

# ***LE DIABÈTE EN NOUVELLE-CALÉDONIE ET EN OCÉANIE INTERTROPICALE***

***Élisabeth JEULIN LYCÉE DU GRAND NOUMÉA JUIN 2008***

Cette séance peut être utilisée pour les classes de T STG et de 1<sup>er</sup> ST2S.

Son application pédagogique dépend des textes d'accompagnement et des épreuves au baccalauréat.

Ce thème fait partie de la progression annuelle en TSTG de la 3<sup>ème</sup> partie, « Uniformisation et fracture du monde », sujet d'étude au choix : la santé.

Pour les 1<sup>er</sup> ST2S, ce sujet d'étude se place dans la partie « Dynamique et localisation des activités et des populations en France » ⇒ La santé adaptée en Nouvelle-Calédonie.

On va s'intéresser à cette pathologie en Nouvelle-Calédonie et la mettre en relation avec les autres pays de l'Océanie inter tropicale.

On aborde des notions médicales, leur compréhension est nécessaire au sujet (index vocabulaire).

Cependant ce sujet sur le diabète doit être analysé avec les élèves comme un élément de géographie humaine et sociale qui les amène à réfléchir au comportement individuel et collectif dans une société et à ses répercussions.

On s'attache surtout à montrer le lien fort entre la pathologie aujourd'hui, le développement des États et la prévention.

## **I Mise au point scientifique**

*1/ Quelques définitions*

*2/ Explication médicale du diabète*

*3/ Analyse de la pathologie à l'échelle de l'Océanie intertropicale et de la Nouvelle-Calédonie*

## **II Les documents**

## **III Exemple d'une séance : étude de cas en T STG et 1 ST2S**

### **Bibliographie :**

- Étude du centre d'éducation diabétique et diététique
- Agence sanitaire et sociale mai 2008
- Étude du diabète en Nouvelle-Calédonie. Étude CALDIA
- Le diabète et les autres maladies non transmissibles, OMS, réunion des ministres de la santé des pays océaniens. Royaume de TONGA. Mars 2003.
- Publication de la CPS : pratique et traitement du diabète en Asie Pacifique (Document en anglais, 2002)
- Manuel de géographie du cycle 3, CDP NC, 2007 : pyramide des âges

# I Mise au point scientifique

## 1/ Quelques définitions

- Définir la santé selon l'OMS : état de santé et de bien être social, physique et mental d'une population.
- La santé publique selon l'OMS : science et art de prévenir les maladies, améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective.

**Diabète 1** : diabète insulino-dépendant DID

**Diabète 2** : diabète de l'âge mur, diabète gras : prise en compte des glucides, féculents, fruits, laitages...  
⇒ Carburant de l'organisme, les lipides, les graisses, les fibres qui jouent un rôle dans l'équilibre des glycémies.

**Insuline** : hormone sécrétée par le pancréas doit permettre l'utilisation du glucose par les cellules.

**Diabète** : maladie qui se caractérise par une élévation du taux de sucre (glucose) dans le sang (glycémie) au-dessus des valeurs normales plus grandes ou égales à 1.26 g/l valeur OMS à jeun). Cette élévation hyperglycémie est due à une carence relative ou absolue en Insuline (cette hormone doit faire baisser le taux de glucose).

**IMC** : indice de masse corporelle (BMI en anglais Body Mass Index) poids Kg / taille m<sup>2</sup> (mètre).

**CALDIA** : étude Calédonie diabète échantillon de 10 000 personnes.

**Percentile** : correspond au pourcentage d'enfants de la population normale qui atteignent une valeur plus petite ou égale à la valeur mesurée pour l'individu.

**Prévalence au diabète** : rapport pour l'année donnée du nombre de personnes de 20 ans et plus diabétiques, à la population âgée de 20 ans et plus au milieu de la même année.

## 2/ Explication médicale du diabète.

Problème de santé publique qui touche l'ensemble de la planète pays développés et pays en développement de l'Asie Pacifique.

C'est devenu une épidémie dans de nombreux pays industriels et post industriels liée au nouveau mode de vie et aux changements économiques des sociétés.

Les budgets de santé, de prévention sont très élevés en Océanie.

Le diabète de type 2 est celui exposé dans cette étude de cas. Son abréviation DNID (Diabète non insulino-dépendant).

C'est une carence en insuline. Apparaît surtout après 50 ans (diabète de l'âge mur) rarement chez les sujets jeunes et s'accompagne surtout d'une surcharge pondérale.

C'est le diabète le plus fréquent.

Par exemple en France il touche plus d'un million de personnes.

Trois axes de traitement :

- nutritionnel prévention éducation
- activité physique.
- certains médicaments par voie orale.

## 3/Analyse de la pathologie à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie et de l'Océanie intertropicale.

### a) Mesurer l'état de santé.

⇒ Le diabète de type 2 est un grave problème de santé publique dans les îles.

Or le diabète de type 2 est une maladie évitable non héréditaire.

⇒ La prévalence du diabète dans le Pacifique est attestée comme l'une des plus élevées au monde.

⇒ C'est une maladie qui coûte cher aux États et qui est surtout liée à un manque d'information des individus (prévention) et de mauvaises habitudes alimentaires.

⇒ Ce diabète est intimement lié à l'obésité (calcul important BMI chez les populations, CALDIA OMS).  
Exemple n°1 : une femme très corpulente à l'âge mur a 80 fois plus de chances de devenir diabétique.

⇒ À travers l'ensemble des documents présentés les chiffres varient de 10% en Nouvelle-Calédonie à 40% à Nauru :

- Comment expliquer de tels écarts ?

- Ainsi la prévalence au diabète n'est-elle pas identique à toutes les îles du Pacifique !

(Travailler à plusieurs échelles).

Nouvelle-Calédonie, Polynésie, Nauru par exemple.

### **b) Comment expliquer les écarts ?**

⇒ Quelles sont les causes à différentes échelles ?

#### **Exemples :**

• En Nouvelle-Calédonie une étude a été menée par CALDIA (Calédonie Diabétique en 1993, les chiffres les plus récents) plus ceux de la réunion des ministres de la santé des pays océaniques (OMS).

• En France métropolitaine, prévalence de 3%.

Dans les départements et territoire d'Outre Mer 7 à 18% (La Réunion) Nouvelle-Calédonie 10,2%.

• L'Occidentalisation récente des modes de vie montre une augmentation de la prévalence au diabète.

• Les mutations économique-culturelles, l'exploitation intensive du nickel a permis une augmentation très rapide des revenus, des importations massives de produits occidentaux et en conséquence une modification radicale du mode de vie.

En quelques décennies d'occidentalisation la prévalence au diabète a explosé.

C'est donc la disparition des cultures potagères, le développement de la grande distribution, l'abandon de la chasse, de la pêche, de la cueillette et donc de l'exercice physique, adoption du tabagisme, des boissons alcoolisées, des produits sucrés, salés et des moyens mécaniques de locomotion.

→ •- Vieillesse de la population.

→ •- Transition démographique.

Le poids de l'environnement :

→ Urbanisation, globalisation des marchés alimentaires.

→ Relation étroite entre l'augmentation du revenu et l'urbanisation, mode de vie.

→ Société sédentaire.

Cependant (chiffres CALDIA), la prévalence au diabète est multipliée par 1,4 chez les Mélanésiens vivant à Nouméa par rapport aux ruraux.

### **\*⇒ Pourquoi y a-t-il des différences entre Européens et Océaniques ?**

Les sujets d'origine européenne n'ont pas connu de période d'insuffisance alimentaire depuis plusieurs générations, par contre les Mélanésiens, les Océaniques de forte corpulence génétique à l'origine du mode de vie traditionnel communautaire et rural ont eu à s'adapter en une génération du mode de vie urbain de Nouméa, très proche des villes métropolitaines.

Wallisiens et Tahitiens ont le plus fort taux de prévalence qui s'élève à 18%.

Une étude australienne de 1983 montrait que les Wallisiens et les Polynésiens installés à Nouméa avaient une prévalence de diabète de 12% plus grande à ceux restés à Wallis (2,6%).

⇒ Les facteurs génétiques des Océaniens qui autrefois leur sauvaient la vie (sélection naturelle) se présentent aujourd'hui avec un handicap (gène d'épargne). « Ce gène d'épargne » est un élément supplémentaire de prévalence du diabète.

⇒ À d'autres échelles régionales peut-on comparer le développement économique des États et la santé de la population ?

**Exemple** : Nauru 40% de diabétiques, un pays qui a surexploité ses ressources naturelles sans tenir compte de l'environnement.

Aujourd'hui les populations sont condamnées à consommer une nourriture industrielle.

• ⇒ **CONCLUSION** : le *diabète* :

Exemple des sociétés post-industrielles ou de la pauvreté

### c) Les politiques régionales de prévention.

→ Correction des comportements alimentaires dans les communautés (Tableau5).

→ Projet régional océanien de lutte contre le diabète financé par une agence australienne pour le développement cherche à jumeler les pays insulaires du Pacifique et des universités australiennes.

→ Programme *Diabète Today*

Programme communautaire américain fait dans les territoires américains de Pacifique.

L'OMS aide les pays qui en font la demande à élaborer des prises en charge cliniques de la maladie.

→ Prévention chez les enfants → courbe de poids.

