

Le diabète

à La *Réunion*

Décembre 2009

Introduction

Contexte

- La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation et l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.
- Le tableau de bord régional présenté ici a été réalisé dans le cadre de la convention entre le GRSP et l'ORS Réunion concernant sa mission d'observation et de suivi du Plan Régional de Santé Publique de La Réunion (PRSP).
- Plusieurs objectifs du PRSP concernent directement ou indirectement le diabète, en terme notamment de réduction des facteurs de risques, de réduction de la prévalence de la pathologie, d'amélioration de la qualité de vie, ...

Objectifs

- Ce tableau de bord a pour objectif général de faire un état des lieux sur le diabète à La Réunion, à un moment donné.
- L'objectif final est de guider les actions de prévention.

Méthodologie

- Ce travail repose sur la mise à jour d'indicateurs sur le diabète : incidence, prévalence, morbidité, mortalité, offre de soins et prise en charge, ...
- Les principales sources de données utilisées sont :

- **les admissions en affection de longue durée (ALD) prononcées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA, RSI)**

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression d'un ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. L'information sur la maladie connue dans les fichiers médicaux ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, des personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux. Le diabète correspond au groupe ALD n°8.

- **les diagnostics principaux d'hospitalisation en établissements de soins de courte durée**

Les données d'hospitalisations sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces données permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Des séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.

- **les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC**

Les données sont issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès. Les statistiques annuellement élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDC) sont établies à partir des données recueillies sur le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès. Ce certificat comporte des données démographiques et une description du processus pathologique ayant conduit à la mort avec une cause initiale de décès notée sur la dernière ligne et définie comme étant la pathologie à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. L'analyse de ces données permet de suivre l'évolution des causes de décès, d'élaborer des indicateurs de mortalité contribuant à la définition des priorités de santé publique et d'évaluer l'impact des actions de santé. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM), 10^{ème} révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10).

- **les données de l'INSEE (pour les calculs de taux)**

Les données sont issues des estimations régionales de la population. Les effectifs de population par sexe et tranche d'âge quinquennal sont estimés au 1^{er} janvier de chaque année.

Définitions

- **ALD** : Affection Longue Durée. Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.
- **Diabète** : maladie métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé) résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action d'insuline. Le diabète correspond au :
 - code CIM 10 E10-E14 pour les données de mortalité et d'hospitalisation,
 - groupe ALD n°8 pour les données ALD.
- **Incidence** : nombre de nouveaux cas sur une période donnée.
- **Mortalité prématurée** : ensemble des décès qui surviennent avant l'âge de 65 ans.
- **Mortalité évitable** : certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prises en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans.

Les « décès évitables » peuvent se subdiviser en 2 sous-groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence : les décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire (décès évitables par une action sur les facteurs de risque individuels) et les décès évitables grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (décès évitables par des actions sur le système de soins).
- **Prévalence** : nombre total de cas dans une population à un moment donné.
- **Taux comparatif ou taux standardisé (sur l'âge)** : taux que l'on observerait dans la région (ou le département) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP90). Un taux comparatif permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Sommaire

Contexte national	4
Prévalence du diabète traité à La Réunion	5
Morbidité liée au diabète à La Réunion	7
Mortalité par diabète à La Réunion	10
Facteurs de risques et déterminants	13
Politiques régionales et stratégies de prévention	14
Offre de soins et de prise en charge	16
Adresses utiles	18
Références bibliographiques et sources	19
Synthèse	20

Contexte national

Le diabète est une maladie métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé) résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action d'insuline. Il existe deux types de diabète.

Le diabète de type 1 représente moins de 10% des cas de diabète en France et débute en général dans l'enfance ou l'adolescence. Ce type de diabète est dit insulino-dépendant car le traitement par insuline est indispensable (injection quotidienne d'insuline pour assurer la survie).

Le diabète de type 2, dit non insulino-dépendant est la forme la plus fréquente du diabète. 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 en France et apparaît en général à partir de 40 ans. Le traitement repose sur des mesures hygiéno-diététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou à l'insuline [1, 2].

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée par l'Assurance maladie à 3,95% en 2007, soit 2,5 millions de personnes diabétiques traitées [3-5]. A cette estimation, il faut ajouter la prévalence du diabète diagnostiqué et non traité pharmacologiquement, estimée par l'Etude nationale nutrition santé (ENNS) à 0,6 % chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006-2007 [6]. Ces estimations ne tiennent cependant pas compte de la proportion de diabètes non diagnostiqués. La fréquence du diabète non diagnostiqué s'élève à 1% chez les 18-74 ans. Dans cette classe d'âge, environ 20 % des personnes diabétiques ne seraient pas diagnostiquées [6].

La prévalence est plus élevée entre 75 et 79 ans. 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].

Une augmentation continue de la prévalence du diabète a été observée de 2000 à 2005 (+5,7% par an). Cette augmentation devrait se poursuivre, en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes diabétiques, mais aussi de l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Des projections, tenant compte du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (principal facteur), 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 2006, environ 178 000 personnes ont été admises en ALD-diabète en France métropolitaine. Globalement, le nombre d'admissions a augmenté de 2000 à 2006 (+32%). Le taux standardisé d'admissions en ALD-diabète a augmenté de 236/100 000 en 2000 à 286/100 000 en 2006 [5].

Les complications du diabète sont fréquentes et graves : cécité, maladies rénales, plaies du pied conduisant parfois à l'amputation, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral (AVC), ... En 2007, ce sont plus de 9 000 personnes diabétiques qui ont été hospitalisées pour un acte d'amputation du membre inférieur en métropole, soit un taux d'incidence brut de 376 pour 100 000 personnes diabétiques [5]. Selon les derniers résultats de l'enquête ENTRED 2007, les complications suivantes ont été retrouvées parmi les patients diabétiques de type 2 : infarctus du myocarde (17%), AVC (5%), cécité (4%), amputation (1,5%), ... [3-5].

La surveillance des patients diabétiques est importante pour prévenir, dépister ou ralentir ces complications. Le traitement et le suivi du diabète fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques cliniques, établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) [9]. Cette surveillance s'est nettement améliorée au cours des dernières années mais reste encore insuffisante [10].

En 2006, parmi les certificats de décès de personnes résidant en France, 32 156 mentionnaient un diabète parmi les causes multiples de décès (6,1%) et 11 498 identifiaient le diabète comme cause initiale du décès (2,2%). Le taux standardisé de mortalité liée au diabète en causes multiples, était de 31 pour 100 000 habitants. Le taux de décès est plus élevé chez les hommes, mais l'indice de surmortalité masculine diminue avec l'âge [5, 11].

L'Institut de veille sanitaire (InVS) développe depuis 2001 un programme de surveillance épidémiologique du diabète. L'InVS, avec ses partenaires, a lancé en 2007 (jusqu'en 2010), la deuxième étude Entred (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques).

Le programme de surveillance du diabète contribue aux efforts nationaux concernant le diabète :

