



Journée mondiale du diabète



14 novembre 2008

Situation épidémiologique en Picardie

À l'occasion de la 17^e journée mondiale du diabète, cette plaquette fournit quelques données épidémiologiques disponibles à ce jour pour la Picardie au travers des remboursements de médicaments, du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des admissions en affections de longue durée (ALD) et de la mortalité.

La journée mondiale du diabète constitue le moyen de sensibilisation mondiale majeur dans le domaine du diabète. Elle vise à sensibiliser le public aux causes, aux symptômes, au traitement et aux complications du diabète.

Le diabète ou « diabète sucré » est une maladie métabolique définie par un excès chronique de sucre dans le sang du fait d'un défaut de sécrétion ou d'action de l'insuline, ou des deux conjuguées. Il existe deux formes majoritaires :

- le diabète de type 1 : reconnu par des signes cliniques aigus (polyurie, polydipsie) avec perte de poids et survenant plutôt chez les personnes jeunes (enfants, adolescents ou jeunes adultes) ;
- le diabète de type 2 : représentant 90 % des cas de diabète, concerne des personnes âgées de 50 ans et plus présentant un surpoids ou une obésité (dans 80 % des cas) ou ayant des antécédents familiaux de la maladie. Toutefois, le surpoids et l'obésité progressant de manière importante chez les jeunes en France, mais également ailleurs, le diabète de type 2 apparaît aussi chez l'adolescent et chez les adultes âgés de moins de 40 ans.¹

Les complications liées au diabète sont les maladies cardiovasculaires (responsables de 50 % à 80 % des décès chez les diabétiques), les neuropathies diabétiques (selon différentes études, jusqu'à 50 % des diabétiques peuvent être affectés), les néphropathies, les rétinopathies (pouvant conduire à la cécité : après 15 ans de diabète, 2 % des personnes deviennent aveugles), les atteintes du pied conduisant souvent à des ulcérations nécessitant l'amputation de tout ou partie du membre inférieur.²

Selon l'OMS, dans le monde, le nombre de personnes diabétiques était estimé à 171 millions en 2000 et les projections pour 2030 prévoient que ce chiffre atteigne 366 millions. Par ailleurs, le nombre de décès attribuables aux complications du diabète est estimé à 3,2 millions chaque année dans le monde, soit six morts par minute.³

En France, le taux de prévalence du diabète traité dans la population du régime général est de 3,65 % en 2007. Extrapolé à la population tous régimes d'assurance maladie confondus (population Insee au 1/1/2008), ce taux est de 3,95 %, correspondant à 2,5 millions de personnes traitées pour diabète.

Mais en France, comme dans d'autres pays développés ou en développement, la prévalence du diabète de type 2 connaît une progression constante du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, de l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées pour diabète et de l'intensification du dépistage.⁴

Une étude publiée dans le BEH n°10/2006 prédit, en France métropolitaine, « d'ici 2016 un million de diabétiques supplémentaires par rapport à 1999 (1,8 million), parmi lesquels 47 % seraient dus à l'aggravation de la prévalence de l'obésité. »⁵

En Picardie, en 2007, le taux de prévalence du diabète traité est de 4,7 % (4,9 % dans l'Aisne, 4,6 % dans l'Oise et 4,6 % dans la Somme). C'est le deuxième taux le plus élevé de France métropolitaine après celui observé dans le Nord - Pas de Calais (4,8 %). Ces fréquences sont nettement plus élevées qu'au niveau métropolitain.⁴

La prévention du diabète de type 2 passe par la pratique d'une activité physique régulière, par une alimentation équilibrée et par la perte de poids. Par ailleurs, il est possible de retarder ou d'empêcher la survenue des complications liées au diabète de type 2 comme cela a été réalisé pour le diabète de type 1 avec l'insulinothérapie. Ainsi, un dépistage précoce du diabète de type 2 permet d'améliorer l'équilibre glycémique au plus tôt. Ce dépistage doit être orienté, en visant plus particulièrement les personnes à risque élevé de diabète.¹

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe deux objectifs relatifs au diabète d'ici 2008 : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfediam, l'Affsaps et l'Anaes pour 80 % des diabétiques (actuellement de 16 % à 72 % selon le type d'examen complémentaire) et réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète, notamment les complications cardio-vasculaires.

