



DOSSIER DE PRESSE

JOURNEE MONDIALE DU **DIABETE**

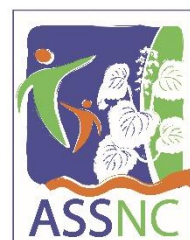
14 Novembre 20**18**

Le diabète concerne chaque famille !



Pour tous renseignements :
Dr Dominique Mégraoua
pilote du Programme Diabète
Tél 26 90 61 - GSM 86 95 40
dominique.megraoua@ass.nc

Programme
Diabète



AGENCE SANITAIRE
ET SOCIALE DE LA
NOUVELLE-CALÉDONIE

P OURQUOI UNE JOURNÉE MONDIALE DU DIABÈTE ?

Sensibiliser et informer

sur une maladie grave, en pleine expansion et devenue une "épidémie" mondiale sévère.

Le diabète, une affection potentiellement mortelle en pleine explosion

Le diabète est une affection mondiale courante et sa fréquence accuse une explosion dans le monde entier : 425 millions de personnes en sont aujourd'hui atteintes.

L'OMS et la Fédération Internationale du Diabète estiment que ce chiffre pourrait atteindre les 522 millions de personnes d'ici 2030.

Chaque année dans le monde, plus de 3 millions de décès sont imputables au diabète, soit 1 décès toutes les 6 secondes. Au moins 1 décès d'adulte de 35 à 64 ans sur 10 est imputable au diabète. Les trois quarts des décès de diabétiques de moins de 35 ans sont dus à leur maladie. Faute de détection, d'accès aux soins et à l'insuline du fait de son prix élevé, beaucoup d'enfants dans le monde meurent aujourd'hui encore du diabète.

La progression du diabète résulte du vieillissement de la population, de l'accroissement démographique, mais surtout de la tendance à l'**obésité**, à une alimentation déséquilibrée et à la sédentarité. Aujourd'hui, dans les pays industrialisés, la plupart des personnes atteintes de diabète ont dépassé l'âge de la retraite, tandis que dans les pays en voie de développement, les personnes les plus touchées sont des personnes de 35 à 64 ans. L'explosion de l'obésité, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité, liés notamment au stress, pourraient encore accélérer le processus d'extension de l'épidémie chez des classes d'âge plus jeunes dans les pays industrialisés.

Le plus souvent, le diabète peut être retardé, voir évité

Des actions de prévention peuvent réduire l'apparition du diabète. De même, la prise de décisions en connaissance de cause dans les domaines des transports, de l'urbanisme, des prix et de la publicité dans le secteur de l'alimentation peuvent largement conduire à la réduction du risque du diabète de type 2 à l'échelle d'une population entière.

L'ampleur du problème nécessite des mesures à l'échelle des populations pour réduire les niveaux de surcharge pondérale, d'obésité.

Toutes les études réalisées à ce jour attestent que l'amélioration du mode de vie (alimentation, activité physique et bien-être) était nettement plus efficace pour se protéger contre le diabète de type 2 que la prise de médicaments, pour les personnes à haut risque.

Prévention et éducation au diabète

Le diabète n'est pas une fatalité. **Les actions de prévention** organisées par les différents acteurs concernés par le diabète visent à faire prendre conscience à la population calédonienne des règles d'hygiène de vie protégeant du diabète (une alimentation équilibrée, une activité physique adaptée régulière, la gestion du stress), et de ses signes précurseurs, ainsi qu'à promouvoir les mesures adéquates pour **encourager le diagnostic précoce** (dépistage).

L'**éducation au diabète** dispensée par des professionnels de santé compétents, permet quant à elle aux patients diabétiques de **s'approprier les compétences nécessaires à une meilleure gestion de leur maladie**, et ainsi **d'améliorer leur qualité de vie et d'éviter les graves complications** liées au diabète.