## II- Les documents.

- 1- Prévalence du diabète chez les Océaniens : OMS, réunion des ministres de la santé des pays océaniques, Tonga, mars 2003.
- 2- Prévalence du diabète : taux corrigé par communauté, CALDIA, 1993.
- 3- Le diabète, les chiffres CALDIA, 1993.
- 4- Pyramide des âges CALDIA, 2001.
- 5- Prévalence du diabète et BMI (= IMC, indice de masse corporelle) selon la communauté et le sexe CALDIA, 1993.
- 6- Surpoids et obésité selon le sexe et la communauté, CALDIA, 1993.
- 7- Obésité abdominale et risque de diabète de type 2, CALDIA, 1993.
- 8- Prévalence du diabète selon le poids aux Etats-Unis, CALDIA, 1993.
- 9- Épidémie de l'obésité abdominale dans le monde, CALDIA, 1993.
- 10- Du chasseur au grignoteur, CALDIA, 1993.
- 11- Facteurs déterminants des maladies non transmissibles, réunion des ministres de la santé dans un pays océanien, Tonga, mars 2003.
- 12- Mesure de prévention, Tonga, mars 2003.
- 13- Lien du comportement par rapport à l'environnement CALDIA, 1993.
- 14- IMC (Indice de masse corporelle) chez l'enfant CALDIA, 1993.
- 15- Obésité en milieu scolaire CALDIA, 1993.
- 16- Obésité selon la communauté CALDIA, 1993.

- 1- Prévalence du diabète chez les Océaniens (en pourcentage), OMS, réunion des ministres de la santé des pays océaniques, Tonga, mars 2003.

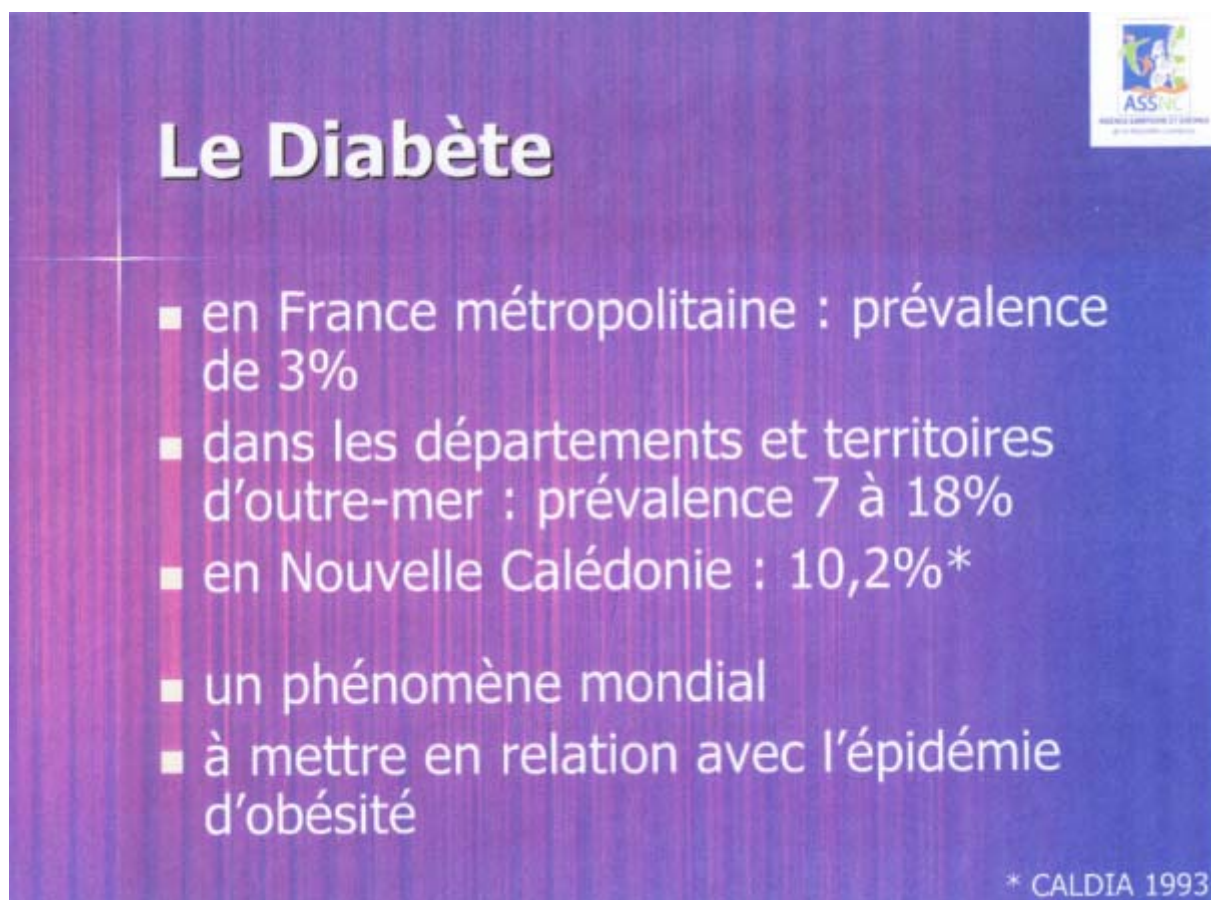
Pays (Année d'étude)	Groupe ethnique	Population masculine			Population féminine		
		urbaine	rurale	nationale ou non spécifiée	urbaine	rurale	nationale ou non spécifiée
Îles Cook (1980)	Polynésiens	7,0			10,1		
Fidji (1980)	Mélanésiens	5,2	2,1		11,9	1,7	
	Indiens	23,6	23,0		20,3	16,0	
Kiribati (1981)	Micronésiens	15,8	4,0		13,4	4,6	
États fédérés de Micronésie (1994-95)	Micronésiens	12,0			15,0		
Nauru (1987)	Micronésiens			40,6			42,0
Nouvelle-Calédonie (1992-94)	Européens	2,8	4,9		5,6	5,0	
	Mélanésiens	5,2	3,5		7,5	5,8	
Niue (1980)	Polynésiens			7,9			10,4
Papouasie-Nouvelle-Guinée (1991)	Wanigela	27,5	17,2		33,0	10,0	
	Kalo		0,6			2,4	
Samoa (1991)	Polynésiens	9,5	5,3		13,4	5,6	
Îles Salomon (1985)	Mélanésiens	0,0	0,0		1,4	1,5	
Tokelau (1976)	Polynésiens			3,4			6,5
Tonga (1973)	Polynésiens	5,5	4,7		9,7	10,1	
Tuvalu (1977)	Polynésiens	1,3			6,3		
Vanuatu (1985)	Mélanésiens	2,1	1,0		12,1	0,9	
Wallis et Futuna (1980)	Polynésiens			3,2			4,7

## 2- Prévalence du diabète en Nouvelle-Calédonie : taux corrigé par communauté, CALDIA, 1993

	Province Nord	Province Iles	Province Sud Nouméa	Total
Mélanésiens	9,1 %	8,3 %	11,2 %	8,9 %
Européens	9,1 %		9,1 %	9,1 %
Wallisiens	18 %		13,6 %	16 %
Tahitiens	8,8 %		16,8 %	15 %
Indonésiens	10,4 %		11,7 %	11 %
Autres	11,5 %		7,2 %	9,1 %

La prévalence corrigée du diabète atteint ainsi 16 % dans la population wallisienne. Ce résultat est concordant avec celui d'une étude antérieure réalisée à Nouméa où il était déjà de plus de 11 %. Par ailleurs, 8,9 % et 9,1 % de la population adulte (30 à 59 ans révolus), respectivement mélanésienne et européenne, seraient diabétiques.

## 3- Le diabète, les chiffres CALDIA, 1993



**Le Diabète**

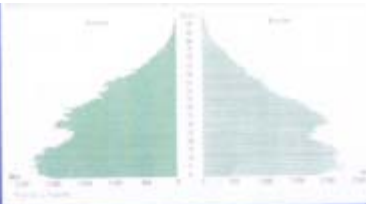
- en France métropolitaine : prévalence de 3%
- dans les départements et territoires d'outre-mer : prévalence 7 à 18%
- en Nouvelle Calédonie : 10,2%\*
- un phénomène mondial
- à mettre en relation avec l'épidémie d'obésité

\* CALDIA 1993




4- Pyramide des âges CALDIA, 2001.