¹ Fnors. *Les maladies cardiovasculaires dans les régions de France*. Collection « Les études du réseau des ORS », 2006.

² OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/fr/index.html>. Dernière consultation le 12 novembre 2008.

³ OMS. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr31/fr/index.html>. Dernière consultation le 12 novembre 2008.

⁴ Kusnik-Joinville O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H. *Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes*. BEH n°43/2008.

⁵ Bonaldi C., Romon I., Fagot-Campagna A. *Impacts 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*. 2006. BEH n°10/2006.

La prévalence du diabète traité est maximale chez les septuagénaires

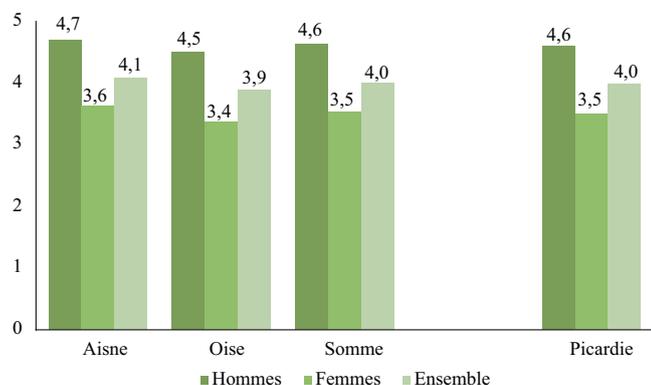
D'après les données de remboursement de l'Assurance maladie (régime général), pour l'année 2006 en Picardie, 53 188 personnes ont été remboursées pour des antidiabétiques oraux et/ou l'insuline : 16 098 dans l'Aisne, 21 404 dans l'Oise et 15 686 dans la Somme.

La prévalence du diabète traité¹ en 2006 en Picardie est, tous âges et sexes confondus, de 4,0 %, avec une prévalence maximale entre 75 et 79 ans (15,4 %). Les femmes sont moins nombreuses à être atteintes de cette pathologie que les hommes : 3,5 % contre 4,6 %. Au regard des départements picards, les proportions sont comparables à celles observées au niveau régional, chez les hommes comme chez les femmes.

Par ailleurs, les hommes développent la maladie plus tôt que les femmes, comme le montre le graphique représentant la prévalence par âge. Chez les hommes, la prévalence est maximale entre 70 et 74 ans (17,5 %) et, chez les femmes, elle est maximale entre 75 et 79 ans (14,2 %). L'écart de prévalence le plus important entre les hommes et les femmes est observé dans la tranche d'âge 65-69 ans : 16,0 % contre 12,1 %. Les départements picards ne se distinguent pas du niveau régional.

¹ Pour le calcul du taux de prévalence de diabète traité, les personnes diabétiques ont été définies comme l'ensemble des assurés du régime général résidant en Picardie et auxquels ont été remboursés au moins deux fois dans l'année des antidiabétiques oraux et/ou de l'insuline.

Prévalence standardisée¹ du diabète traité² en 2006 chez les personnes relevant du régime général de l'Assurance maladie (%)



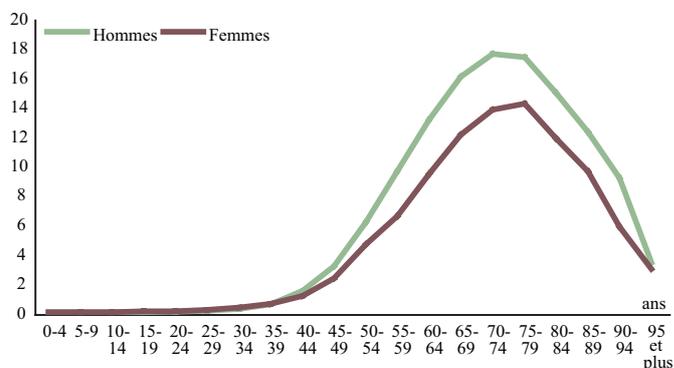
Sources : Urcam, Insee

Exploitation : OR2S

¹ sur l'âge avec comme population de référence la population métropolitaine du 1^{er} janvier 2005.

