

14 novembre 2006 / n°45

p.347 **Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001** / *Relationship between socioeconomic characteristics, health status, use of health care resources and quality of care in people with diabetes, Entred 2001*

p.350 **Lèpre dans la collectivité départementale de Mayotte en 2005** / *Leprosy in Mayotte island, French administrative division in Comoro Island in 2005*

p.352 **Streptocoque du groupe B en pathologie humaine : origine des isolats et sensibilité aux antibiotiques** / *Group B streptococcus as human pathogen: origin of isolates and antibiotic susceptibility*

Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001

Isabelle Romon (i.romon@invs.sante.fr)¹, Julien Dupin¹, Sandrine Fosse¹, Marie Dalichamp¹, Rosemary Dray-Spira^{2,3}, Michel Varroud-Vial⁴, Alain Weill⁵, Anne Fagot-Campagna¹

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Inserm U687, Saint Maurice, France 3 / Université Paris XI, IFR69, Villejuif, France 4 / Association nationale de coordination des réseaux diabète, Montgeron, France 5 / Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – Comparer les caractéristiques socio-économiques de populations diabétique et générale, et étudier, au sein de la population diabétique, le lien entre ces caractéristiques et l'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins.

Méthodes – Pour l'étude Entred, 10 000 adultes ont été sélectionnés aléatoirement parmi les bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie remboursés d'hypoglycémiant (oraux et/ou insuline) au cours du dernier trimestre 2001. Un questionnaire leur a été posté et un questionnaire médical a été adressé à leurs médecins. Cette analyse porte sur 3 076 personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 80 ans.

Résultats – Le statut socio-économique était moins favorable en population diabétique que générale. En population diabétique, les personnes de niveau socio-économique moins favorable avaient déclaré moins souvent une dyslipidémie mais plus souvent une obésité ou une complication macrovasculaire. Elles avaient eu plus souvent recours à un médecin généraliste, et moins souvent à un spécialiste du diabète. La qualité des soins reçus et leur contrôle glycémique étaient moins bons. Les personnes nées aux Maghreb, comparativement à celles nées en France, présentaient plus souvent une rétinopathie diabétique, avec de plus un dépistage par fond d'œil moins fréquent.

Conclusion – Des efforts devraient être faits pour améliorer la prévention et la prise en charge du diabète chez les personnes issues de milieux défavorisés.

Relationship between socioeconomic characteristics, health status, use of health care resources and quality of care in persons with diabetes, Entred 2001

Aims – To compare the socioeconomic status of persons with type 2 diabetes to the one of the general population, and to study the relationship between socio-economic status, health status, use of health care resources and quality of care in persons with diabetes living in France.

Methods – For the Entred study, 10,000 adults who received ≥ 1 reimbursement hypoglycaemic treatment or insulin were selected randomly from the major national medical insurance system during the last quarter of 2001. Questionnaires were mailed to those adults and to their care providers. The final population included 3076 persons with type 2 diabetes under 80 years.

Results – Compared to the general population, the socio-economic status of persons with type 2 diabetes was less favorable. In persons with diabetes, those with a lower socioeconomic status reported a dyslipidemia less often, but more often obesity and macrovascular complications. They were more likely to visit a general practitioner than a diabetes specialist, received care and glucose control of lesser quality. Diabetic subjects born in Maghreb were more likely present diabetic retinopathy, and furthermore, less likely to be screened with a fundus exam.

Conclusion – Improvements in prevention and quality of care are needed for persons with diabetes and low socioeconomic status.

Mots clés / Key words

Diabète, niveau socio-économique, niveau d'études, profession, pays de naissance, France, adultes, Entred, qualité des soins / *Diabetes, socioeconomic status, educational level, occupation, country of birth, France, adults, Entred, quality of care*

Introduction

Un impact des inégalités socio-économiques sur le diabète a été démontré dans d'autres pays et retrouvé dans deux études récentes en France [1,2].