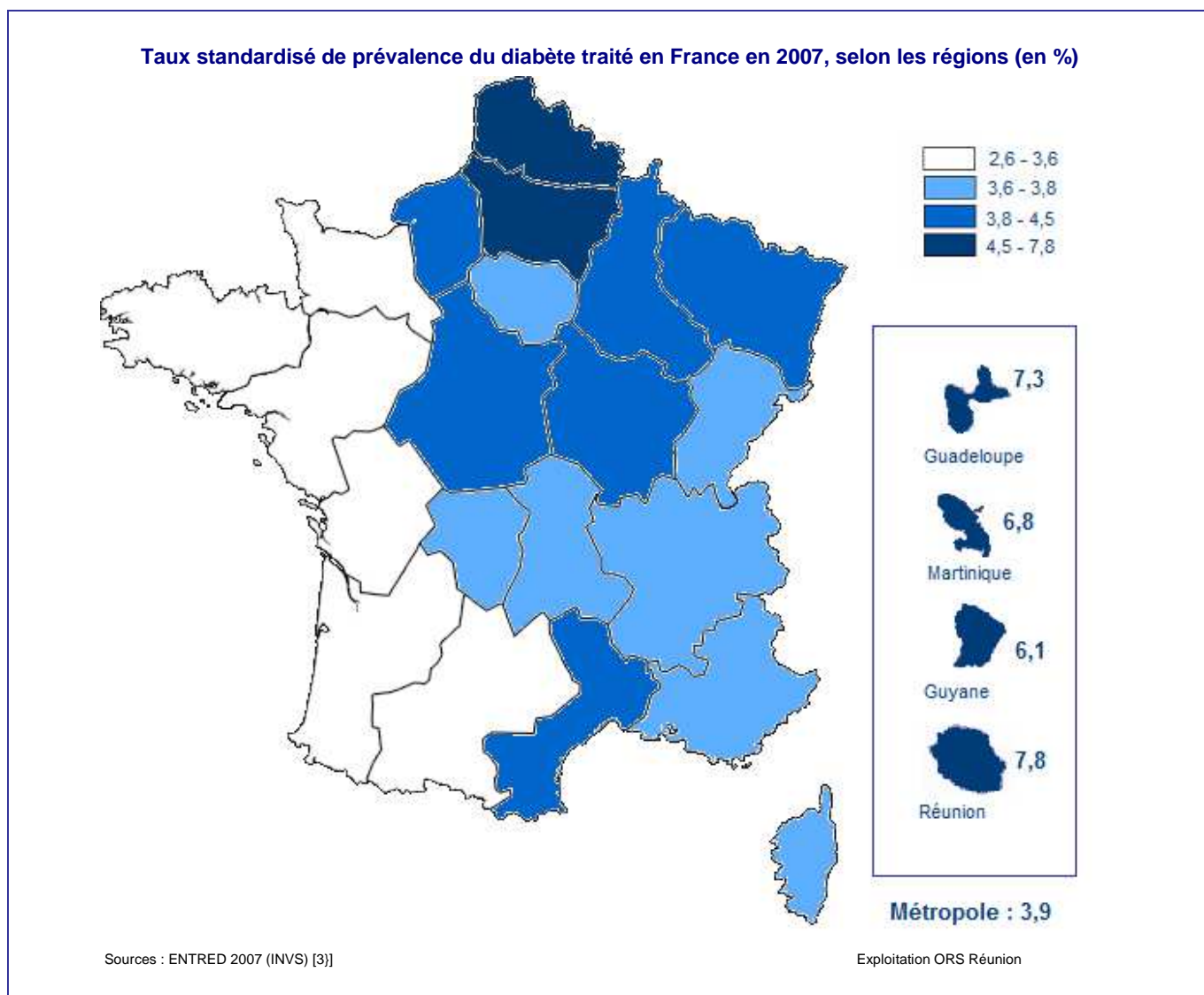
- à la loi de santé publique de 2004 qui a parmi ses objectifs de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète (et notamment les complications cardiovasculaires) et d'assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfédiem, l'Affsaps et l'HAS pour 80% des diabétiques en 2008 [12-14] ;
- au plan 2007-2011 destiné à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [15].

Prévalence du diabète traité à La Réunion

Les données de prévalence présentées ici correspondent aux données de prévalence du diabète traité pharmacologiquement. Les données sont issues de l'enquête ENTRED 2007.

► La Réunion caractérisée par la prévalence du « diabète traité » la plus élevée de France

- En 2007, le taux standardisé de prévalence du diabète traité était de 7,8% à La Réunion. C'est le taux le plus élevé de l'ensemble du territoire français, 2 fois supérieur au taux métropolitain (3,9%) [3-5].
- De manière générale, les taux les plus élevés, en France, étaient observés dans les territoires d'outre-mer.



Prévalence du diabète traité à La Réunion

► La Réunion caractérisée par un sur-risque féminin

- Fait particulièrement notable, à l'inverse de la métropole, le diabète de La Réunion et des régions d'outre-mer de manière générale, se caractérise par un sur-risque féminin.
- A La Réunion, la prévalence du diabète traité est de 8,6% pour les femmes contre 6,8% pour les hommes en 2007.

Part et taux standardisé* du diabète traité selon le sexe dans les DOM et en métropole en 2007

	Part (en %)		Taux standardisé (en %)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Guadeloupe	37,3	62,7	6,1	8,2
Martinique	36,9	63,1	5,6	7,6
Guyane	40,1	59,9	4,8	7,1
Réunion	41,0	59,0	6,8	8,6
Métropole	53,1	46,9	4,7	3,3

Sources : ENTRED 2007 (INVS) [3]

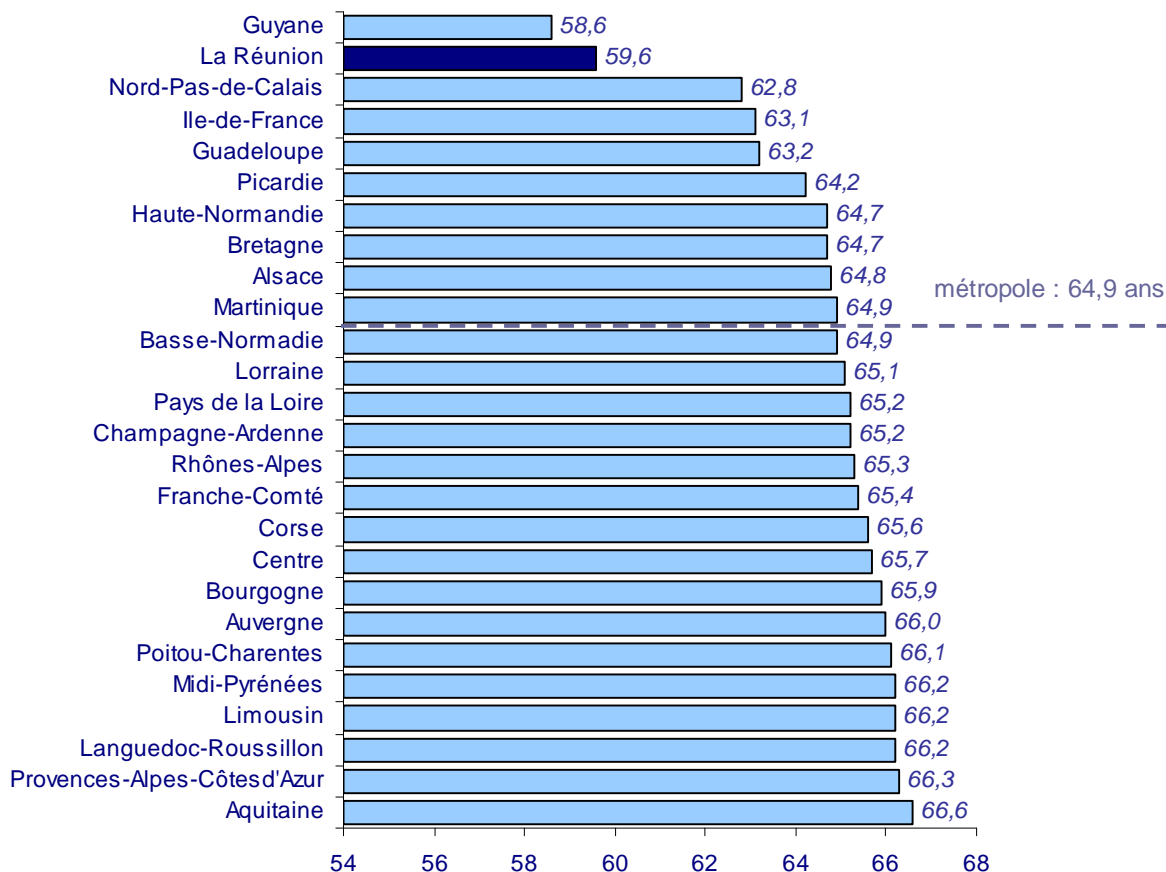
Exploitation ORS Réunion

* taux standardisé selon la structure d'âge et de sexe de la population Insee France entière au 01/01/2008

► Survenue du diabète plus précoce à La Réunion

- En 2007, les personnes traitées pour diabète sont âgées en moyenne de 59,6 ans à La Réunion, contre 64,9 en métropole.
- La Guyane et La Réunion sont caractérisées par les moyennes d'âges les moins élevées de l'ensemble du territoire français.

Age moyen des patients traités pharmacologiquement pour le diabète selon les régions de France en 2007



Sources : ENTRED 2007 (INVS) [3]

Exploitation ORS Réunion

Morbidité liée au diabète à La Réunion

► Diabète : 2ème motif d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) à La Réunion

- Entre 2004 et 2006, plus de 3 300 Réunionnais ont été admis en ALD pour diabète de type 1 ou de type 2 (groupe ALD n°8), ce qui correspond à un taux brut de 4,3 admissions en ALD pour 1 000 habitants.
- Le diabète constitue le 2ème motif d'admission en ALD (28%) derrière les maladies cardiovasculaires (38%) et devant les cancers (13%).
- Le nombre d'admissions en ALD pour diabète a augmenté de 30% entre 2000 et 2006, plus particulièrement chez les hommes (+39%). Néanmoins, ce nombre tend à diminuer depuis 2004.
- Les admissions concernent plus fréquemment les femmes (53%) sur la période 2004-2006.

