



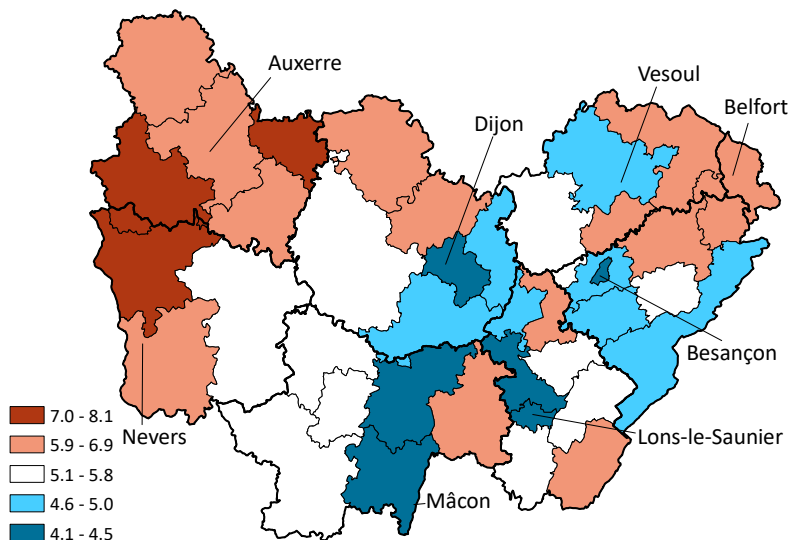
Diabète

Éléments saillants en Bourgogne-Franche-Comté

Faits marquants

- ▶ 129 000 personnes en Affection de Longue Durée (ALD) pour diabète en 2014, dans la région.
- ▶ 10 140 séjours hospitaliers par an pour diabète (35 % concernent les 60-74 ans).
- ▶ 1 923 décès liés au diabète sur la période 2009-2013, soit un taux de 5,5 pour 10 000 personnes contre 4,9 pour 10 000 en France métropolitaine.
- ▶ Moins d'un endocrinologue pour 10 000 habitants en Bourgogne-Franche-Comté.

Taux standardisés de mortalité liée au diabète
(causes initiales et associées) en Bourgogne-Franche-Comté



Taux standardisé de mortalité pour 10 000 personnes, 2009-2013 :
- Bourgogne-Franche-Comté : 5,5
- France métropolitaine : 4,9

Contexte national

Deux types de diabète sont généralement distingués : Le diabète de type 1 (maladie auto-immune) survenant essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes et le diabète de type 2 qualifié d'insulino-résistant, survient lorsque l'insuline est sécrétée en quantité insuffisante par le pancréas.

Le diabète peut entraîner des complications à long terme, si le traitement ou les mesures hygiéno-diététiques ne sont pas suivis. Les principales complications peuvent toucher : le cœur (infarctus), le cerveau (accident vasculaire cérébrale), les reins (insuffisance rénale), les yeux (rétinopathie diabétique) et les pieds (ulcères, amputation).

En France en 2013, 3 millions de personnes diabétiques prenaient un traitement médicamenteux lié au diabète (tous types confondus). Cette pathologie représentait 20 % des motifs d'Affections de Longue Durée (ALD). En 2009, parmi les certificats de décès de personnes résidant en France, 34 599 mentionnent un diabète parmi les causes multiples de décès (6,3 %) et 11 675 identifient le diabète comme la cause initiale du décès (2,1 %). Le diabète de type 1 représente 5 à 10 % des cas de diabète observés, son incidence a progressé de 3,7 % par an au cours des 20 dernières années. Environ 20 % des personnes diabétiques âgées de 18 à 74 ans ne sont pas diagnostiquées. Un chiffre qui diminue fortement avec l'âge passant de 30 % chez les 30-54 ans à 13 % chez les 55-74 ans.

La réduction du risque de complication du diabète passe par la prise en charge des facteurs de risques associés ainsi qu'une bonne surveillance glycémique. Un dépistage opportuniste cible est recommandé tous les trois ans chez les personnes âgées de plus de 45 ans, ayant au moins un autre marqueur de risque du diabète de type 2.

En 2014, près de 129 000 personnes en ALD pour diabète

En 2014 la Bourgogne-Franche-Comté compte, toutes classes d'âges confondues, près de 129 000 personnes en ALD pour diabète, soit un taux standardisé de 390 pour 10 000 personnes.

L'ALD diabète représente 20 % des ALD, toutes pathologies confondues.

Les taux d'ALD pour ce motif sont plus importants chez les hommes (458 pour 10 000) que chez les femmes (333 pour 10 000).