Alors qu'en 1998, la prévalence du diabète traité a atteint 3 % en France [3], cette analyse a pour objectifs : 1) de comparer les caractéristiques socio-économiques de l'échantillon national témoin repré-

sentatif des personnes diabétiques (Entred) à celles de la population générale ; 2) d'étudier, dans Entred, les relations entre ces caractéristiques et l'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins.

Méthodes

Entred

Parmi les bénéficiaires du régime général des travailleurs salariés (hors sections locales mutualistes) remboursés d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline au cours du dernier trimestre 2001, 10 000 adultes ont été tirés au sort [4]. Un questionnaire leur a été adressé, ainsi qu'un questionnaire médical aux médecins des personnes ayant répondu. Les remboursements médicaux ont été extraits des fichiers de l'Assurance maladie. L'analyse a porté sur 3 076 personnes diabétiques ayant répondu à l'enquête (questionnaire médecin : n=1 448), âgées de moins de 80 ans et ayant un diabète de type 2.

Enquête santé protection sociale (ESPS)

Parmi les personnes de l'Echantillon permanent des assurés sociaux, 19 418 ont été tirées au sort pour l'ESPS en 2002 [5]. Cet échantillon a été restreint aux 7 338 personnes qui ont participé à un entretien en face-à-face ou par téléphone, puis aux 2 606 personnes à la fois bénéficiaires du régime général et âgées de 45 à 79 ans. Ce sous-échantillon, dont la méthodologie de sélection est similaire à celle d'Entred [4], constitue une population générale de référence.

Méthodologie statistique

Afin de comparer les caractéristiques socio-économiques des personnes diabétiques (Entred) à celles de la population générale (ESPS), les fréquences respectives de ces caractéristiques ont été standardisées selon la structure d'âge et de sexe de la population française recensée en 1999.

Dans Entred, les relations entre le niveau d'études, la dernière activité professionnelle et le pays de naissance d'une part, et d'autre part l'état de santé, le recours aux soins et leur qualité, ont été étudiées par régression logistique multivariée. Deux strates d'âge (18-59 et 60-79 ans) ont été étudiées afin de tenir compte d'un probable effet de génération sur le niveau socio-économique. Les ajustements sont détaillés dans les tableaux 2 et 3. Pour l'analyse du pays de naissance, un ajustement supplémentaire a été réalisé sur le niveau d'études.

Résultats

Entred

Les caractéristiques socio-économiques des personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 80 ans ayant participé à Entred sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen était 64 ans ; 9 % avaient déclaré avoir dû modifier leur activité professionnelle à cause du diabète (temps partiel, réorientation, invalidité ou longue maladie). Par ailleurs, 80 % des personnes étaient nées en France, 11 % au Maghreb, 4 % en Europe du Sud et 5 % dans le reste de l'Europe ou en Asie.

La moitié des personnes avaient un diabète connu depuis au moins 10 ans et l'âge moyen à la découverte du diabète était 53 ans ; 17 % étaient traitées par insuline ; 36 % étaient obèses.

Comparaison entre Entred et ESPS (tableau 1)

Par rapport à la population générale, les personnes diabétiques avaient un niveau d'études plus faible et étaient plus souvent soit sans activité professionnelle actuelle, soit retraitées. Elles déclaraient plus souvent n'avoir jamais exercé d'activité professionnelle ou appartenir à la catégorie d'ouvrier. Elles bénéficiaient un peu plus souvent de la Couverture maladie universelle et un peu moins souvent d'une mutuelle complémentaire.

L'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins, en fonction du sexe et de l'âge, dans Entred

Dans des modèles de régression logistique, les femmes déclaraient plus souvent que les hommes une hypertension artérielle et une obésité, mais moins souvent un tabagisme et une complication macrovasculaire. Les femmes avaient eu plus fréquemment recours à la fois à un médecin généraliste et à un diabétologue ou endocrinologue, et plus souvent bénéficié d'un fond d'œil dans l'année.