Nombre d'admissions annuelles en Affection de Longue Durée (ALD) pour diabète, La Réunion, 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Moyenne 2004-2006	Evolution 2000-2006
Hommes	1 009	1 024	1 130	1 312	1 550	1 532	1 407	1 496	39%
Femmes	1 299	1 246	1 241	1 412	2 027	1 814	1 599	1 813	23%
Ensemble	2 308	2 270	2 371	2 724	3 577	3 346	3 006	3 310	30%

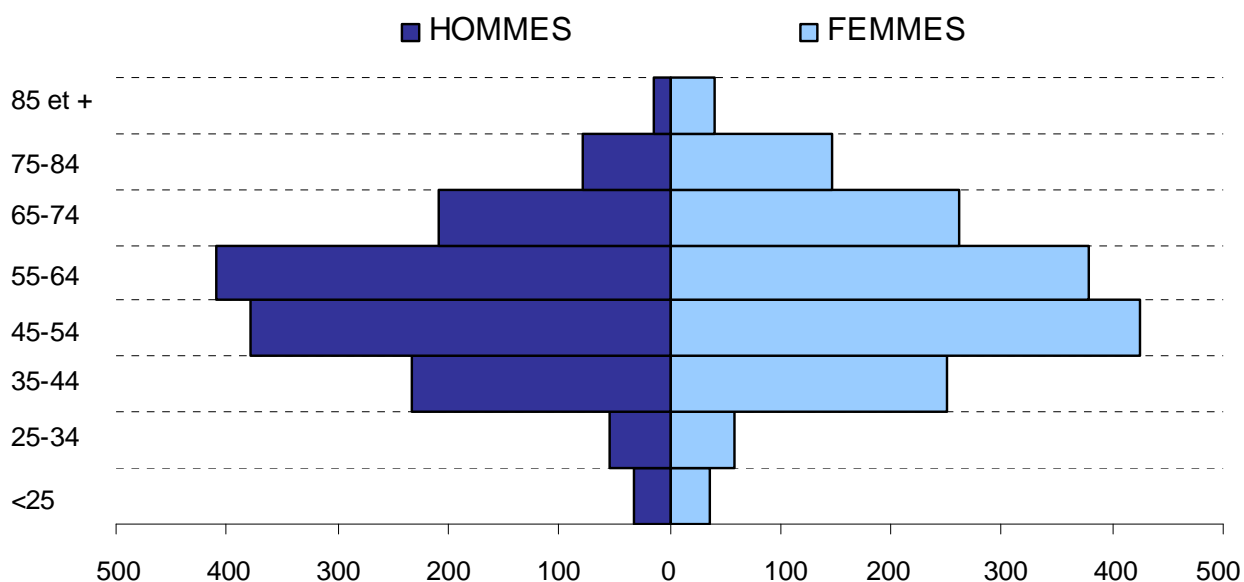
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS

Exploitation ORS Réunion

► Des admissions en ALD - diabète à partir de 35 ans

- En 2006, les admissions en ALD pour diabète étaient majoritairement prononcées pour des personnes âgées de 35 à 74 ans (85%).
- Les pics de fréquence se situent entre 45 et 74 ans. Après 75 ans, les effectifs diminuent avec l'âge.
- Globalement, la répartition par âge des admissions en ALD-diabète est comparable entre les hommes et les femmes.

Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD) pour diabète selon le sexe et l'âge, La Réunion, 2006



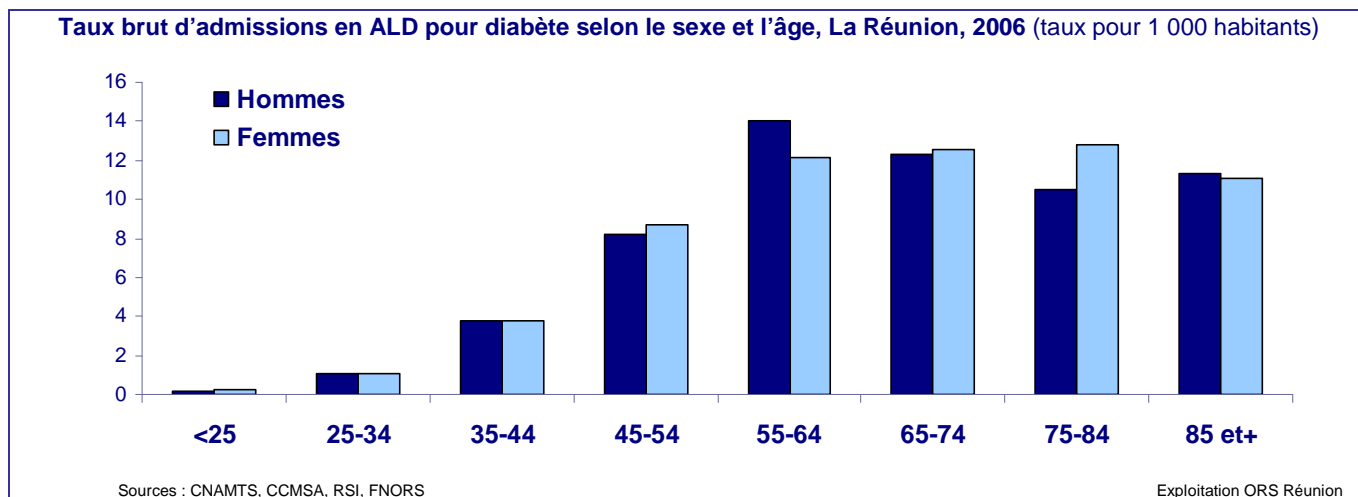
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS

Exploitation ORS Réunion

Morbidité liée au diabète à La Réunion

► Un taux d'admission pour ALD-diabète plus élevé à partir de 55 ans.

- Le taux d'admission en ALD-diabète augmente avec l'âge, jusqu'à 65 ans chez les hommes. Entre 55 et 64 ans, le taux masculin atteint la valeur maximale de 14 admissions pour 1 000 habitants.
- Chez les femmes, le taux brut d'admissions augmente jusqu'à 85 ans, pour atteindre la valeur maximale de 13 admissions pour 1 000 Réunionnaises de 75 à 84 ans.



► Plus de 2 600 séjours hospitaliers liés au diabète en moyenne chaque année à La Réunion

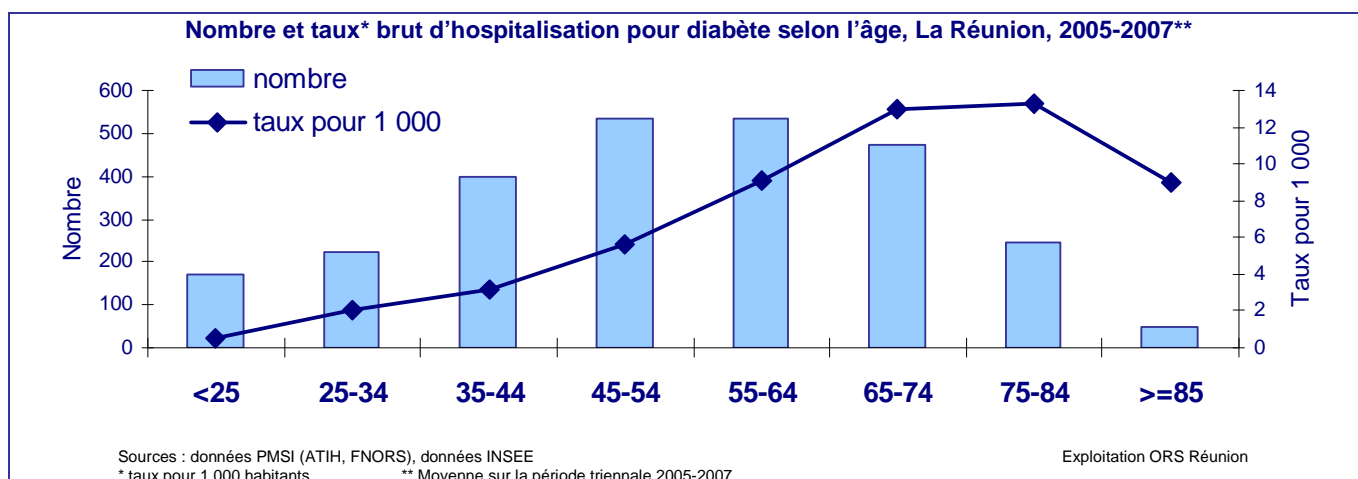
Sur la période 2005-2007, le diabète a entraîné 2 627 hospitalisations en moyenne chaque année, soit un taux brut régional de 3 séjours pour 1 000 Réunionnais. Néanmoins, le nombre d'hospitalisations liées au diabète tend à diminuer (-16% entre 2005 et 2007).

► Des recours hospitaliers plus fréquents chez les femmes

Les hospitalisations ayant pour diagnostic principal le diabète concernent plus fréquemment les femmes (57%).

