

Une incidence élevée du diabète dans les départements français d’Outre-mer en 2000-2005

P66

I. Romon¹, A. Weill², GR. Auleley³, S. Gosselin⁴, P. Perez³, V. Van Bockstael⁴, A. Fagot-Campagna¹
1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice, France ;
2/ Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), Paris, France ;
3/ Régime social des indépendants (RSI), Saint-Denis, France ;
4/ Mutualité sociale agricole (MSA), Bagnolet, France

Introduction

- La prévalence du diabète traité a été estimée en 2005 en métropole à 3,6 %, à partir des données de remboursements de l’Échantillon permanent des assurés sociaux [1].
- Dans les départements français d’Outre-mer (DOM), la prévalence du diabète traité a été estimée à partir des mêmes données [1] à 7,7 % :
 - 7,4 % à l’Île de la Réunion (+/-1,4) ;
 - 10,1 % en Guadeloupe (+/-2,2) ;
 - 7,9 % en Martinique (+/-2,1) ;
 - 1,8 % en Guyane (0,4 ; 4,3).
- Cette prévalence élevée du diabète dans les DOM serait en partie liée à une transition économique et culturelle importante (“occidentalisation”), entraînant des modifications du comportement alimentaire et de l’activité physique.
- Les données d’incidence du diabète sont rares car elles nécessitent un suivi de cohorte. En France, le diabète appartient à la liste des affections de longue durée (ALD) donnant droit, sur demande du médecin, au remboursement à 100 % des soins liés à cette affection. Bien que l’incidence des admissions en ALD pour diabète ne puisse être assimilée à l’incidence réelle du diabète, ses caractéristiques peuvent apporter des informations extrapolables à l’incidence du diabète.

Objectifs de l’étude

- Décrire l’incidence et les caractéristiques des ALD pour diabète dans les DOM.
- Comparer ces résultats à ceux de France métropolitaine.

Méthodes

- Les données d’incidence des ALD pour diabète ont été extraites, pour les années 2000 à 2005, des bases de données des trois principaux régimes d’Assurance maladie, couvrant 96 % de la population assurée vivant en France :
 - la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) ;
 - la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
 - le Régime social des indépendants (RSI).
- La population de bénéficiaires, utilisée comme dénominateur, a été estimée par l’effectif de la population de chaque DOM et de France métropolitaine des 6 années étudiées (source : Insee).
- Les taux d’incidence ont été calculés en personnes-années en sommant les données de la période 2000-2005, afin de minimiser l’impact des fluctuations annuelles de petits effectifs.
- Les taux ont été standardisés selon la structure d’âge et de sexe de la population métropolitaine de 2000 (source : Insee).

Résultats

TABLEAU 1	NOMBRE ANNUEL MOYEN DE PERSONNES ADMISES EN ALD POUR DIABÈTE ET CARACTÉRISTIQUES D’ÂGE ET DE SEXE, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D’OUTRE-MER EN 2000-2005				
	Métropole	Réunion	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Nombre annuel moyen d’admissions en ALD pour diabète	146 922	2 759	1 841	1 292	275
Hommes	55 %	46 %	41 %	42 %	46 %
<45 ans	11 %	24 %	15 %	15 %	23 %
45-64 ans	46 %	52 %	49 %	46 %	58 %
≥65 ans	43 %	24 %	36 %	39 %	19 %

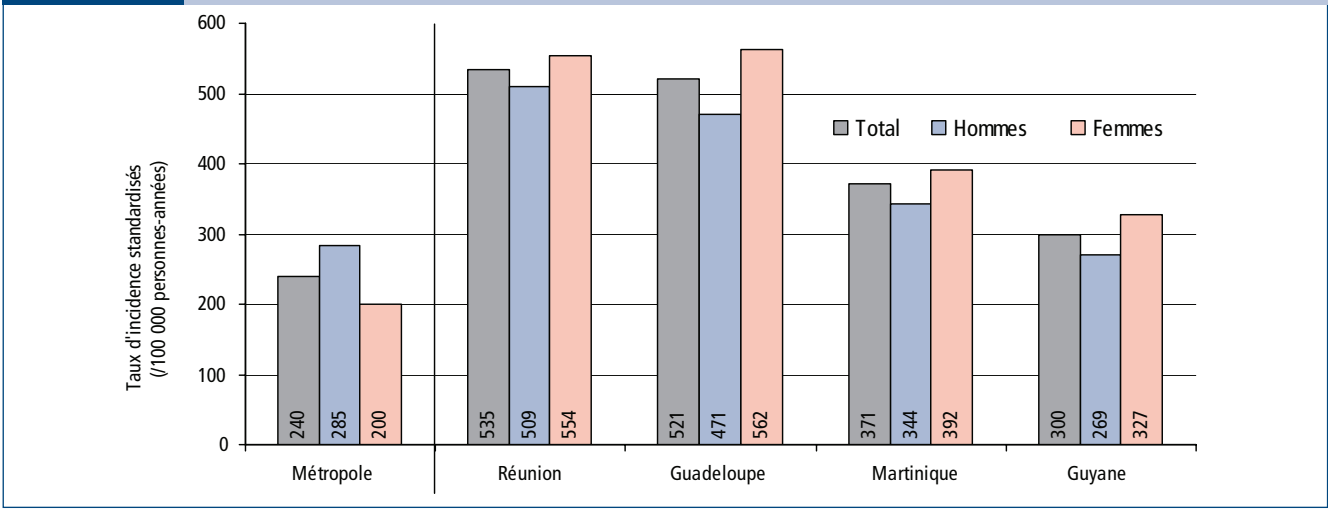
- Par rapport aux admissions en ALD pour diabète en métropole, les admissions en outre-mer concernent des personnes plus jeunes et plus souvent des femmes.