SOMMAIRE

- I. Qu'est-ce que le diabète ?
Le diabète, une maladie grave
Les facteurs favorisant le diabète
Les complications entraînées par le diabète
Le traitement du diabète
- II. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?
- III. Et en Nouvelle-Calédonie, qu'en est-il de l'épidémie du diabète ?
Les facteurs spécifiques prédisposant au diabète en Nouvelle-Calédonie
Le fardeau économique du diabète
- IV. Cette prédisposition génétique, présente depuis des siècles, est-elle responsable de l'explosion du nombre de diabétiques ?
- V. Y-a-t-il des liens entre l'alimentation et le diabète ?
- VI. Pourquoi la surcharge pondérale rend-t-elle diabétique les personnes prédisposées ?
- VII. Comment vit-on avec le diabète ? Comment éviter les complications ?
- VIII. La prévention de l'épidémie de diabète de type 2 est-elle possible ?
Et à quelles conditions ?
- IX. Quelles sont les actions menées aujourd'hui par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, les provinces et les associations pour prévenir et optimiser l'accompagnement des diabétiques ?

Le diabète une maladie grave

Le diabète est une maladie grave et incurable mais dans une grande majorité des cas évitable, et qui se caractérise par un excès de sucre (le glucose) dans le sang. Le diagnostic est posé lorsque le taux sanguin (la glycémie) à jeun atteint ou dépasse à deux reprises 1,26 gramme par litre. Il existe 3 sortes de diabète :

Le diabète de type 1 (anciennement appelé insulino-dépendant), en rapport avec un phénomène auto-immun responsable de la destruction sélective (par des auto anticorps et les lymphocytes) des cellules du pancréas sécrétant l'insuline. Non traité par l'insuline, seule hormone capable de faire baisser la glycémie, le patient meurt rapidement. Sa fréquence est stable dans le temps et n'est pas influencée par les facteurs nutritionnels.

Le diabète de type 2 (anciennement appelé non-insulinodépendant, ou diabète gras), touche 90% des diabétiques, il s'installe de façon progressive, se traite initialement par des règles hygiéno-diététiques, puis des comprimés et enfin, fréquemment, en raison de la destruction progressive des cellules du pancréas et de la carence en insuline endogène qui en résulte, par l'administration d'insuline exogène.

Pendant de longues années, ce diabète n'est responsable d'aucun symptôme et ne peut être diagnostiqué qu'à l'occasion d'un prélèvement sanguin avec dosage de la glycémie. C'est néanmoins pendant cette période que se constituent silencieusement les complications du diabète, essentiellement vasculaires et neurologiques, responsables à terme de la morbidité et de la mortalité du diabète (la mortalité par infarctus du myocarde est multipliée par 2 à 4 chez les diabétiques). Il est donc essentiel de dépister et traiter le diabète avant la survenue de ces complications.

Le diabète gestationnel

Il se manifeste pendant la grossesse (fin du 2e et au 3e trimestre) et dans 90 % des cas, disparaîtra après l'accouchement. Il affecte à la fois le bébé et la mère. L'enfant risque d'être plus gros que la normale avec hypoglycémie néonatale. Chez la mère, la présence du diabète accroît les risques d'hypertension artérielle, d'infections, augmente le niveau de fatigue et peut causer des complications, (mort in utero, taux de césarienne augmenté). Le diabète de grossesse se traite et se contrôle par l'alimentation et l'adoption d'une bonne hygiène de vie. Si malgré ces changements le diabète n'est pas bien contrôlé, l'utilisation d'insuline deviendra nécessaire.

Les facteurs favorisant le diabète

Même si à ce jour les causes réelles du diabète restent encore inconnues, on sait que **certaines facteurs favorisent son apparition** :

- l'hérédité (des antécédents familiaux de diabète de type 2),
- la surcharge pondérale et l'obésité,
- une alimentation trop riche et déséquilibrée,
- la sédentarité (manque d'activité physique),
- le stress
- l'origine ethnique (polynésienne),
- l'hypertension artérielle,
- l'excès de cholestérol,
- le fait d'avoir mis au monde un gros bébé,
- un poids faible ou élevé à la naissance,
- certains virus (pour le type 1).



Les complications entrainées par le diabète

Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont fréquentes et chez les personnes diabétiques sont responsables de 7 à 8 décès sur 10. D'autres facteurs interviennent dans le développement de ces maladies mais la présence du diabète en favorise l'émergence.

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.

La néphropathie

Quand le diabète n'est pas bien contrôlé, il y a un excédent de sucre dans le sang. Les vaisseaux se durcissent et des lésions des reins peuvent en résulter : c'est la néphropathie. À un stade avancé, elle conduit à l'insuffisance rénale terminale et à l'hémodialyse.

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.



