

1. ÉTAT DE SANTÉ

1.10. Prévalence et incidence du diabète

Le diabète est une maladie chronique, qui se caractérise par un taux élevé de glucose dans le sang. Il est dû soit à un arrêt de la production d'insuline par le pancréas (diabète de type 1), soit à une diminution de la capacité de cet organe à produire de l'insuline (diabète de type 2). Les diabétiques sont plus exposés au risque de maladies cardiovasculaires, comme les crises cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux. Ils sont aussi plus exposés à des risques de perte de la vision, d'amputation du pied ou de la jambe due à des lésions des nerfs et des vaisseaux sanguins, et d'insuffisance rénale nécessitant des dialyses ou une transplantation.

On estime que plus de 85 millions d'individus souffraient de diabète en 2011 dans les pays de l'OCDE, soit 6,9 % des personnes âgées de 20 à 79 ans (graphique 1.10.1). Au Mexique, plus de 15 % des adultes sont concernés, contre moins de 5 % en Belgique, en Islande, au Luxembourg, en Norvège et en Suède (FID, 2011).

Le diabète est légèrement plus répandu chez les hommes que chez les femmes, et la prévalence de cette maladie augmente sensiblement avec l'âge. Une étude espagnole indique qu'environ 1 % des individus âgés de moins de 45 ans sont touchés, et que le chiffre dépasse 20 % chez les plus de 76 ans (Soriguer et al., 2012). Cette même étude montre aussi que quelque 50 % des personnes interrogées ignoraient qu'elles étaient diabétiques, confirmant ainsi les conclusions d'autres pays selon lesquelles une proportion importante de la population souffre d'un diabète non diagnostiqué (voir Gardete-Correia et al., 2011, par exemple). La Fédération internationale du diabète (FID) estime à environ 31 millions le nombre de cas non diagnostiqués dans les pays de l'OCDE.

Le diabète touche de manière disproportionnée les personnes appartenant à des groupes socio-économiques défavorisés. Guize et al. (2008) ont constaté que les personnes âgées dont la situation socio-économique est difficile sont deux à trois fois plus susceptibles que les groupes aisés de souffrir de diabète. En Australie, la proportion de diabétiques dans les populations indigènes est trois fois supérieure à celle relevée chez les autres (AIHW, 2011).

Dans un grand nombre de cas, l'apparition d'un diabète de type 2 pourrait être évitée (ou retardée) par une activité physique régulière et le maintien d'un poids compatible avec une bonne santé. Toutefois, la prévalence de l'obésité et de l'inactivité physique continue d'augmenter (voir l'indicateur 2.7). Avec l'augmentation des facteurs de risque, le diabète se développe rapidement dans toutes les régions du monde. Au vu des tendances actuelles, on prévoit que près de 108 millions de personnes seront diabétiques dans les pays de l'OCDE en 2030 (FID, 2011).