Alors que tabagisme et obésité étaient plus fréquents chez les diabétiques les plus jeunes, hypertension artérielle, complication macrovasculaire, traitement

par laser ophtalmologique et réalisation d'un fond d'œil augmentaient en fréquence avec l'âge.

L'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins, en fonction de la profession et du niveau d'études, dans Entred (tableaux 2 et 3)

Avant 60 ans, une hypertension artérielle était plus souvent déclarée par les personnes diabétiques exerçant une profession intermédiaire, et une dyslipidémie par les employés et cadres, comparativement aux ouvriers. Après 60 ans, une pression artérielle élevée (> 140/90 mmHg) était plus souvent rapportée par les médecins des personnes ayant au moins le baccalauréat, ainsi que par les médecins des cadres comparativement aux ouvriers. Toutefois, les niveaux de LDL-cholestérol rapportés par leurs médecins ne différaient pas. L'obésité était plus fréquente chez les personnes de niveau d'études plus faible dans les deux strates d'âge, et le tabagisme chez les ouvriers, employés et cadres, avant 60 ans.

Un niveau d'HbA1c supérieur à 7 %, témoignant d'un mauvais équilibre glycémique, était plus fréquent avant 60 ans chez les personnes de niveau d'études inférieur au baccalauréat, et, après 60 ans, chez celles n'ayant jamais exercé d'activité, chez les ouvriers, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, comparativement aux cadres. Une complication macrovasculaire était plus souvent déclarée, avant 60 ans, par les personnes de niveau d'études inférieur au niveau 3^e, et par les ouvriers et les personnes exerçant une profession intermédiaire, comparativement aux cadres. Un traitement ophtalmologique par laser, témoin du traitement d'une possible rétinopathie diabétique, était plus souvent rapporté, après 60 ans, par les personnes de niveau d'études élevé.

Le recours à un médecin généraliste au moins 12 fois dans l'année était plus fréquent chez les personnes de niveau d'études faible, et chez les ouvriers, employés et personnes n'ayant jamais exercé de profession, comparativement aux cadres. Le recours à un endocrinologue ou diabétologue au moins une fois dans l'année était plus fréquent, dans les deux strates d'âge, chez les personnes ayant au moins le baccalauréat, ainsi qu'avant 60 ans chez les cadres, et après 60 ans chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, comparativement aux ouvriers.

Un fond d'œil était plus fréquemment déclaré dans l'année par les cadres comparativement aux ouvriers, et par les personnes ayant au moins le baccalauréat. Le test de sensibilité du pied au monofilament, nécessaire au dépistage de la neuropathie diabétique, était davantage déclaré, avant 60 ans, par les cadres, et, après 60 ans, par les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, comparativement aux ouvriers. Aucune relation n'était toutefois retrouvée avec la réalisation d'au moins 3 dosages d'HbA1c dans l'année, tel qu'il est recommandé pour surveiller l'équilibre glycémique.

L'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins, en fonction du pays de naissance, dans Entred

Une obésité et une dyslipidémie étaient moins souvent déclarées par les personnes diabétiques nées au Maghreb, comparativement à celles nées en France. Toutefois, des niveaux de LDL supérieurs à 1,3 g/L (3,4 mmol/l) et d'HbA1c supérieurs à 7 %

Tableau 1 Caractéristiques socio-économiques des personnes diabétiques d'Entred 2001, et comparaisons entre les populations d'Entred et ESPS / Table 1 Socioeconomic characteristics of diabetic subjects in Entred, and comparison between Entred and ESPS patients