Le traitement du diabète

Le traitement du diabète a pour but de normaliser la glycémie.

Dans le diabète de type 2, il repose sur des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée et activité physique régulière) et si ce n'est pas suffisant très souvent des médicaments (comprimés et/ou injections d'insuline).

Le plus souvent, c'est une maladie nécessitant un traitement à vie. Mais on observe des rémissions du diabète de type 2 après une perte de poids importante

Le suivi des règles hygiéno-diététiques est incontournable pour équilibrer le diabète, il impose des modifications profondes du mode de vie, qui, pour être acceptées et suivies, nécessitent une éducation thérapeutique de tous les diabétiques.



II - QU'EST-CE QUE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

Vivre avec le diabète n'est pas simple. Tout au long de sa vie, le diabétique et sa famille doivent prendre une multitude de décisions liées à la gestion du diabète. Le diabétique doit surveiller sa glycémie, prendre des médicaments, faire régulièrement de l'exercice physique et adapter ses habitudes alimentaires. De plus, il est souvent confronté à des problèmes engendrés par les complications du diabète et peut également être amené à devoir faire face à des changements de comportement psychologique importants.

L'état de son diabète dépendant dans une large mesure des décisions qu'il prend, il est de la plus haute importance de lui offrir une éducation continue et de qualité, adaptée à ses besoins et dispensée par des professionnels compétents.

Une mauvaise gestion du diabète se traduit généralement par une détérioration de l'état de santé du diabétique et une augmentation du risque de le voir développer des complications.

L'éducation est par conséquent essentielle pour prévenir les complications du diabète.

L'éducation thérapeutique a un rôle important à jouer au niveau de la prévention des complications en aidant les diabétiques à comprendre les risques de leur maladie et à leur fixer des objectifs réalistes pour améliorer leur état de santé.

Aujourd'hui, on constate un déficit d'information des personnes atteintes de diabète concernant les services à leur disposition. Et quand elles sont informées, elles ne sont pas toujours convaincues des bénéfices qu'elles pourraient retirer de l'éducation au diabète. Et pourtant, quand elle est structurée et idéalement dispensée par une équipe multidisciplinaire, l'éducation au diabète constitue un élément central de la prévention et du contrôle de la maladie.

Les modes opératoires de l'éducation au diabète :

L'éducation au diabète comprend des **activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour informer les diabétiques sur leur maladie, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, ainsi que des comportements liés à leur santé et à cette maladie.**

Ces activités ont pour but d'aider le diabétique (ainsi que sa famille) à mieux comprendre cette maladie et son traitement, et à assumer ses responsabilités dans sa propre prise en charge, en vue de l'aider à maintenir et à améliorer sa qualité de vie.

Ses principales finalités sont :

➔ l'acquisition et le maintien par le diabétique de **compétences d'auto soins.**

Parmi elles, l'**acquisition de compétences dites de sécurité** vise à sauvegarder sa vie. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque diabétique.

Les compétences d'auto soins :

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, d'une auto mesure.
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

➔ la mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation.** Elles s'appuient sur son vécu et son expérience antérieure et font partie d'un ensemble plus large de **compétences psychosociales.**

Les compétences d'adaptation :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie sont bien sûr prises en compte pour adapter le programme en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et des outils pédagogiques les plus adaptées aux publics concernés.

A qui proposer une éducation au diabète ?

- A tous les patients diabétiques.
- Au mieux au moment du diagnostic, mais aussi à tout moment de l'évolution de la maladie.

Qui propose et réalise une éducation diabétique ?

Le médecin traitant référent délivre les bases. Puis, il propose et oriente vers une structure adaptée aux besoins de son patient.

En Nouvelle-Calédonie :

- Le Centre d'éducation de l'Agence sanitaire et sociale de la NC : en petit groupe sous la forme d'un stage en ambulatoire,
- Les dispensaires : dans l'intérieur et les îles,
- Le CSSR, le CHT et les endocrinologues libérales pour une éducation spécialisée (pompe à insuline, insulinothérapie fonctionnelle) lors d'une hospitalisation (hôpital ou clinique).

Qu'est-ce qu'une éducation diabétique de qualité ?