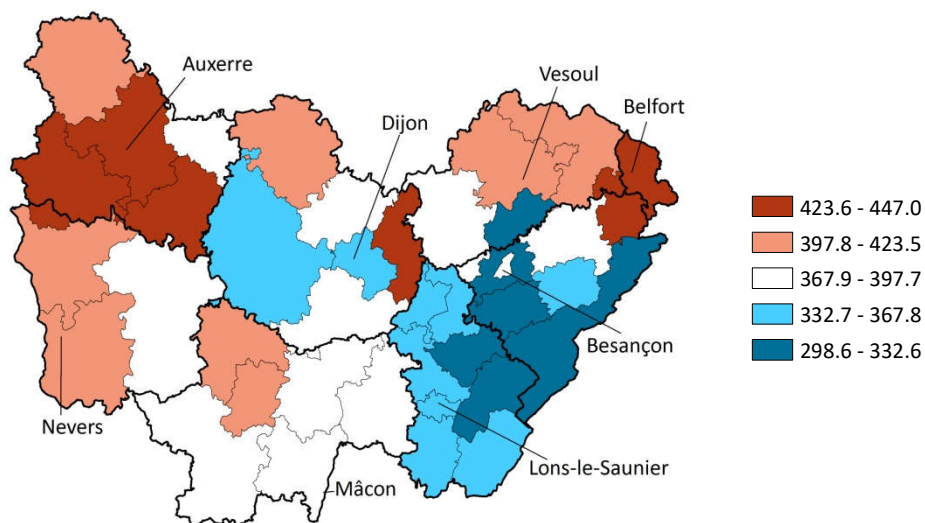
Les départements présentant les taux les plus importants d'ALD pour diabète sont l'Yonne (426 pour 10 000), le Territoire-de-Belfort (412 pour 10 000), la Nièvre (409 pour 10 000) et la Haute-Saône (403 pour 10 000).

43 % des personnes en ALD pour diabète ont entre 60 et 74 ans

La part des personnes en ALD liée au diabète est minime chez les personnes âgées de 0 à 39 ans (entre 1 et 2 %). Elle atteint plus de 20 % des 40-59 ans et atteint son maximum chez les personnes de 60-74 ans (43 %). Elle baisse à partir de 75 ans pour atteindre 9 % chez les 85 ans et plus.

La maladie se manifeste généralement après 40 ans. Elle est diagnostiquée à un âge moyen proche de 65 ans (InVS).

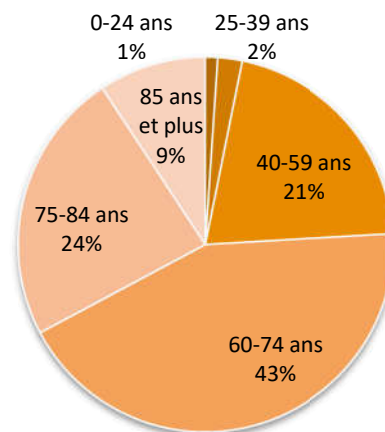
Taux d'ALD pour diabète en Bourgogne-Franche-Comté



Taux standardisé de prévalence d'ALD pour diabète pour 10 000 personnes, 2014 :
 - Bourgogne-Franche-Comté : 390,3
 - France métropolitaine : 374,4

Sources : Insee (RP 13), Cnamts, MSA, RSI 2014, exploitation ORS

Part des ALD pour diabète par classes d'âges en Bourgogne-Franche-Comté



Sources : Cnamts, MSA, RSI 2014, exploitation ORS

Les hommes davantage concernés par les hospitalisations pour diabète

Sur la période 2013-2015, la Bourgogne-Franche-Comté enregistre plus de 10 140 séjours hospitaliers par an pour diabète, tous âges confondus.

Le taux standardisé d'hospitalisations pour diabète est de 33 pour 10 000 en Bourgogne-Franche-Comté ; il est significativement plus élevé qu'en France métropolitaine (30 pour 10 000). Plus on avance en âge et plus la part des séjours hospitaliers pour diabète augmente. Elle atteint un seuil à 74 ans, puis diminue pour atteindre 5 % des personnes de 85 ans et plus.

Les hommes sont davantage concernés par ces hospitalisations (36 pour 10 000) que les femmes (30 pour 10 000).

Les maladies cardiovasculaires premières causes d'hospitalisation des personnes diabétiques

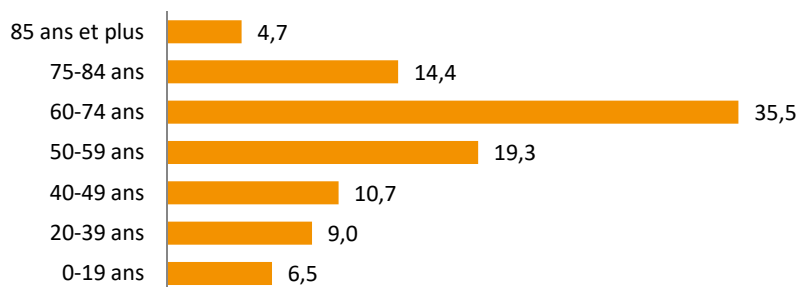
En 2013 en France, plus de 11 700 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde.

En Bourgogne-Franche-Comté les MCV représentent plus de 22 % (soit plus de 13 000 hospitalisations) des hospitalisations de personnes atteintes de diabète, tous âges confondus, devant les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les cancers (8 %).