	Entred	Entred	ESPS
	Population diabétique 18-79 ans / N=3 076 % bruts	Population diabétique 45 ^a -79 ans / N=2 965 % standardisés ^b	Population générale 45 ^a -79 ans / N=2 606 % standardisés ^b
Hommes	54,5	47,4	47,4
Âge ≥ 65 ans	50,5	35,2	35,2
Niveau d'études			
≤ BEPC	60,2	59,7	38,5
BEP, CAP, BAC	30,4	31,5	46,9
≥ BAC + 2 ans	9,4	8,8	14,5
Situation professionnelle			
Emploi	17,4	27,0	44,6
Chômage	5,0	6,5	5,8
Sans activité / au foyer	10,7	17,5	6,5
Retraité	66,9	49,0	43,1
Dernière profession exercée			
Jamais d'activité	9,0	11,7	3,3
Ouvrier	37,9	37,4	32,9
Employé	21,7	24,4	27,6
Profession intermédiaire	9,0	8,8	16,1
Cadre / profession intellectuelle supérieure	14,6	11,2	13,9
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	7,8	6,5	6,2
Couverture maladie universelle	5,3	7,8	4,8
Mutuelle complémentaire	86,6	86,9	89,2

^aEffectif d'Entred insuffisant en-dessous de 45 ans – ^bStandardisation selon la distribution par âge et sexe de la population française métropolitaine recensée en 1999 (source Insee) – Sources des données : - Autodéclarations des personnes diabétiques : niveau d'études, situation professionnelle, dernière profession exercée, mutuelle complémentaire - Données de l'Assurance maladie : Couverture maladie universelle

Tableau 2 Odds-ratios^a et IC à 95 % mesurant les associations entre la dernière profession exercée et différents indicateurs, Entred 2001, personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 60 ans / Table 2 Odds-ratios^a and 95% CI measuring relationships between the last occupation and various indicators. Entred 2001, persons with type 2 diabetes aged under 60 years of age

	État de santé						Recours aux soins		Qualité des soins	
	Hypertension artérielle ^b	Dyslipidémie ^b	Tabagisme actif ^b	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	Contrôle glycémique insuffisant ^b (HbA1c >7 %)	≥ 1 complication macrovasculaire ^c	≥ 12 consultations de médecin généraliste ^d	≥ 1 consultation de médecin spécialiste ^d	≥ 1 fond d'œil	≥ 1 examen au monofilament
Ouvriers	1	1	2,7 [1,2-6,1]	1,1 [0,7-1,8]	1,5 [0,8-2,9]	3,0 [1,4-6,6]	2,4 [1,4-4,3]	1	1	1
Employés	1,3 [0,9-1,9]	1,4 [1,0-2,0]	3,0 [1,3-6,9]	1,2 [0,8-2,0]	1,1 [0,5-2,2]	1,5 [0,6-3,8]	2,1 [1,2-3,9]	1,3 [0,8-2,0]	1,2 [0,8-1,7]	0,9 [0,6-1,5]
Professions intermédiaires	1,9 [1,1-3,3]	1,3 [0,8-2,2]	1	0,9 [0,5-1,6]	1,0 [0,4-2,4]	3,0 [1,1-8,3]	1,7 [0,8-3,6]	1,3 [0,6-2,6]	1,4 [0,8-2,4]	1,2 [0,7-2,4]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1,5 [0,9-2,3]	1,7 [1,1-2,6]	3,7 [1,5-8,7]	1	1	1	1	2,2 [1,3-3,8]	2,8 [1,6-4,8]	2,1 [1,3-3,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0,7 [0,3-1,7]	1,2 [0,6-2,5]	2,2 [0,7-6,7]	0,4 [0,2-1,0]	1,2 [0,4-4,1]	2,0 [0,5-8,6]	0,6 [0,2-2,1]	2,0 [0,8-4,8]	1,5 [0,7-3,2]	0,8 [0,3-2,1]
Jamais d'activité professionnelle	0,8 [0,4-1,4]	0,8 [0,4-1,4]	1,3 [0,4-4,4]	0,9 [0,5-1,8]	1,2 [0,4-3,6]	2,2 [0,5-9,9]	2,3 [1,0-4,9]	0,7 [0,3-1,5]	0,5 [0,3-1,0]	1,3 [0,7-2,5]