Une éducation diabétique de qualité doit :

- **être centrée sur le patient considéré dans son ensemble** (niveau éducatif et culture, et contraintes de vie quotidiennes), permettre une prise de décision partagée et veiller au respect de ses préférences, de son style de vie et de son rythme d'apprentissage ;
- **s'appuyer sur une évaluation des besoins du patient diabétique et de son environnement** (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage identifiées par le patient et le professionnel de santé ;
- **être scientifiquement fondée** et enrichie **par les retours de l'expérience du patient** et de ses proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- **être un processus permanent**, adapté à l'évolution de sa maladie et de son mode de vie ;
- **être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique** et aux techniques pédagogiques, idéalement une équipe pluridisciplinaire et engagée dans un travail en équipe dans la coordination des actions ;
- **être définie en termes d'activités et de contenu**, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs ;
- **inclure une évaluation individuelle** du déroulement du programme.

Et de conclure que l'éducation au diabète fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge du patient diabétique (et de ses proches), et qu'elle est indispensable pour permettre aux patients diabétiques de prendre le contrôle de leur maladie.



III - ET EN NOUVELLE-CALÉDONIE, QU'EN EST-IL DE L'ÉPIDÉMIE DU DIABÈTE ?

Quelques chiffres alarmants

On estime à plus de **20 000** le nombre de personnes diabétiques en Nouvelle-Calédonie.

La prévalence oscillait entre 8,4% et 15,3% (10% en moyenne) selon les zones géographiques et les communautés (européens et mélanésiens : 8.4% ; polynésiens : 15.3%), lors de l'étude de 1993.

Aujourd'hui, près d'un tiers d'entre elles serait dans l'ignorance de leur état.

En comparaison, cette prévalence n'était que de 4% à la même époque en **Métropole**. Cette différence peut s'expliquer par **l'accélération de l'occidentalisation des modes de vie grandissante des populations calédoniennes** (malbouffe, sédentarité et stress) **et la présence d'une forte communauté polynésienne.**

D'une année sur l'autre, le nombre total de diabétiques pris en charge par la CAFAT augmente de près de 5%. Cette progression augure **d'une explosion du nombre de diabétiques sur les 20 années à venir.**

62% des diabétiques calédoniens pris en charge par la CAFAT sont atteints **d'au moins une complication**. **Les maladies cardiovasculaires sont responsables pour environ 40 % de l'ensemble des décès**. **La rétinopathie est la principale cause de cécité chez les adultes et la néphropathie la principale cause de dialyse.**

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

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

Les facteurs spécifiques prédisposant au diabète en Nouvelle-Calédonie

Une prédisposition génétique spécifique.

Les facteurs génétiques prédisposant au diabète de type 2 sont retrouvés chez les parents de patients diabétiques de type 2 et dans les populations polynésiennes.

L'obésité modérée multiplie par plus de 10 le risque de présenter un diabète de type 2.

Le surpoids et l'obésité touchent toutes les ethnies en Nouvelle-Calédonie (30 et 38% des adultes).

La surcharge pondérale survient de plus en plus précocement.

Elle touchait en 2012, déjà **42% des enfants de 12 ans.**

Et ce sont les **enfants des communautés polynésiennes** qui payent le plus lourd tribut.

Le fardeau humain et économique du diabète

Le diabète représente un **poids économique important** : c'est le 1er diagnostic de prise en charge à 100% par la CAFAT.

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).

Or, 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 importantes au cours des prochaines décennies.

IV - CETTE PREDISPOSITION GENETIQUE, PRESENTE DEPUIS DES SIECLES, EST-ELLE RESPONSABLE DE L'EXPLOSION DU NOMBRE DE DIABETIQUES EN NOUVELLE-CALÉDONIE ?

Le patrimoine génétique responsable du diabète permettait depuis des siècles aux populations qui en sont porteuses, de stocker les apports alimentaires sous forme de graisse abdominale péri viscérale, lors des périodes d'abondance. Ainsi, lors des périodes de disette, l'utilisation par l'organisme de ces réserves énergétiques que représentent ces matières grasses permettait la survie et évitait l'extinction de l'espèce. **On parle de « patrimoine génétique d'épargne », il avait son utilité autrefois, mais devient « toxique » en période de sur abondance.**

Autrefois, ces individus devenaient-ils diabétiques en période d'abondance ?