140 000 personnes prises en charge pour diabète en 2014

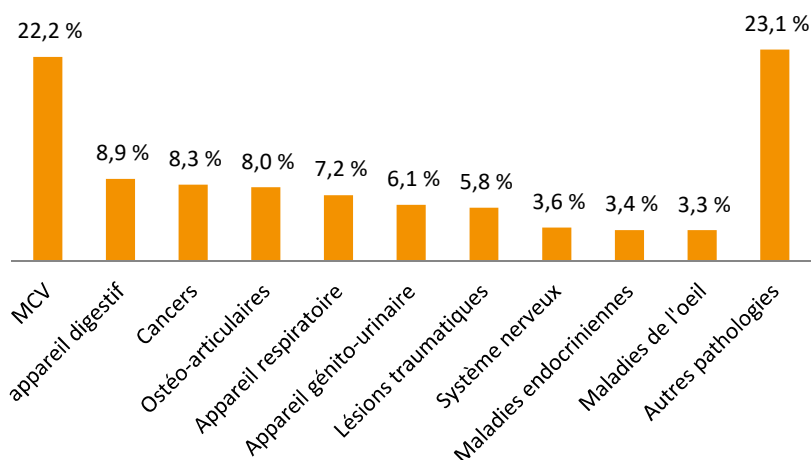
5 % des Bourguignons Francs-Comtois (4,7 % en France) sont concernés par une ou plusieurs prises en charge pour diabète : personnes ayant reçu au moins trois délivrances d'antidiabétiques dans l'année, personnes en ALD diabète au cours de l'année, personnes hospitalisées durant au moins une des deux dernières années pour diabète ou pour complication du diabète.

Part des hospitalisations pour diabète par classes d'âges en Bourgogne-Franche-Comté



Source : ATIH PMSI MCO 2013-2015, exploitation ORS

Causes d'hospitalisations* pour les personnes diabétiques en Bourgogne-Franche-Comté



*Grands groupes de diagnostic principal/diagnostic relié parmi les séjours hospitaliers pour diabète en diagnostic associé

Source : ATIH PMSI MCO 2013-2015, exploitation ORS

Personnes prises en charge pour diabète, par sexe et tranches d'âge, en 2014

	Hommes	Femmes	Total	Taux bruts pour 1 000 hab
Côte-d'Or	12 410	11 190	23 600	44,5
Nièvre	6 770	6 630	13 400	62,3
Saône-et-Loire	15 360	13 750	29 110	52,3
Yonne	10 190	9 300	19 490	57,1
Doubs	12 210	11 380	23 590	44,2
Jura	6 010	5 670	11 680	44,8
Haute-Saône	6 380	5 870	12 250	51,3
Territoire de Belfort	3 650	3 340	6 990	48,4
BFC	73 000	67 100	140 100	49,7
France entière	1 593 700	1 427 100	3 020 800	47,4

Source : SNIIRAM, cartographie des patients et des dépenses, exploitation ORS

Personnes ayant reçu au moins une prise en charge et/ou :

- Au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux ou insuline dans l'année n,
- Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM 10 diabète,
- Personnes hospitalisées durant au moins une des deux dernières années pour cause de diabète,
- Personnes hospitalisées durant au moins une des deux dernières années pour complication du diabète.

7 % de l'ensemble des décès liés au diabète

Sur la période 2009-2013, la région enregistre 1 923 décès annuels dus à un diabète, toutes classes d'âges confondues. Le taux de mortalité standardisé est de 5,5 pour 10 000 personnes, significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (4,9 pour 10 000).

Des disparités territoriales importantes en termes de mortalité

Au sein de la région, les départements de la Nièvre (6,6 pour 10 000), du Territoire-de-Belfort (6,6 pour 10 000) et de l'Yonne (6,4 pour 10 000) enregistrent les taux de décès dus au diabète les plus importants. Les taux standardisés de mortalité pour diabète sont plus élevés chez les hommes (7,3 pour 10 000) que chez les femmes (4,1 pour 10 000). En termes d'âges, les décès interviennent davantage pour les classes d'âges les plus élevées, en particulier chez les personnes de 75-84 ans.

Les maladies cardiovasculaires première causes de mortalité des personnes diabétiques

Il existe un risque accru de mortalité chez les personnes diabétiques, quelle que soit la cause, par rapport aux non diabétiques. Les maladies cardiovasculaires représentent, en Bourgogne-Franche-Comté, 41 % des décès pour diabète en cause associée, suivis des cancers (20 %).

Cause initiale d'un décès : cause immédiate d'un décès reportée dans le certificat de décès.

Cause associée d'un décès : éventuels états associés (pathologiques ou physiologiques) au décès reportés dans le certificat de décès.