² par antidiabétiques oraux et/ou l'insuline

Prévalence brute du diabète traité¹ en 2006 en Picardie chez les personnes relevant du régime général de l'Assurance maladie (%)



Sources : Urcam, Insee

Exploitation : OR2S

¹ par antidiabétiques oraux et/ou l'insuline

Davantage d'admissions en affections de longue durée pour diabète en Picardie qu'en métropole

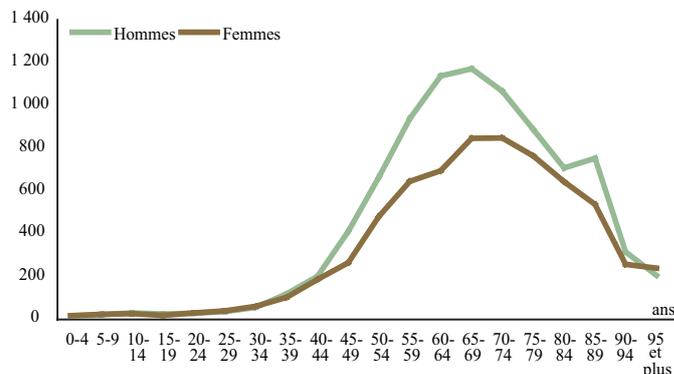
En 2005, 5 652 nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) pour diabète de type 1 ou 2 ont été enregistrées en Picardie, dont 54 % concernent des hommes.

En 2005, le taux comparatif d'admissions en ALD en Picardie atteint 326,0 pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur à celui observé au niveau métropolitain (276,1 pour 100 000 personnes, soit une différence de + 18 %).

En Picardie, le taux observé chez les hommes (376,8 pour 100 000 personnes) est de 35 % supérieur à celui observé chez les femmes (279,8 pour 100 000 personnes). Au niveau métropolitain, l'écart entre les hommes (331,8 pour 100 000 personnes) et les femmes (226,8 pour 100 000 personnes) est un peu moins important (+ 31 %). Par ailleurs, ces taux sont significativement inférieurs à ceux observés au niveau picard.

En Picardie, les hommes sont admis en ALD plus tôt que les femmes : le taux brut d'admissions en ALD est maximal entre 65 et 69 ans chez les hommes (1 162,1 pour 100 000 personnes) alors que chez les femmes, il est maximal entre 70 et 74 ans (838,5 pour 100 000 personnes).

Taux spécifique d'admissions en ALD pour diabètes de type 1 et 2 en 2005 (pour 100 000 personnes)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

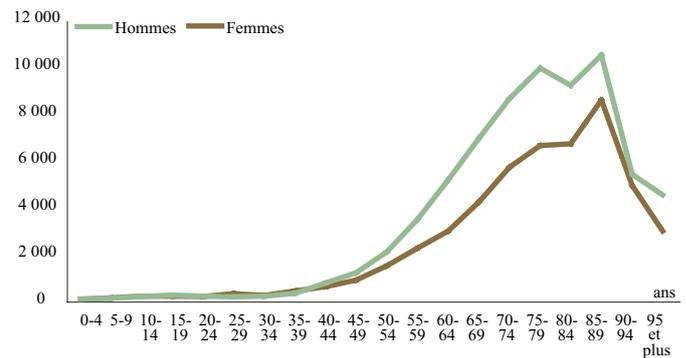
Exploitation : OR2S

Les séjours hospitaliers pour diabète concernent davantage les hommes¹

Pour l'année 2005, 31 586 séjours hospitaliers pour diabète de type 1 et 2 ont été comptabilisés, dont 54 % concernent des hommes : 10 176 dans l'Aisne, 13 556 dans l'Oise et 7 845 dans la Somme. Rapportée à la population picarde², le taux d'hospitalisation brut atteint 1 679,3 pour 100 000 personnes : 1 898,6 dans l'Aisne, 1 724,8 dans l'Oise et 1 403,6 dans la Somme. Les hommes picards présentent un taux supérieur à celui des femmes picardes : 1 832,5 pour 100 000 personnes contre 1 531,2 pour 100 000 personnes.

Quel que soit le genre, le taux d'hospitalisation est maximal entre 85 et 89 ans : 8 551,3 pour 100 000 personnes chez les femmes et 10 471,3 pour 100 000 personnes chez les hommes.

