

## CONTEXTE NATIONAL

Le diabète sucré est une maladie chronique caractérisée par un taux trop élevé de sucre dans le sang de façon plus ou moins permanente. Il en existe deux types : le diabète insulino-dépendant (type 1) et le diabète non insulino-dépendant (type 2). Le diabète de type 1 débute le plus souvent avant 20 ans de façon rapide, voire brutale. Le diabète de type 2 est une maladie d'installation progressive évoluant durant de nombreuses années de manière insidieuse, sans manifestation clinique. Ce type de diabète représente 90 % des cas de diabète. Il est à l'origine de nombreuses complications dégénératives, identiques à celles du diabète de type 1, qui peuvent révéler la maladie et en font toute la gravité : atteintes de la rétine (le diabète est l'une des premières causes de cécité en France), atteinte des nerfs périphériques, angor, infarctus du myocarde ou encore insuffisance rénale.

Il s'agit d'une maladie 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. Ainsi, on constate qu'au niveau mondial la prévalence du diabète de type 2 varie selon les groupes ethniques, l'urbanisation, le contexte social, culturel et économique.

En France, la prévalence du diabète a été essentiellement évaluée sur la base des ventes de médicaments antidiabétiques, à partir d'enquêtes réalisées sur des échantillons aléatoires de médecins généralistes ou de ménages et à partir d'analyses des fichiers de malades des caisses d'assurance maladie. En 1999, les données de la CNAMTS ont permis d'estimer à 2,6 % la proportion de personnes atteintes de diabète de type 2 traitées par médicaments, soit environ 1 500 000 personnes. Cette estimation ne tient cependant pas compte de la proportion de diabètes non diagnostiqués. L'analyse des taux de prévalence par région révèle une variabilité géographique importante. Ils varient de 3,5 % pour la Corse à 1,4 % pour la Bretagne.

Une enquête de dépistage réalisée en population générale (programme MONICA 1996-97) a permis d'estimer à 150 000 le nombre de personnes diabétiques non diagnostiquées préalablement. Au total, près de 1,7 million de personnes en France (3 % de la population) seraient atteintes d'un diabète de type 2 et cette prévalence pourrait atteindre 7 à 18 % dans les territoires d'outre-mer.

Peu de travaux ont été consacrés à l'évolution de la prévalence du diabète mais tous rapportent une augmentation de la fréquence de cette maladie. Même si une partie de cette augmentation, difficilement mesurable par ailleurs, est attribuable à une plus grande couverture sanitaire et à un meilleur dépistage, notamment dans les pays en voie de développement, il n'en est pas moins vrai que « l'épidémie de diabète » est réelle et ne cesse de progresser. Les facteurs de cette croissance sont l'augmentation du nombre de personnes âgées, l'accroissement de la prévalence de l'obésité et de la surcharge pondérale ainsi que les modifications des modes de vie.

Contrairement à ce qui est pour l'instant décrit dans le diabète de type 1, plusieurs études suggèrent qu'une prévention primaire du diabète de type 2 est possible en maintenant une certaine hygiène de vie (activité physique, nutrition), y compris chez des personnes à risque (en surpoids ou avec une intolérance au glucose).

Selon une proposition de l'ANAES, le dépistage opportuniste du diabète de type 2 (par une mesure de la glycémie à jeun) devrait être réalisé chez les personnes à risque de plus de 45 ans, c'est-à-dire celles ayant au moins un des facteurs de risque suivants : origine non caucasienne et/ou migrant, antécédents familiaux de diabète, antécédents personnels de diabète temporairement induit, antécédent de diabète gestationnel (ou enfant de poids de naissance > 4kg), hypertension artérielle, surpoids ou dyslipidémie.

La prise en charge du patient diabétique associe éducation nutritionnelle, traitement médicamenteux et prévention des complications de la maladie.

## SITUATION A LA REUNION

- La prévalence du diabète a été réactualisée récemment grâce à l'étude REDIA (Réunion-Diabète), réalisée en 1999-2001 par une équipe de chercheurs Inserm U500 et d'hospitaliers de l'île [1]. L'étude a permis d'établir une prévalence du diabète dans la population réunionnaise de 30-69 ans à 18% (11% de diabétiques connus et 7% de diabétiques dépistés), soit un taux estimé de 10% en population générale. Le taux de « diabète connu » est plus de 4 fois supérieur à celui observé en métropole (2,9%). La prévalence du diabète est maximale chez les 60-69 ans (35% chez les hommes contre 40% chez les femmes).