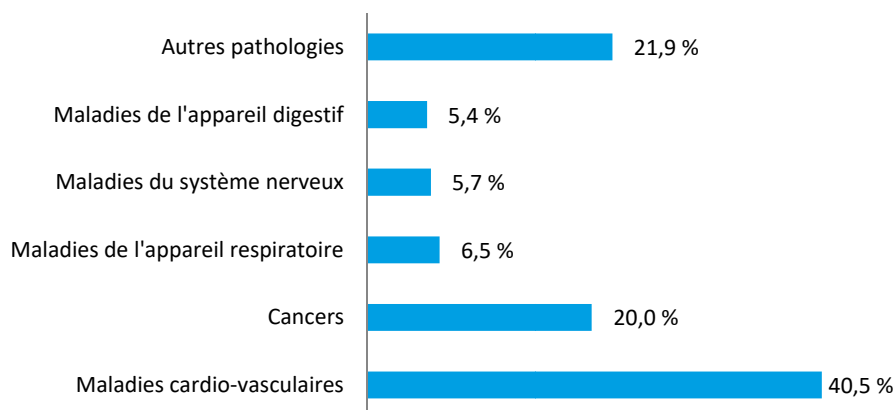
Source : Inserm – CépiDc (Michel E., Jouglà E., Hatton F., Chérié-Challine L.)

Effectifs moyens annuels et TSM de la mortalité liée au diabète (cause initiale et associée) par départements et en BFC

	Total	TSM / 10 000
Côte-d'Or	289	4,7
Nièvre	227	6,6
Saône-et-Loire	413	5,2
Yonne	295	6,4
Bourgogne	1 224	5,5
Doubs	270	5,0
Jura	174	5,1
Haute-Saône	156	5,5
Territoire de Belfort	99	6,6
Franche-Comté	699	5,3
BFC	1 923	5,5
<i>France métr.</i>	<i>33 820</i>	<i>4,9</i>

Sources : Insee (RP 13), Inserm CépiDC 2009-2013, exploitation ORS

Principales causes associées de mortalité chez les personnes atteintes de diabète en BFC



Source : Inserm CépiDC 2009-2013, exploitation ORS

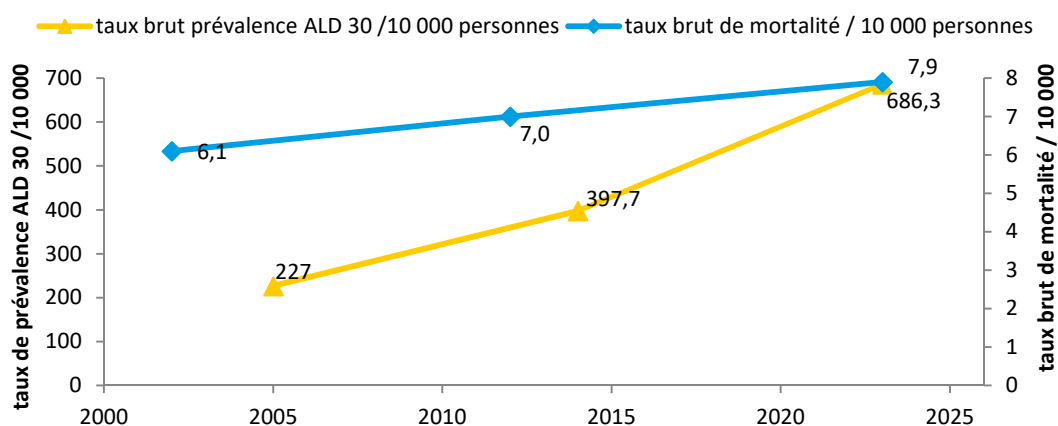
Éléments saillants Morbidité/Mortalité

Effectifs et parts des décès par maladies cardiovasculaires et cancers chez les personnes atteintes de diabète

	Hommes	Femmes	Ensemble	Part des décès
Détails mortalité par MCV chez les personnes diabétiques				
Insuffisance cardiaque, troubles du rythme et autres cardiopathies	34	37	71	5,6 %
Maladies hypertensives	18	37	55	4,3 %
Cardiopathies ischémiques	98	83	181	14,1 %
Maladies vasculaires-cérébrales	51	52	103	8,1 %
Autres MCV	55	52	107	8,4 %
Détail mortalité par cancers chez les personnes diabétiques				
Cancer du poumon	27	7	34	2,7 %
Cancer du colon-rectum	20	10	30	2,4 %
Cancer du foie	23	6	28	2,2 %
Cancer du pancréas	13	12	25	2,0 %
Cancer de la prostate	16	-	16	1,3 %
Cancer du sein	-	15	15	1,1 %
Cancer du rein	5	4	9	0,7 %
Autres cancers	55	44	99	7,7 %

Source : Insem CépiDC 2009-2013, exploitation ORS

Évolution constatée et projections des bénéficiaires d'ALD et de la mortalité liées au diabète



Sources : Insee, Cnamts, Insem-CépiDC, exploitation ORS

Effectifs et parts par causes d'hospitalisations des personnes atteintes de diabète