Taux spécifique d'hospitalisation pour diabète de type 1 et 2 en 2005 (pour 100 000 personnes)



¹ Aucune comparaison avec les autres régions métropolitaines ou la France (métropolitaine ou entière) n'est possible au moment de la réalisation de cette plaquette.

² au 1^{er} janvier 2005

Source : Atih

Exploitation : OR2S

Une surmortalité par diabète significative en Picardie¹ par rapport au niveau national

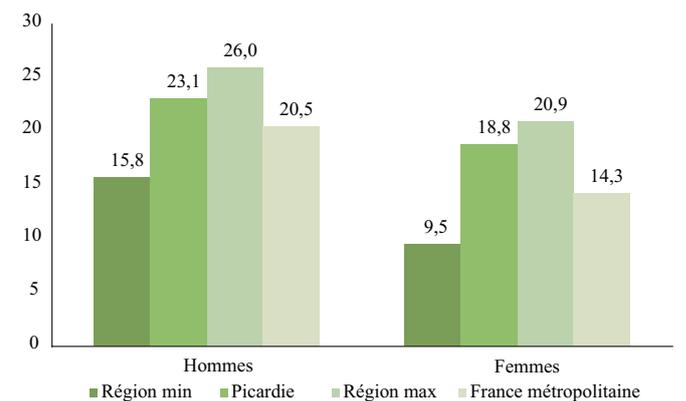
En 2005, 388 décès par diabète ont été dénombrés en Picardie (184 chez les hommes et 204 chez les femmes) : 123 dans l'Aisne, 139 dans l'Oise et 126 dans la Somme.

Avec un taux comparatif de mortalité (TCM) par diabète atteignant 20,7 pour 100 000 habitants, la Picardie présente une surmortalité significative par rapport à la France métropolitaine (16,9 pour 100 000 habitants) de 22 %, avec une surmortalité par rapport à l'échelon national plus importante chez les femmes (32 %) que chez les hommes (12 %). Sur les 22 régions métropolitaines, la Picardie présente le 5^e taux comparatif de mortalité par diabète le plus élevé, le 7^e pour les hommes et le 4^e pour les femmes. Chez les femmes, le TCM le plus faible est observé en Bretagne (9,5 pour 100 000) et le plus fort en Champagne-Ardenne (20,9 pour 100 000). Chez les hommes, l'Île-de-France et la Bretagne présentent les plus faibles TCM par diabète (15,8 pour 100 000). À l'opposé, l'Alsace a le TCM le plus fort (26,0 pour 100 000).

Les départements picards présentent également des taux comparatifs de mortalité significativement supérieurs à ceux de la France métropolitaine : 22,8 pour 100 000 dans l'Aisne, 19,1 pour 100 000 dans l'Oise et 20,5 pour 100 000 dans la Somme.

¹ Seule la mortalité par diabète comme cause principale a été considérée, la mortalité par diabète comme cause associée n'étant pas disponible au moment de la réalisation de ce document.

Taux comparatifs de mortalité par diabète en 2003-2005 (pour 100 000 habitants)



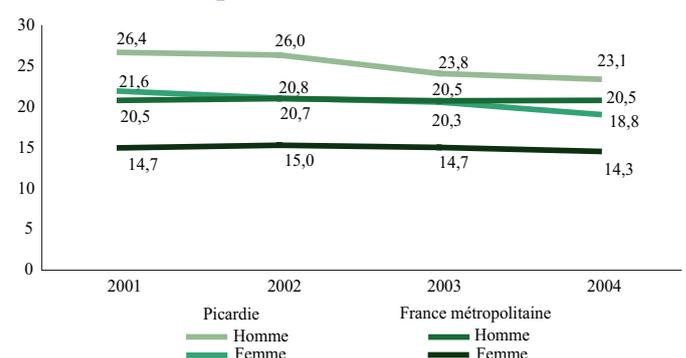
Sources : Inserm CepiDC, Insee

Exploitation : OR2S

Une diminution de la mortalité par diabète en Picardie

Alors que l'évolution du taux comparatif de mortalité (TCM) par diabète entre 2000-2002 et 2003-2005 est stable en France métropolitaine (-0,6 % chez les femmes et +0,1 % chez les hommes), en Picardie, les TCM ont sensiblement diminué chez les hommes (12,6 %) comme chez les femmes (13,3 %) même si les taux restent encore élevés.

