

# 1. ÉTAT DE SANTÉ

## 1.12. Prévalence et incidence du diabète

Le diabète est une maladie métabolique chronique, qui se caractérise par de hauts niveaux de glucose dans le sang. Il se produit soit parce que le pancréas cesse de produire l'hormone appelée insuline (diabète de type 1), soit parce que le pancréas a une aptitude réduite à produire l'insuline en même temps que le corps est résistant à son action (diabète de type 2). Les diabétiques ont plus de risques d'être atteints de troubles cardiovasculaires comme les crises cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux si la maladie n'est pas diagnostiquée ou est mal contrôlée. Il existe aussi des risques élevés de perte de la vue, d'amputation du pied et de la jambe due à des lésions des nerfs et des vaisseaux sanguins, et d'insuffisance rénale nécessitant des dialyses ou une transplantation.

Le diabète a été la cause principale de décès de plus de 300 000 personnes dans les pays de l'OCDE en 2007, et il se place au quatrième ou cinquième rang des causes de décès dans la plupart des pays développés. Toutefois, une minorité seulement de diabétiques décèdent de maladies uniquement liées à cette affection – en plus, environ 50 % des diabétiques meurent d'une maladie cardiovasculaire et 10 à 20 % d'insuffisance rénale (FID, 2006).

Le diabète est en augmentation rapide dans toutes les parties du monde, au point qu'il a maintenant atteint des proportions épidémiques. On estime que, dans les pays de l'OCDE, plus de 6 % de la population de 20 à 79 ans, soit 71 millions de personnes, étaient diabétiques en 2007. Près de la moitié des adultes diabétiques ont moins de 60 ans. Si l'on n'y fait rien, le nombre de personnes touchées par le diabète dans les pays de l'OCDE atteindra presque 100 millions dans moins de 20 ans (FID, 2006).

La Fédération internationale du diabète estime que moins de 5 % des adultes de 20 à 79 ans en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni ont le diabète en 2010 (FID, 2009). À l'opposé, au Mexique et aux États-Unis, plus de 10 % de la population du même âge est atteinte (graphique 1.12.1). Dans la plupart des pays de l'OCDE, entre 5 et 9 % de la population adulte est atteinte du diabète.

Le diabète de type 1 ne représente que 10 à 15 % de tous les cas de diabète. Dans la plupart des pays développés, c'est la forme prédominante de cette maladie dans les groupes d'âge les plus jeunes. Sur la base des registres de maladies et des études récentes, le nombre annuel de nouveaux cas de diabète de type 1 chez les enfants de moins de 15 ans atteint le niveau élevé de 25 ou plus pour 100 000 habitants dans les pays nordiques (Finlande, Suède et Norvège) (graphique 1.12.2). La Corée, le Mexique, le Japon et la Turquie avaient moins de 5 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Le diabète de type 1 se développe actuellement à un âge plus précoce chez les enfants (FID, 2006).

L'impact économique du diabète est important. Les dépenses pour le traitement et la prévention du diabète et de ses

complications se sont élevées, d'après certaines estimations, à 212 milliards USD dans les pays de l'OCDE en 2007 (FID, 2006). Uniquement aux États-Unis, on a dépensé en 2007 environ 116 milliards USD en traitement du diabète et de ses complications et en frais médicaux généraux supplémentaires (ADA, 2008). En Australie, les dépenses directes en soins de santé pour le diabète représentaient en 2004-05 près de 2 % des dépenses de santé récurrentes (AIHW, 2008d). Environ un quart des dépenses médicales est consacré au contrôle des glycémies élevées, un autre quart au traitement des complications chroniques du diabète, et le reste aux soins médicaux généraux additionnels (FID, 2006). La hausse des coûts accroît la nécessité de fournir des soins de qualité pour la gestion du diabète et de ses complications (voir l'indicateur 5.2 « Admission évitable à l'hôpital : complications du diabète »).

Le diabète de type 2 est, dans une grande mesure, évitable. Un certain nombre de facteurs de risque, comme le surpoids et l'obésité ou l'inactivité physique sont modifiables, ce qui peut aussi contribuer à réduire les complications associées au diabète. Cependant, dans la plupart des pays, la prévalence du surpoids et de l'obésité continue aussi d'augmenter (voir l'indicateur 2.7).