## Perspectives aujourd'hui

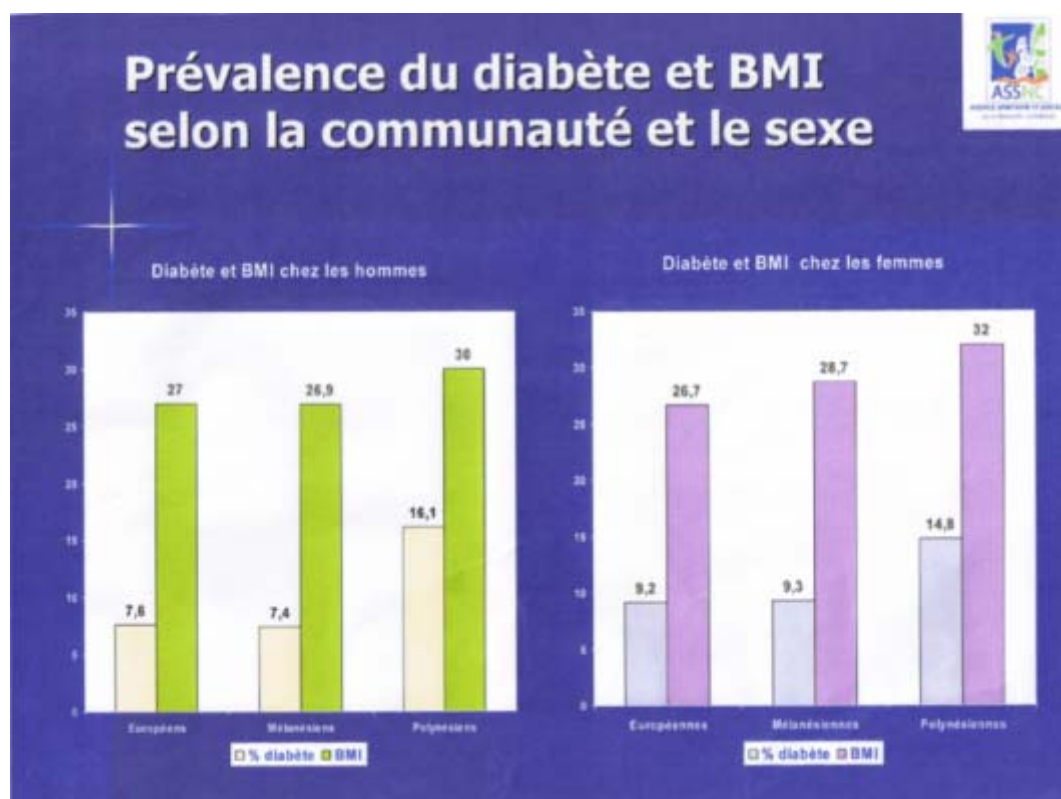


- 8 000 diabétiques diagnostiqués
- Population de 230 000 habitants avec 28% de moins de 15 ans
- Soit avec une prévalence de 10% chez l'adulte, au minimum **16 000** diabétiques au total dont 8 000 qui s'ignorent
- à la Réunion 7,5% en 1993; 17,7% en 2001

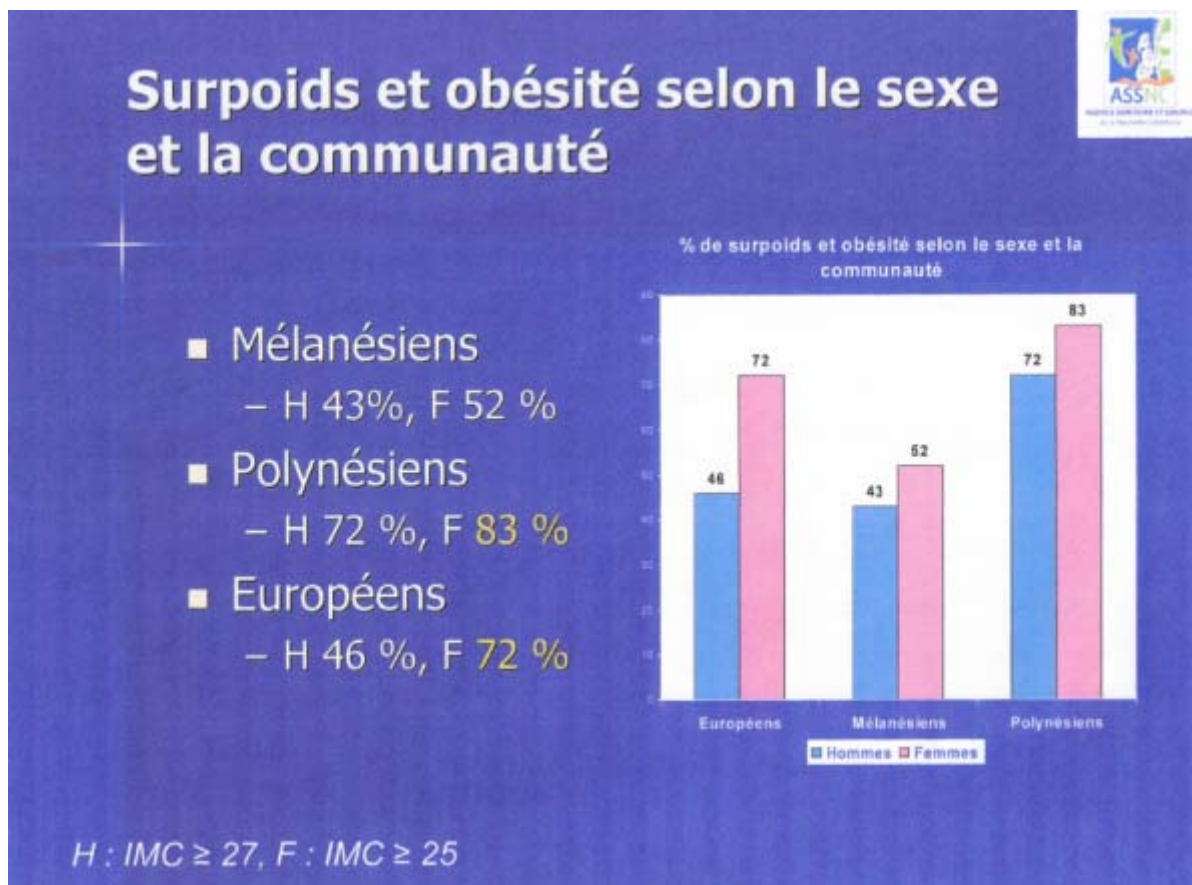
→ nécessité du dépistage



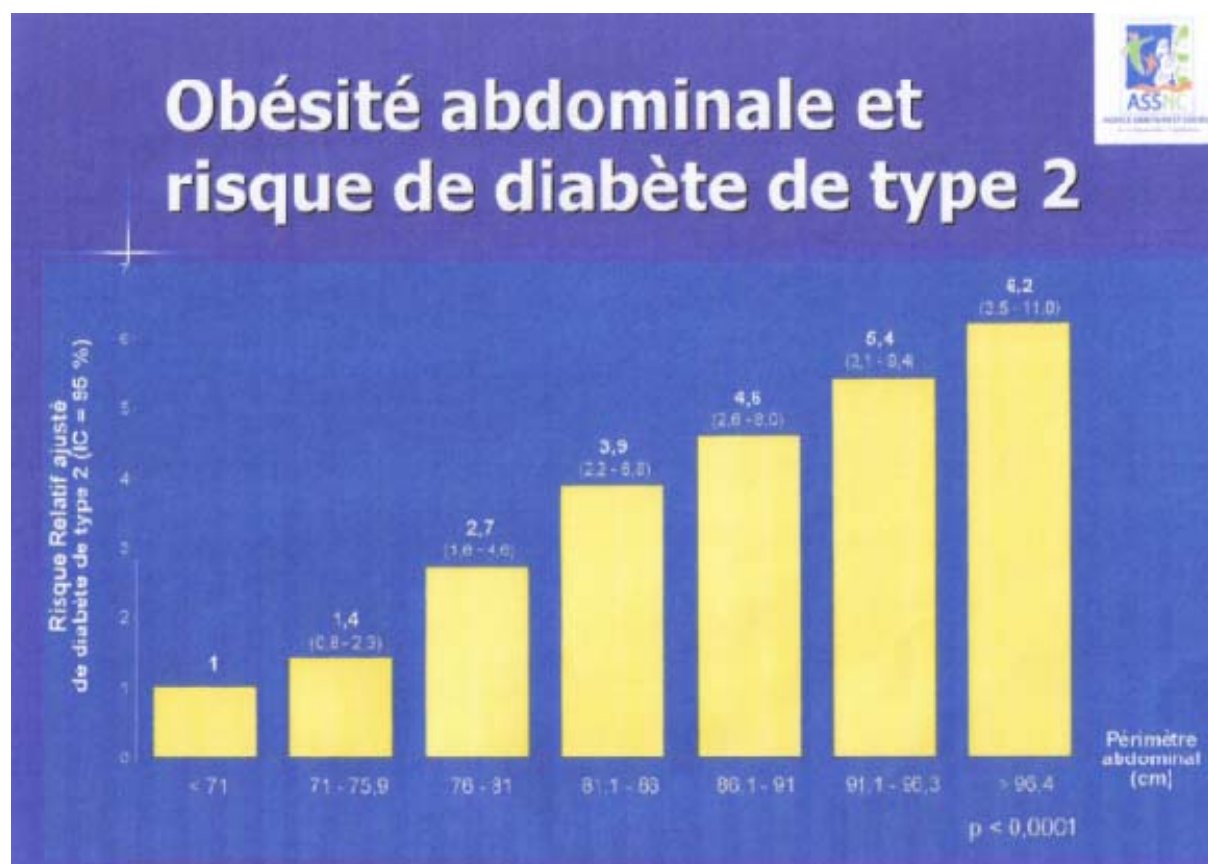
5- Prévalence du diabète et BMI (= IMC, indice de masse corporelle) selon la communauté et le sexe, CALDIA, 1993



6- Surpoids et obésité selon le sexe et la communauté, CALDIA, 1993.