TABLEAU 2	TAUX D’INCIDENCE BRUTS DES ALD POUR DIABÈTE EN 2000-2005, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DANS LES DÉPARTEMENTS D’OUTRE-MER, PAR ÂGE ET SEXE, POUR 100 000 PERSONNES-ANNÉES				
	Métropole	Réunion	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Taux pour 100 000 personnes-années					
Hommes <65 ans	198	292	271	215	118
Hommes ≥65 ans	774	1 163	1 306	924	679
Hommes (total)	276	343	368	294	138
Femmes <65 ans	135	315	333	245	138
Femmes ≥65 ans	570	1 306	1 550	1 111	802
Femmes (total)	216	395	475	365	165
TOTAL	245	370	424	332	151

- Les taux d’incidence bruts sont plus faibles en Guyane que dans les autres DOM et qu’en métropole, reflétant une population particulièrement jeune dans ce département.
- Les taux d’incidence bruts à la Réunion, en Guadeloupe et en Martinique sont beaucoup plus élevés qu’en métropole, quels que soient l’âge et le sexe.

FIGURE 1

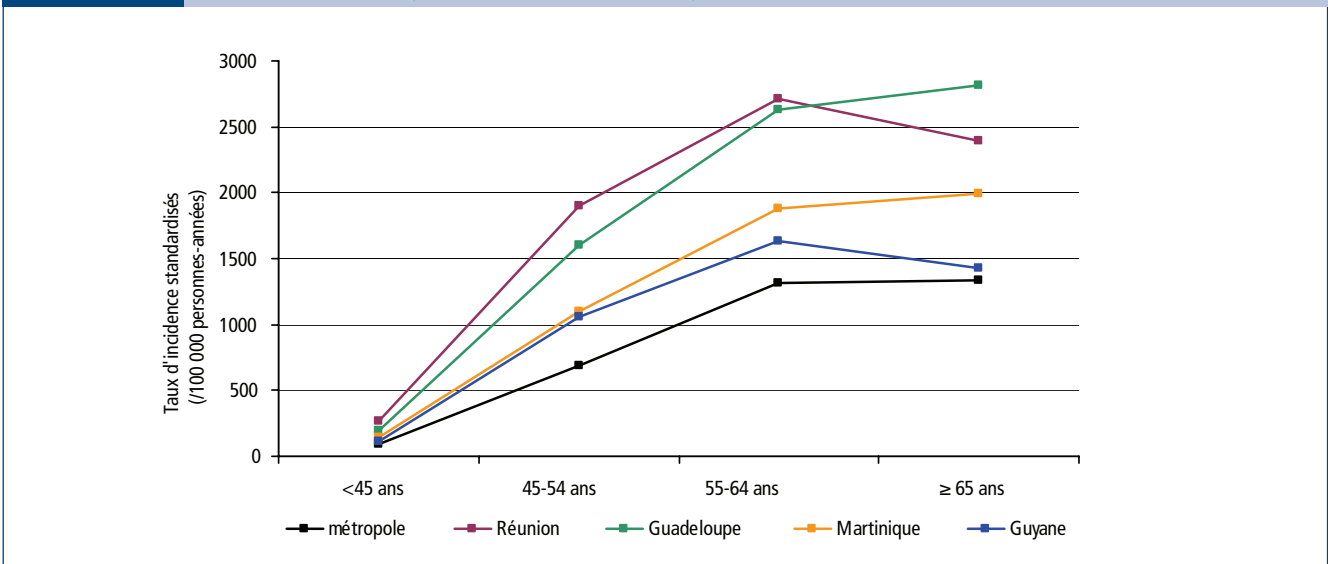
TAUX D’INCIDENCE STANDARDISÉS DES ALD POUR DIABÈTE EN 2000-2005, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D’OUTRE-MER, AU TOTAL ET PAR SEXE, POUR 100 000 PERSONNES-ANNÉES



- Par rapport aux taux d’incidence standardisés des ALD pour diabète en métropole, les taux en outre-mer sont :
 - 2,2 fois plus élevés à la Réunion et en Guadeloupe ;
 - 1,5 fois plus élevés en Martinique ;
 - 1,3 fois plus élevés en Guyane.
- Le taux d’incidence standardisé est 1,4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes en métropole. A l’inverse, les taux sont 1,1 à 1,2 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes en outre-mer.