Probablement pas car le diabète pour s'installer nécessite, outre la prédisposition génétique, la présence prolongée de facteurs de risques : surcharge pondérale androïde avant tout et sédentarité. Les modes de vie ancestraux privilégiaient une activité physique régulière, nécessaire à la pêche, la chasse, l'agriculture et les déplacements et une alimentation contenant beaucoup moins de matières grasses qu'actuellement, à base de légumes, féculents et poissons. Ce mode de vie n'entraînait pas de surcharge pondérale car la dépense calorique était régulière et importante et les apports alimentaires modérés en terme de calories (les apports et les dépenses caloriques s'équilibraient).

C'est donc avant tout **l'accélération de l'occidentalisation du mode de vie**, associant **alimentation à forte charge énergétique** (hyper calorique) et de la **sédentarité** qui sont responsables de l'explosion diabétique en Nouvelle-Calédonie.

V - Y-A-T-IL DES LIENS ENTRE L'ALIMENTATION ET LE DIABETE ?

Tous, nous avons entendu dire que manger trop sucré rend diabétique. L'alimentation à base de boissons, de sauces et de desserts sucrés (sodas, ketchup, gâteaux...) se développe de façon explosive et parallèlement, le nombre de diabétiques s'accroît très rapidement au point de représenter un problème de santé publique majeur, alors qu'il était quasi inexistant en Nouvelle-Calédonie il y a un siècle. Ces augmentations parallèles sembleraient confirmer la culpabilité du sucre dans la genèse de la nouvelle épidémie du XXI^{ème} siècle que représente le diabète.

Au-delà, manger trop gras et trop abondamment provoque, par le biais de l'obésité abdominale, le diabète de type 2 chez les individus prédisposés génétiquement et sédentaires.

Au contraire, les individus ayant une obésité gynoïde et ne possédant pas de prédisposition génétique ne deviennent habituellement pas diabétiques de type 2.

L'alimentation recommandée actuellement se compose de 35% de lipides, 15% de protides et 50% de glucides. Malheureusement, ces conseils ne sont pas suivis et les quantités de lipides dépassent couramment les 40 - 43% (sous forme de fritures, sauces, charcuteries, matières grasses d'assaisonnement et de cuisson comme les huiles et le lait de coco, viande en trop grande quantité, voire plats cuisinés du commerce) **au détriment des glucides** (sous forme de féculents - pomme de terre, igname, riz, pâtes, semoule - fréquemment vécus, à tort, comme responsables de prise de poids).

Le non-respect de ces recommandations tient pour une part à **leur méconnaissance et aux idées fausses sur l'alimentation, mais d'autres facteurs essentiellement culturels** entrent en jeu.

L'alimentation joue un rôle très important dans l'éducation des enfants, et une part des rapports mère / enfant passe par la nourriture, source de plaisir donné à l'enfant par la maman. Les habitudes et les goûts alimentaires acquis dans l'enfance influenceront toute la vie nutritionnelle de l'individu.

La disparition des rythmes alimentaires réguliers, avec prise alimentaire à tout moment de la journée, favorise l'émergence de l'obésité. La prise alimentaire peut jouer un rôle anxiolytique ou de sédation face au stress (sa répétition régulière conduit à la surcharge pondérale et à l'obésité).

La prise en commun des repas représente une part importante de la vie sociale et manger différemment c'est se montrer différent des autres et s'exclure du groupe social, de la communauté (dont le rôle est particulièrement important dans la culture mélanésienne). On comprend donc les difficultés auxquelles on se heurte quand on souhaite modifier les habitudes alimentaires de l'individu ou du groupe.

VI - POURQUOI LA SURCHARGE PONDERALE REND-T-ELLE DIABETIQUE LES PERSONNES ?

Une augmentation de la **graisse péri viscérale abdominale** est responsable d'une **diminution de la sensibilité des tissus cible à l'action de l'insuline**, ce phénomène porte le nom d'insulinorésistance. Ainsi, puisque l'insuline agit moins bien, dans un premier temps le pancréas augmente la quantité d'insuline qu'il sécrète pour maintenir une glycémie normale (entre 0.80 et 1.10 g/l à jeun) : c'est le stade d'hyperinsulinisme. Dans un deuxième temps, le pancréas se sclérose progressivement et ne parvient plus à fournir la quantité d'insuline nécessaire au maintien de la glycémie, celle-ci s'élève, le pré diabète (entre 1.10 et 1.26 g/l à jeun), puis le diabète (au-delà de 1.26 g/l à jeun) apparaissent.