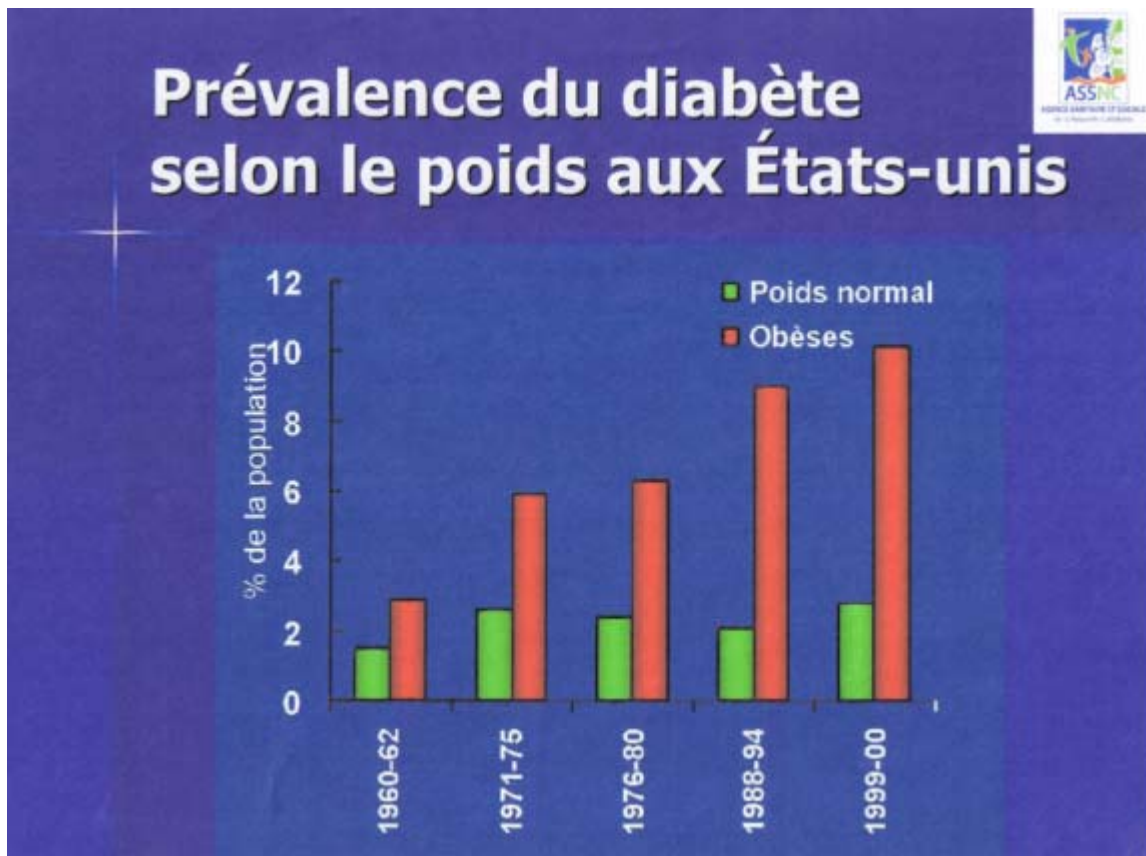


7- Obésité abdominale et risque de diabète de type 2, CALDIA, 1993.





8- Prévalence du diabète selon le poids aux États-Unis, CALDIA, 1993



9- Épidémie de l'obésité abdominale dans le monde, CALDIA, 1993

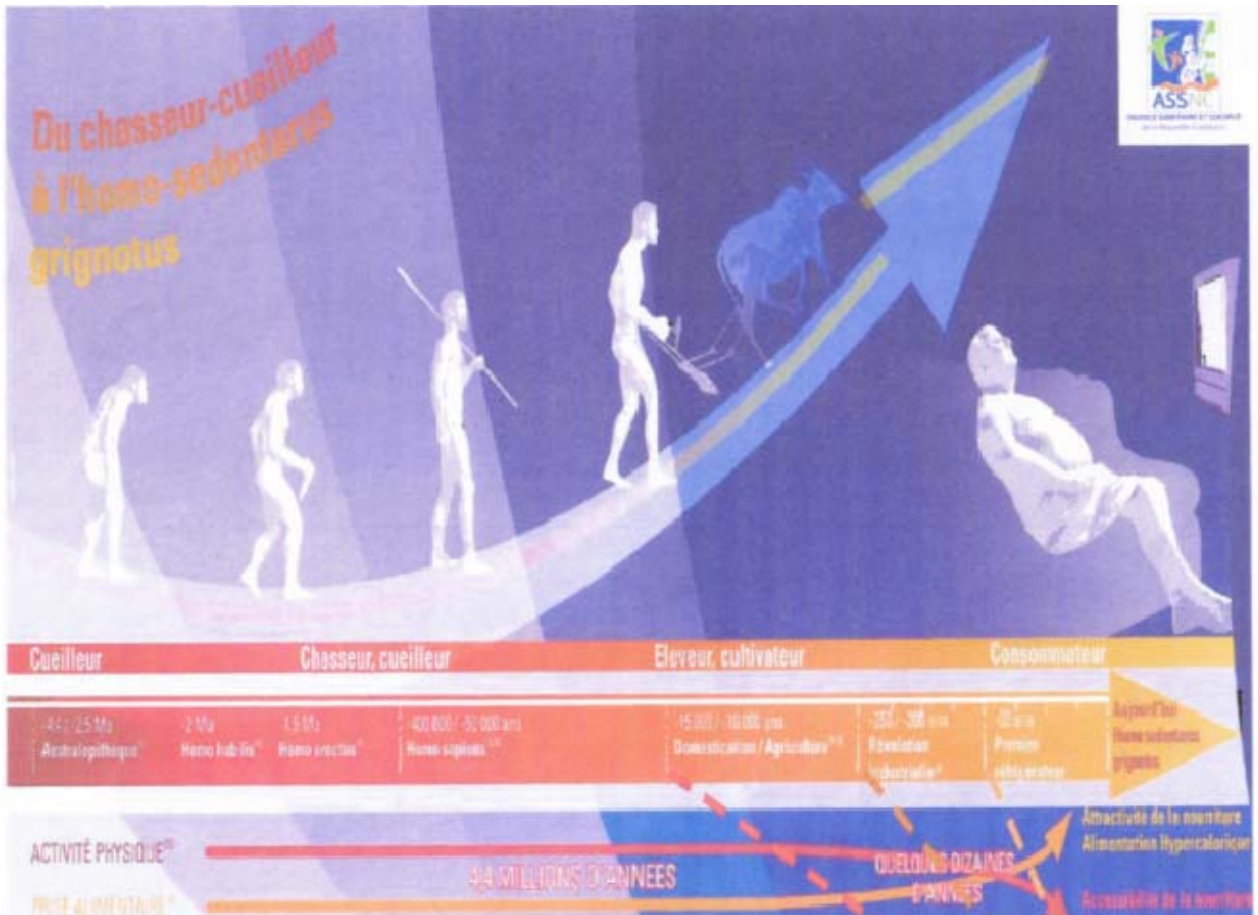
## Épidémie de l'obésité abdominale dans le monde

	H (%)	F (%)	Total (%)
États-Unis <sup>a</sup>	36.9	55.1	46.0
Espagne <sup>b</sup>	30.5	37.8	34.7
Italie <sup>c</sup>	24.0	37.0	31.5
Royaume Uni <sup>d</sup>	29.0	26.0	27.5
France <sup>e</sup>	26.3	26.3	26.3
Allemagne <sup>g</sup>	20.0	20.5	20.3
Pays Bas <sup>f</sup>	14.8	21.1	18.2

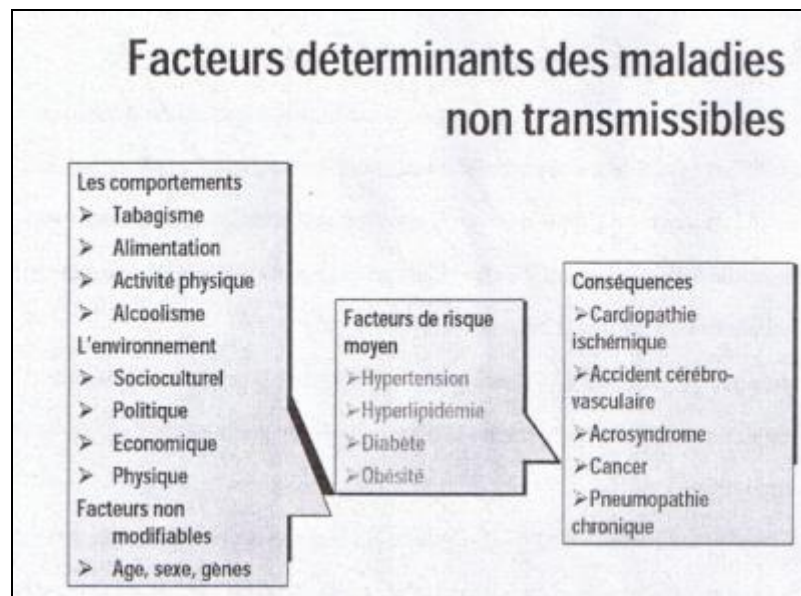
Périmètre abdominal :  $\geq 102$  cm chez l'homme ou  $\geq 88$  cm chez la femme

<sup>a</sup>Ford et al 2003; <sup>b</sup>Alvarez-Leon et al 2003; <sup>c</sup>OECI 2004; <sup>d</sup>Ruston et al 2004; <sup>e</sup>Oberpi 2003; <sup>f</sup>Visscher & Seidell 2004; <sup>g</sup>Liese et al 2001

10- Du chasseur au grignoteur, CALDIA, 1993



11- Facteurs déterminants des maladies non transmissibles, réunion des ministres de la santé dans un pays océanien, Tonga, mars 2003.

