

Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine

Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004

En France, en 2009, 2,9 millions de personnes étaient traitées pharmacologiquement pour un diabète, soit une prévalence du diabète traité estimée à 4,4 % de la population, dans la moyenne européenne. Depuis 2000, l'augmentation de la prévalence a été estimée à +6 % par an. Cette augmentation récente est particulièrement élevée dans les départements les moins favorisés socio-économiquement dans lesquels la prévalence initiale était déjà élevée.

L'impact du diabète sur la qualité de vie des patients est important, du fait des complications qui peuvent être graves et invalidantes. Un diabète déséquilibré peut engendrer à court terme des complications métaboliques (coma acido-cétosique, coma hyperosmolaire et hypoglycémie). À long terme, le diabète peut être responsable de complications macrovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral - AVC) et microvasculaires (atteinte du système nerveux périphérique, des reins et de la rétine, pouvant conduire à l'amputation d'un membre inférieur, à la dialyse et à la cécité). Cependant, l'adoption d'un mode de vie adapté sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique, doublée d'une bonne prise en charge médicale, permet de ralentir considérablement l'évolution des complications, voire de les éviter.

L'obésité et la sédentarité sont des facteurs associés à un faible niveau socio-économique dans les pays industrialisés. Or ces facteurs sont également des facteurs de risque du diabète de type 2.

Un impact important du niveau socio-économique sur la prévalence du diabète et sur le recours aux soins lié au diabète est décrit dans la littérature internationale, ainsi qu'une

plus forte prévalence du diabète chez certaines populations migrantes comparée à celle de la population autochtone.

IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DIABÈTE : L'APPORT D'ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE

L'impact du niveau socio-économique sur la prévalence du diabète a été peu étudié en France. Quelques études s'y sont intéressées mais elles portaient soit sur des données locales, soit sur de larges populations non représentatives de la population française.

Deux études de mortalité, datant de plus de 20 ans, ont montré une surmortalité par diabète chez les femmes nées à l'étranger (données de 1970) et chez les femmes marocaines (1979-1991). L'impact du niveau socio-économique sur le recours aux soins a été étudié à partir des données de l'Assurance maladie mais ces études étaient limitées par l'absence d'indicateurs fiables du niveau socio-économique.

L'objectif de cette synthèse est de présenter l'impact du niveau socio-économique sur la prévalence du diabète et sur le recours aux soins à partir de deux enquêtes en population générale : l'Enquête décennale santé (EDS) 2002-2003 et les Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) 2002 et 2004 (voir encadré). Ces enquêtes réalisées en population générale ont inclus un module très détaillé de questions permettant de mesurer le niveau socio-économique.

L'ensemble des résultats présentés concernent principalement le diabète de type 2 chez les personnes de 45 ans ou plus.

L'Enquête décennale santé (EDS) et les Enquêtes santé et protection sociale (ESPS)

EDS 2002-2003 – Insee

- Population de 15 000 ménages représentatifs des ménages résidant en France métropolitaine (35 000 individus).
- Enquête en face-à-face au cours de trois visites, espacées d'un mois.
- Population diabétique définie par l'autodéclaration d'un diabète au cours de l'une des trois visites, l'achat d'un traitement antidiabétique (oral ou insuline) recueilli lors de la 2^e ou 3^e visite ou la consommation d'un antidiabétique les dernières 24h avant la 3^e visite (code-barres du traitement scanné ou nom complet saisi) - 1 139 personnes diabétiques dont 1 050 âgées de 45 ans ou plus.
- Origine géographique définie par le pays de naissance sauf pour les Français de naissance nés à l'étranger pour lesquels le pays d'origine est la France.

ESPS 2002 et 2004 – Irdes

- Population d'environ 20 000 personnes en 2002 et 22 000 personnes en 2004.
- Entretien direct par téléphone (4 contacts) ou en face-à-face (deux visites à un mois d'intervalle) et envoi d'un autoquestionnaire à un membre du ménage et un autoquestionnaire portant sur la santé à chaque membre du ménage.
- Population diabétique constituée par l'ensemble des personnes affiliées à la CnamTS (hors Sections locales mutualistes - SLM) remboursées d'au moins un traitement antidiabétique au cours du trimestre d'enquête - 484 personnes diabétiques dont 444 âgées de 45 ans ou plus.
- Origine géographique définie par la nationalité.