- Après une relative stabilité, le nombre de décès liés au diabète connaît une progression régulière depuis la période 1991-1993. Le nombre de décès a presque doublé ces 2 dernières décennies, passant de 95 décès en moyenne sur la période 1981-1983 à 174 en 1998-2000, soit une augmentation de 83%, (avec une évolution plus marquée chez les hommes, +156% contre +77% chez les femmes).

- En 2000, avec plus de 200 décès enregistrés, le diabète représente une part croissante dans la mortalité toutes causes confondues, soit 6% de l'ensemble des décès.

- Avec une tendance globale à la hausse, le taux de mortalité atteint 25 pour 100 000 habitants sur la période 1998-2000. La surmortalité masculine par diabète n'est présente qu'avant 65 ans. Au-delà de cet âge, les taux de mortalité féminins dépassent ceux des hommes avec des écarts croissants.

- Mais tous âges confondus, la mortalité féminine est légèrement supérieure à celle des hommes, contrairement aux autres principales causes de décès (indice de surmortalité de 1,1).

- Le diabète est responsable de 3 fois plus de décès à La Réunion qu'en métropole, à structure d'âge comparable (près de 5 fois plus chez les réunionnaises).

- Sur la période 2000 à 2002, le diabète est à l'origine de 2 316 admissions en affections de longue durée. Ce nombre a progressé de 40% depuis la période 1993-1995 (+49% chez les hommes et +33% chez les femmes). Le diabète représente ainsi le 2<sup>ème</sup> motif d'admission en ALD (29%), juste derrière les maladies cardiovasculaires (31%) en 2000-2002. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces admissions est supérieure de 97% à la moyenne nationale.

- Le diabète représente 3 787 séjours hospitaliers en 2000, soit une part croissante de 2,6% parmi l'ensemble des motifs de recours aux établissements de soins. Le nombre d'admis pour diabète est 3 fois plus élevé ici qu'en métropole, de façon plus prononcée chez les femmes (fréquence des admissions multipliée par 4).

- L'étude menée par les services médicaux sur la prise en charge du diabète [2] a permis d'estimer l'incidence des complications associées à cette pathologie: la rétinopathie et la néphropathie sont les plus fréquentes (+ de 20%).

- Le rythme de réalisation des examens de surveillance du diabète de type 2 est en deçà des objectifs de prévention des complications de cette maladie, notamment en ce qui concerne le contrôle de l'hyperglycémie qui n'est pas conforme aux recommandations de l'ANAES pour plus d'un patient suivi sur 2.

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.

# DIABETE

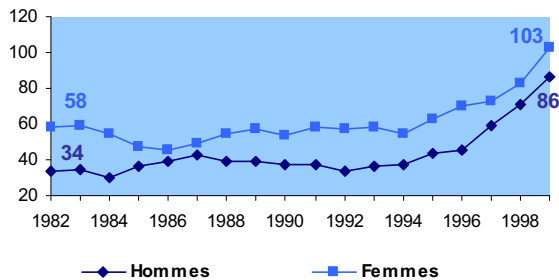
## TAUX DE PREVALENCE DU DIABETE (CONNU + DEPISTE) A LA REUNION (POPULATION DES 30-69 ANS), EN %

	HOMMES			FEMMES		
	Diabète connu	Diabète dépisté	Total	Diabète connu	Diabète dépisté	Total
30-39 ans	2,5	4,9	7,3	2,7	3,6	6,3
40-49 ans	9,9	8,1	18,0	10,7	6,0	16,7
50-59 ans	20,2	8,8	29,1	21,0	7,5	28,6
60-69 ans	24,9	9,6	34,5	29,0	11,2	40,2

Source : Etude REDIA-INSERM [1]

\* taux ajusté

## EVOLUTION DU NOMBRE\* DE DECES LIES AU DIABETE A LA REUNION, SELON LE SEXE



Source : INSERM-CEPIDC, FNORS

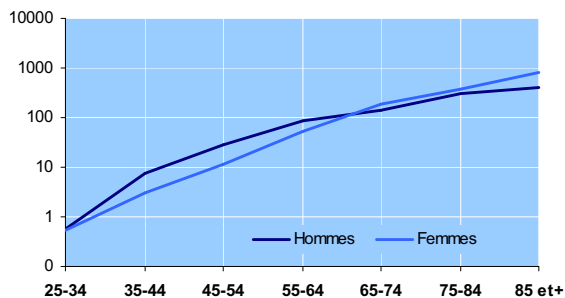
\* Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphe est l'année centrale de la période triennale.