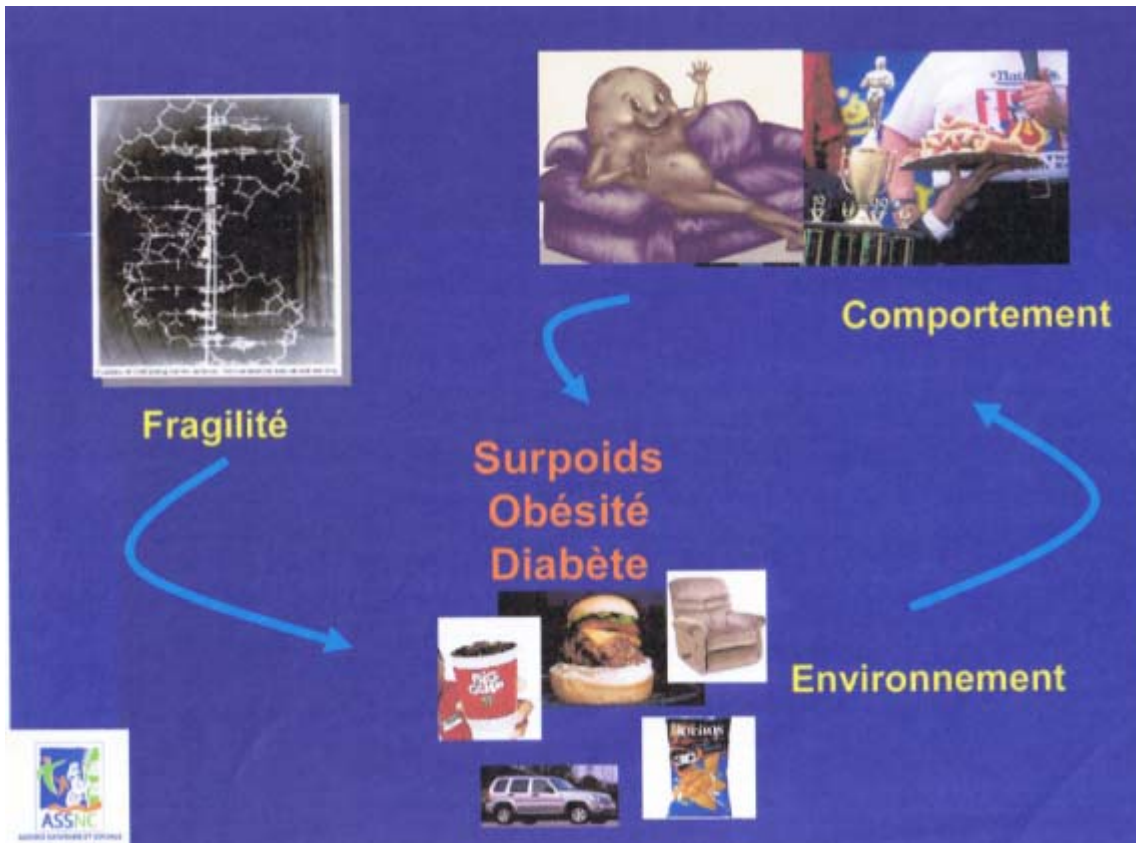




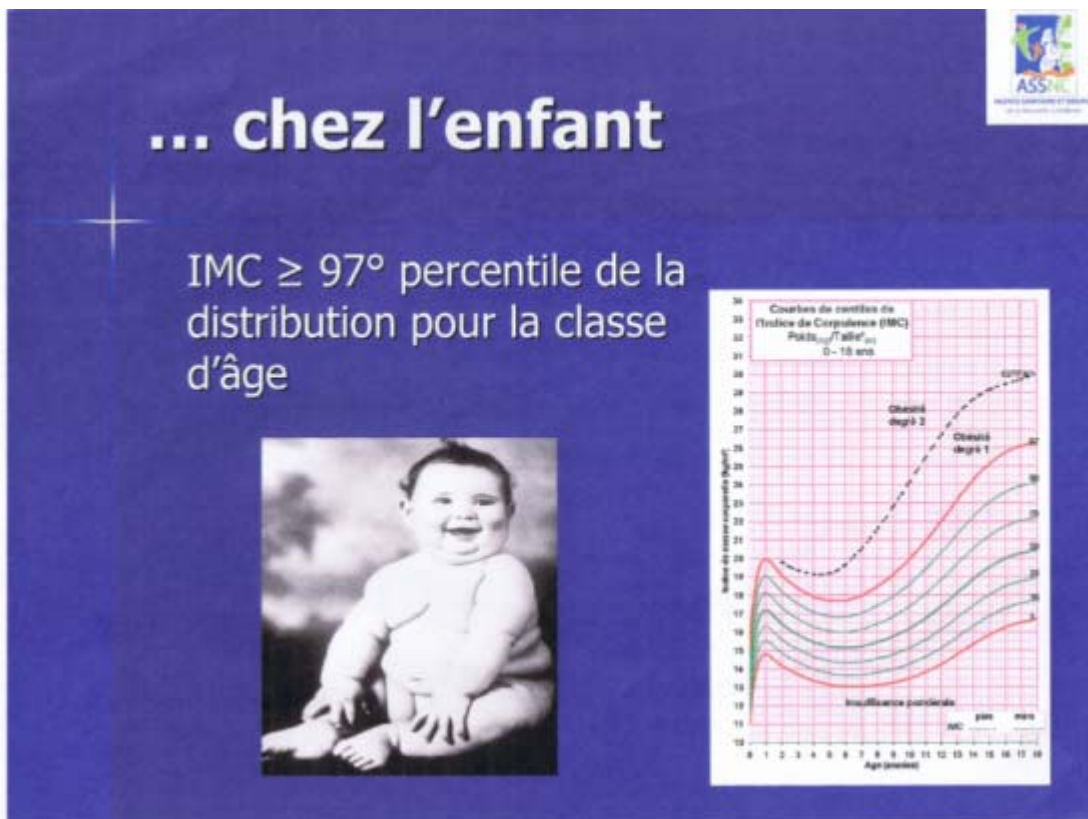
12- Mesures de prévention et de lutte contre le diabète, réunion des ministres de la santé dans un pays océanien, Tonga, mars 2003.

Caractéristiques de la population cible	Démarche visant l'ensemble de la population <sup>3</sup> (principalement destinée à prévenir l'obésité par la promotion d'une alimentation saine, riche en fruits et en légumes, et par l'activité physique)	Démarche ciblant la population à haut risque
Poids normal	<p><b>Gouvernement national</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des priorités nationales.</li> <li>• Taxation des denrées à faible valeur nutritive (comme les boissons gazeuses, les friandises et le prêt-à-manger).</li> <li>• Subventions favorisant les aliments sains.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce groupe présente un très faible risque de diabète et les démarches ciblant les individus à haut risque ne sont pas indiquées ici.</li> </ul>
Surcharge pondérale ou obésité	<p><b>Financement des soins de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remboursement des actions de promotion sanitaire visant à modifier les comportements.</li> </ul> <p><b>Média de grande diffusion et industrie des loisirs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de modes de vie sains et de modèles corporels réalistes.</li> <li>• Diffusion de l'information sanitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage opportuniste des personnes en surcharge pondérale et obèses en vue de la mise en place d'interventions cliniques intensives.</li> <li>• Promotion des démarches d'auto-assistance.</li> <li>• Campagne médiatique de promotion de la perte de poids (par exemple, concours prolongés de perte de poids).</li> </ul>
Intolérance au glucose	<p><b>Industrie alimentaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étiquetage des aliments emballés permettant d'identifier les ingrédients et le contenu nutritionnel.</li> <li>• Bon choix d'aliments sains sur les cartes de restaurant.</li> <li>• Restrictions imposés aux publicités vantant des aliments de faible valeur nutritionnelle et ciblant les enfants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage opportuniste des intolérants au glucose dans les groupes à haut risque.</li> <li>• Accès à des spécialistes (nutritionnistes, instructeurs physiques, conseillers) capables d'appuyer des interventions personnalisées intensives visant à modifier les comportements.</li> </ul>
Diabète non diagnostiqué	<p><b>Gouvernement local</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à la création d'espaces sécuritaires propices à l'activité physique, comme les zones piétonnes, les sentiers de marche et les pistes cyclables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation régulière par les services cliniques mobiles d'activités communautaires permettant de promouvoir le dépistage et le recours aux services compétents afin que les diabétiques prennent conscience de leur état et sachent où se faire soigner.</li> </ul>
Diabète sans complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instauration de services de transport public bien organisés.</li> <li>• Politique des prix du carburant visant à décourager l'utilisation de véhicules privés.</li> </ul> <p><b>Groupes communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parrainage des campagnes d'éducation publique et des manifestations visant à promouvoir l'activité physique (par exemple les groupes de marche).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une surveillance optimale de la glycémie et de la tension artérielle des diabétiques.</li> <li>• Les services de santé garantissent l'accès aux soins nécessaires.</li> <li>• Réalisation d'examen périodiques pour le dépistage des premières complications (soins podologiques, contrôle de la vue, analyses d'urine).</li> </ul>