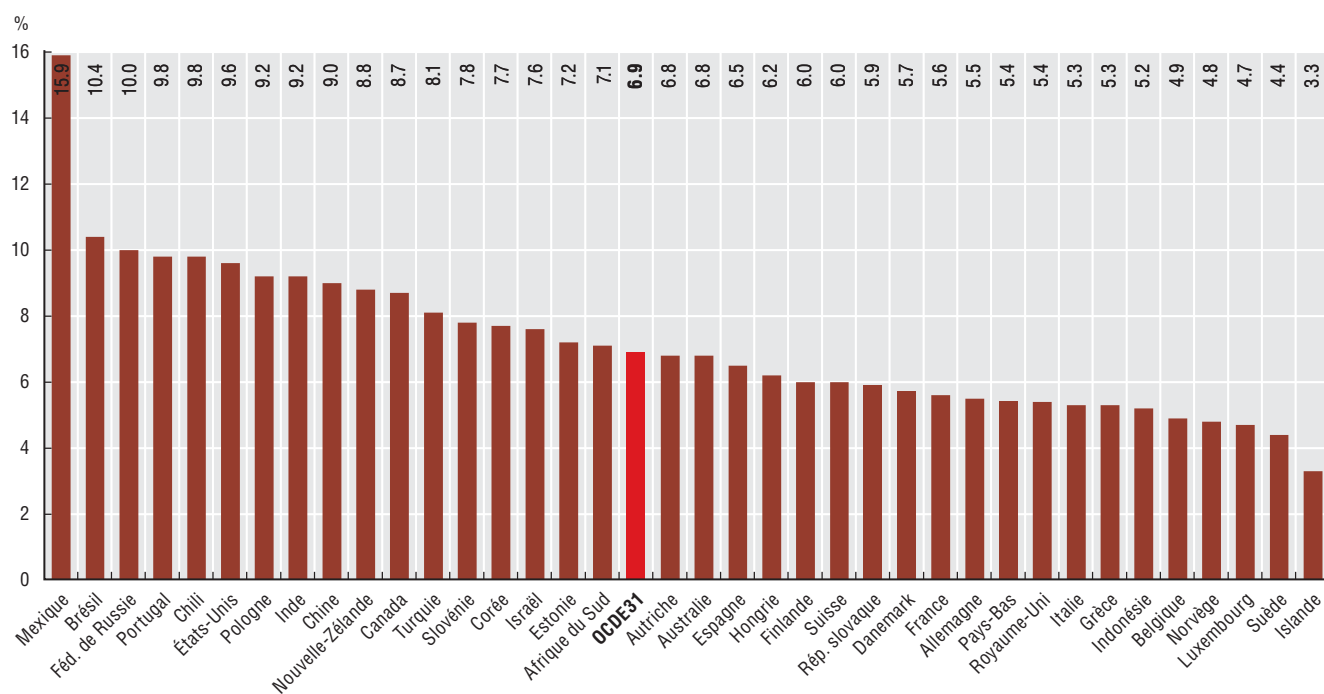
En moyenne dans les pays de l'OCDE, 17 nouveaux cas de diabète de type 1 ont été diagnostiqués en 2011 pour 100 000 enfants de moins de quinze ans (graphique 1.10.2). Ce taux est particulièrement élevé dans les pays nordiques (Finlande, Suède et Norvège), où plus de 25 cas sont détectés chaque année par tranche de 100 000 enfants. Au Mexique et en Corée, le taux reste inférieur à cinq nouveaux cas pour 100 000 chez les enfants de moins de 15 ans. Si le diabète de type 1 ne représente actuellement que 10 à 15 % des cas, les nouveaux cas sont en forte augmentation dans certains pays. Entre 2005 et 2020, on s'attend à voir doubler le nombre de nouveaux cas de diabète de type 1 chez les moins de 5 ans ; par ailleurs, la prévalence devrait augmenter en Europe de 70 % chez les moins de 15 ans (Patterson et al., 2009). Il n'y a pas de réel consensus quant aux raisons d'une hausse aussi rapide, mais les évolutions constatées dans l'environnement, ainsi que dans l'alimentation de la mère et du nourrisson, sont autant d'explications plausibles (Myers et Zimmet, 2008).

Le diabète (types 1 et 2 confondus) a un coût sanitaire énorme pour la société. En 2011, on a recensé environ 660 000 décès liés à cette maladie dans les pays de l'OCDE, et le diabète était la neuvième cause de décès dans le monde en 2010 (FID, 2011 ; Lozano et al., 2012). Les dépenses de santé générées par le diabète ont été estimées en 2011 à 176 milliards USD pour les seuls États-Unis, et à 390 milliards USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE (ADA, 2013 ; FID, 2011). Ces chiffres mettent en évidence le besoin d'actions préventives, et la nécessité d'une gestion efficace du diabète et des complications associées à cette maladie (voir l'indicateur 5.1 « Hospitalisations évitables »).

