prise en charge médicale et contrôle du diabète de type 2 traité à La Réunion.**
Prévot L., Briatte C., Heye O. et al., DRSM, Revue médicale de l'Assurance Maladie, vol. 37, n°1, janvier-mars 2006.

[20] **Prévalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island – the REDIA study**
F. Favier, I. Jaussent, N. Le Moullec et al., Dans « Diabetes Research and Clinical Practice », vol. 67, 2005, pp. 234-242.

[22] **Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée.**
Vallier N., Salanave B., Weill A., Cnamts, Point de repère, n°1, août 2006, 8p.

[22] **Maladies endocriniennes et diabète, un "coût" élevé pour la population réunionnaise.**
DRASS, Infos Réunion, Etudes et statistiques, n°4, octobre 2007, 6p.

[23] **Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)**

[24] **Etude prospective sur les amputations des membres inférieurs à l'île de La Réunion .**
CGSS, DRASS, ORS, 2001, 55p.

[25] **Health perception of diabetics patients in the REDIA study.**
Debussche X., Roddier M., Fianu A. et al., dans Diabetes Metab., 2006, 32, pp. 50-55.

Pour en savoir plus

La prévention des complications du diabète
Rencontre presse du 6 juillet 2005 ; 32p
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/diabete/DPdiabete2.pdf>

Etude EURODIAB :
D. DEVENDRA, E. Liu, G.S Eisenbarth (2004) BMJ 328 :750-754 ;
<http://bmj.bmjournals.com/>

Fédération Internationale du Diabète
<http://www.eatlas.idf.org/>

Trends in cardiovascular complications of diabetes
Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB Sr Wilson PW, Savage PJ ; JAMA 2004 ; 24 ; 292 (20) : 2495 – 9.

Mortality in adults with and without diabetes in a national cohort of the US population, 1971-1993
Gu K, Cowie CC, Harris MI ; Diabetes Care 1998; 21(7) : 1138-45.

Diabetic retinopathy
Fong DS, Aiello LP, Ferris FL III, Klein R; Diabetes cares 2004; 27 : 2540-53.

Preventing foot ulcers in patients with diabetes
Singh H, Armstrong DG, Leipsky BZ ; JAMA 2005 ; 293 : 217-228

Remerciements

Nous tenons en particulier à remercier : la FNORS et l'ORS Pays de la Loire ainsi que les producteurs des données qui alimentent ce Tableau de Bord.

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Pays de la Loire qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».



Observatoire Régional de la Santé