^a Tous odds-ratios ajustés sur âge, sexe, traitement normoglycémiant et ancienneté du diabète – ^b Également ajusté sur l'indice de masse corporelle – ^c Également ajusté sur l'indice de masse corporelle, le tabagisme actif, et la dyslipidémie et l'hypertension auto-déclarées – ^d Également ajusté sur les antécédents de complications macrovasculaires – Sources des données : - Auto-déclarations des personnes diabétiques : dernière profession exercée, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme actuel, poids et taille, complication macrovasculaire (angor, infarctus, revascularisation coronaire), fond d'œil et examen des pieds au monofilament réalisés en 2001 - Déclarations des médecins : dernier niveau d'HbA1c en 2001 - Données de l'Assurance maladie : consultations de médecins généralistes et spécialiste (diabétologue, endocrinologue, interniste ou hospitalisation en service spécialisé de diabétologie, endocrinologie ou nutrition) en 2001

étaient plus fréquemment rapportés par les médecins des personnes nées au Maghreb âgées de plus de 60 ans.

Si aucune relation n'était trouvée entre pays de naissance et complications macrovasculaires, une rétinopathie diabétique était en revanche plus fréquente chez les personnes âgées de moins de 60 ans nées au Maghreb, comparativement à celles nées en France. Parmi les hommes âgés de plus de 60 ans, un traitement ophtalmologique par laser était également plus fréquemment déclaré. La réalisation d'un fond d'œil était moins fréquemment rapportée par les personnes nées au Maghreb, mais cette association disparaissait après ajustement sur le niveau d'études.

Discussion

L'utilisation d'échantillons issus d'une même population source (régime général de l'Assurance maladie) selon des méthodologies similaires [4, 5] et la prise en compte des structures d'âge et sexe autorisent une comparaison d'Entred et ESPS. Les personnes diabétiques de type 2 qui vivent en France ont un statut socio-économique moins favorisé que la population générale, ce qui s'accorde avec des données récentes françaises en provenance des centres d'examen de santé [1]. Ces résultats s'expliqueraient essentiellement par le lien connu entre niveau socio-économique moins favorisé et obésité, le principal facteur de risque du diabète de type 2 [6]. La comparaison entre Entred et ESPS comprend toutefois plusieurs limites : enquête par questionnaire posté versus téléphone ou face-à-face ; formulation parfois différente des questions ; non-réponses fréquentes pour certain

nes variables d'Entred après l'âge de 60 ans (niveau d'études : 15 % ; profession : 27 %) ; pays de naissance indisponible dans ESPS.

Les données d'Entred montrent de plus que, parmi les personnes diabétiques, celles ayant un niveau socio-économique moins favorisé ont un profil de risque vasculaire différent, des complications macrovasculaires plus fréquentes et une prise en charge du diabète de moindre qualité. Ainsi, si l'obésité est plus fréquente chez les personnes diabétiques moins favorisées, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie sont moins fréquemment déclarées, reflétant probablement un défaut de diagnostic des médecins et/ou une sous-déclaration par ces personnes. Une complication macrovasculaire a d'ailleurs été plus souvent rapportée par les personnes moins favorisées, renforçant ces hypothèses. Le moins bon contrôle glycémique observé (HbA1c plus élevée) pourrait de plus être lié à des différences ou difficultés de prise en charge médicale.

Les personnes moins favorisées (ouvriers et niveau d'études inférieur au niveau 3^{ème}) ont plus souvent recours à un médecin généraliste mais moins souvent à un spécialiste. Toutefois, la qualité de leurs soins (fond d'œil, examen au monofilament) est moins bonne, ce qui pourrait être lié à l'existence d'une barrière culturelle. Les personnes moins favorisées auraient une moindre connaissance des filières de soins, un rapport différent au corps ou à la maladie et une qualité de communication différente avec leur médecin [7].