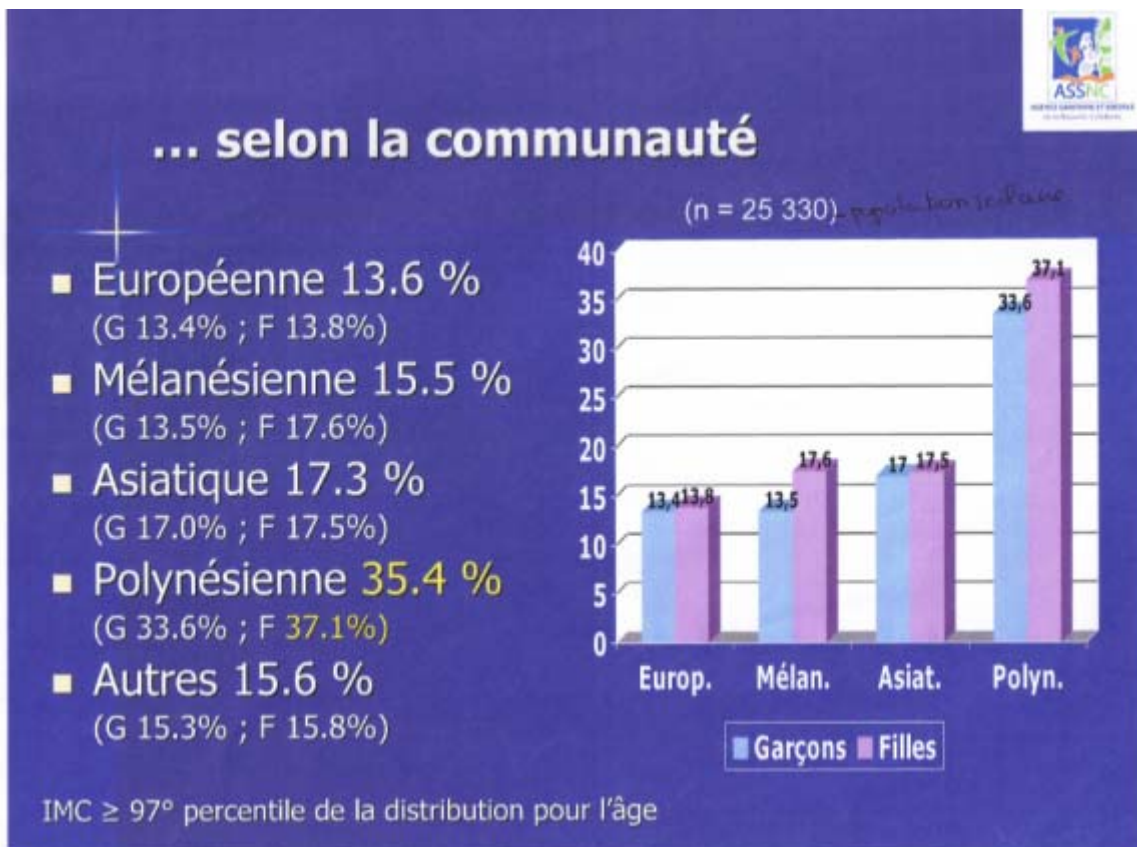
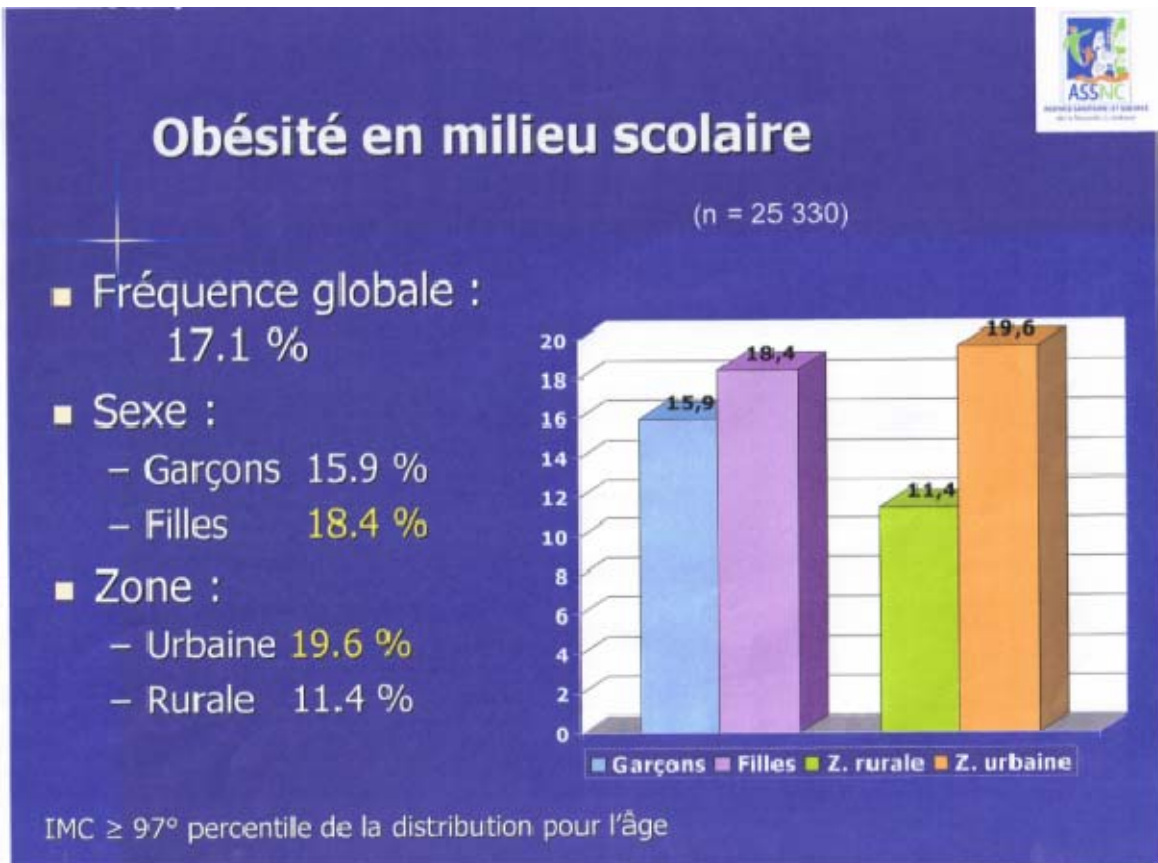
13-Lien du comportement par rapport à l'environnement, CALDIA, 1993



14-IMC (indice de masse corporelle) chez l'enfant, CALDIA, 1993.







### III- Exemple d'une séance avec les élèves.

#### Le diabète en Nouvelle-Calédonie et en Océanie intertropicale. Un lourd fardeau de santé publique.

##### **\*Problématiques :**

- Quelles sont les causes de prévalence au diabète en Nouvelle-Calédonie et en Océanie intertropicale ?
- Retrouve-t-on les mêmes facteurs à toutes les échelles des États ?
- Quelle prévention, quelle éducation des sociétés ?

- Introduction aux documents.

Le diabète de type 2 est une maladie évitable, non transmissible et qui se soigne.

En France la prévalence au diabète est d'environ 3 %.

Dans les collectivités d'outre-mer, cette prévalence va de 7 % à 18 % comme à La Réunion.

En Nouvelle-Calédonie, cette prévalence s'élève à 10,2 % d'après la dernière étude de CALDIA (diabétiques diagnostiqués).

À ce chiffre on doit ajouter tous les diabétiques qui s'ignorent.

Dans d'autres pays d'Océanie, comme à Nauru, cette prévalence s'élève à 40 % et elle est de 18 à 20 % en Polynésie.

C'est donc un phénomène qui touche notre région mais également l'ensemble de la planète.

Ce phénomène est à mettre en relation avec l'obésité (BMI (indice de masse corporelle) calculé).

Le budget des États pour soigner, éduquer sont colossaux. En Nouvelle-Calédonie, la CAFAT engloutit chaque année plus d'un milliard de francs CFP.

- Quelques pistes de réflexion en fonction des documents.

→ *Les causes sont-elles identiques à toutes les échelles urbaines, rurales et régionales ?*

→ *Quelle prévention, quelle éducation ? (La cible scolaire).*

→ *Le diabète n'est-il pas la manifestation d'une épidémie des pays de l'ère post industrielle ou au contraire de l'appauvrissement économique et culturel des États ?*

##### **• Les documents.**

##### A/ Les chiffres du diabète en Nouvelle-Calédonie et en Océanie intertropicale.

**Document 1 :** les chiffres du diabète en Nouvelle-Calédonie.

**Document 1 bis :** les perspectives aujourd'hui, CALDIA, 1993.

**Document 2 :** les chiffres du diabète en Océanie, réunion des ministres de la santé, Tonga, 2003.

##### À différentes échelles régionales.

- En Nouvelle-Calédonie

Pyramide des âges Document 1 (bis)

- Prévalence au diabète et résidence selon la communauté et le sexe N°4

**Question :** *Mettre en relation les documents 1, 2, 3, 4.*

*Que remarquez-vous en fonction des chiffres et de la résidence ?*

*Que pouvez-vous en déduire ?*

*(Notion de transition démographique / industrialisation des sociétés)*

## **B/ Quelles sont les causes ?**

**Document 3** : facteurs déterminants des maladies non transmissibles, Réunion des ministres de la Santé océaniens, Tonga, 2003 (CPS).

**Document 4** : épidémie de l'obésité abdominale dans le Monde, CALDIA, 2004.

**Document 5** : les conditions de vie du chasseur et du grignoteur, CALDIA, 1993.

⇒ Fragilité, surpoids : diabète.

### **Questions :**

1. *Comment les modes de vie et l'alimentation favorisent-ils le diabète ?*

2. *Que pouvez-vous en déduire à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie et en Océanie ?*

→ *Gène d'épargne.*

→ *Société post industrielle.*

## **C/ L'éducation, la prévention.**

**Document 6** : mesures de prévention et de lutte contre le diabète. Réunion des ministres de la santé océaniens, Tonga, 2003 (CPS).

**Document 7** : obésité en milieu scolaire, CALDIA, 1993.

- Centre anti-diabétiques.

- Éducation scolaire, surveillance du poids des enfants (poids percentile).

\* *Montrer que plus les pays sont riches plus il est possible de mettre sur pieds des politiques de santé (coût élevé).*

→ Aide australienne.

→ Aide américaine.

= Nuance car il existe beaucoup d'obèses et de diabétiques.

