



Parmi ces 1139 personnes, 1010 (88,7%) ont répondu au questionnaire et accepté le prélèvement sanguin, respectivement 86,1% des hommes et 91,3% des femmes. La distribution selon les communes de ces personnes enquêtées n'est pas différente de celles incluses dans l'échantillon ( $\chi^2$  de Yates = 1,41 ddl = 23).

26 personnes (2,3%) ont rempli le questionnaire mais refusé le prélèvement. Une seule personne a accepté le prélèvement mais refusé le questionnaire. 48 personnes (4,2%) ont totalement refusé de participer à l'étude. 54 personnes (4,7%) n'ont pu être contactées malgré de multiples tentatives. Il n'y a pas de différence selon le sexe.

Sur l'ensemble de la population étudiée, 75 personnes étaient diabétiques, soit 7,43% (I.C. = 5,81 à 9,04). Il s'agissait de 28 hommes (5,67%) et de 47 femmes (9,10%). Cette différence était non significative ( $\chi^2=3,75$ ). Après standardisation sur la population mondiale, la prévalence globale du diabète sucré chez les 30-64 ans était de 9,71%.

Les 75 cas se répartissaient en 57 D.S.N.I.D. (5,64%), 13 diabètes traités par insuline (1,29%), et 5 diabètes nutritionnels par alcoolisme (0,5%). Quatre personnes avaient été mises sous insuline dès le début du traitement mais l'âge au diagnostic (41, 45, 54 et 55 ans) ne nous permettent pas de les classer avec certitude en D.S.I.D. La prévalence réelle du D.S.I.D. dans la population adulte est ainsi estimée entre 0 et 4%.

Il existait une augmentation de la prévalence selon l'âge, plus marquée chez les femmes que chez les hommes (tabl. 1).

Tableau 1. – Prévalence du diabète sucré selon l'âge et le sexe (Réunion, 1991)

Âge	Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
20-29.....	0/135	0	0/131	0
30-39.....	2/124	1,6	5/124	4,0
40-49.....	7/93	7,5	6/90	6,7
50-59.....	8/73	11,0	17/87	19,5
60 et plus.....	11/69	15,9	19/84	22,6
<b>Total ≥ 20.....</b>	<b>28/494</b>	<b>5,7</b>	<b>47/516</b>	<b>9,1</b>

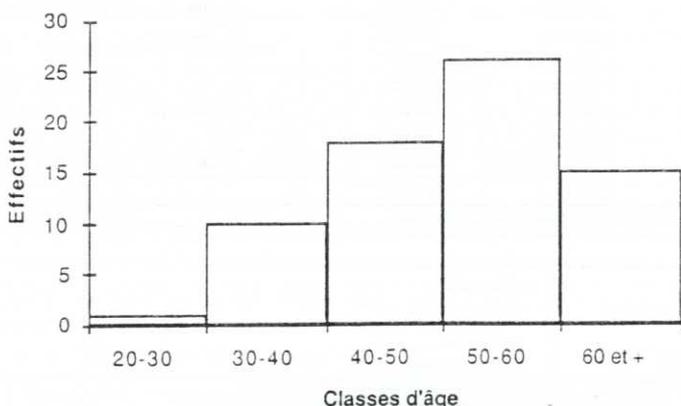
56 personnes avaient connaissance de leur état (74,67%). 48 d'entre elles (85,71%) présentaient une glycémie à jeun supérieure à 6 mmol/l et 39 (69,64%) une fructosaminémie supérieure à 285 pmol/l. 12 (21,43%) étaient traitées par insuline. 45 personnes diabétiques (80,4%) disaient suivre un régime.

19 diabètes (1,9% de la population) ont été dépistés lors de l'étude dont un a été classé D.S.I.D. par son médecin. Il s'agissait de 9 femmes (19,15% des diabétiques de sexe féminin) et 10 hommes (35,71%). Cette différence est non significative ( $\chi^2 = 2,55$ ).

Les examens de diagnostic ont été répertoriés pour 53 des 56 diabétiques connus avant l'enquête : 53 avaient eu une glycémie à jeun, 19 une hémoglobine glycosylée, 2 une hyperglycémie provoquée par voie orale et 13 des examens divers telle une fructosaminémie.

L'âge au diagnostic était connu pour 70 des 75 diabétiques : l'âge moyen était de 51,9 + 10,8 (28,8 à 81,6) et l'âge médian de 52,5 (fig. 1).