## NOMBRE DE DECES LIES AU DIABETE EN 2000 (EVOLUTION DEPUIS 1982)

	Effectif	Part dans la mortalité totale, en %	Taux brut de mortalité pour 1000 hab.
Hommes	92 (+114%)	4,2 (+140%)	25,9 (+100%)
Femmes	136 (+106%)	8,3 (+62%)	37,0 (+49%)
Ensemble	228 (+130%)	5,9 (+83%)	31,8 (+68%)

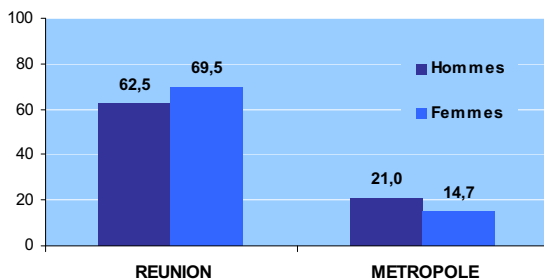
Source : INSERM-CEPIDC – Exploitation DRASS [3]

## TAUX BRUT DE MORTALITE PAR DIABETE SELON L'AGE ET LE SEXE A LA REUNION (MOYENNE 1998-2000)



Source : INSERM-CEPIDC, FNORS

## TAUX COMPARATIFS DE MORTALITE PAR DIABETE EN 2000 (POUR 100 000 HABITANTS)



Source : INSERM-CEPIDC – Exploitation DRASS [3]

## NOMBRE D'ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE POUR DIABETE A LA REUNION (MOYENNE 2000-2002)

	Hommes	Femmes	Total	Evolution depuis 93-95
Moins de 45 ans	281	342	623	+ 37%
45-74 ans	725	818	1543	+ 42%
75 ans et +	48	102	150	+ 29%
Total	1054	1262	2316	+ 40%

Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA

## SEJOURS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DUREE POUR DIABETE A LA REUNION EN 2000

	n	%	ICR*	Evolution 1998-2000
Hommes	1215	32	198	+10%
Femmes	2572	68	416	+34%
Ensemble	3787	100	307	+26%

Source : DREES (PMSI – données domiciliées et redressées) - DRASS [4]

\* ICR : Indice Comparatif de Recours hospitalier (voir définition ci-après)

## FREQUENCE DES REMBOURSEMENTS DE TRAITEMENTS ANTI-DIABETIQUES ET DES TRAITEMENTS ASSOCIES<sup>1</sup>

	effectifs	%	IC 95%
<b>Traitement anti-diabétiques</b>	245		
Monothérapie d'ADO*	83	33,9	[28,1 ; 39,9]
Bithérapie d'ADO*	69	28,3	[24,7 ; 36,1]
Triothérapie d'ADO*	27	11,0	[8,3 ; 16,5]
Insuline+/- ADO*	51	20,8	[16,1 ; 26,3]
Absence de traitement	6	2,4	[0 ; 1,9]
Traitement inconnu	9	3,7	[0 ; 2,5]
<b>Autres traitements</b>	226		
Dont à visée cardiovasculaire	138	61,1	[63,5 ; 75,3]
Dont hypolipémiants	59	26,1	[23,6 ; 35,2]

Source : Service médical - CGSS [2]