► Des recours hospitaliers nettement plus fréquents avec l'âge

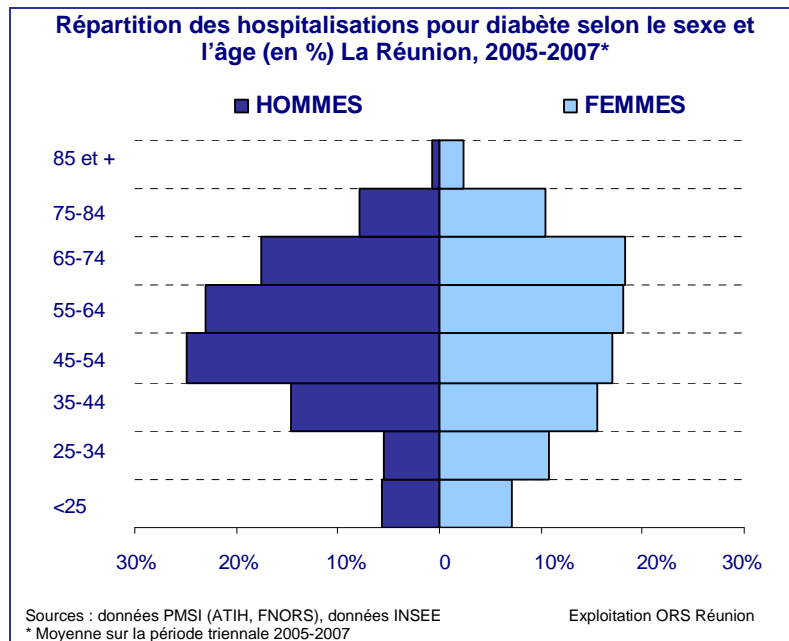
- Les pics de fréquence d'hospitalisations sont observés entre 45 et 64 ans (41% des hospitalisations). Trois hospitalisations sur 4 liées au diabète sont survenues entre 35 et 74 ans.
- Le taux brut d'hospitalisation augmente avec l'âge jusqu'à 84 ans : de 1 pour 1 000 habitants pour les moins de 45 ans, le taux passe à 9 pour 1 000 chez les 55-64 ans et à 13 pour 1 000 entre 65 et 84 ans.



Morbidité liée au diabète à La Réunion

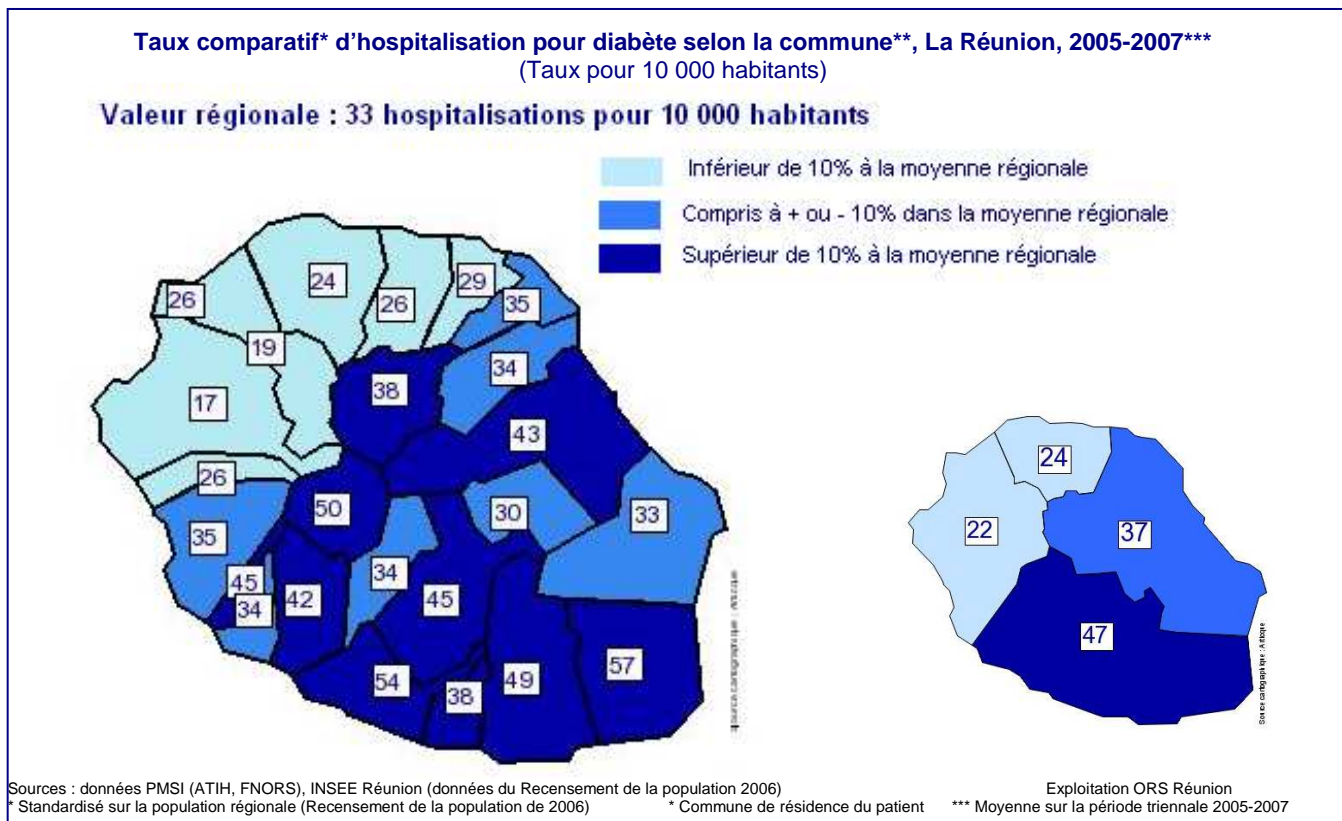
► Des hospitalisations plus précoces chez les hommes

- Les hospitalisations avant 65 ans sont plus fréquentes chez les hommes : 74% des hospitalisations masculines surviennent avant cet âge contre 69% pour les femmes.
- Chez les hommes, les pics de fréquence sont observés entre 45 et 64 ans (50% des hospitalisations).
- Chez les femmes, les hospitalisations se concentrent entre 35 et 74 ans (2/3 des hospitalisations féminines).
- Néanmoins, un tiers des hospitalisations chez les femmes survient avant l'âge de 35 ans, contre un quart chez les hommes.



► Des hospitalisations fréquentes pour les patients de la région Sud

- Le recours hospitalier pour diabète montre des disparités fortes selon les communes de résidence des patients. Entre 2005 et 2007, le taux comparatif d'hospitalisation régional est de 33 pour 10 000 habitants.
- Les communes du Sud de l'île, ainsi que les cirques et la commune de St-Benoît connaissent les taux d'hospitalisation pour diabète les plus élevés de l'île, avec des taux supérieurs de 10% à la valeur régionale. La micro-région Sud est caractérisée par un taux comparatif d'hospitalisation maximal (47 hospitalisations pour 10 000 habitants) ; à l'inverse les régions Nord et Ouest affichent les taux les plus bas (respectivement 24 et 22 hospitalisations pour 10 000 habitants).



Mortalité par diabète à La Réunion

► Plus de 230 décès liés au diabète en moyenne chaque année à La Réunion

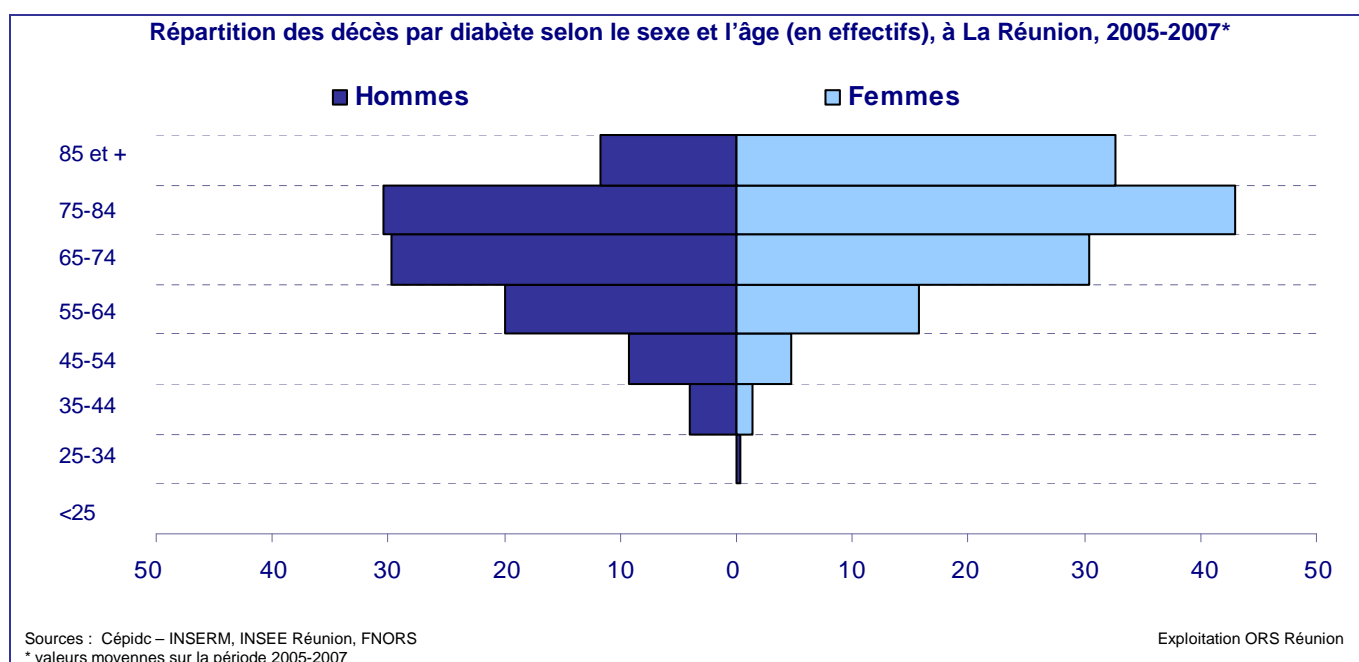
- A La Réunion, le diabète est responsable de 233 décès en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 : 105 hommes et 128 femmes (sex ratio H/F : 0,8).
- Le taux brut de mortalité correspondant est de 30 décès pour 100 000 habitants sur la période 2005-2007.