Ces données sont globalement compatibles avec celles d'une étude récente sur un petit échantillon de

123 personnes diabétiques, toutes examinées lors d'une hospitalisation en service spécialisé en Ile-de-France [2]. Les personnes ayant un score de précarité élevé avaient un moins bon contrôle glycémique et plus souvent une complication microvasculaire à l'examen systématique, sans toutefois d'autre différence de niveau de risque vasculaire (HDL-cholestérol, hypertension déclarée ou mesurée, obésité).

Le risque vasculaire déclaré par les personnes diabétiques nées au Maghreb (obésité et dyslipidémie) est moins élevé que celui des personnes nées en France, bien que les niveaux de LDL et d'HbA1c mesurés par les médecins soient plus élevés. De plus, une atteinte ophtalmologique est plus fréquemment rapportée par les patients et les médecins (rétinopathie et traitement par laser), alors que le fond d'œil, nécessaire au diagnostic et au traitement, est moins fréquemment réalisé. Cela laisse supposer une sous-déclaration de certains facteurs de risque vasculaire par les personnes nées au Maghreb et/ou un défaut de diagnostic et de prise en charge par leur médecin, ou même une forme particulière de diabète.

Les données d'Entred présentent plusieurs limites : les répondants à l'étude étaient globalement mieux pris en charge que les non-répondants, sans autre biais lié aux déclarations des médecins [8], ce qui conduit à une surestimation de la qualité de la prise en charge du diabète. Toutefois, nous ne savons pas si les personnes moins favorisées ont moins souvent répondu. Les données manquantes et l'absence de données sur le montant des revenus ont également limité l'analyse. De plus, l'origine ethnique ou culturelle n'est qu'imparfaitement appro-

Tableau 3 Odds-ratios^a et IC à 95 % mesurant les associations entre le niveau d'études et différents indicateurs, Entred 2001, personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 60 ans / Table 3 Odds-ratios^a and 95% CI measuring relationships between the educational level and various indicators. Entred 2001, people with type 2 diabetes under 60 years of age

	État de santé						Recours aux soins		Qualité des soins	
	Hypertension artérielle ^b	Dyslipidémie ^b	Tabagisme actif ^b	Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	Contrôle glycémique insuffisant ^b (HbA1c >7 %)	≥ 1 complication macrovasculaire ^c	≥ 12 consultations de médecin généraliste ^d	≥ 1 consultation de médecin spécialiste ^d	≥ 1 fond d'œil	≥ 1 examen au monofilament
≤ BEPC, niveau 3 ^{ème}	1	1	1	1,5 [1,0-2,1]	1,9 [1,1-3,3]	2,2 [1,1-4,4]	1,5 [1,0-2,3]	1	1	1
Niveau CAP-BEP	1,0 [0,7-1,3]	1,0 [0,8-1,4]	1,2 [0,8-1,8]	1,5 [1,0-2,2]	2,1 [1,2-3,8]	1,7 [0,9-3,4]	1,2 [0,8-1,9]	1,2 [0,8-1,9]	1,3 [0,9-1,9]	1,2 [0,8-1,8]
≥ Baccalauréat	1,1 [0,7-1,6]	1,2 [0,8-1,8]	1,0 [0,7-1,6]	1	1	1	1	2,1 [1,3-3,4]	1,8 [1,2-2,7]	1,4 [0,9-2,2]