La **sédentarité** accélère l'évolution car l'activité physique améliore l'efficacité de l'insuline. En son absence, le travail de synthèse et de sécrétion d'insuline demandé au pancréas est plus grand, son vieillissement plus rapide et la carence en insuline plus précoce, responsable de l'apparition du diabète. De plus, il a été montré que certaines graisses sanguines avaient un rôle destructeur sur le pancréas.

VII - COMMENT VIT-ON AVEC LE DIABETE ? COMMENT EVITER LES COMPLICATIONS ?

Le diabète n'empêche pas de mener une vie saine et bien remplie.

Des études ont montré que, par des mesures voulues, on pouvait prévenir ou différer de nombreuses complications du diabète. Il s'agit principalement de mettre en œuvre une prise en charge efficace qui inclut des mesures liées au mode de vie : avec la **gestion du stress** pour une **bonne alimentation** et de l'**exercice physique régulier** permettant d'obtenir un **poids approprié**, et l'**absence de tabagisme**.

La prise de **médicaments** pour réguler la glycémie, la pression artérielle et le taux de lipides sanguins, ainsi qu'une **surveillance des pieds et des yeux**, jouent également un rôle important dans la prévention des complications du diabète.

C'est aussi tout le sens d'un **dépistage le plus précoce possible** et de l'offre d'une **éducation thérapeutique** à tous les diabétiques.

En effet, il est important d'aider les personnes atteintes de diabète à acquérir **les connaissances et les compétences** requises pour mieux prendre en charge et accepter leur maladie.

C'est la vocation du Centre d'Education. D'autres structures y participent : l'Unité Médicale Ambulatoire du CHT, l'Unité métabolique du CSSR, l'Unité Médicale des Cliniques et la plupart des dispensaires de l'intérieur et des îles.

VIII - LA PREVENTION DE L'ÉPIDÉMIE DE DIABÈTE EST-ELLE POSSIBLE ?

Oui !

Il a été démontré que la pratique régulière d'une activité physique (marche, 30 à 45 mn par jour, par exemple) associée à une alimentation peu grasse permettaient le maintien d'un poids normal, et ainsi de diminuer significativement le risque de diabète chez les sujets à fort risque de devenir diabétique.

Des médicaments ont été expérimentés avec une certaine efficacité, mais ils ne sont pas sans inconvénients, ne serait-ce qu'économiques.

Il est donc nécessaire de mettre en œuvre une éducation alimentaire précoce qui favorise l'équilibre alimentaire, de développer l'activité physique (marche, vélo, culture vivrière familiale, cette dernière activité permettant d'accéder aisément à des produits bénéfiques mais assez coûteux dans le commerce et favorisant la dépense physique) au détriment du « tout voiture », **de lutter contre le stress, de réduire les publicités incitant à une alimentation déséquilibrée et d'encadrer la publicité destinée aux enfants.**

Car les enfants obèses d'aujourd'hui seront potentiellement les diabétiques de demain.

Les cas de diabète qui apparaîtront dans 20 ans sont donc déjà « fabriqués ». Les actions de prévention mises en œuvre aujourd'hui visent principalement à limiter la prise de poids de la population calédonienne et ne montreront leurs résultats que dans ... 40 ans !

IX - QUELLES SONT LES ACTIONS MENEES AUJOURD'HUI PAR LE GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE, LES PROVINCES ET LES ASSOCIATIONS, POUR PREVENIR LE DIABÈTE ET OPTIMISER L'ACCOMPAGNEMENT DES DIABÉTIQUES ?

L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) est un établissement public territorial. Sa présidence est assurée par madame Valentine EURISOUKE, membre du gouvernement, et les 3 provinces y ont un représentant (Cf. présentation institutionnelle de l'ASS-NC).

L'ASS-NC, coordonne et met en œuvre le Programme Diabète avec l'ensemble de ses partenaires (voir ci-après). Le Programme de Prévention des Pathologies de Surcharge conçu et coordonné par un comité de pilotage mis en place par l'ASS-NC et démarré en 2007, prend en charge la prévention primaire du diabète et des autres pathologies liées à la surcharge pondérale.