Définition et comparabilité

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète pour la publication d'estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du diabète sont exposées dans son Atlas du diabète (*Diabetes Atlas*, 5^e édition, FID 2011). Les données sont tirées d'études publiées entre 1980 et avril 2011, et n'ont été incluses que si elles satisfaisaient à un certain nombre de critères de fiabilité. Les taux de prévalence ont été ajustés aux taux standardisés selon l'âge relevés pour la population mondiale, à partir des données fournies par l'OMS. Pour plus de détails quant à la méthodologie retenue, voir Guariguata et al. (2011).

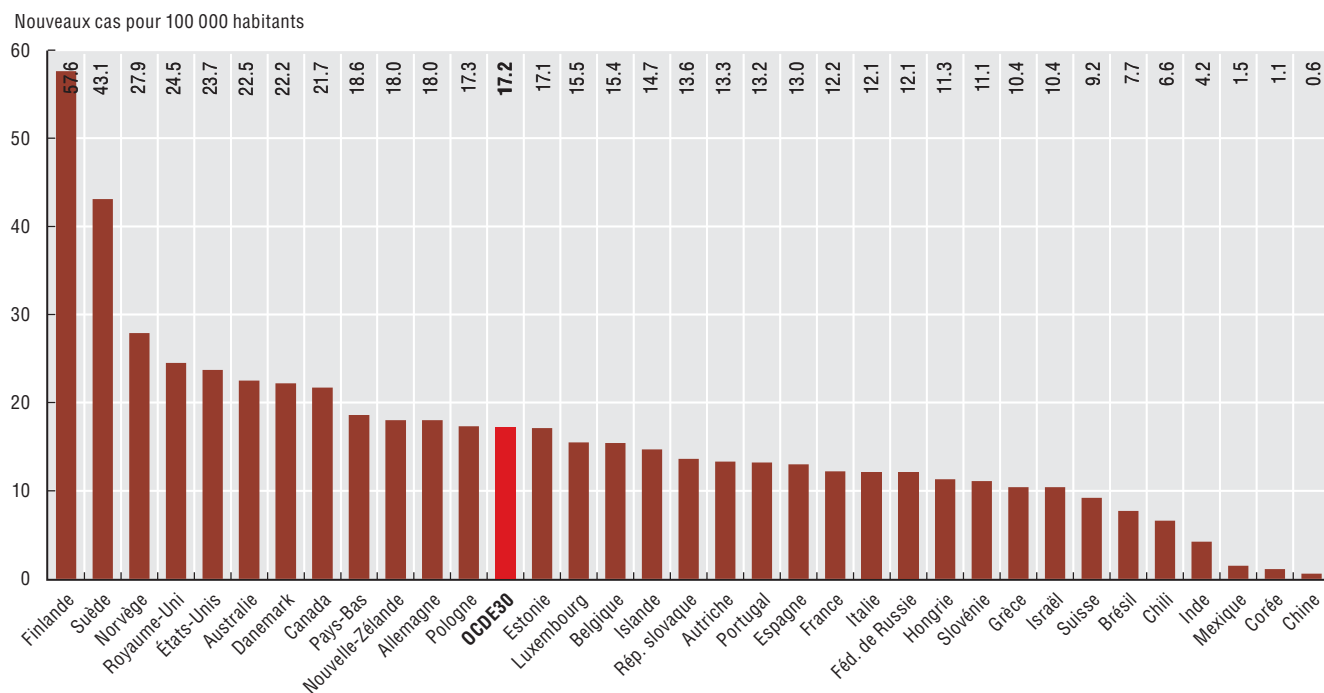
1.10.1. Estimation de la prévalence du diabète parmi la population âgée de 20 à 79 ans, 2011



Note : Les données correspondent au diabète de types 1 et 2 et sont standardisées par âge selon la structure de la population mondiale.
Source : Fédération internationale du diabète (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932920030>

1.10.2. Estimation de l'incidence du diabète de type 1 parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, 2011



Source : Fédération internationale du diabète (2011).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932920049>



Extrait de :
Health at a Glance 2013
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2013), « Prévalence et incidence du diabète », dans *Health at a Glance 2013 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-14-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.