► Des décès par diabète majoritairement après 65 ans

- Plus des $\frac{3}{4}$ des décès ayant pour cause initiale le diabète surviennent après l'âge de 65 ans, soit 213 décès en moyenne sur la période 2005-2007.

► Mortalité prématurée : les hommes davantage concernés

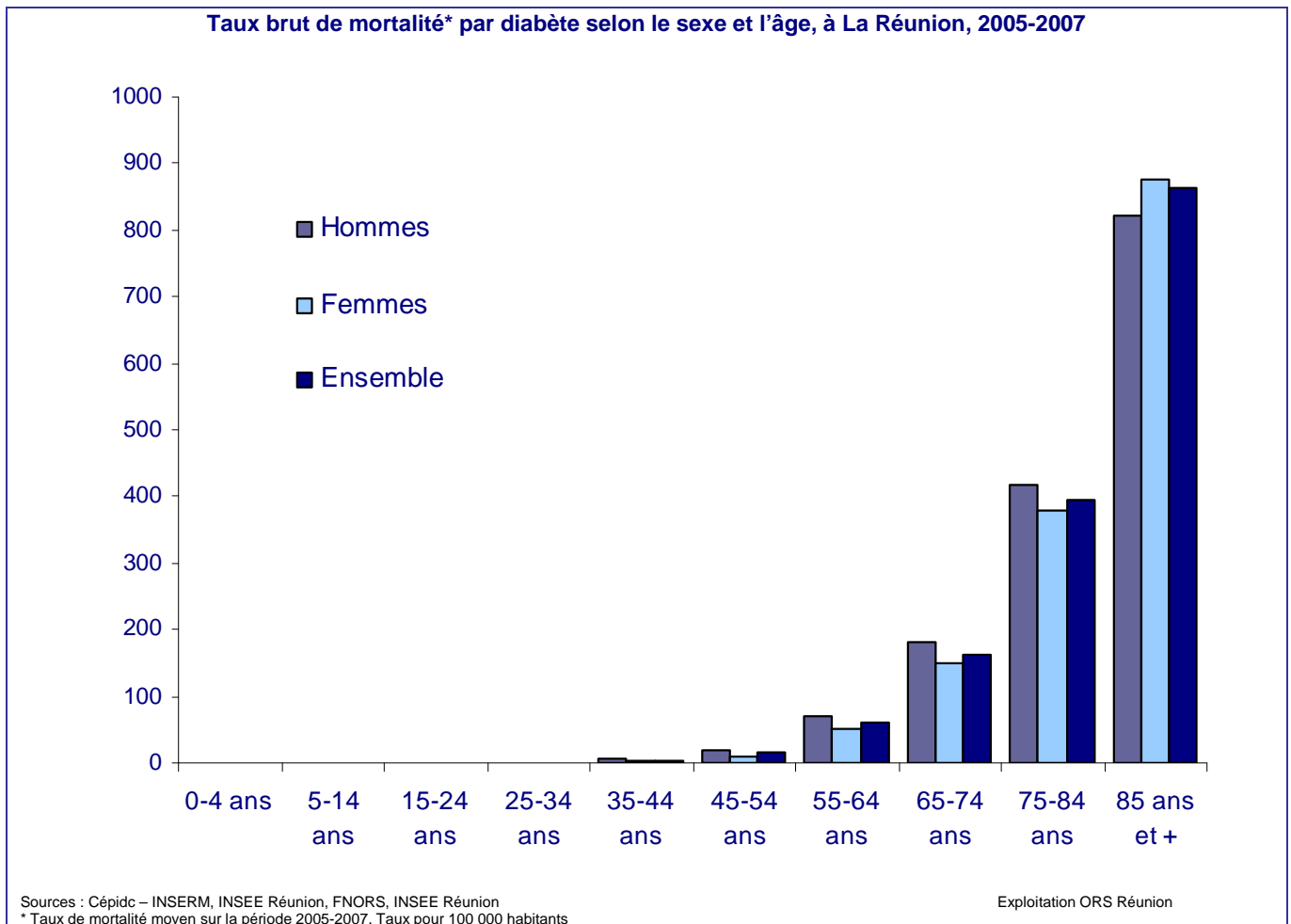
- Avant l'âge de 65 ans, les décès sont considérés comme prématurés : 56 Réunionnais meurent en moyenne chaque année prématurément en raison du diabète sur la période 2005-2007 (un quart des décès).
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) est plus fréquente chez les hommes : 32% contre 17% chez les femmes.
- Après 65 ans, les décès concernent majoritairement des femmes (60% des décès).
- Le pic de fréquence de décès par diabète est plus précoce chez les hommes : dès 65 ans alors que les décès féminins par diabète surviennent majoritairement entre 75 ans et 84 ans.



Mortalité par diabète à La Réunion

► Une mortalité par diabète croissante avec l'âge

- Le taux brut de mortalité augmente considérablement avec l'âge : de 1,1 pour 100 000 habitants pour les moins de 45 ans, le taux passe à 171 chez les 65-74 ans, 407 chez les 75-84 ans pour atteindre la valeur maximale de 907 pour 100 000 chez les plus de 85 ans.
- Les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins jusqu'à l'âge de 85 ; au-delà, la situation est inversée.



► Surmortalité masculine par diabète sur la période 2005-2007

- Sur la période 2005-2007, le taux comparatif de mortalité par diabète est plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 62 décès pour 100 000 habitants contre 55 pour 100 000 chez les femmes.
- Cette situation diverge des années précédentes où l'on observait une surmortalité féminine par diabète.

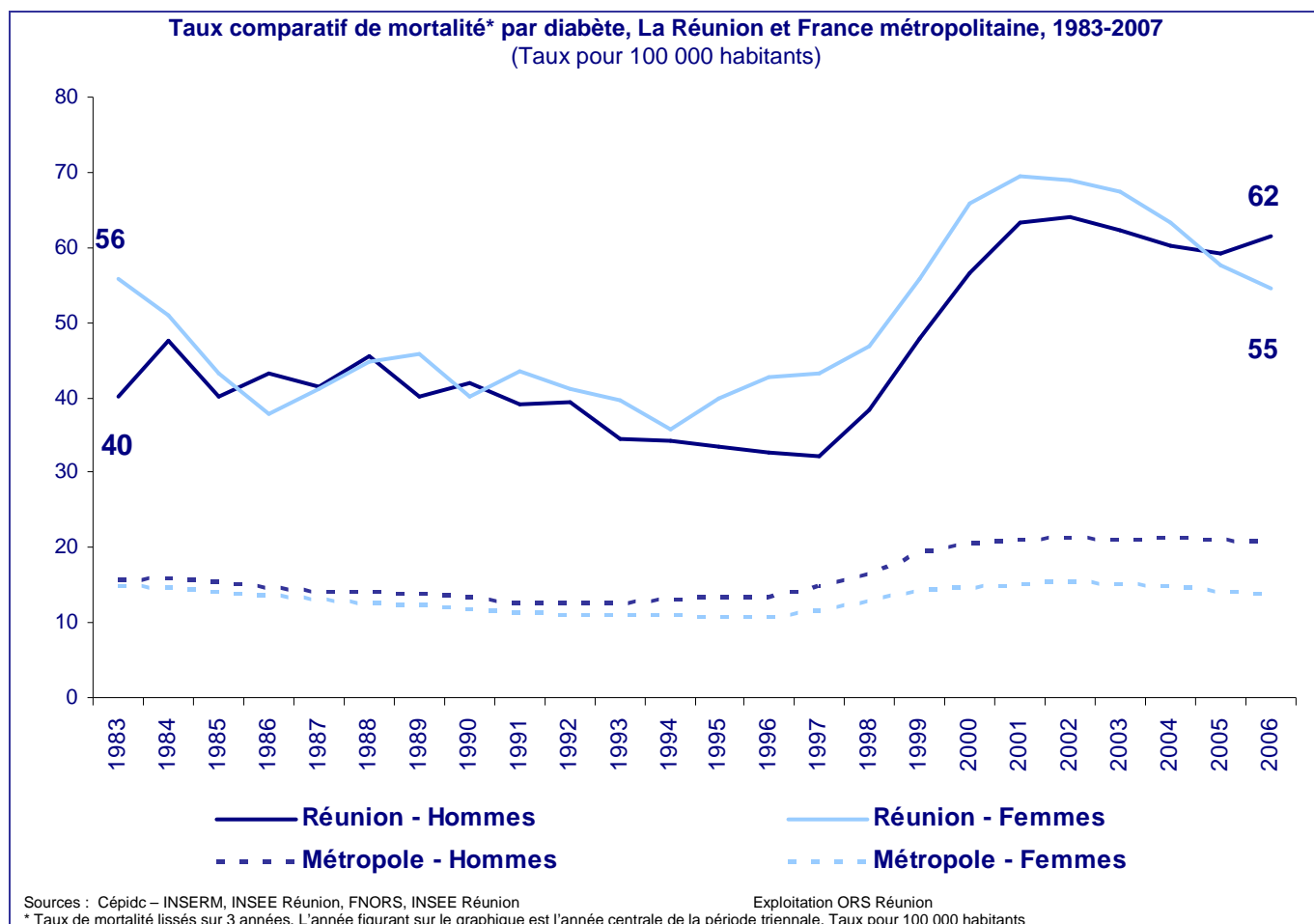
► Hausse de la mortalité chez les hommes mais tendance à la baisse chez les femmes

