

### I.3.7.1. Définition et contexte

#### A) Généralités

Le diabète est une maladie métabolique d'origine multifactorielle, chronique, causée par une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline entraînant un excès de sucre dans le sang. Si l'insuline est insuffisante ou si elle ne remplit pas son rôle correctement, comme c'est le cas dans le diabète, le glucose (sucre) ne peut pas servir de carburant aux cellules. Il s'accumule alors dans le sang. A la longue, l'hyperglycémie provoquée par la présence excessive de glucose dans le sang entraîne certaines complications, notamment au niveau des yeux, des reins, des nerfs, du cœur et des vaisseaux sanguins. Il existe deux types principaux de diabète : le type 1 et le type 2. Parfois, le diabète se développe pendant la grossesse et on l'appelle alors diabète gestationnel.

##### • Le diabète de type 1

Il se manifeste dès l'enfance, à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Il se caractérise par l'absence totale de production d'insuline. Compte tenu de sa rareté, il ne pose pas de problème de santé publique en NC.

##### • Le diabète de type 2

Il se manifeste habituellement plus tard dans la vie, généralement vers l'âge de 40 ans, mais parfois plus tôt chez certaines populations à risque. La très grande majorité des personnes diabétiques en NC a ce type de diabète, soit plus de 90% des cas. Nous savons que les peuples polynésiens et les populations récemment urbanisées développent la maladie plus rapidement que les autres. Une prédisposition génétique, un surplus de poids et le manque d'activité physique contribuent à l'apparition d'un diabète de type 2. Les études tendent à démontrer qu'une alimentation riche en graisse est un facteur de risque. Dans le diabète de type 2, les symptômes sont absents pendant de nombreuses années. Malheureusement, lorsqu'il est diagnostiqué, certaines des complications qu'il implique sont déjà installées. Les études menées montrent qu'en modifiant son hygiène de vie (alimentation et activité physique), on peut empêcher ou retarder l'apparition de la maladie et aussi en diminuer l'impact et les complications.

##### • Le diabète gestationnel

Il se manifeste pendant la grossesse et dans 90% des cas, disparaît après l'accouchement. Il affecte à la fois le nouveau-né et la mère. L'enfant risque d'avoir un poids plus élevé que la normale. Chez la mère, la présence du diabète accroît les risques d'hypertension artérielle, d'infections et peut causer des complications lors de l'accouchement (taux de césarienne augmenté, hypoglycémie néonatale, mort in utero). Le diabète de grossesse se traite et se contrôle par l'adoption d'une bonne hygiène de vie (alimentation). Si, malgré ces changements, le diabète n'est pas bien contrôlé, l'utilisation d'insuline devient nécessaire.

#### B) Le traitement

##### • Le diabète de type 1

Le traitement repose sur l'insulinothérapie administrée par voie sous cutanée, le plus souvent en injections, dans quelques cas par infusion continue à la pompe portable.

La prise en charge des diabétiques de type 1 doit être faite conjointement par le médecin généraliste et le diabétologue.

##### • Le diabète de type 2

Le traitement du diabète repose avant tout sur le suivi des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée et activité physique régulière) auquel doit, le plus souvent, être ajouté un traitement par comprimés anti diabétiques et à un stade plus évolué par injectables (insuline ou incrétine). Ces diabétiques sont essentiellement pris en charge par leur médecin généraliste.

La CAFAT a mis en place un protocole annuel de soins pour le diabète de type 2 non compliqué, et des recommandations de prise en charge pour le diabète de type 2 avec complications.

#### C) Les complications

##### • Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont fréquentes chez les personnes diabétiques et sont responsables de 70% à 80% de leur décès. D'autres facteurs interviennent dans le développement de ces maladies mais la présence du diabète en favorise l'émergence.

##### • La néphropathie

Quand le diabète n'est pas bien contrôlé, il y a un excédent de sucre dans le sang. Les vaisseaux sont atteints et des lésions peuvent en résulter (micro et macro angiopathie) avec notamment atteinte des artères néphrétiques dont les artères rénales : c'est la néphropathie. A un stade avancé, elle conduit à l'insuffisance rénale terminale et à la dialyse.

##### • La rétinopathie et les maladies de l'œil

Le diabète peut être responsable de plusieurs problèmes visuels : la rétinopathie, le glaucome, les cataractes. Ces maladies affectent les différentes composantes de l'œil et par conséquent, la vision.