Figure 1. – Âge au diagnostic des personnes diabétiques (Réunion, 1991)



L'indice de masse corporelle (B.M.I.) était de 23,93 ± 3,47 pour les hommes et de 26,57 ± 4,46 pour les femmes contre, respectivement, 23,14 ± 3,74 et 24,42 ± 4,85 pour les non-diabétiques. 54,9% des femmes de

l'échantillon et 16,6% des hommes présentaient un B.M.I. respectivement supérieur à 25 et 27 et 61,8% des femmes et 30,4% des hommes un indice supérieur à 23 et 25.

28,0% des diabétiques et 11,3% des non-diabétiques avaient une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l ( $\chi^2 = 17,54$ ,  $p = 10^{-4}$ ). 42,67% des diabétiques présentaient également une hypertension artérielle contre 18,50% des non-diabétiques ( $\chi^2 = 14,21$ ,  $p = 10^{-4}$ ). 4,0% des diabétiques pratiquaient une activité physique régulière et 22,14% des non-diabétiques ( $\chi^2 = 10,45$ ,  $p = 10^{-3}$ ).

28 des 56 diabétiques (50,0%) n'avaient jamais consulté un spécialiste en diabétologie et 23 (41,1%) l'avaient fait au moins 1 fois.

## DISCUSSION

Les résultats de notre enquête montrent une prévalence du diabète sucré modérée, comparable à celle de l'île Maurice [4], mais plus élevée qu'en métropole [5]. Le niveau de cette prévalence et le fait qu'elle semble avoir augmenté ces dernières années sont des raisons pour un programme de prévention et ce, d'autant plus que l'île de la Réunion est en pleine phase de transition entre un mode de vie traditionnel et un mode de vie occidental.

Le D.S.N.I.D. est supposé être la conséquence d'une interaction entre une sensibilité génétique et une exposition à certains facteurs. Des études épidémiologiques ont montré que l'augmentation de l'apport alimentaire en graisses saturées et la diminution de l'apport en fibres peuvent entraîner un abaissement de la sensibilité à l'insuline et des anomalies de la tolérance au glucose [2]. L'obésité a été incriminée en tant que facteur de risque du D.S.N.I.D. On a démontré par ailleurs que l'exercice physique régulier augmente la sensibilité à l'insuline, améliore la tolérance au glucose et diminue le risque de D.S.N.I.D. [2]. Dans notre étude, l'obésité et la sédentarité ont été retrouvées associées au statut de diabétique.

Un bilan des disponibilités alimentaires par habitant réalisé dans le département sur les années 1986-1989 a montré que la répartition en lipides (30,5%), glucides (57,6%) et protéides (12%) correspondait aux apports conseillés. Il existe cependant une faible disponibilité en légumes et on assiste à une augmentation de la consommation des sucres rapides.

Les principaux changements à apporter au mode de vie réunionnais sont ainsi de prévenir et de corriger l'obésité fréquente, d'accroître l'apport de légumes dans l'alimentation, de limiter les apports en sucres rapides, et de faire davantage d'exercices physiques. Il convient également de réaliser l'éducation de toute la population.

La prévention secondaire consiste à dépister les sujets asymptomatiques afin d'instaurer un traitement efficace pouvant retarder l'évolution de la maladie et l'apparition des complications.

La prévention tertiaire a pour but de prévenir ou de retarder les complications par un contrôle métabolique strict, une éducation des malades et un traitement efficace associé à un dépistage des stades précoces des complications. Notre enquête indique que des efforts restent à faire dans ce domaine.

En prenant comme indicateur la prévalence du diabète dans la communauté, cette étude devrait également permettre dans quelques années l'évaluation du programme de lutte éventuellement mis en place dans le département.

## RÉFÉRENCES

1. KING H, REWERS M. – Le diabète de l'adulte : désormais un problème dans le tiers monde. – *Bull. O.M.S.* 1992; 70 (1) : 11-16.
2. ZIMMET P. – Challenges in diabetes epidemiology-from West to the rest. – *Diabetes Care* 1992; 15 : 232-52.
3. CORDONNIER DJ *et al.* – Epidemiology, development and treatment of endstage renal failure in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabetologia* 1993; 36 : 1109-112.
4. DOWSE DG *et al.* – High prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in Indian, Creole and Chinese Mauritians. – *Diabetes* 1990; 39 : 390-96.
5. GUILLAUSEAU P.-J. – Traitements des diabètes sucrés. – *Rev. Prat.* 1992; 42 (9) : 1069-70.

N.B. : le financement de ce travail a été assuré par le Conseil général de la Réunion.