UNE ASSOCIATION ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES, LE PAYS D'ORIGINE ET LA PRÉVALENCE DU DIABÈTE

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 7,0 % [6,5 % ; 7,5 %], et celle du diabète non traité à 0,8 % [0,7 % ; 1,0 %]. Par ailleurs, la proportion de personnes diabétiques non traitées est estimée à 10 %.

Si les principaux facteurs associés au diabète restent la corpulence (risque de diabète environ 5 fois plus élevé chez les personnes obèses par rapport aux personnes de corpulence normale) et l'âge, les caractéristiques socio-économiques et le pays d'origine ont un impact aussi bien chez les hommes que chez les femmes (figures 1 à 4). Cependant, ces associations sont plus fortes chez les femmes que chez les hommes.

FIGURE 1 |

Prévalence du diabète et de l'obésité selon le pays d'origine chez les femmes de 45 ans ou plus

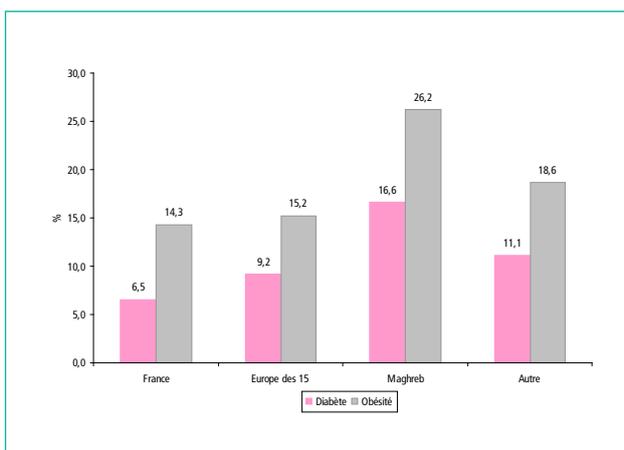


FIGURE 2 |

Prévalence du diabète et de l'obésité selon le pays d'origine chez les hommes de 45 ans ou plus

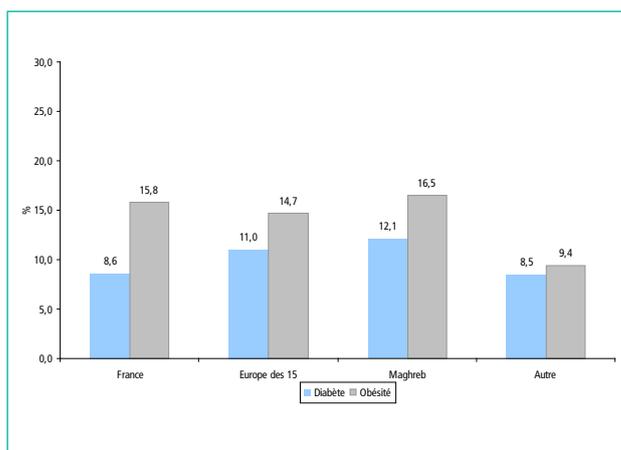


FIGURE 3 |

Prévalence du diabète et de l'obésité selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) chez les femmes de 45 ans ou plus

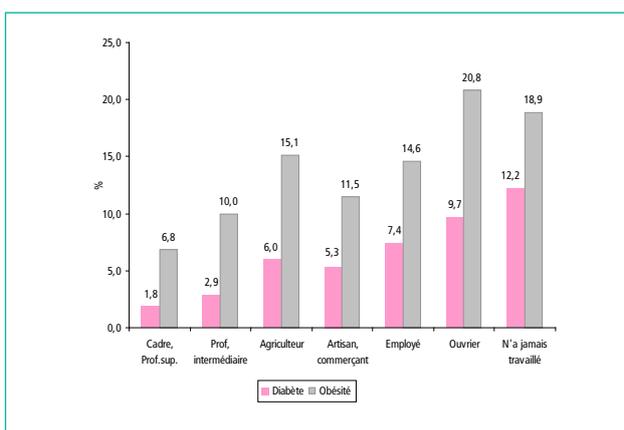
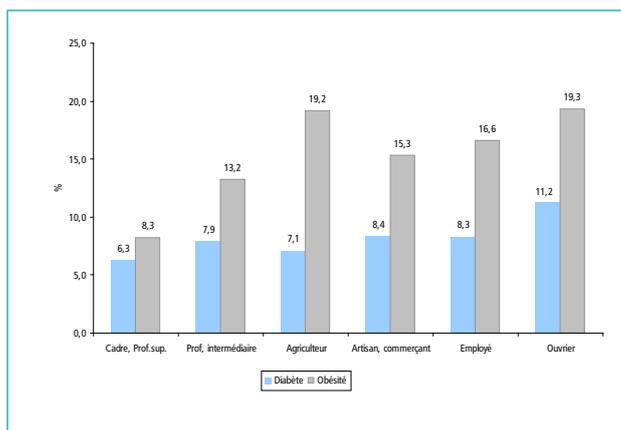