Évolution du taux comparatif de mortalité¹ par diabète entre 2001 et 2004¹ (pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CepiDC, Insee

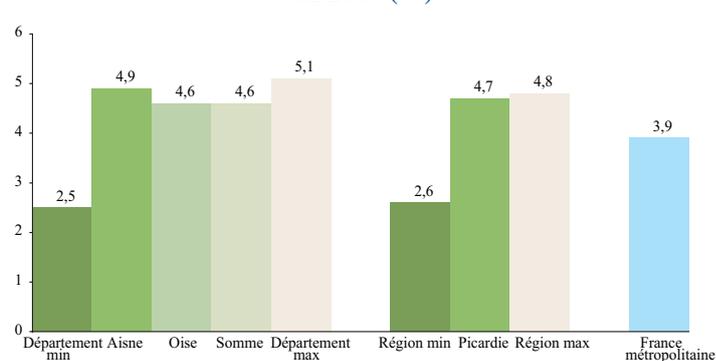
Exploitation : OR2S

¹ Données lissées sur trois ans : 2001 correspond à 2000-2002

Selon l'étude publiée dans le BEH n°43 du 12 novembre 2008¹, la Picardie présente, en 2007, le deuxième taux de prévalence du diabète traité le plus élevé (4,7 %) après le Nord - Pas de Calais (4,8 %). Ces fréquences sont significativement supérieures à la moyenne métropolitaine (3,9 %). La Bretagne est la région la moins fortement touchée puisque la prévalence n'y est que de 2,6 %. L'âge moyen des diabétiques traités est de 64,2 ans en Picardie et de 64,9 ans en métropole. La proportion d'hommes picardes traités pour diabète est de 51,1 %, légèrement inférieur à celui observé au niveau national (53,1 %). L'article souligne que les régions du nord de la France présente « la particularité d'un nombre de femmes et d'hommes sensiblement identique, alors que sur le reste du territoire le diabète est plus nettement féminin ».

À l'échelle départementale, l'Aisne avec le Pas-de-Calais présentent le deuxième taux de prévalence du diabète traité le plus élevé (4,9 %).

En revanche, elle est inférieure à celle observé en Seine-Saint-Denis où la prévalence atteint 5,1 %, taux le plus élevé de tous les départements métropolitains. À l'opposé, l'Ille-et-Vilaine, département breton, présente le plus faible taux (2,5 %).



Source : BEH n°43/2008

Exploitation : OR2S

¹ Le diabète traité par médicament a été défini par la délivrance d'antidiabétiques à une personne donnée, à au moins trois dates différentes durant l'année

Limites et biais

• Les remboursements de médicaments antidiabétiques oraux et/ou insuline

Au moment de la réalisation de cette note, les données de remboursements de la Mutualité sociale agricole (MSA) et celles du Régime social des indépendants (RSI) n'étaient pas disponibles. Seules les données du régime général sont présentées. Au 31 décembre 2006, la région Picardie comptait 86,5 % personnes protégées par le régime général d'assurance maladie, 6,6 % par la MSA et 3,7 % par le RSI.

La prévalence calculée à partir des données de remboursements des médicaments ne concerne que le diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline. Les diabétiques à qui il a été conseillé d'améliorer leur hygiène de vie (alimentation, activité physique) ne sont donc pas inclus.

• Les affections de longue durée

Le diabète appartient aux 30 affections de longue durée prises en charge à 100 % par les régimes d'assurance maladie. Cependant, même si l'admission en ALD est en théorie unique et très probablement systématique dans le diabète de type 1, il peut y avoir des doublons lors d'un changement de régime d'assurance maladie, lors d'un déménagement ou lors d'un changement de médecin traitant. De plus, la personne diabétique peut ne pas vouloir l'admission en ALD, être déjà admise en ALD pour une autre pathologie, le médecin peut ne pas l'avoir informée de cette prise en charge. Enfin, l'admission en ALD se fait à condition que le traitement de la maladie comporte au moins un médicament. Par ailleurs, les diabétiques de type 2 sous régime alimentaire seul ne sont pas pris en charge au titre de l'ALD.¹

• L'hospitalisation à travers le PMSI

Le PMSI est d'abord une base médico-administrative dont l'utilité a été élargie aux études épidémiologiques. Cependant, le codage des diagnostics et des actes réalisés à visée économique dépend des établissements, voire des personnes qui codent, ce qui conduit à une hétérogénéité des données.² L'analyse présentée ici concerne les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique et ne concerne donc pas les patients alors qu'un patient peut être hospitalisé plusieurs fois. Depuis 2002, il est possible de relier les séjours au patient grâce à une procédure de chaînage.