##### • La neuropathie

La neuropathie est une complication du diabète. C'est une atteinte du système neurologique. Elle peut entraîner plusieurs problèmes de santé importants en association avec les insuffisances vasculaires, des complications graves du pied, et notamment le risque d'amputation qui se trouve multiplié par 30.

## D) Les facteurs de risque

Divers facteurs de risque ont été associés au diabète de type 2, entre autres :

- les antécédents familiaux de diabète,
- le surpoids,
- l'alimentation peu saine,
- l'inactivité physique,
- l'âge avancé,
- la tension artérielle élevée,
- le mode de vie (communauté d'appartenance),
- l'intolérance au glucose,
- les antécédents de diabète gestationnel,
- la mauvaise alimentation pendant la grossesse.

## I.3.7.2. Contexte épidémiologique calédonien

### A) Une prise de conscience ancienne du problème

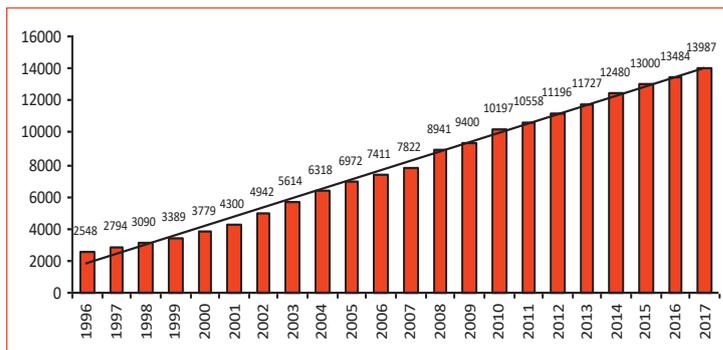
A la suite de l'étude CALDIA conduite en 1992-1993 montrant une prévalence du diabète trois fois supérieure à celle de métropole, le Congrès a fait du diabète un des thèmes prioritaires de santé publique, par la **Délibération** n°490 du 11 août 1994.

Dans le cadre de sa mission de mise en œuvre des programmes de santé publique prioritaires votés par la Nouvelle-Calédonie, la coordination du programme Diabète a été confiée à l'Agence Sanitaire et Sociale, sous la tutelle de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS-NC)

D'après l'étude CALDIA, dans une population calédonienne représentative de personnes des deux sexes (échantillon de 9 390 habitants) âgées de 30 à 59 ans, le nombre de personnes atteintes de diabète a été estimé à 5 300, soit une prévalence totale du diabète estimée sur la base de dosages systématiques à 10,2% de cette population (15,3% chez les populations d'origine polynésienne et 8,4% dans les populations mélanésiennes et européennes) selon les critères OMS de l'époque.

### B) Evolution de la prévalence du diabète (rappel 2017)

Aujourd'hui, en 2017, le diabète constitue la première cause de maladie chronique prise en charge au titre de la longue maladie, avec près de 13 987 personnes (5% de la population) prises en charge.



Chiffres CAFAT et aide médicale sud

Evolution du nombre de patients diabétiques en Nouvelle-Calédonie

Cette hausse continue de la prévalence du diabète s'explique par la montée en puissance de la surcharge pondérale.

D'une année sur l'autre, le nombre total de diabétiques pris en charge par la CAFAT augmente de près de 6%. Cette progression augure une explosion du nombre de diabétiques sur les 20 années à venir. 62% des diabétiques pris en charge par la CAFAT sont atteints d'au moins une complication.

Plus de 90% des diabétiques calédoniens sont atteints de diabète de type 2.

La maladie diabétique est encore responsable en moyenne d'un raccourcissement de l'espérance de vie de 6 ans !

### C) Le coût financier (rappel 2017)

Cette pathologie, presque toujours évitable, fait également peser un lourd fardeau sur les comptes de la santé.

En 2017, la dépense moyenne annuelle, hors EVASAN et hors hospitalisation, par diabétique de type 2 sans complication, est de plus de 500 000 F CFP. La CAFAT dépense donc près de 6,8 milliards de F CFP pour près de 14 200 diabétiques (fin 2017). Auxquels s'ajoutent les coûts hospitaliers : près de 25% des patients hospitalisés souffrent de diabète, et encore 25% de pré-diabète. Le coût des médicaments innovants renchérit le prix des traitements.

Ce sont les complications du diabète qui représentent le plus gros poids économique de cette maladie.

L'OMS et la Fédération Internationale du Diabète prédisent une augmentation des dépenses de santé liées au diabète très importante au cours des prochaines décennies.