- La mortalité par diabète, quel que soit le sexe, a connu une progression importante jusqu'en 2000 puis une phase de recul jusqu'en 2004.
- Depuis 2004, cette mortalité évolue de manière différente selon les sexes : rebond de la mortalité masculine sur la période 2005-2007 alors que la mortalité féminine par diabète continue de décroître sur la même période.

Mortalité par diabète à La Réunion

► Une mortalité régionale supérieure à celle de la métropole

- La mortalité par diabète est plus élevée à La Réunion qu'en métropole : un taux régional standardisé presque 3,5 fois supérieur au taux métropolitain (57,9 décès pour 100 000 habitants contre 16,7 pour 100 000 en métropole sur la période 2005-2007).
- La surmortalité régionale est observée quel que soit le sexe.



Facteurs de risques et déterminants

► Une maladie d'origine multifactorielle

Divers facteurs constitutionnels et comportementaux expliquent la progression du diabète : prédisposition génétique, âge, obésité, ...

► Un risque d'augmentation dans les années à venir

- La population de La Réunion est jeune comparativement à celle de la métropole. Au 01/01/2008, La Réunion compte près de 26 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 3% de la population totale estimée (contre 8% en métropole). Néanmoins, à l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus aura plus que doublé et les 75 ans et + représenteront 6% de la population réunionnaise (soit plus de 63 000 personnes) [16].
- La fréquence du diabète traité varie de manière importante selon l'âge : elle passe de 5,8% parmi les 45-64 à 13,3% chez les 65-74 ans et 13,4% chez les 75 ans et + [3].
- Le vieillissement prévisible de la population réunionnaise ainsi que la précocité de la survenue du diabète sur l'île laissent supposer que la morbidité et la mortalité par diabète vont s'accroître dans les prochaines années. Ce constat renforce la nécessité de la prévention et de la prise en charge de cette pathologie.

► Des facteurs comportementaux propices au développement du diabète

- D'autres facteurs comportementaux influencent l'incidence du diabète. Les comportements hygiéno-diététiques défavorables constituent un facteur de risque de la maladie mais sur lequel il peut être possible d'agir.
- L'obésité demeure l'un des principaux facteurs de déclenchement de la maladie. Les dernières données disponibles sur les prévalences de la surcharge pondérale à La Réunion mettaient en évidence des proportions en population générale plus élevées dans notre région que par rapport à la moyenne métropolitaine [16-18]. La dernière estimation de la prévalence de la surcharge pondérale à La Réunion était de 50% contre 41% en métropole.
- Les dernières enquêtes locales sur l'alimentation et l'activité physique révélaient également une pratique insuffisante d'activité physique régulière au sein de la population [18-19]. En 2004, une enquête en population générale montrait des comportements à risque en terme d'alimentation [15]. Des écarts entre pratiques et recommandations hygiéno-diététiques du PNNS étaient ainsi observés, principalement pour les fruits/légumes, les produits laitiers et l'activité physique. Selon les résultats de cette même enquête, plus de 60% des personnes étaient en dessous des recommandations en ce qui concerne l'activité physique, à savoir une activité physique journalière représentant l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.

Prévalence de l'obésité à La Réunion et en métropole

SURPOIDS/OBESITE	Réunion 2001	Métropole 2003
Prévalence de la surcharge pondérale (%) ** (population 30-69 ans)	50	41
Surpoids	35	30
Obésité	15	11

Sources : REDIA 2004 pour la Réunion, Obépi 2003 pour la métropole – taux de prévalence ajusté sur l'âge

Politiques régionales et stratégies de prévention

► **Des objectifs du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)**

- Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est le cadre de référence de la politique de santé publique en région. Il comporte un ensemble de programmes d'actions pluriannuels [20].
- A La Réunion, plusieurs objectifs du PRSP concernent directement ou indirectement le diabète.
- Les différentes stratégies de lutte contre le diabète combinent prévention et soins, et se traduisent par l'articulation entre les objectifs suivants :
 - l'objectif 3 pour prévenir les troubles nutritionnels et le risque cardiovasculaire ;
 - l'objectif 7 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Les actions visant à agir sur les facteurs de risques concernent plus spécifiquement : les comportements alimentaires, l'activité physique, le surpoids et l'obésité.
- D'autres mesures sont axées sur la sensibilisation des professionnels au dépistage du diabète, à l'éducation nutritionnelle et à l'éducation thérapeutique du patient et sur l'amélioration de la prise en charge du patient.

► **Une diversité d'acteurs dans le domaine de la prévention**

- Il est difficile de recenser les acteurs de la prévention du diabète, car cette prévention peut être abordée sous différentes approches : facteurs de risque, éducation du patient, éducation à la santé, ...
- De nombreux acteurs existent dans le domaine de la prévention primaire des facteurs de risque du diabète. Selon le répertoire des acteurs de l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé), 79 structures sont acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ de l'alimentation, de la nutrition ou de l'obésité.
- En dehors des associations thématiques intervenant sur un ou plusieurs facteurs de risques, des associations spécialisées mènent des actions de prévention du diabète. Il s'agit notamment de la Maison du diabète (ex-SAED), association et lieu de rencontre et d'écoute entre les patients et les professionnels de santé, dont l'une des missions principales est la prévention du diabète : dépistage auprès du grand public et information de la population sur les facteurs de risque exposant au diabète, ...
- Plusieurs acteurs sont également concernés par des thématiques généralistes :
 - 33 structures acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ des maladies chroniques,
 - 33 structures comme acteurs de l'éducation du patient.

L'annuaire de ces acteurs est disponible sur le site internet de l'IREPS (<http://www.irepsreunion.org>).

- Face aux problèmes posés par la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques, dont le nombre ne cesse de croître, l'Assurance Maladie a lancé en 2009 un nouveau service pour ces malades chroniques : sophia. Les patients diabétiques en sont les premiers bénéficiaires. L'objectif est de limiter les risques de complications liés au diabète ou leur aggravation.

La Caisse Générale de Sécurité Sociale participe à ce dispositif national expérimental en matière de prise en charge des maladies chroniques en proposant ce service à La Réunion

Vous trouverez dans l'encadré ci-après, les informations principales liées à cette démarche innovante.



L'ÉQUILIBRE SE CONSTRUIT CHAQUE JOUR

le service d'accompagnement
de l'Assurance Maladie pour
les malades chroniques

Ouverture dans le Département de la Réunion d'un service gratuit d'accompagnement des diabétiques

sophia un nouveau service pour les malades chroniques

Depuis le 15 septembre 2009, l'Assurance Maladie propose aux patients diabétiques du Département de La Réunion de bénéficier du service **sophia**.

La Réunion a intégré l'expérimentation nationale qui concernait 10 sites pilotes¹ et devient le 11^{ème} site pilote qui offre ce service.

sophia pour mieux vivre avec sa maladie et éviter les complications

Sophia est un service d'accompagnement pour améliorer la qualité de vie des patients chroniques et renforcer la prévention des complications, grâce à un accompagnement dans leur vie quotidienne.

sophia qui est concerné ?

Sophia est dédié aux personnes diabétiques, de 18 ans ou plus, exonérées au titre d'une ALD, c'est-à-dire prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie, bénéficiaires du régime général (hors sections locales mutualistes) et domiciliées dans le département.

La CGSS de la Réunion propose cet accompagnement aux patients qui le souhaitent.

Au total, ce sont plus de 30 000 patients qui pourraient être concernés

sophia comment s'inscrire ?