	Hommes	Femmes	Ensemble	Part des hospitalisations
Détails hospitalisations MCV				
Insuffisance cardiaque, troubles du rythme et autres cardiopathies	2 670	2 071	4 741	8,0
Cardiopathies ischémiques (hors infarctus du myocarde)	1 855	663	2 518	4,3
Accidents vasculaires cérébraux	628	510	1 138	1,9
Infarctus du myocarde	695	391	1 086	1,8
Artériosclérose et anévrisme	658	195	852	1,4
Maladies hypertensives	166	211	377	0,6
Maladies vasculaires-cérébrales (hors AVC)	151	77	228	0,4
Autres MCV	1 290	889	2 180	3,7
Détails hospitalisations autres causes				
Plaies du pied	705	343	1 047	1,8
Insuffisance rénale	629	398	1 027	1,7

*Grands groupes de diagnostic principal/diagnostic relié parmi les séjours hospitaliers pour diabète en diagnostic associé

Source : ATIH PMSI MCO 2013-2015, exploitation ORS

Le diabète de type 2 : des facteurs de risques multiples

Deux diabètes existent : le diabète de type 1 (DT1) et le diabète de type 2 (DT2). Les causes de survenue du diabète de type 1 sont encore mal connues et s'orientent vers des pistes génétiques et/ou environnementales.

Nous nous concentrerons donc sur le diabète de type 2. Si la maladie apparaît de façon silencieuse et ne provoque pas de symptômes en premier lieu, les facteurs de risques sont bien identifiés.

Prédispositions génétiques et héréditaires

Haute Autorité de Santé 2014

Des facteurs génétiques interviennent et majorent le risque de développer la maladie.

Pour l'immense majorité des personnes, on retrouve des antécédents familiaux de diabète de type 2 chez des parents du premier degré, ascendants ou collatéraux. Tout sujet, dont un des parents du premier degré présente un diabète, devrait faire l'objet d'une attention particulière et d'une surveillance glycémique régulière.

Il est également admis qu'environ un tiers des femmes, qui ont développé un diabète gestationnel, évolueront à terme vers un diabète de type 2, en particulier si elles conservent une surcharge pondérale.

L'appartenance à certaines origines culturelles peut également influencer sur l'apparition du DT2, en particulier dans les populations maghrébines ou noires africaines.

Mode de vie et alimentation

Étude Entred 2007-2010, Haute Autorité de Santé 2014

Les diabétiques de type 2 combinent souvent plusieurs problèmes de santé dont une obésité abdominale, une hypertension artérielle, une dyslipidémie... L'ensemble de ces anomalies est regroupé sous le nom de syndrome métabolique. Il représente un risque majeur, en termes de morbidité et de mortalité cardiovasculaire. L'insuffisance coronarienne et les accidents cérébraux-vasculaires sont, en effet, la première cause de mortalité chez les patients atteints de diabète de type 2.

L'alimentation et le mode de vie sont des facteurs fondamentaux dans la survenue du DT2. En France, celui-ci apparaît plutôt chez l'adulte (en particulier chez les hommes) de plus de 40 ans, présentant, dans 80 % des cas, une surcharge pondérale ou une obésité.

Un régime alimentaire riche en graisse, en sel et en sucre, un manque d'activité physique ainsi que le stress sont également des facteurs de risques d'apparition d'un DT2.

Les conduites addictives telles que le tabagisme et la consommation régulière d'alcool sont, elles aussi, liées à la survenue du diabète de type 2. Une association significative entre le tabagisme et le risque de développer un diabète de type 2 a été mise en évidence par une méta analyse publiée en 2007 (*Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2007;298(22):2654-64*) sans pouvoir cependant établir de lien de causalité.

Ressources socio-économiques

InVS 2015, Haute Autorité de Santé 2014, Entred 2007, Insee 2006, Samu social 2006

Les résultats de l'étude Entred 2007 ont montré que la population diabétique de type 2 était en moyenne peu aisée financièrement.

Pour cette population, les revenus mensuels du foyer (incluant salaires, allocations, aides...) étaient inférieurs à 1 200 euros pour un tiers des personnes (34 %), et inférieurs à ceux de la population générale, quel que soit l'âge, avant 75 ans (source de comparaison : Enquête revenus fiscaux et sociaux 2006 de l'Insee).

Les personnes de plus faible niveau socio-économique avaient plus fréquemment découvert leur diabète à cause de ses complications et non du fait d'un dépistage. Elles étaient plus fréquemment obèses, fumaient davantage et avaient un moins bon contrôle glycémique. Elles avaient également une plus forte prévalence des complications podologiques et coronaires, à niveau de risque vasculaire équivalent.