FIGURE 4 |

Prévalence du diabète et de l'obésité selon la PCS chez les hommes de 45 ans ou plus



LE PAYS D'ORIGINE : UNE ASSOCIATION AVEC LE DIABÈTE QUI DIFFÈRE SELON LE SEXE

L'association entre le pays d'origine et le diabète est particulièrement marquée chez les femmes originaires d'un pays du Maghreb et vivant en France métropolitaine qui présentent un risque de diabète 2,5 fois plus élevé que les femmes françaises, après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), le nombre de grossesses et un indicateur socio-économique de la zone d'habitation (zone urbaine sensible). L'ajustement supplémentaire sur la PCS ou les revenus par unité de consommation a peu d'impact sur la force de cette association. En revanche, l'ajustement sur le niveau d'études affaiblit l'association. La forte prévalence du diabète chez les femmes originaires du Maghreb vivant en France s'expliquerait donc en partie par une très forte prévalence de l'obésité (26,2 % contre 14,3 % chez les femmes françaises) et par un niveau d'études modeste.

Ces caractéristiques ne sont pas retrouvées chez les hommes pour qui la prévalence de l'obésité diffère moins fortement en fonction du pays d'origine, et les disparités sociales face au diabète sont moins marquées.

LE NIVEAU D'ÉTUDES : UNE ASSOCIATION AVEC LE DIABÈTE QUI DIFFÈRE SELON LE SEXE

Chez les hommes, comme chez les femmes, le niveau d'études est l'indicateur socio-économique le plus fortement associé à la prévalence du diabète. Le niveau de revenus du ménage par unité de consommation est celui pour lequel l'association est la moins forte.

La force de ces associations est plus importante chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, les femmes et les hommes ouvriers ont un risque de diabète respectivement 2,6 fois et 1,5 fois supérieur à celui des femmes et des hommes cadres. De même, les femmes et les hommes ayant un niveau d'études inférieur au CEP (certificat d'études primaires) déclarent respectivement 3,7 fois et 2 fois plus souvent un diabète que celles et ceux qui ont le baccalauréat.

L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE SUIVI DU DIABÈTE TRÈS INSUFFISANTE, QUELS QUE SOIENT LE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE ET LE PAYS D'ORIGINE

L'analyse de l'impact du niveau socio-économique sur l'application des recommandations de suivi du diabète (dosages biologiques, consultations de spécialistes) confirme les lacunes quant au suivi de ces recommandations pour l'ensemble des personnes diabétiques.

Les déterminants d'une bonne application de ces recommandations sont essentiellement des indicateurs de gravité du diabète : l'âge, le traitement antidiabétique ou la prise en charge pour affection de longue durée (ALD). Ni le niveau socio-économique ni le pays d'origine n'ont un impact sur le suivi de ces recommandations, à l'exception notamment des consultations dentaires moins fréquentes chez les personnes plus défavorisées et des consultations ophtalmologiques plus fréquentes parmi les personnes diabétiques d'origine étrangère à niveau de gravité équivalent.

LES LIMITES DE CES ÉTUDES ET LES DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

L'absence de relation entre les recommandations de suivi du diabète, le niveau socio-économique et le pays d'origine peut s'expliquer partiellement par un manque de puissance dans l'analyse des enquêtes ESPS.