### D) Le coût humain : la mortalité

Le diabète a été étudié à la fois lorsqu'il est mentionné en cause initiale mais aussi lorsqu'il a été mentionné en diagnostic associé (cause complémentaire).

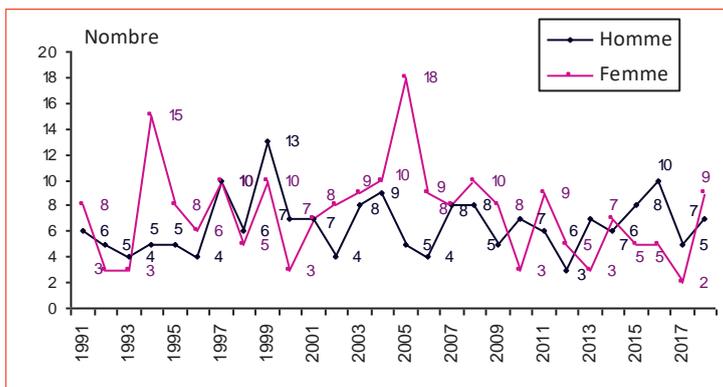
Malgré la hausse du nombre de diabétique, il n'y a pas d'augmentation significative du nombre de décès imputable au diabète.

Il y a eu entre 1991 et 2018, 2 032 décès liés au diabète parmi lesquels on en a dénombré 388 en cause principale et 1 644 en diagnostic associé, soit en moyenne 73 décès par an.

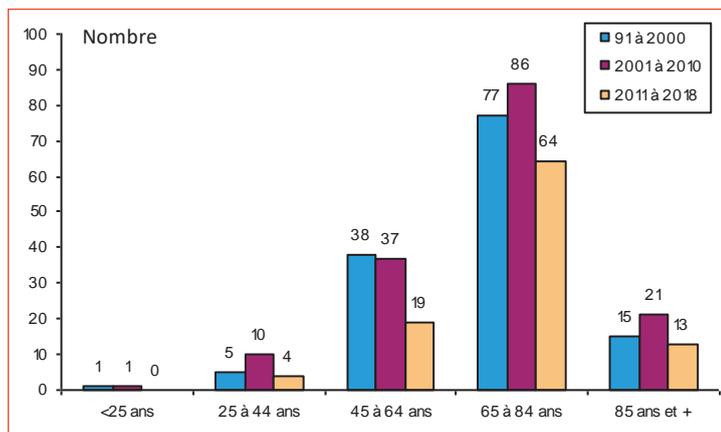
Ainsi, le nombre de décès en rapport avec le diabète est multiplié par 4,2 lorsque l'on tient compte du diagnostic associé.

**Cause initiale** : 388 décès en 28 ans, soit une moyenne de 14 personnes/an, ce qui représente un taux moyen brut annuel égal à 5,1 pour 100 000 habitants.

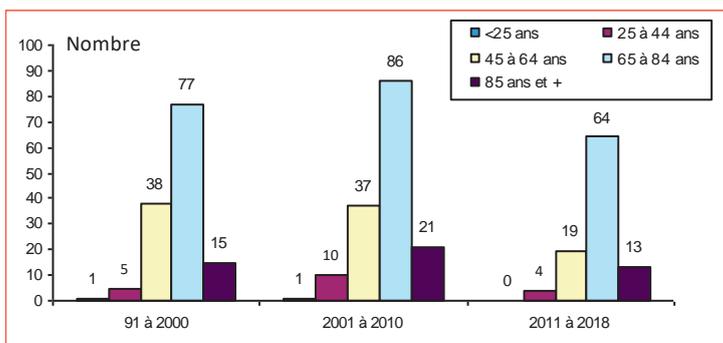
Les décès par diabète représentent 1,2% de l'ensemble des décès.