La prévalence de certaines pathologies chroniques est élevée chez les personnes en grande précarité. Une étude de l'Observatoire du Samu social (2006) a permis d'estimer la prévalence du diabète chez les personnes hébergées en centres d'urgence et de décrire les caractéristiques des personnes déjà diagnostiquées. Un dépistage du diabète a été systématiquement proposé dans 9 centres d'hébergement d'urgence parisiens, d'octobre à décembre 2006. Un quart des personnes diabétiques avaient au moins une complication macrovasculaire ; 32 % avaient une rétinopathie et 21 % avaient reçu un traitement par laser ophtalmologique ; 17 % avaient subi une amputation ; 6 % avaient une artérite des membres inférieurs et 35 % un risque podologique élevé. Cette étude a souligné la gravité du diabète chez les personnes très précaires et plaidé pour une adaptation de leur prise en charge en particulier podologique.

Age et vieillissement de la population

InVS 2015

L'incidence de la maladie augmente avec l'âge du fait de l'usure des cellules, des organes et de l'accumulation des comportements à risques évoquer plus avant (sédentarité, manque d'activités physiques, alimentation trop riche, conduites addictives...).

L'importance de la population âgée et sa progression prévisible dans les années qui viennent renforce la nécessité de la prévention et de l'amélioration de la prise en charge de cette maladie.

Environnement

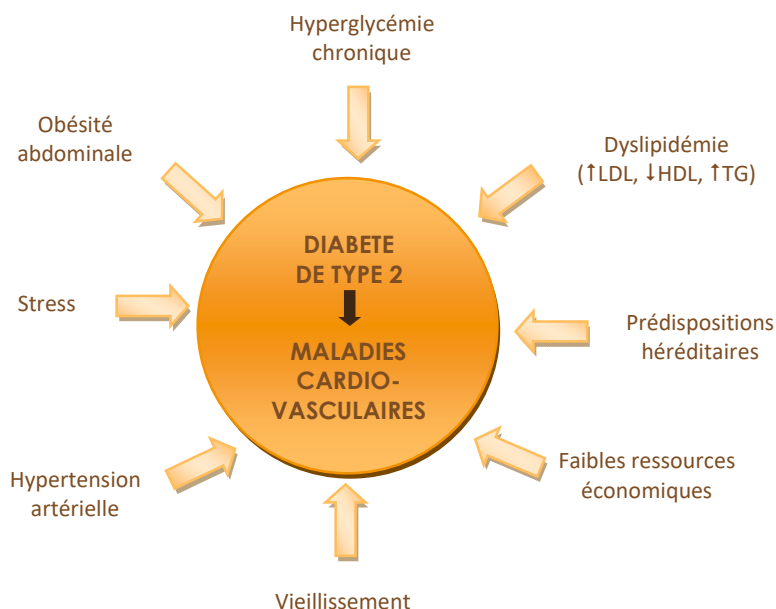
Inserm 2015

Il existe probablement d'autres facteurs environnementaux qui, en interagissant avec les gènes, pourraient expliquer

l'augmentation du nombre de cas de diabète de type 2 dans le monde. Les chercheurs s'intéressent notamment aux modifications de la flore intestinale ainsi qu'aux conditions du développement fœtal.

Tableau synthétique

Principaux facteurs de risques de morbi-mortalité cardiovasculaire liée à un diabète de type 2



Source : Rev Med Liege 2005; 60 : 5-6 : 566-571, exploitation ORS

Fréquence des principaux facteurs de risque de diabète

	BFC	Tendances d'évolution récentes (5 ans)	France	Tendances d'évolution récentes (5 ans)
Facteurs non modifiables ^a				
% hommes de + 50 ans (RP 2013)	18,6 %	+ 6,0 %	16,9 %	+ 5,7 %
Facteurs liés aux modes de vie chez les 15-75 ans en 2010 ^b				
Usage quotidien de tabac	B : 30 % FC : 33 %	→ ↗	29,1 %	↗
Usage quotidien d'alcool	B : 9 % FC : 10 %	↘ →	11,0 %	↘
Usage d'alcool à risque chronique ou de dépendance	B : 10 % FC : 8 %	→ →	8,9 %	→
Facteurs cliniques en amont en 2012				
% adultes en situation de surpoids / obésité	B : 14,9 % FC : 15,4 %	B : + 27,4 % FC : + 0,7 %	15,0 %	+14,5 %
Facteurs cliniques en aval				
Prévalence* du traitement hypolipémiant ^d	11,7 %	nd	11,6 %	nd
Prévalence* du traitement anti-hypertenseur ^d	19,7 %	nd	19,0 %	nd

*Prévalence 2014 standardisée sur l'âge de la population européenne (Eurostat, population EU 27, 2010). Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : a) Insee, RP 2013 ; b) INPES, Baromètre santé 2010 ; c) Inserm – Institut Roche – Sofres, enquête ObEpi 2012 ; d) Cnamts (Sniiram 2014), Insee ; exploitation ORS

5 programmes et actions de prévention pour les personnes diabétiques

Dans la région, 4 actions de prévention contre le diabète ont été mises en place en 2015, avec l'appui de l'ARS. Ces actions sont toutes implantées en Bourgogne. Le programme Sophia de l'Assurance Maladie, propose un accompagnement, un soutien, des informations et des conseils personnalisés.