Compte tenu de la faiblesse des effectifs de personnes d'origine étrangère dans l'échantillon, il n'a pas été possible d'étudier plus en détails les éventuelles spécificités d'autres groupes de migrants, que ce soit dans l'analyse des enquêtes ESPS ou de l'EDS.

Concernant la prévalence très élevée des femmes diabétiques originaires du Maghreb vivant en France, les résultats de l'enquête Entred 2007 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) apportent des informations complémentaires. La fréquence de l'obésité chez les hommes et les femmes diabétiques d'origine maghrébine y est inférieure à celle observée chez les personnes diabétiques nées en France. Le diabète de type 2 résultant d'une interaction entre génétique et environnement, ceci laisse suggérer que les personnes d'origine maghrébine ont un risque plus élevé de développer un diabète à un seuil d'IMC plus bas que les personnes nées en France, ou une forme de diabète particulière, donc une influence génétique plus forte ou différente. De plus, les enquêtes Entred 2001 et 2007 ont mis en évidence une prévalence accrue de complications ophtalmologiques chez les personnes d'origine maghrébine, ce qui pourrait expliquer la fréquence élevée de consultations en ophtalmologie décrite ici.

UNE PRÉVENTION ET UN DÉPISTAGE ADAPTÉS AUX POPULATIONS LES PLUS À RISQUE

Le fort impact du niveau socio-économique et du pays d'origine (Maghreb), en particulier chez les femmes, sur la prévalence du diabète est important à prendre en compte dans les campagnes de prévention. Les campagnes de prévention primaire du diabète (lutte contre l'obésité et la sédentarité dans les populations défavorisée) prévues dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) pourraient être mises à profit pour sensibiliser les professionnels de santé qui prennent médicalement en charge ces populations, en particulier les médecins généralistes et les médecins hospitaliers.

En matière de diagnostic du diabète, les recommandations de dépistage actuelles comprennent déjà un dépistage communautaire dès 45 ans dans les populations précaires, à réaliser tous les trois ans par la mesure de la glycémie veineuse ou capillaire. Ces recommandations incluent également un dépistage opportuniste dès 45 ans pour les personnes d'origine non caucasienne ou les personnes en excès pondéral.

D'autre part, une meilleure prise en charge médicale du diabète reste nécessaire, quels que soient le niveau socio-économique et l'origine géographique des patients. Une éducation thérapeutique adaptée aux diversités socioculturelles ainsi qu'un suivi médical approprié pourraient être proposés aux populations de plus bas niveau socio-économique ou d'origine maghrébine, compte tenu de leur forte exposition au diabète.

Un résultat reste à confirmer : la fréquence plus élevée de complications ophtalmologiques dans la population diabétique originaire du Maghreb.

¹ Le Sniiram lie les données de consommation médicale, celles du PMSI et le statut vital.

Pour en savoir plus :

Fosse S, Dalichamp M, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine - Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 90 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Mots clés : diabète, niveau socio-économique, pays d'origine, migrants, prévalence, recours aux soins

Citation suggérée :

Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 4 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Cette synthèse a été rédigée par Sandrine Fosse et Anne Fagot-Campagna (DMCT, InVS) en collaboration avec la Cellule de valorisation éditoriale (Ceve, InVS).

VERS UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE PÉRENNE DU DIABÈTE

Dans le contexte actuel d'épidémie de diabète, il est important de continuer à surveiller l'évolution des inégalités de santé. L'Enquête européenne de santé par interview (EHIS, European health interview survey) va contribuer à l'apport de connaissances sur les inégalités socio-économiques et les inégalités liées à l'origine géographique au niveau européen dans le domaine des maladies chroniques (dont le diabète). Les enquêtes Entred et, en particulier, la possibilité de géocoder les données contribueront également à la surveillance des inégalités en termes de facteurs de risque vasculaire, de complications, de recours aux soins et de mortalité liée au diabète.

D'autre part, des évolutions du Système national d'informations interrégimes de l'Assurance maladie¹ (Sniiram), à savoir l'introduction d'un indicateur écologique de défavorisation, de la nationalité et du pays de naissance des individus, ouvrirait la voie vers un système de surveillance pérenne permettant de surveiller l'évolution des inégalités de santé liées aux maladies chroniques en France, dont le diabète.