Evolution du nombre de décès ayant pour cause principale le diabète

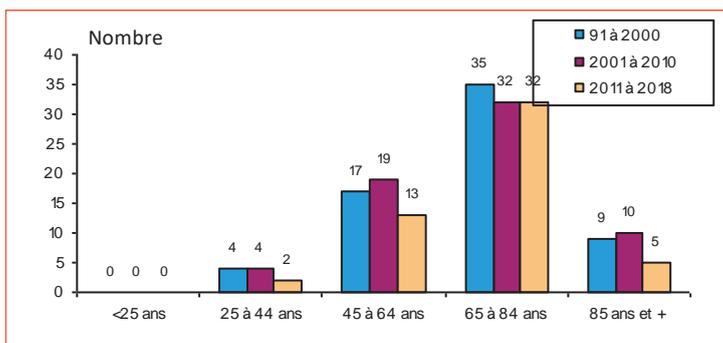


Evolution du nombre de décès par diabète selon l'âge, sexes confondus



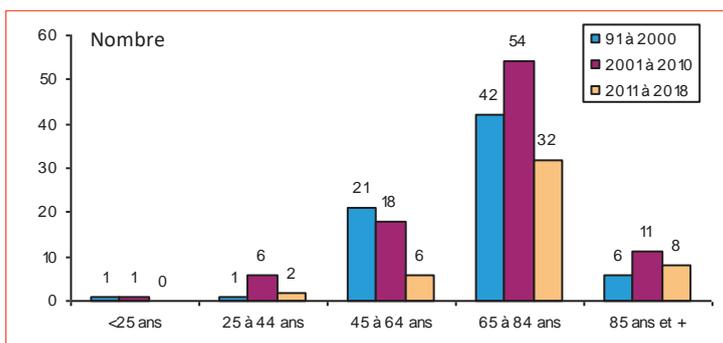
Evolution du nombre de décès ayant pour cause principale le diabète par tranches d'âge

La tranche d'âge des 65-84 ans est la plus touchée.



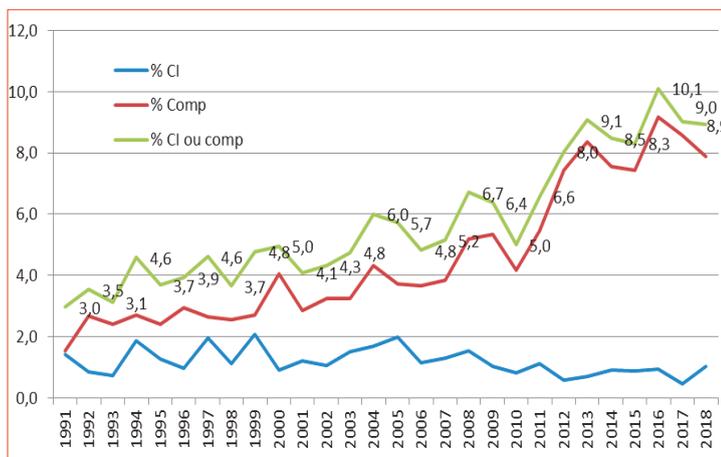
Evolution du nombre de décès par diabète selon l'âge chez les hommes

On observe, dans le graphique ci-dessous, une surreprésentation du sexe féminin parmi les décès dus au diabète en cause principale. Elle est due à l'âge plus élevé des femmes au moment du décès.



Evolution du nombre de décès par diabète selon l'âge chez les femmes

**Cause initiale ou complémentaire :** il est plus pertinent lorsque l'on étudie la mortalité liée au diabète, de tenir compte à la fois du diabète mentionné en cause principale mais aussi en cause complémentaire.



\*CI = diabète en cause initiale - Comp = diabète en cause complémentaire - CI ou comp = diabète en cause initiale ou complémentaire

Evolution en pourcentage de décès par diabète en cause initiale et/ou cause complémentaire sur l'ensemble des décès.

Diabète en :	Sexe	n	Taux moyen brut	Taux moyen standardisé
Cause initiale	M	182	4,9	4,1
	F	206	5,7	4,3
	RatioM/F			0,95
Cause initiale ou associée	M	866	23,6	20,0
	F	778	21,6	15,8
	RatioM/F			1,26

Population calédonienne au recensement 2014, deux sexes, par classe d'âge

Taux moyen de décès liés au diabète selon l'emplacement dans le certificat (1991 - 2018)

### I.3.7.4. Prévenir le diabète de type 2 : les actions calédoniennes

#### A) Prévention primaire : le programme de prévention des pathologies de surcharge « mange mieux, bouge plus »

En décembre 2007, la Nouvelle-Calédonie, via l'ASS-NC, s'est doté d'un programme de prévention primaire des pathologies de surcharge, issu du programme « diabète ». Dans la continuité de ce premier programme (évalué en 2012), le programme « Mange Mieux Bouge Plus » 2013-2017, coordonné par l'ASS-NC, s'inscrit dans un processus participatif et multisectoriel.

Les acteurs de la santé, de l'éducation, du sport, les consommateurs, les acteurs associatifs, économiques et de la société civile deviennent les véritables acteurs du programme.