• La mortalité

Les données concernant la mortalité par diabète présentées ne concernent que les décès dont la cause initiale est le diabète. Cependant, ce sont le plus souvent les complications du diabète qui entraînent le décès et non pas le diabète directement. Il est fréquent que le diabète soit indiqué sur le certificat de décès comme cause associée ou qu'il ne soit pas indiqué.³ Un article paru dans le BEH n° 20-21 en 2002 montre que « le poids de la mortalité par diabète varie du simple au triple, selon que l'on analyse uniquement la cause initiale du décès ou que l'on prend également en compte les causes associées au diabète. »⁴. Il est donc important d'étudier la mortalité par diabète au travers des causes initiales mais également associées. Au moment de la réalisation de ce document, les données concernant les causes associées n'étaient pas disponibles pour la région Picardie.

Les causes de décès sont codées selon la classification internationale des maladies (CIM). Depuis 1979 jusqu'en 1999, les codages étaient effectués manuellement selon la CIM 9^e révision. Depuis 2000, le codage est automatisé selon la CIM 10^e révision. Une étude canadienne⁵ et une étude française⁶ se sont intéressées à la comparabilité des deux éditions de la CIM dans l'analyse de la mortalité. L'évolution de tendance entre 1999 et 2000 peuvent être dues au passage de la CIM9 à la CIM10 ou au passage du codage manuel au codage automatisé. Cependant, il est difficile de distinguer les deux composantes. De plus, un troisième biais est à prendre en compte, celui lié à l'interprétation des causes de décès qui sont dans certains cas ambigus (IRA peut correspondre à Insuffisance respiratoire aiguë ou à Insuffisance rénale aiguë, ...). L'étude française évalue à 11 % l'augmentation du nombre de décès entre la CIM9 et la CIM10 pour le diabète sucré. La majorité des modifications est liée au changement de mode de codage.⁶ L'étude canadienne évaluait à 4 % l'augmentation de décès lié au changement de CIM.⁵

Par ailleurs, les certificats de décès ont vu leur structure modifiée en 1997 par l'ajout de deux lignes dans la partie décrivant le processus morbide ayant conduit au décès pour rendre le certificat de décès conforme aux recommandations de l'OMS. Tous ces changements limitent ainsi les analyses d'évolution de la mortalité par diabète sur de longues périodes. C'est pourquoi l'analyse de l'évolution de la mortalité par diabète ne débute qu'en 2000-2002.

¹ Kusnik-Joinville O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H. *Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes*. BEH n°43/2008..

² Romon I., Auleley GR., Weill A., Gosselin S., Perez P., Van-Bockstael V., Fagot-Campagna A. *L'incidence des admissions en affection de longue durée pour diabète chez l'enfant en France, de 2003 à 2005*. 2007. BEH n°44-45/2007.

³ Fosse S., Jacqueminet SA., Duplan H., Hartemann-Heurtier A., Ha Van G., Grimaldi A., Fagot-Campagna A. *Incidence et caractéristiques des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en France métropolitaine, 2003*. 2006. BEH n°10/2006.

⁴ ORS Bourgogne. *Tableau de bord des maladies chroniques en Bourgogne*. <http://www.ors-bourgogne.org/>. Dernière consultation le 12 novembre 2008.

⁵ Péquignot F., Jouglà E., Le Toullac A. *Mortalité attribuée au diabète en France*. 2002. BEH n°20-21/2002.

⁶ *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de mortalité au Canada*. 2005. <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection/Statcan/84-548-XIF/84-548-XIF.html>. Dernière consultation le 12 novembre 2008.

⁷ Pavillon G., Boileau J., Renaud G., Lefèvre H., Jouglà E. *Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000*. 2005. BEH n°4/2005.