\* *Rédigez une conclusion sur le diabète de type 2 en Nouvelle-Calédonie selon les 3 axes :*

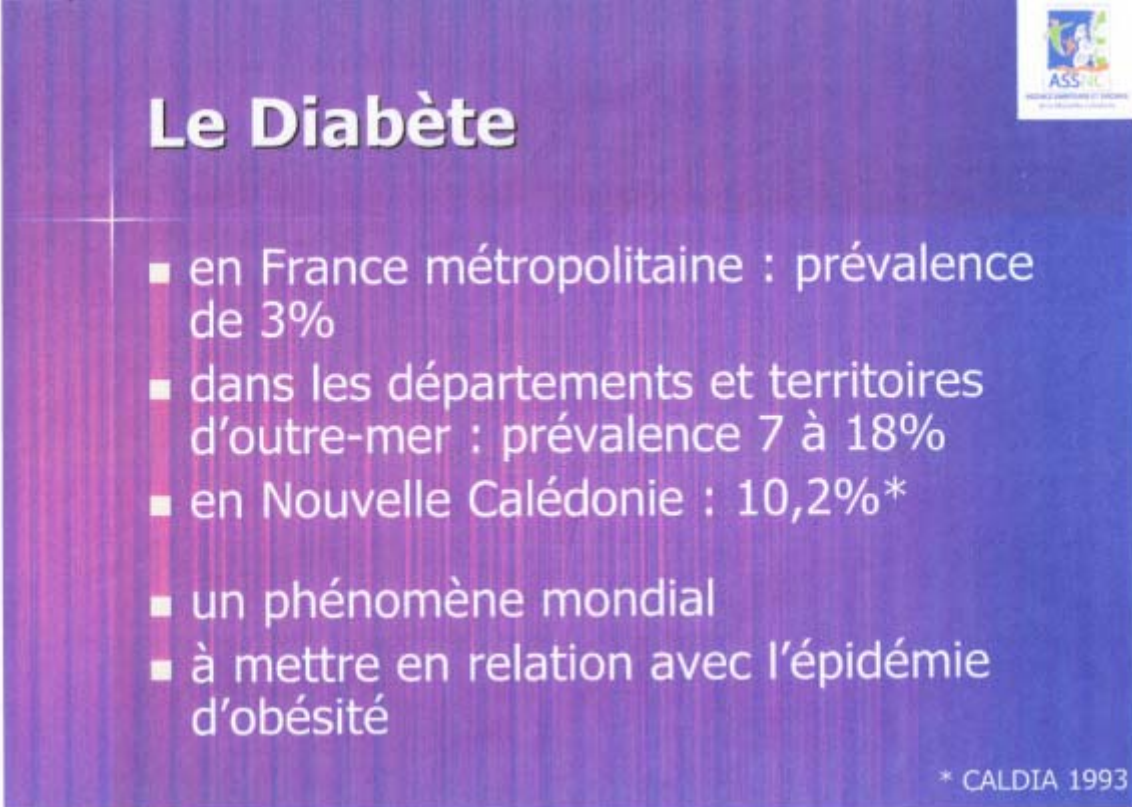
- *le diabète un fléau de santé publique,*

- *quelles sont les causes ?*

- *les dangers liés à cette maladie et les politiques de santé mises en œuvre.*

	Province Nord	Province Iles	Province Sud Nouméa	Total
Mélanésiens	9,1 %	8,3 %	11,2 %	8,9 %
Européens	9,1 %		9,1 %	9,1 %
Wallisiens	18 %		13,6 %	16 %
Tahitiens	8,8 %		16,8 %	15 %
Indonésiens	10,4 %		11,7 %	11 %
Autres	11,5 %		7,2 %	9,1 %

La prévalence corrigée du diabète atteint ainsi 16 % dans la population wallisienne. Ce résultat est concordant avec celui d'une étude antérieure réalisée à Nouméa où il était déjà de plus de 11 %. Par ailleurs, 8,9 % et 9,1 % de la population adulte (30 à 59 ans révolus), respectivement mélanésienne et européenne, seraient diabétiques.



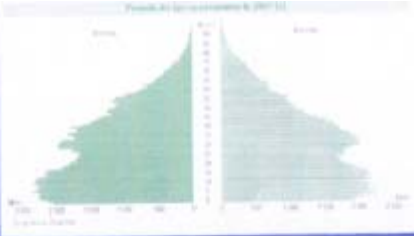
**Le Diabète**

- en France métropolitaine : prévalence de 3%
- dans les départements et territoires d'outre-mer : prévalence 7 à 18%
- en Nouvelle Calédonie : 10,2%\*
- un phénomène mondial
- à mettre en relation avec l'épidémie d'obésité

\* CALDIA 1993




# Perspectives aujourd'hui



- 8 000 diabétiques diagnostiqués
- Population de 230 000 habitants avec 28% de moins de 15 ans
- Soit avec une prévalence de 10% chez l'adulte, au minimum 16 000 diabétiques au total dont 8 000 qui s'ignorent
- à la Réunion 7,5% en 1993; 17,7% en 2001

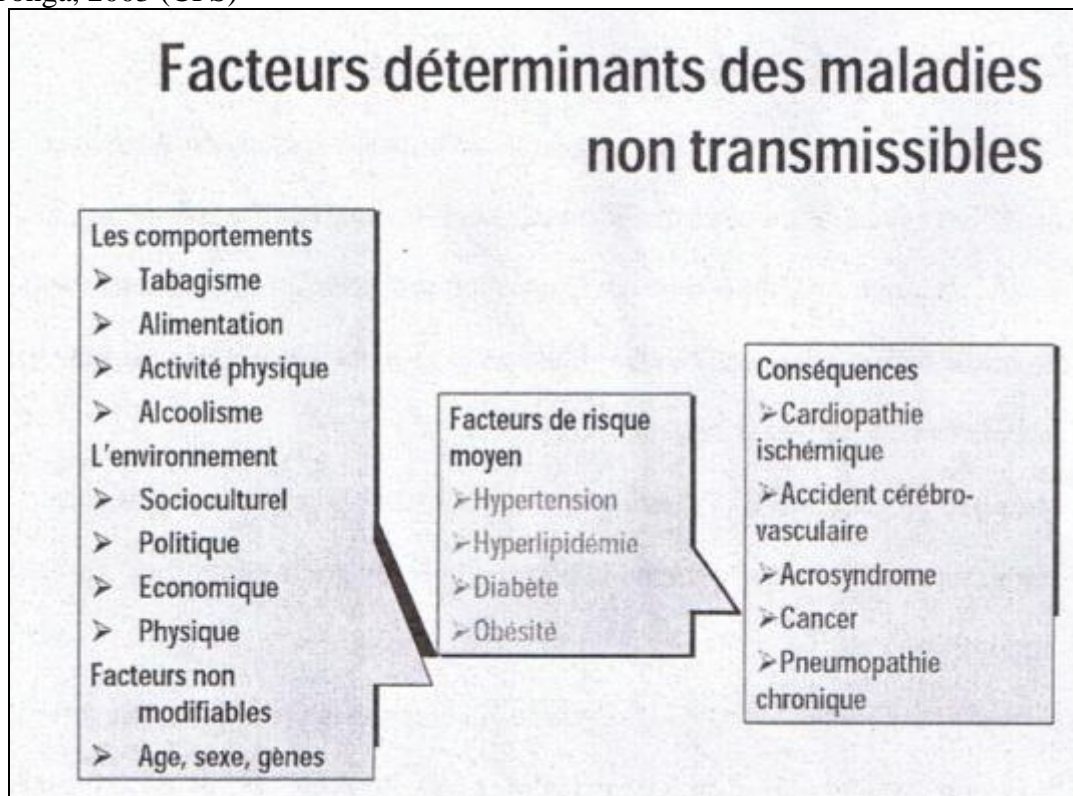
→ nécessité du dépistage



Document 2. En Océanie : réunion des ministres de la santé, Tonga, 2003 (CPS)

Prévalence du diabète chez les Océaniens (en pourcentage)

Pays (Année d'étude)	Groupe ethnique	Population masculine			Population féminine		
		urbaine	rurale	nationale ou non spécifiée	urbaine	rurale	nationale ou non spécifiée
Îles Cook (1980)	Polynésiens	7,0			10,1		
Fidji (1980)	Mélanésiens	5,2	2,1		11,9	1,7	
	Indiens	23,6	23,0		20,3	16,0	
Kiribati (1981)	Micronésiens	15,8	4,0		13,4	4,6	
États fédérés de Micronésie (1994-95)	Micronésiens	12,0			15,0		
Nauru (1987)	Micronésiens			40,6			42,0
Nouvelle-Calédonie (1992-94)	Européens	2,8	4,9		5,6	5,0	
	Mélanésiens	5,2	3,5		7,5	5,8	
Niue (1980)	Polynésiens			7,9			10,4
Papouasie-Nouvelle-Guinée (1991)	Wanigela	27,5	17,2		33,0	10,0	
	Kalo		0,6			2,4	
Samoa (1991)	Polynésiens	9,5	5,3		13,4	5,6	
Îles Salomon (1985)	Mélanésiens	0,0	0,0		1,4	1,5	
Tokelau (1976)	Polynésiens			3,4			6,5
Tonga (1973)	Polynésiens	5,5	4,7		9,7	10,1	
Tuvalu (1977)	Polynésiens	1,3			6,3		
Vanuatu (1985)	Mélanésiens	2,1	1,0		12,1	0,9	
Wallis et Futuna (1980)	Polynésiens			3,2			4,7



Document 4. Épidémie de l'obésité abdominale dans le monde, CALDIA, 2004.