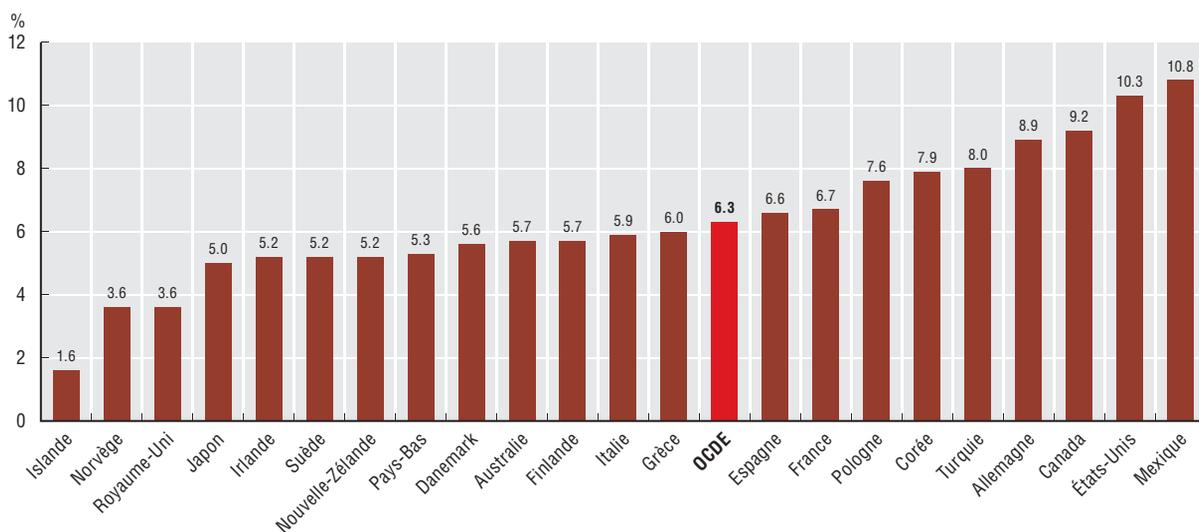
### Définition et écarts

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète pour la publication d'estimations nationales de la prévalence du diabète sont exposées dans son *Atlas du diabète*, 4<sup>e</sup> édition (FID, 2009). Les données par pays, tirées d'études publiées entre 1980 et février 2009, n'ont été incluses que si elles satisfaisaient à un certain nombre de critères de fiabilité.

Les études de plusieurs pays de l'OCDE – Canada, France, Italie, Pays-Bas, Norvège et Royaume-Uni – ne fournissaient que des données autodéclarées sur le diabète. Pour prendre en compte le diabète non diagnostiqué, la FID a multiplié par 1.5 la prévalence du diabète pour le Canada et le Royaume-Uni (en concordance avec les constatations faites aux États-Unis et les recommandations au Royaume-Uni) et l'a doublée pour les autres pays, en s'appuyant sur les données d'un certain nombre de pays.

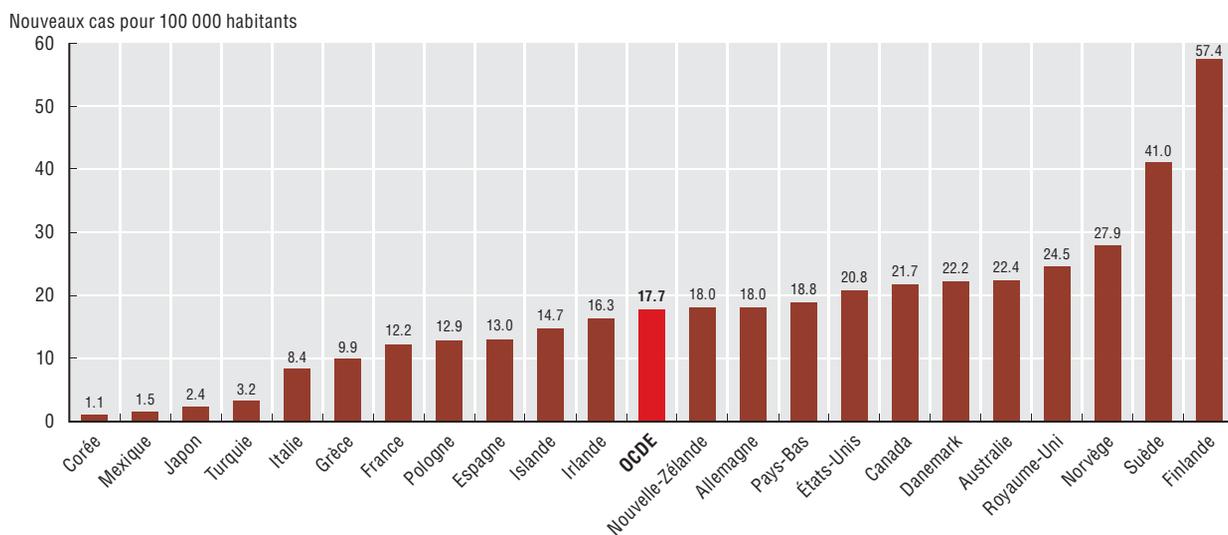
Les taux de prévalence ont été normalisés en fonction de la structure de la population mondiale pour faciliter les comparaisons entre les pays.

### 1.12.1 Estimations de la prévalence du diabète parmi la population adulte âgée de 20 à 79 ans, 2010



Note : Les données sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population mondiale.

### 1.12.2 Estimations de l'incidence du diabète de type 1 parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, 2010



Source : FID (2009).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/721238786506>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2009), « Prévalence et incidence du diabète », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-14-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-14-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](mailto: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](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).