^a Tous odds-ratios ajustés sur âge, sexe, traitement normoglycémiant et ancienneté du diabète – ^b Également ajusté sur l'indice de masse corporelle – ^c Également ajusté sur l'indice de masse corporelle, le tabagisme actif, et la dyslipidémie et l'hypertension auto-déclarées – ^d Également ajusté sur les antécédents de complications macrovasculaires – Sources des données : - Auto-déclarations des personnes diabétiques : niveau d'études, hypertension artérielle, dyslipidémie, tabagisme actuel, poids et taille, complication macrovasculaire (angor, infarctus, revascularisation coronaire), fond d'œil et examen des pieds au monofilament réalisés en 2001 - Déclarations des médecins : dernier niveau d'HbA1c en 2001 - Données de l'Assurance maladie : consultations de médecins généralistes et consultations de spécialistes (diabétologues, endocrinologues, internistes ou hospitalisation en service spécialisé de diabétologie, endocrinologie ou nutrition) en 2001

chée par le pays de naissance. Enfin, la relation entre profession et état de santé n'est pas univoque : l'état de santé lié au diabète a pu affecter la carrière professionnelle, comme le montre la fréquence du reclassement professionnel (9 %).

Conclusion

Cette étude exploratoire, associée aux autres données françaises disponibles [1,2], confirme qu'en France, chez les personnes de statut socio-économique moins favorisé, la prévalence du diabète de type 2 est plus importante, le profil de risque vasculaire différent, les complications macrovasculaires plus fréquentes et la prise en charge du diabète de moindre qualité. En 1999, les taux de mortalité liée au diabète étaient par ailleurs nettement supérieurs chez les personnes de catégories socio-professionnelles moins favorisées (ouvriers et employés) par rapport aux plus privilégiées (cadres supérieurs, professions libérales) [9].

Des efforts doivent être faits pour améliorer la prévention, l'éducation thérapeutique et la prise en

charge du diabète des personnes issues des milieux moins favorisés. Les recommandations concernant le dépistage du diabète de type 2 [10] vont dans ce sens en proposant en population défavorisée un dépistage communautaire et non plus uniquement ciblé et opportuniste. Une meilleure caractérisation du niveau socio-économique reste nécessaire dans les études portant sur le diabète, ce que le renouvellement d'Entred se propose de réaliser.

Remerciements

Consultables sur : www.invs.sante.fr/beh/2006/45/index.htm

Références

- [1] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebd 2006; 14:93-6.
- [2] Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications; the Epices Score. Diabetes Care 2005; 28(11):2680-5.

[3] Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. Diabetes Metab 2000; 26:11-24.

[4] Fagot-Campagna A, Simon S, Varrould-Vial M, Ihaddadène K, Vallier N, Scaturro S et al. Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles, Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd 2003; 49-50:238-9.

[5] Doussin A, Dumesnil S, Le Fur P. Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002. Questions d'Economie de la Santé 2002; 62.

[6] Institut Roche de l'Obésité. Rapport Obépi 2000, le surpoids et l'obésité en France: enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant. Sofres 2000.

[7] Balsa AI, McGuire TG. Statistical Discrimination in Health Care. Journal of Health Economics 2001; 20(6): 881-907.

[8] Romon I, Fosse S, Weill A, Varrould-Vial M, Fagot-Campagna A. Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France. Étude Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd 2005; 12-13:46-8.

[9] Péquignot F, Jouglu E, Le Tallec A. Mortalité attribuée au diabète en France. Bull Epidemiol Hebd 2002; 20-21:91.

[10] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (<http://www.anaes.fr>). Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Diabetes Metab 1999, 25.

Lèpre dans la collectivité départementale de Mayotte en 2005

Georges-Yves de Carsalade (anne.de-brettes@wanadoo.fr)¹, Aboubacar Achirafi¹, Béatrice Flageul²

1 / Dass de Mayotte, Mamoudzou, France 2 / Hôpital Saint-Louis, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – Mayotte, île française de l'archipel des Comores dans l'Océan Indien, est située dans une zone de forte endémicité incluant les autres îles de l'archipel, Madagascar et l'Afrique de l'Est. La dernière évaluation de la situation de la lèpre dans l'île datant de 1998, il nous est apparu important de réaliser un nouveau bilan, ce d'autant que l'OMS s'était fixé pour objectif l'élimination de la lèpre dans le monde en 2005.