Les 4 principaux objectifs du Programme Diabète :

1
Assurer un diagnostic et une prise en charge précoces afin de diminuer les complications invalidantes.

2
Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins.

3
Apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant les moyens nécessaires à une prise en charge de proximité du diabétique (éducation, diététique, podologie, ...).

4
Responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.

La prévention s'articule autour de 3 axes majeurs :

La prévention primaire, c'est-à-dire la prévention des facteurs de risque maîtrisables, à savoir, le surpoids et l'obésité (programme de prévention des pathologies de surcharge).

La prévention secondaire, qui consiste à « repérer » les personnes à risque et à leur proposer un dépistage le plus précoce possible. En effet, bien souvent, le diabète est découvert lors de l'apparition d'une complication. Les actions menées dans ce domaine le sont en étroite collaboration avec les professionnels de santé, acteurs prescripteurs majeurs auprès de leurs patients. Des actions de dépistage organisées sont mises en œuvre depuis 2007.

La prévention tertiaire dont l'objectif principal réside dans la réduction des complications entraînées par le diabète, afin d'augmenter la qualité de vie des personnes diabétiques et de maîtriser les coûts de dépenses de santé. Même si le patient est généralement pris en charge par son médecin référent, la nécessité d'aider le diabétique à changer de mode de vie implique un accompagnement chronophage difficile à mettre en œuvre pour un professionnel de santé, surtout dans le secteur libéral. C'est tout le sens de la création du Centre d'Education Diabétique et Diététique dont la principale mission consiste à faire reculer les complications du diabète grâce à la mise en œuvre d'un accompagnement spécifique et multidisciplinaire du diabétique. C'est ce que l'on appelle « l'éducation thérapeutique ».

La coordination du Programme Diabète a donné lieu à la constitution **d'un groupe de pilotage** qui travaille à l'avancement du Programme.

Sa composition :

- Le responsable du Programme diabète de l'ASS-NC - Dr Dominique MEGRAOUA - tél 86 95 40
- Le directeur de l'ASSNC - Dr Bernard ROUCHON - tél 25 07 60
- Les médecins des services de prévention des 3 Provinces :
 - DPASS Sud : Dr Pascale DOMINGUE MENA - tél 24 25 85
 - DPASS-PS Nord : Mme Nathalie SAGOT - tél 47 72 30
 - DACAS Iles Loyauté : Dr Isabelle de FREMICOURT - tél 45 52 48
- Un représentant des deux Syndicats de médecins libéraux de Nouvelle-Calédonie - Dr Viviane DAMIENS tél 82 18 44 et Dr Dominique CHAZAL tél 35 12 99
- Un médecin diabétologue du CHT - Dr Isabelle DESCAMPS - tél 25 72 47
- Un médecin diabétologue-endocrinologue du secteur libéral - Dr Carine HENIN - tél 24 94 30
- Le médecin Chef du contrôle médical de la CAFAT - Dr Anne-Marie MESTRE - tél 25 58 05
- Des médecins ophtalmologues - Dr Daniel WEIMANN en secteur libéral - tél 77 74 84 et Dr Erika MANCEL au CHT - tél 25 67 49
- Un médecin du SMIT - Dr Catherine TRANKIEM - tél 35 23 32
- Un médecin du CHN de Poindimié - Dr François BAUR - tél 42 71 44
- Un médecin du CHN de Koné - Dr Oliver KESTEMAN - tél 42 65 00
- La Présidente du Syndicat des pharmaciens - M Antoine RAMBAUD - tél 43 46 86 / 86 98 01
- Le Président du Syndicat des biologistes - M Christophe FOUQUET - tél 27 99 34 / 79 77 14
- Le Président du Syndicat des infirmiers libéraux - M Hervé RAOULL - tél 78 02 87
- Le Président du Syndicat des podologues - Mme Pascale GALVIER - tél 77 82 24
- La Présidente de l'Association des diététiciens - Mme Alexandra SOUPRAYEN - tél 79 43 69
- Un orthoptiste - M. Jean-Marc DESVALS - tél 79 74 55
- Le Président de l'Association des Diabétiques de Nouvelle-Calédonie (ADNC) - M Jean-Philippe LEROUX - tél 76 00 88
- La Présidente de l'Association d'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJDNC) - Mme Vanessa NICOL - tél 74 70 00
- La Coordinatrice du réseau sur l'insuffisance rénale (RESIR) - Mme Cécile CAILLABA - tél 80 00 89
- La Chef du Programme de prévention des pathologies de surcharge de l'ASS-NC - Mme Isabelle CAPART - tél 25 07 72

Les Provinces quant à elles, compétentes en matière de santé, mènent des actions spécifiques en collaboration avec les professionnels de santé de leurs dispensaires.