## Épidémie de l'obésité abdominale dans le monde

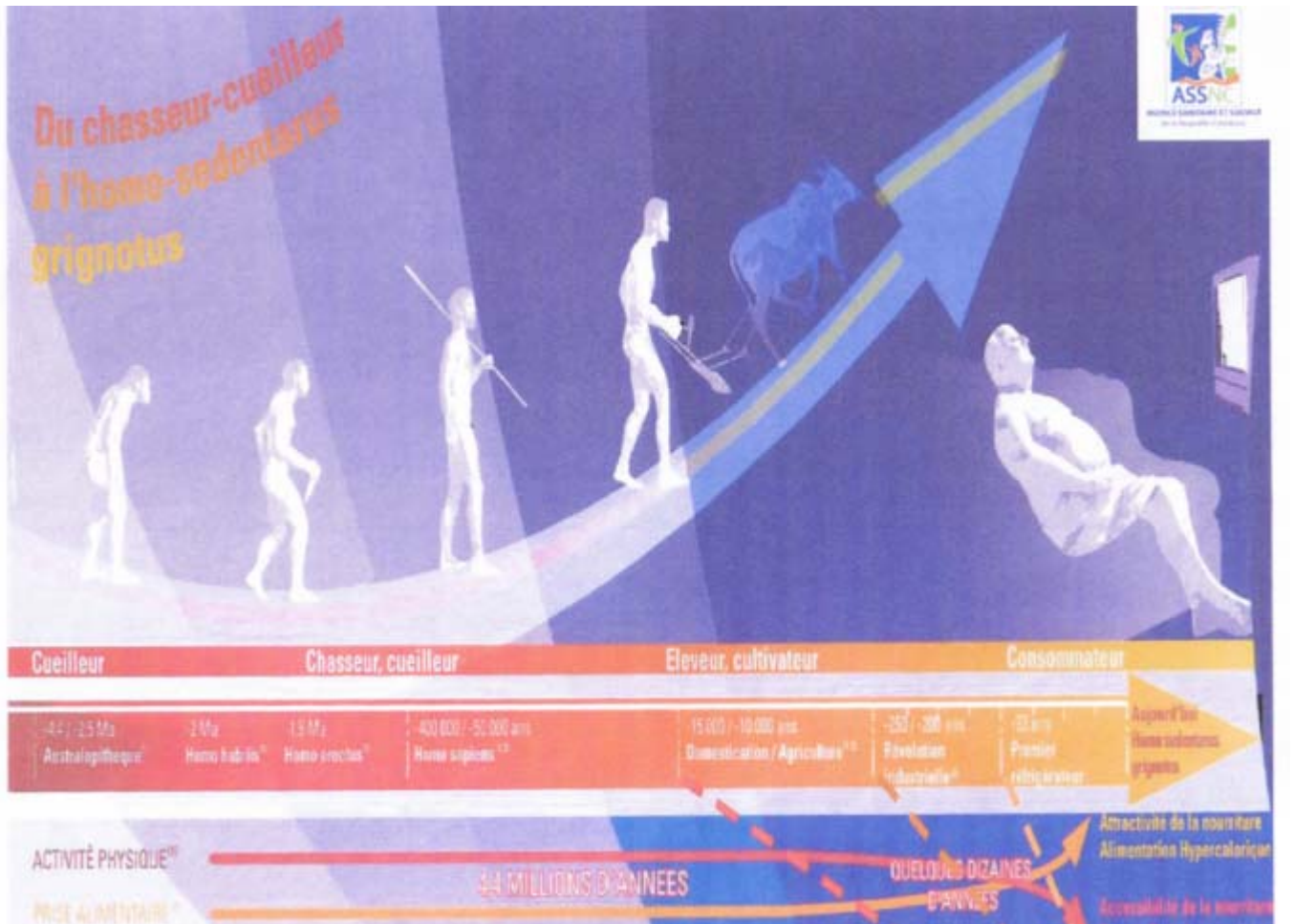
	H (%)	F (%)	Total (%)
États-Unis <sup>a</sup>	36.9	55.1	46.0
Espagne <sup>b</sup>	30.5	37.8	34.7
Italie <sup>c</sup>	24.0	37.0	31.5
Royaume Uni <sup>d</sup>	29.0	26.0	27.5
France <sup>e</sup>	26.3	26.3	26.3
Allemagne <sup>g</sup>	20.0	20.5	20.3
Pays Bas <sup>f</sup>	14.8	21.1	18.2

Périmètre abdominal :  $\geq 102$  cm chez l'homme ou  $\geq 88$  cm chez la femme

<sup>a</sup>Ford et al 2003; <sup>b</sup>Alvarez-Leon et al 2003; <sup>c</sup>OECD 2004; <sup>d</sup>Ruston et al 2004; <sup>e</sup>Obepi 2003; <sup>f</sup>Visscher & Seidell 2004; <sup>g</sup>Liese et al 2001



Document 5. Les conditions de vie du chasseur et du grignoteur, CALDIA, 1993.



Caractéristiques de la population cible	Démarche visant l'ensemble de la population <sup>3</sup> (principalement destinée à prévenir l'obésité par la promotion d'une alimentation saine, riche en fruits et en légumes, et par l'activité physique)	Démarche ciblant la population à haut risque
Poids normal	<b>Gouvernement national</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des priorités nationales.</li> <li>• Taxation des denrées à faible valeur nutritive (comme les boissons gazeuses, les friandises et le prêt-à-manger).</li> <li>• Subventions favorisant les aliments sains.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce groupe présente un très faible risque de diabète et les démarches ciblant les individus à haut risque ne sont pas indiquées ici.</li> </ul>
Surcharge pondérale ou obésité	<b>Financement des soins de santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remboursement des actions de promotion sanitaire visant à modifier les comportements.</li> </ul> <b>Média de grande diffusion et industrie des loisirs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de modes de vie sains et de modèles corporels réalistes.</li> <li>• Diffusion de l'information sanitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage opportuniste des personnes en surcharge pondérale et obèses en vue de la mise en place d'interventions cliniques intensives.</li> <li>• Promotion des démarches d'auto-assistance.</li> <li>• Campagne médiatique de promotion de la perte de poids (par exemple, concours prolongés de perte de poids).</li> </ul>
Intolérance au glucose	<b>Industrie alimentaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étiquetage des aliments emballés permettant d'identifier les ingrédients et le contenu nutritionnel.</li> <li>• Bon choix d'aliments sains sur les cartes de restaurant.</li> <li>• Restrictions imposés aux publicités vantant des aliments de faible valeur nutritionnelle et ciblant les enfants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage opportuniste des intolérants au glucose dans les groupes à haut risque.</li> <li>• Accès à des spécialistes (nutritionnistes, instructeurs physiques, conseillers) capables d'appuyer des interventions personnalisées intensives visant à modifier les comportements.</li> </ul>
Diabète non diagnostiqué	<b>Gouvernement local</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à la création d'espaces sécuritaires propices à l'activité physique, comme les zones piétonnes, les sentiers de marche et les pistes cyclables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation régulière par les services cliniques mobiles d'activités communautaires permettant de promouvoir le dépistage et le recours aux services compétents afin que les diabétiques prennent conscience de leur état et sachent où se faire soigner.</li> </ul>
Diabète sans complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instauration de services de transport public bien organisés.</li> <li>• Politique des prix du carburant visant à décourager l'utilisation de véhicules privés.</li> </ul> <b>Groupes communautaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parrainage des campagnes d'éducation publique et des manifestations visant à promouvoir l'activité physique (par exemple les groupes de marche).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une surveillance optimale de la glycémie et de la tension artérielle des diabétiques.</li> <li>• Les services de santé garantissent l'accès aux soins nécessaires.</li> <li>• Réalisation d'examen périodiques pour le dépistage des premières complications (soins podologiques, contrôle de la vue, analyses d'urine).</li> </ul>

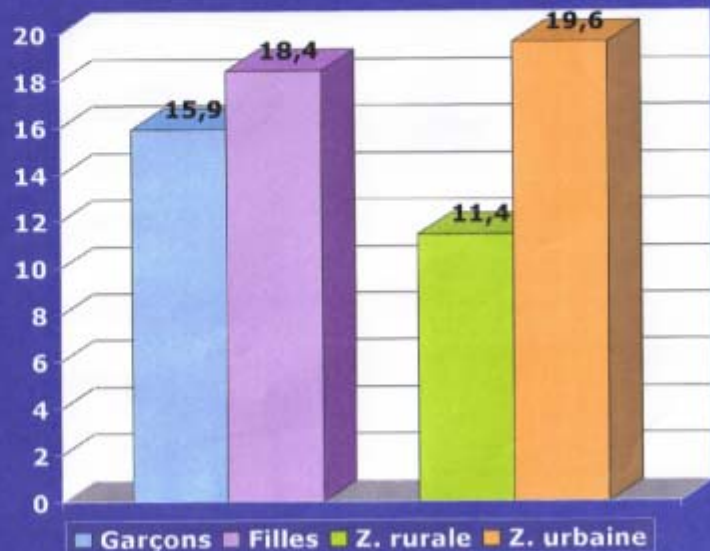




## Obésité en milieu scolaire

(n = 25 330)

- Fréquence globale :  
17.1 %
- Sexe :
  - Garçons 15.9 %
  - Filles 18.4 %
- Zone :
  - Urbaine 19.6 %
  - Rurale 11.4 %



IMC  $\geq$  97<sup>o</sup> percentile de la distribution pour l'âge