Une campagne de dépistage du diabète de type 2 (décembre 2016) financée par L'ARS dans les officines pharmaceutiques de la région, en partenariat avec l'URPS pharmaciens

212 officines se sont portées volontaires et 2 739 personnes ont participé à ce dépistage. 2 719 tests de glycémie ont été réalisés dont 376 ont présenté des valeurs anormales. Pour 234 de ces tests la glycémie était supérieure à 1,26 g/l. Face à une glycémie anormale le pharmacien invitait la personne à consulter son médecin.

Un dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique organisé par l'ARS en Bourgogne, avec l'URPS médecins libéraux et depuis 2004, et en Franche-Comté depuis 2010 avec l'association RétinoDiab

Deux camions ont été équipés et ont permis de contrôler la vue de 1 300 personnes en Franche-Comté en 2016 (250 rétinopathies ont été diagnostiquées) et 13 241 patients depuis 2004 en Bourgogne dont 1 752 étaient atteints.

2 % de personnes reçues dans les CES sont diabétiques

En 2016, la Bourgogne-Franche-Comté dispose de 5 CES. 23 885 personnes ont été reçues en 2016 dont 405 personnes diabétiques soit 1,7 % des personnes reçues. Des disparités départementales sont observées, la Saône-et-Loire et l'Yonne présentent les proportions de personnes reçues diabétiques les plus importantes.

44 programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient

La Bourgogne-Franche-Comté comptabilise 44 programmes d'ETP (28 en Bourgogne et 16 en Franche-Comté). 11 de ces programmes sont destinés aux patients atteints de diabète de type 2 (4 en Bourgogne, 7 en Franche-Comté), 2 (1 en Bourgogne, 1 en Franche-Comté) exclusivement aux diabétiques de type 1 et 3 (2 en Bourgogne, 1 en Franche-Comté) aux patientes atteintes de diabète gestationnel. Différentes thématiques y sont abordées, telles que la surveillance glycémique, les risques cardiovasculaires, l'activité physique, l'alimentation.

Programmes de prévention diabète en Bourgogne-Franche-Comté

Programmes et actions de prévention	Portée géographique	Type d'action
Campagne nationale de prévention des complications du diabète	Bourgogne	Communication, information, sensibilisation
Déploiement régional de l'action de dépistage du diabète de type 2 en officine	Saône-et-Loire	Consultation de dépistage
Surpoids, obésité, diabète	Nièvre	Éducation pour la santé
Nutrition handicap	Haute-Saône	Éducation pour la santé
Programme Sophia	Bourgogne-Franche-Comté	Communication, information, sensibilisation

Source : Oscars 2015

Effectifs et part des personnes diabétiques reçues dans les CES de Bourgogne-Franche-Comté

	Lieu	Effectifs de personnes reçues	Effectifs de personnes reçues diabétiques	Part de personnes reçues diabétiques
Côte-d'Or	Dijon	7 499	89	1,2
Saône-et-Loire	Chalon-Saône	1 781	41	2,3
Yonne	Auxerre/Nevers	8 700	168	1,9
Bourgogne		17 980	298	1,7
Haute-Saône	Frotey-les-Vesoul	3 001	55	1,8
Terr-de-Belfort	Belfort	2 903	52	1,8
Franche-Comté		5 904	107	1,8
BFC		23 884	405	1,7

Source : Rapports d'activité 2016 des CES de Bourgogne-Franche-Comté, exploitation ORS

Objectifs principaux des programmes d'ETP en Bourgogne-Franche-Comté

Objectifs de l'ETP

- Permettre au patient de comprendre sa maladie
- Donner les moyens au patient de se surveiller
- Informer le patient sur le traitement
- Autonomiser le patient par rapport à son traitement
- Adapter les doses d'insuline selon les situations
- Sensibiliser le patient sur la nécessité d'une hygiène alimentaire
- Favoriser l'observance du traitement
- Éduquer l'entourage du patient afin que le patient soit accompagné dans sa démarche de soins

Source : Oscars 2015

3 réseaux de santé diabète

Il existe 3 réseaux diabète financés par l'ARS en 2016 : Résédia, PRE-RE-DIAB et enfin RESIAD.

Ces trois réseaux sont implantés en Bourgogne, il n'existe pas, à l'heure actuelle de réseaux de santé diabète financés par l'ARS en Franche-Comté.

Moins de 25 endocrinologues pour 100 000 habitants

Les médecins généralistes, en tant que coordinateurs du parcours de soins, sont des acteurs essentiels de la prise en charge et de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques. En France, ils suivent (sans diabétologue) 87 % des patients, majoritairement diabétiques de type 2 (Fnors 2012).

La Bourgogne-Franche-Comté compte 3 894 médecins généralistes ce qui représente 140 médecins pour 100 000 habitants. Il existe de fortes disparités territoriales. Les départements les moins dotés en médecins généralistes sont la Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne.