A la demande de leurs services de prévention, l'équipe du Centre d'éducation assure la formation des professionnels de santé des dispensaires des Provinces à l'accompagnement thérapeutique des diabétiques. Ces formations donnent lieu à la création de « cellules d'éducation diabétiques » dans chaque dispensaire pour éviter que les diabétiques aient à se déplacer à Nouméa.

Association de patients : il existe deux associations de soutien aux diabétiques en Nouvelle-Calédonie : l'**Association des Diabétiques de Nouvelle-Calédonie** et l'**Association d'Aide aux Jeunes Diabétiques de Nouvelle-Calédonie**. Le Centre d'éducation de l'ASS entretient des liens privilégiés avec elles, et à leur demande, leur apporte un soutien technique.

LE DIABÈTE ET MOI

JE TESTE MON RISQUE

➤ Mon âge ?

- Moins de 40 ans (0 point)
- Entre 40 et 65 ans (1 point)
- Plus de 65 ans (2 points)

➤ Est-ce que je connais des diabétiques dans ma famille ?

- Non, aucun (0 point)
- Oui : grands-parents, tante, oncle ou cousin (2 points)
- Oui : père, mère, frère, soeur ou mon propre enfant (4 points)

➤ Je découvre mon Indice de Masse Corporelle (IMC).

Je trouve mon poids puis ma taille dans le tableau ci-dessous. À l'intersection de leurs lignes respectives se trouve mon IMC.

	1,95	13	14	16	17	18	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33
	1,90	14	15	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35
	1,85	15	16	18	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37
	1,80	15	17	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39
	1,75	16	18	20	21	23	24	26	28	29	31	33	34	36	38	39	41
	1,70	17	19	21	22	24	26	28	29	31	33	35	36	38	40	42	43
	1,65	18	20	22	24	26	28	29	31	33	35	37	39	40	42	44	46
	1,60	20	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49
	1,55	21	23	25	27	29	31	33	35	37	40	42	44	46	48	50	52
	1,50	22	24	27	29	31	33	36	38	40	42	44	47	49	51	53	56
		50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125

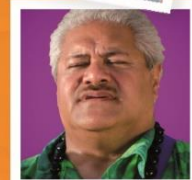
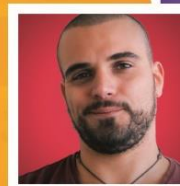
POIDS EN KILO

➤ Lors de tests sanguins récents, m'a-t-on fait remarquer que mon taux de sucre était élevé ?

- Jamais ou pas de test récent (0 point)
- Une fois (2 points)
- Plus d'une fois (par exemple dans le cadre d'un diabète gestationnel) (4 points)

➤ Est-ce que je pratique une activité physique ?

- Régulièrement : au minimum l'équivalent de 30 min de marche par jour (0 point)
- De temps en temps : au maximum l'équivalent de 30 min de marche par jour (1 point)
- Jamais (2 points)



- Moins de 25 (0 point)
- Entre 25 et 30 (2 points)
- Plus de 30 (4 points)

RÉSULTATS

J'AI JUSQU'À 7 POINTS.

Mon risque de développer un diabète de type 2 est faible aujourd'hui.

Pour préserver cet acquis, il me faut maintenir de bonnes habitudes de vie. Après 50 ans, je fais surveiller régulièrement ma glycémie par mon médecin traitant.

J'AI ENTRE 8 ET 10 POINTS.

Un risque de diabète existe.

Lors d'une prochaine consultation, j'en parle avec mon médecin traitant.

J'AI 11 POINTS OU PLUS.

Le risque d'avoir un diabète de type 2 est élevé.

Je dois me faire dépister rapidement. Je me rapproche de mon médecin.



Pour tous renseignements :
Tél : 26.90.61
 cedd@ass.nc
 16 rue Gallieni, Nouméa

Programme
Diabète