FIGURE 2

TAUX D’INCIDENCE STANDARDISÉS DES ALD POUR DIABÈTE EN 2000-2005, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ET DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D’OUTRE-MER, PAR CLASSE D’ÂGE, POUR 100 000 PERSONNES-ANNÉES



- Dès 45 ans, les taux d’incidence standardisés apparaissent plus élevés dans chaque DOM qu’en métropole, particulièrement à la Réunion et en Guadeloupe.
- Les taux d’incidence sont maximaux après 55 ans. Ils diminuent légèrement après 65 ans à la Réunion et en Guyane.

Limites

Les données d’admission en ALD pour diabète ne permettent qu’une estimation proche de l’incidence réelle du diabète. En effet :

- La demande d’ALD pour diabète n’est pas systématique.** Elle peut :
 - ne pas être demandée par le médecin ;
 - ne pas être souhaitée par la personne diabétique ;
 - être jugée inutile par la personne diabétique déjà prise en charge à 100 % par une mutuelle ou la Couverture maladie universelle (CMU) ;
 - être jugée inutile par le médecin ou la personne diabétique si une prise en charge est déjà effective pour une autre ALD (cardio-vasculaire par exemple).
- Par exemple, en 2001, 77 % des personnes diabétiques traitées de l’étude ENTRED [2] étaient prises en charge pour une ALD (pour diabète ou autre pathologie).
- La demande d’ALD n’est unique qu’en théorie.** Il peut y avoir un renouvellement de demande notamment :
 - lors d’un changement de régime d’Assurance maladie ;
 - lors d’un changement de statut “assuré” / “ayant-droit” ;
 - lors d’un déménagement engendrant un changement de caisse d’Assurance maladie ;
 - lors d’un changement de médecin traitant.
- La demande d’ALD n’est pas toujours concomitante de l’apparition du diabète.** Les délais entre l’incidence réelle du diabète, son diagnostic, l’instauration d’un traitement et la demande d’admission en ALD pour diabète sont variables d’un individu à l’autre et d’un médecin à l’autre. Il est également possible que les écarts observés entre la métropole et l’outre-mer soient en partie liés à des différences de pratiques médicales ou d’ordre administratif.

Conclusion

L’incidence du diabète serait 1,2 à 2,2 fois plus élevée en outre-mer qu’en métropole, ce qui coïncide avec les estimations de prévalence du diabète [1] et de mortalité liée au diabète [3] qui sont plus importantes en outre-mer. Les taux d’incidence standardisés sont beaucoup plus élevés dès l’âge de 45 ans dans les DOM par rapport à la métropole, particulièrement à la Réunion et en Guadeloupe. L’impact des complications du diabète sur ces populations jeunes pourrait être redoutable.

Le diabète touche un peu plus souvent les femmes que les hommes en outre-mer, contrairement à la métropole et en Europe en général. Cette différence peut être liée à la plus grande fréquence des facteurs de risque du diabète chez les femmes en outre-mer. Ainsi, la prévalence de l’obésité était 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes à la Réunion en 1999-2001 (étude Redia [4]) alors qu’elle était identique chez les hommes et chez les femmes en métropole en 2003 (étude Obépi [5]).

Ces données d’incidence du diabète soulignent le poids important et les particularités du diabète dans les DOM et témoignent également de la nécessité d’actions de prévention primaire de cette maladie dans ces départements.

Références

[1] Kusnik-Joinville O, Weill A, Salavane B, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? Pratiques et Organisation des Soins 2007;38(1):1-12.
[2] Résultats de l’étude ENTRED 2001, disponible sur www.invs.sante.fr/entred/
[3] Romon I, Jouglu E, Catteau C, Para G, Cardoso T, Solet JL, Fagot-Campagna A. Le poids important du diabète sur la mortalité dans les départements d’outre-mer. Congrès de l’Alfédiem, Marseille, France, 20-23 mars 2007. Diabetes Metab 2007;33:1576.
[4] Redia. Étude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète et à son contrôle dans la population multiculturelle de la Réunion – Résultats principaux. Inserm – Décembre 2001.
[5] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut Roche, Sofres, Obépi 2003 : Le surpoids et l’obésité en France. Enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française adulte, Roche 2003, 56 p.