Depuis fin 2013, les actions du programme s'articulent autour de 4 axes prioritaires :

- La promotion d'une alimentation équilibrée;
- La promotion d'une activité physique et sportive régulière;
- Les actions sur l'environnement pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain;
- La coordination des professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale des adultes et des enfants.

#### B) Prévention secondaire et tertiaire : le programme diabète

Le programme diabète est l'un des sept programmes dont l'ASS-NC à la charge, qui doit assurer les missions de promotion de la santé et prévention.

Dans le cadre du programme diabète calédonien, l'ASS-NC mène six actions principales qui se déclinent en plusieurs mesures:

##### ▪ Renforcer le dépistage du diabète

L'objectif est d'assurer un diagnostic précoce, une prise en charge au plus tôt afin de diminuer les complications invalidantes.

##### ▪ Garantir la qualité des soins

Les objectifs sont :

- améliorer l'éducation diabétique pour prévenir les complications,
- mettre en place une prise en charge diététique pour les diabétiques en difficulté en Nouvelle-Calédonie,
- faciliter le suivi des diabétiques par les praticiens de terrain en leur proposant des outils adaptés à la problématique de la maladie,
- améliorer et simplifier la prise en charge hospitalière du diabète (CHT et CHN),
- dépister et traiter plus précocement par laser la rétinopathie diabétique afin d'éviter les complications ophtalmologiques évitables (cécité),
- diminuer de 50% en 5 ans le nombre d'amputations au niveau des membres inférieurs,

- dépister et traiter systématiquement le diabète gestationnel afin de diminuer les complications obstétricales et néonatales.

##### ▪ Améliorer l'organisation des soins

L'objectif est d'apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant à proximité du diabétique les moyens nécessaires à sa prise en charge (éducation, diététique, podologie,...). Pour se faire un « réseau diabète » a été créé, il a pour missions :

- mettre en place des recommandations en matière de podologie,
- organiser le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographe,
- initier la formation professionnelle, etc...

##### ▪ Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé

L'objectif est de responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie. Cette action est mise en œuvre au Centre d'Education de l'ASS-NC, au CHT, à la clinique de la Baie des Citrons et dans les dispensaires de l'ensemble de la NC.

#### C) Action sur la consommation des produits sucrés

Les boissons sucrées ont une responsabilité évidente dans les épidémies d'obésité, de carie dentaire et de diabète entre autres.

La consommation de boissons gazeuses sucrées dites « hygiéniques » a été banalisée et celles-ci sont considérées à présent comme des produits désaltérants. Elles représentent un danger important pour la santé compte tenu de leur forte consommation.

Le baromètre santé jeune 2014 rapporte une consommation de boissons sucrées de manière quotidienne pour 1/3 des jeunes, et à peu près autant plusieurs fois par semaine.

Le baromètre santé adulte 2015 montre que 13% des calédoniens consomment quotidiennement des aliments sucrés (biscuits, sucrerie) en dehors des repas, et 20,3% plusieurs fois par semaine. 28% des adultes consomment des boissons sucrées tous les jours, et 22% plusieurs fois par semaine.

En mars 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de ramener l'apport en sucres libres (glucose et fructose) à moins de 10% de la ration énergétique totale chez l'adulte et l'enfant. Il serait encore meilleur pour la santé de réduire l'apport en sucres à moins de 5% de la ration énergétique totale, soit à 25 grammes (6 cuillères à café) environ par jour.

En Nouvelle-Calédonie, le 20 octobre 2016, le congrès vote un amendement visant à appliquer le taux réduit de TGC aux boissons sucrées, édulcorées et alcoolisées fabriquées localement. La TGC est officiellement mise en

place depuis octobre 2018, avec un taux supérieur de 22% sur les produits sucrés importés (biscuits et gâteaux sucrés).

### Conclusion

La prévalence du diabète est en augmentation en Nouvelle-Calédonie mais la prise en charge des patients fait que la mortalité due à cette maladie n'a pas suivi la même évolution.

Cependant cette prise en charge a des conséquences importantes sur les comptes de la santé avec des coûts qui atteignent près de 6 milliards par an.

Pour information, dans le monde, on estime qu'au moins **425 millions** de personnes sont atteintes de diabète. En 2030, on comptera **522 millions** de diabétiques (OMS et Fédération Internationale du Diabète).

Dans les pays industrialisés, la plupart des diabétiques ont dépassé l'âge de la retraite, tandis que dans les pays en développement, la tranche 35 à 64 ans est la plus touchée.