Résultats – L'enquête rétrospective portant sur les années 1999 à 2005, montre que la maladie est restée à l'état endémique avec une prévalence de 4,47/10 000 au 31 décembre 2005 et un taux annuel de détection toujours élevé (22 à 38/100 000 habitants). Les caractéristiques des nouveaux cas étaient conformes à celles retrouvées au niveau mondial (prédominance du sexe masculin, des adultes de moins de 45 ans et des formes paucibacillaires), à l'exception dans la population autochtone d'un pourcentage élevé de patients de moins de 15 ans (29 %) et de plus du tiers de cas familiaux. Lors du diagnostic, 7,8 % des patients présentaient un handicap de degré 2.

Conclusion – Ces éléments soulignent la nécessité de renforcer la lutte contre la maladie dans cette île.

Leprosy in Mayotte island, French administrative division in Comoro Island in 2005

Introduction – Mayotte, French island of the Comoro Islands in the Indian Ocean, is located in a leprosy endemic area including the other islands of the archipelago, named Madagascar and eastern Africa. The last leprosy epidemiological study in the island was reported in 1998 and since the WHO have hoped to achieve the complete elimination of leprosy in the world by the end of 2005, it seemed important to reassess the current situation.

Results – A retrospective study carried out over the 1999-2005 period showed that the disease was still endemic with a prevalence of 4.47/10 000 population by 31 December 2005 and a high annual detection rate of new cases (22 to 38/100 000 population). The profile of the newly detected cases was in line with the one reported globally (male predominance, adults aged under 45 years, and paucibacillary forms) with two exceptions: the high percentage of children under 15 years of age (29%) and more than third of family cases. Moreover, 7.8% of the new cases presented grade 2 disabilities at the time of diagnosis.

Conclusion – These features emphasize the need for enhanced leprosy control in this island.

Mots clés / Key words

Lèpre, maladie de Hansen, Mayotte, Comores, France, épidémiologie / Leprosy, Hansen's disease, Mayotte, Comoro Islands, France, Epidemiology

Introduction

En raison de l'efficacité de la polychimiothérapie antibacillaire (PCT) recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1982, celle-ci s'était fixée comme objectif en 2000 puis en 2005 d'éliminer la lèpre comme problème de santé publique en atteignant une prévalence (nombre de patients sous PCT à un moment donné pour 10 000 habitants dans les pays touchés par la maladie) inférieure à 1/10 000 dans le monde. Cet objectif n'a pas été atteint dans plusieurs pays d'Afrique de l'Est tels que le Mozambique, Madagascar, la Tanzanie où respectivement la prévalence au 31 décembre 2004 était de 2,4, 2,5 et 1,3/10 000

habitants) [1] ni dans l'île d'Anjouan, île de l'Union des Comores où à la même date la prévalence était de 3,11/10 000 habitants [2]. L'île de Mayotte, collectivité départementale française, est située dans l'archipel des Comores à 300 km de Madagascar. En 2005, sa population était estimée à 170 000 habitants sur une superficie de 374 kilomètres carrés. Lors de notre précédente étude sur la situation de la lèpre entre 1990 et 1998 [3], la prévalence en 1998 était de 3,12/10 000, confirmant le caractère endémique de la maladie dans l'île. Il nous a paru intéressant de refaire le point sur la situation épidémiologique de la lèpre à Mayotte depuis notre dernière enquête.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les années 1999 à 2005. Toutes nos données ont été recueillies à partir des registres du Service de léprologie de la Dass. Ce service s'occupe du dépistage passif, du suivi des patients et de la sensibilisation à cette maladie de tous les acteurs de santé. Il est composé d'un infirmier léprologue mi-temps et d'un médecin référent une journée par semaine.

L'âge, le sexe et la notion de cas familiaux ont été colligés pour tous les nouveaux cas. En raison d'un brassage de population important avec les îles voisines, l'origine et le lieu d'habitation des patients ont été précisés : ceux vivant depuis plus de 10 ans