L'Assurance Maladie adresse par courrier une proposition d'adhésion aux patients diabétiques concernés. Pour s'inscrire, il suffit de remplir et de retourner dans l'enveloppe T jointe le bulletin d'adhésion envoyé à chaque patient. L'adhésion est volontaire et gratuite.

sophia un accompagnement téléphonique

Outre la délivrance régulière d'informations, conseils ou outils pratiques, le patient peut bénéficier d'un accompagnement téléphonique par une équipe de professionnels de santé (infirmières, psychologues, diététiciens...) expérimentés et spécialement formés à l'écoute des patients pour les aider.

Depuis le 15 Septembre 2009, les patients peuvent appeler un numéro unique pour se renseigner sur le service : **0811 709 709**.

1. Seine St Denis, Sarthe, Loiret, Puy-de-Dôme, Alpes-Maritimes, Ariège, Haute-Garonne, Haute Pyrénées, Gers et Tarn

Pour toute information sur le service **sophia**, il est également possible de consulter le site internet suivant : <http://www.sophia-infoservice.fr/>

Offre de soins et de prise en charge

► L'offre de médecins, spécialistes ou généralistes, moins élevée à La Réunion

- Les professionnels de santé concernés par le diabète et ses complications sont divers : médecins spécialistes (endocrinologues, ophtalmologues, néphrologues, cardiologues), médecins généralistes, infirmiers, podologues-pédicures, ...
- Globalement, la région est moins dotée en professionnels de santé qu'en moyenne générale sur la métropole.
- S'agissant des médecins spécialistes, 115 professionnels sont concernés par la prise en charge du diabète et de ses complications à La Réunion. Les densités associées aux différentes spécialités sont inférieures à la moyenne nationale, sauf pour les néphrologues.
- Le constat est le même pour les médecins généralistes libéraux : une densité plus faible est observée sur l'île. En revanche, pour les infirmiers, la densité régionale se situe au-dessus de la valeur métropolitaine.
- La densité de podologues-pédicures sur l'île est nettement inférieure à celle observée en métropole, près de 4 fois inférieure.

Principaux professionnels de santé concernés par le diabète à La Réunion, effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 01/01/2008

	Réunion		Métropole
	Effectifs	Densité	Densité
Médecins spécialistes, libéraux et salariés			
Cardiologues	60	7,5	9,9
Endocrinologues	13	1,6	2,5
Ophtalmologues	40	5,0	8,9
Néphrologues	21	2,6	2,0
Professionnels de santé libéraux			
Médecins généralistes	859	107	111
Infirmiers	1 189	148	110
Podologues - pédicures	33	4,1	17,4

Sources : DRASS (STATISS, fichier ADELI), Base eco-santé

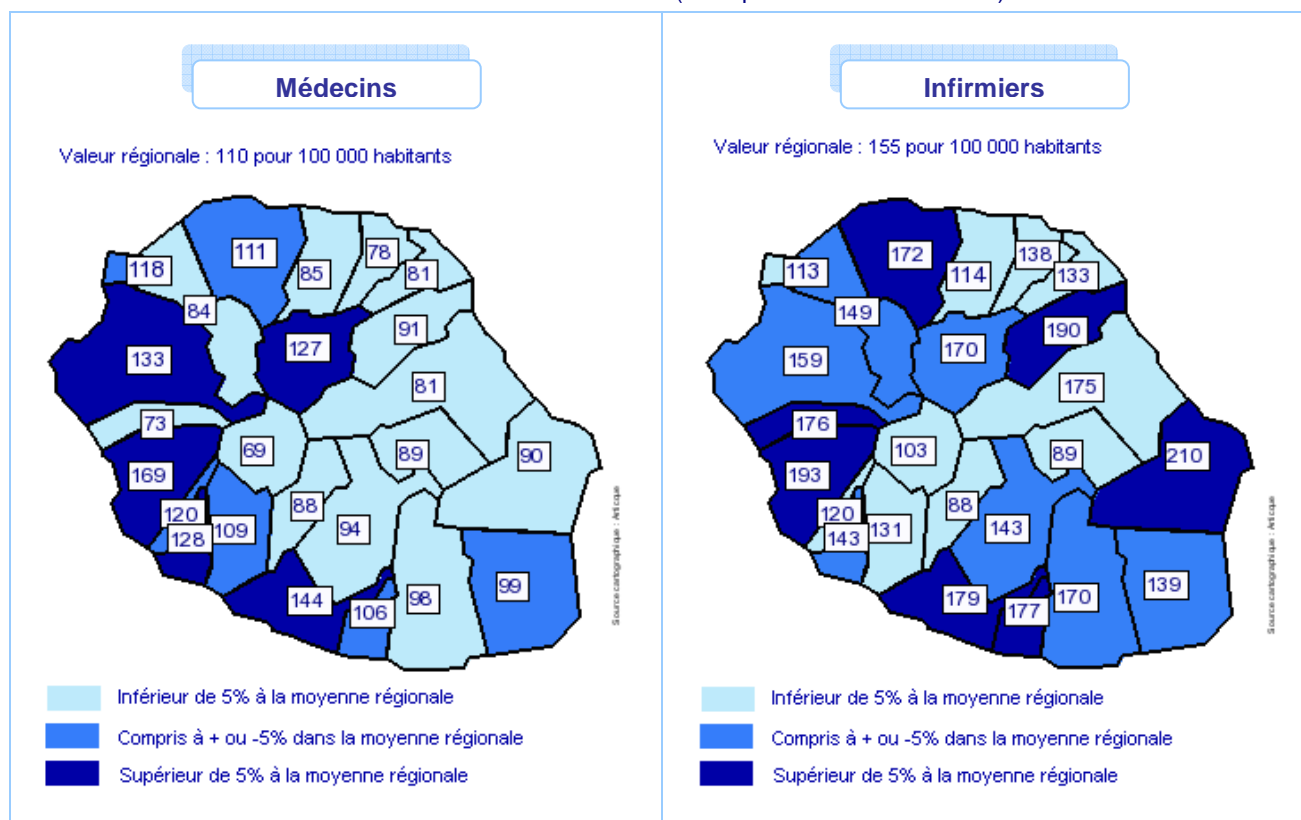
Exploitation ORS Réunion

► Des professionnels de santé libéraux moins présents dans l'Est de l'île

- Les densités de professionnels de santé masquent des disparités communales fortes.
- La densité des médecins généralistes et des infirmiers libéraux est globalement plus faible dans les micro-régions Est et Sud de l'île, tout particulièrement pour les médecins, alors même que ces régions présentent les taux d'hospitalisation les plus élevés.
- Les communes du Nord-Est (Ste-Marie, Ste-Suzanne et St-André) ainsi que les villes de St-Benoît, Cilaos, La Plaine des Palmistes ou l'Entre-deux sont marquées par les densités les plus faibles de l'île.

Offre de soins et de prise en charge

Densité des médecins généralistes libéraux et des infirmiers libéraux selon la commune, à La Réunion au 01/01/2008 (Taux pour 100 000 habitants*)



Sources : DRASS (STATISS, fichier ADELI), Base eco-santé, INSEE Réunion

* Taux calculé à partir du recensement de la population 2006

► L'offre en soins hospitaliers

La prise en charge hospitalière spécialisée des patients diabétiques est assurée par 2 services de diabétologie /endocrinologie au Centre Hospitalier Réunion, site Nord et Sud.

► Réseau de santé

Un réseau de soins s'est constitué et coordonné autour du dépistage et de la prise en charge du diabète, de ses complications, et des maladies cardiovasculaires et rénales : le réseau Réucare (Réunion Cœur, Artère, Rein, Education). C'est un réseau régional de professionnels (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, diététiciens, podologue, pharmaciens, spécialistes de l'éducation en santé, éducateurs médico-sportifs ...) Son objectif est de réduire l'incidence des pathologies coronariennes, ischémiques cérébrales, rénales, artérielles périphériques, par l'éducation du patient dépisté et par la structuration de son accompagnement au long cours.

Adresses utiles

Vous trouverez dans la liste ci-dessous (liste non exhaustive), quelques-uns des acteurs intervenant dans le dépistage et/ou la prise en charge et/ou la prévention du diabète.

Vous pouvez consulter par ailleurs la liste des acteurs de l'éducation pour la santé sur la thématique des maladies chroniques sur le site de l'IREPS (<http://www.irepsreunion.org>).