\* Anti-diabétique oraux

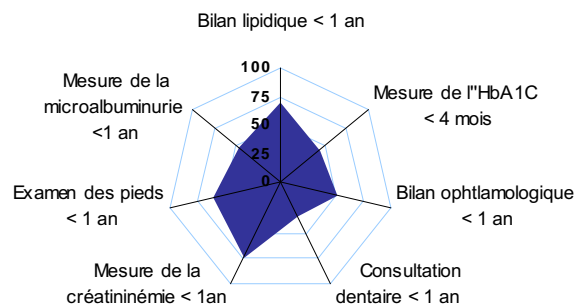
1. selon le médecin traitant

## FREQUENCE DES COMPLICATIONS ASSOCIEES AU DIABETE (IDENTIFIEES PAR LE MEDECIN TRAITANT)

	n	effectifs	%	IC 95%
<b>CEIL</b>				
Rétinopathie	252	52	20,6	[15,6 ; 25,6]
Cataracte	252	31	12,3	[8,2 ; 16,4]
Cécité	251	6	2,4	[0,5 ; 4,3]
<b>ARTERES</b>				
Coronaropathies aiguës / chroniques	252	29	11,5	[7,6 ; 15,4]
Artériopathie périphérique	251	28	11,2	[7,3 ; 15,1]
AVC même régressif	252	10	4,0	[1,6 ; 6,4]
<b>NERFS</b>				
Neuropathies	252	37	14,7	[10,3 ; 19,1]
Pied diabétique	252	9	3,6	[1,3 ; 5,9]
<b>REINS</b>				
Néphropathie	249	56	22,5	[17,3 ; 27,7]
Insuffisance rénale chronique dialysée	251	7	2,8	[0,8 ; 4,8]
<b>AUTRES</b>				
Impuissance masculine	87	14	16,1	[8,4 ; 23,8]
Amputation	252	2	0,8	[0,0 ; 1,9]

Source : Service médical – CGSS [2]

## ADEQUATION DU SUIVI MEDICAL DU DIABETE TRAITÉ AU SUIVI RECOMMANDE PAR L'ANAES



Source : Service médical – CGSS [2]

## Définitions

**Prévalence** : nombre de cas à un moment donné.

**ALD** : Affection de Longue Durée (voir fiche « Affection de Longue Durée »).

**ADO** : antidiabétique oraux. Le diabète de type 2 se traite par antidiabétiques oraux et parfois par antidiabétiques oraux et insuline injectable. Les diabétiques de type 1 ne sont traités que par insuline injectable.

**Indice comparatif de recours aux établissements de soins (ICR)** : L'indice comparatif de recours hospitalier permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou département, avec la moyenne nationale. C'est le rapport en base 100 du nombre observé au nombre « attendu » (c'est-à-dire qui serait obtenu si les taux spécifiques par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux). L'ICR France métropolitaine étant égal à 100, un ICR de 198, signifie une fréquence des séjours hospitaliers supérieure de 98% à la moyenne nationale..

**Taux comparatif** : Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) 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 généralement). Un taux comparatif permet de comparer la situation de 2 territoires en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

## Repères bibliographiques et sources

[1] **Prévalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA**

F. Favier, I. Jaussent, N. Le Moullec et al.  
Dans « Diabetes Res Clin Pract » - 2004 – sous presse

[2] **Prise en charge médicale du diabète à La Réunion Etude d'un échantillon de bénéficiaires de l'Assurance Maladie**

Direction du Service Médical de l'île de La Réunion  
Dans « Bulletin d'information du Service Médical », n°8 – septembre 2003 – 4p.

[3] **Analyse des composantes de la mortalité à La Réunion en 2000**  
DRASS de La Réunion – Services Etudes et statistiques, août 2002/04 – 29p.

[4] **Analyse de la morbidité hospitalière à La Réunion de 1998 à 2000**

Données du PMSI redressées par la DREES  
DRASS de La Réunion – Service statistique, 9p.

[5] **Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique**

Observatoire Régional de la Santé de La Réunion, septembre 2004, 38p.

[6] **Surveillance du diabète – Etude ENTRED : Bilan d'étape E. Eschwege**

Dans « Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire », Numéro spécial consacré au diabète, n°49-50, décembre 2003, INVS, p 237-244.

[7] **Principe du dépistage du diabète de type 2**

AGENCE Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, février 2003 – 159p.

[8] **Données épidémiologiques sur le diabète de type 2**

D. Simon  
Dans « Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire », Numéro spécial consacré au diabète, n° 20-21, mai 2002 – INVS – 86p.

[9] **L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine**

P. Ricordeau, A. Weill, N. Vallier et al.  
"Diabetes & Metabolism", vol. 26, su ppl.6, septembre 2000 – pp. 11-24

[10] **Etude prospective sur les amputations des membres inférieures chez les patients diabétiques à l'île de La Réunion**

Observatoire Régional de la Santé de La Réunion, décembre 2001, 55p.