<ul style="list-style-type: none">• CHR – site Félix Guyon Centre Hospitalier Régional Félix Guyon Service « Diabétologie – endocrinologie »	Adresse : route bellepierre 97405 St-Denis Cedex Tél : 0262 90 50 50 Fax : 0262 90 50 51 Site internet : www.chd-fguyon.fr
<ul style="list-style-type: none">• CHR – site GHSR Centre Hospitalier Régional - Groupe Hospitalier sud Réunion Service « endocrinologie et maladies métaboliques »	Adresse : terre sainte, BP 350 – 97448 St-Pierre CEDEX Tél : 0262 35 90 00 Fax : 0262 35 90 04 Site internet : www.chd-fguyon.fr
<ul style="list-style-type: none">• Maison du diabète Antenne Nord	Adresse : 16 Bis ruelle Lacordaire Tél : 02 62 20 31 20 Fax : 02 62 20 39 09 Email : ass.saed@wanadoo.fr Site internet : www.diabeterun.fr
<ul style="list-style-type: none">• Maison du diabète Antenne Sud	Adresse : 185 rue Hubert de Lisle 97430 Le Tampon Tél : 02 62 38 60 42 Fax : 02 62 38 60 42 Site internet : www.diabeterun.fr
<ul style="list-style-type: none">• REUCARE Réseau Régional de prévention du risque cardiovasculaire et rénal par l'éducation du patient dépisté	Adresse : 97, rue Bois de Nêfles – 97400 St-Denis Tél : 0262 20 26 32 Fax : 0262 20 12 69 Email : contact@reucare.org Site internet : http://www.reucare.org

LA MAISON DU DIABETE

La Maison du Diabète est une association du type loi 1901. Elle a remplacé la SAED créée en 1996 (Structure d'Aide à l'Education des Diabétiques). C'est un centre d'accueil pour les personnes concernées par le diabète et leur entourage. C'est un lieu de rencontre et d'écoute entre les patients et les professionnels de santé (infirmiers, diététiciens, ...). Les missions principales de l'association sont l'éducation du patient et la prévention du diabète. L'association regroupe les activités suivantes :

- Un centre d'accueil, de rencontre et d'informations
- Un centre d'Information et de communication pour les professionnels
- Informer et éduquer les patients diabétiques sur toute l'île par des stages d'éducation nutritionnelle ou d'auto-prise en charge
- Informer et dépister le Diabète, par des campagnes de communication et de prévention et/ou l'organisation d'actions de dépistage du diabète.

La maison du diabète de La Réunion appartient à l'Union nationale des maisons du diabète qui compte 18 structures sur l'ensemble du territoire national.

Repères bibliographiques et sources

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

[2] 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.

[3] Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes.

Jusnik-Joinville O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H., bulletin épidémiologique hebdomadaire, novembre 2008, n°43, pp 409-413.

Document téléchargeable :

http://www.invs.sante.fr/beh/2008/43/beh_43_2008.pdf

[4] Caractéristiques des personnes diabétiques, risque vasculaire, complications et prise en charge médicale

Institut de Veille Sanitaire - (mise à jour le 11 septembre 2009)

Diapositives téléchargeables :

http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/entred_2007_2010/diagramas_2007_2010/diapo_caracteristiques_entred_invs.ppt

[5] Surveillance du diabète.

Institut de Veille Sanitaire,

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/>

[6] Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007, 74 p. Document téléchargeable :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/nutriton/enns.htm>

[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] 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).

[10] ENTRED. Remboursement médicaux 2001 à 2003 : données de l'Assurance Maladie.

Romon I., Fosse S., Fagot-Campagna, InVS, 2006, 9p.

[11] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc).

<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

[12] LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-33/a0332364.htm>

[13] Traitement médicamenteux du diabète de type 2

Haute Autorité de Santé (HAS), disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_459270/traitement-medicamenteux-du-diabete-de-type-2

[14] Traitement médicamenteux du diabète de type 2 - L'AFSSAPS et la HAS actualisent les recommandations.

Haute Autorité de Santé (HAS), disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_459308/traitement-medicamenteux-du-diabete-de-type-2-lafssaps-et-la-has-actualisent-les-recommandations

[15] Améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques : Présentation du plan.

Ministère de la Santé et des Sports - Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/plan_maladies_chroniques/sommaire.htm

[16] Etat de la santé de la population de la Réunion – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique – rapport 2008.

ORS Réunion – DRASS Réunion, décembre 2008, 157p.

[17] Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA.

Favier F., Jaussent I., Le Moullec N. et al. Diabetes Res Clin Pract, 2005 ; 67(3) :234-42.

[18] Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais. Etude RECONSAL.

F. Favier, E. Rachou, M. Ricquebourg., A. Fianu. Saint-Denis de La Réunion, INSERM-ORS, 2002.

[19] Pratique et connaissance des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique.

ORS, INSERM, septembre 2004, 39p.

[20] Plan régional de santé publique 2006-2008

DRASS Réunion, 42p. <http://www.reunion.sante.gouv.fr/>

Pour en savoir plus

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.

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.

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.

Le diabète du sujet âgé.

CUDENNEC T., VERNY C., GONZALEZ B., HERVY M.P., MARTINEAU (C.), et al., revue SOINS GERONTOLOGIE, vol. 76, 2009 03-04, pp17-40.

Expérience d'un médecin généraliste au sein d'une étude d'épidémiologie en milieu tropical : à propos de l'étude "Maydia" sur la prévalence du diabète à Mayotte.

POCHET M., Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2009, 95p.

Impact de l'estimation de la population affiliée à l'assurance-maladie sur le calcul de la prévalence pharmacologique du diabète à l'échelle régionale et territoriale.

JARDIN M., BOCQUIER A., NAULEAU S., MILLON C., VERGER P., REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE, vol. 57-3, juin 2009, pp159-167.

Le diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent.

EVARD F. (coordonnateur), CAHIERS DE LA PUERICULTRICE, vol. 45-224, février 2009, pp 9-31.

Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006.

ARNAUD A., FAGOT CAMPAGNA A., REACH G., BASIN C., LAPORTE A., BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, 2008/11/12, vol. 43, pp 418-420.

L'insuffisance rénale chronique terminale associée à un diabète : fréquence et conditions d'initiation du traitement de suppléance, France, 2006.

COUCHOUD C., VILLAR E., FRIMAT L., Erreur ! Signet non défini.FAGOT CAMPAGNA A., STENGEL B., BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, 2008/11/12, vol. 43, pp 414-418.

Diabète de type 1 et grossesse : expérience de l'hôpital Robert Debré et revue de la littérature.

LE GOFF MAZIGHI S., Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2009, 89p

Synthèse

- **La Réunion est caractérisée par la fréquence du diabète traité la plus élevée de France en 2007.**
La fréquence du diabète traité est de 7,8% à La Réunion, le double de celle observée en France (3,9%).
- **La Réunion est caractérisée par un sur-risque féminin contrairement à la situation métropolitaine.**
La fréquence du diabète traité est de 8,6% pour les femmes contre 6,8% pour les hommes à La Réunion.
- **La survenue du diabète est plus précoce à La Réunion.**
En 2007, les Réunionnais traités pour diabète avaient 60 ans en moyenne (vs 65 ans en métropole).
- **Plus de 3 300 Réunionnais ont été admis en Affections de Longue Durée (ALD) pour diabète en moyenne chaque année sur la période 2004-2006.**
Le diabète constitue le 2^{ème} motif d'admission en ALD (28%), après les maladies cardiovasculaires (38%).
Le nombre d'admissions en ALD-diabète a augmenté entre 2000 et 2006 (+30%), malgré une régression depuis 2004.
- **Plus de 2 600 séjours hospitaliers ont pour diagnostic principal le diabète, en moyenne chaque année sur la période 2005-2007.**
Les recours aux soins hospitaliers concernent plus fréquemment les femmes, et augmentent avec l'âge.
Des disparités territoriales sont observées : les hospitalisations liées au diabète sont plus fréquentes dans le sud de l'île.
- **Plus de 230 décès directement liés au diabète en moyenne chaque année sur la période 2005-2007.**
1 décès sur 4 survient avant l'âge de 65 ans.
Les hommes sont davantage concernés par la mortalité prématurée par diabète : 32% vs 17% pour les femmes.
La Réunion est caractérisée par une surmortalité par diabète par rapport à la métropole : le taux comparatif de mortalité régionale est plus de 3 fois supérieur au taux métropolitain.
- **La Réunion est particulièrement concernée par les facteurs de risque comportementaux du diabète.**
- **Le diabète constitue une priorité régionale de Santé Publique.**
- **Une diversité d'acteurs intervient dans la prévention du diabète.**
- **Un service d'accompagnement des patients diabétiques est expérimenté sur l'île par l'Assurance maladie afin de limiter les complications liées au diabète ou leur aggravation.**
- **La Réunion est moins dotée que la métropole en professionnels de santé concernés par le diabète et la répartition des professionnels de santé libéraux susceptibles de prendre en charge le diabète est inégale sur l'île.**

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la CCMSA, la CNAMTS, la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM – CépiDc, l'INVS, l'IREPS, l'ORS Bourgogne, le RSI.



Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteure
Monique RICQUEBOURG

Observatoire Régional de La Santé
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis
Tél : 02.62.94.38.13 / Fax : 02.62.94.38.14
Site : <http://www.ors-reunion.org>
Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation : documentation@orsrun.net

Financement
GRSP