La Bourgogne-Franche-Comté compte moins de 100 spécialistes pour 100 000 habitants, (endocrinologue, cardiologue, néphrologue, ophtalmologue) toutes spécialités confondues.

Des ressources paramédicales inégales sur le territoire pour répondre à la prise en charge du diabète

La Bourgogne-Franche-Comté dispose de plus de 4 000 infirmiers, plus de 2 100 psychologues, 422 diététiciens et 463 podologues. Les disparités territoriales sont importantes. La densité de paramédicaux est plus faible (hormis pour les psychologues) en Franche-Comté.

Réseaux de santé diabète et zone d'intervention

Nom du réseau de santé	Zone d'intervention
PRE-RE-DIAB	Saône-et-Loire
RESEDIA	Nièvre
RESIAD	Yonne

Source : ARS (2016), exploitation ORS

Densité des médecins généralistes et spécialistes (salariés et libéraux) liés à la prise en charge du diabète

	Effectif	Densité				
	Médecins généralistes	Médecins généralistes	Endocrino-logues	Cardiologues	Néphrologues	Ophthalmologistes
Côte d'Or	813	150	20	113	32	76
Nièvre	245	110	19	70	19	70
Saône-et-Loire	691	120	20	65	20	56
Yonne	408	120		85	15	47
Bourgogne	2157	130	21	85	23	62
Doubs	862	160	32	86	32	56
Jura	368	140	23	61	23	73
Haute-Saône	326	140	21	42	13	29
Territoire de Belfort	181	130	42	76	-	69
Franche-Comté	1 737	150	29	71	22	56
BFC	3 894	140	24	79	22	60

*Densité pour 100 000 habitants

Sources : Insee (RP 13), RPPS, Drees 2016, exploitation ORS

Densité des principaux professionnels paramédicaux (libéraux et salariés) impliqués dans la prise en charge du diabète

	Psychologues	Diététiciens	Podologues	Infirmiers
Côte-d'Or	90,2	15,1	17,2	146,1
Nièvre	90,6	17,7	18,1	126,8
Saône-et-Loire	55,4	16,0	14,9	179,4
Yonne	69,4	15,2	20,8	136,2
Bourgogne	74,1	15,8	17,3	152,8
Doubs	94,5	17,1	16,7	126,8
Jura	64,1	13,8	13,1	118,2
Haute-Saône	82,0	8,4	15,9	140,6
Territoire de Belfort	75,5	11,1	12,5	128,9
Franche-Comté	82,9	13,8	15,2	127,9
BFC	77,8	15,0	16,4	142,4

* Densité pour 100 000 habitants

Sources : Insee (RP 13), Adeli, Drees 2016, exploitation ORS

L'approche pluri disciplinaire favorisée dans les MSP

La Bourgogne-Franche-Comté dispose de 99 Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) dont 69 en Bourgogne et 30 en Franche-Comté.

Les départements les moins dotés en MSP sont le Territoire-de-Belfort, la Haute-Saône et l'Yonne.

Les MSP de la région disposent de 55 podologues, 37 diététiciens, 307 infirmiers, 66 psychologues de 3 cardiologues et de 106 médecins généralistes.

16 SSR pour 10 000 habitants en Bourgogne-Franche-Comté

La Bourgogne-Franche-Comté dispose de 4 491 lits en hospitalisations complètes en SSR, soit un taux d'équipement de 16 pour 10 000 habitants, de 480 places en hospitalisations partielles en SSR soit une capacité d'accueil de 17 pour 10 000 habitants.

Des disparités territoriales existent : le Territoire-de-Belfort (7 pour 10 000), le Doubs (13 pour 10 000) et l'Yonne (13 pour 10 000) sont les départements qui possèdent les taux d'équipement les plus faibles en hospitalisations complètes.

Les départements détenant les taux d'équipement les plus faibles en hospitalisations partielles sont l'Yonne (0,8 pour 10 000), le Territoire-de-Belfort (10 pour 10 000) et la Nièvre (13 pour 10 000).

Il existe deux SSR (un en Côte-d'Or, un en Saône-et-Loire) en Bourgogne-Franche-Comté spécialisés dans la prise en charge des affections digestives, métaboliques et endocriniennes.

Nombre de Maisons de Santé Pluridisciplinaire en Bourgogne-Franche-Comté

Maisons de Santé Pluridisciplinaires	MSP ouvertes	MSP - Ouvertures prévues en 2016-2017
Côte-d'Or	10	1
Nièvre	19	2
Saône-et-Loire	33	8
Yonne	7	2
Bourgogne	69	13
Doubs	16	2
Jura	7	2
Haute-Saône	5	0
Territoire de Belfort	2	0
Franche-Comté	30	4
Bourgogne-Franche-Comté	99	17

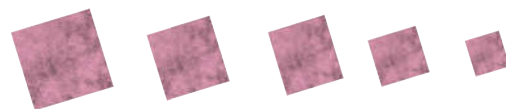
Source : ARS 2015, exploitation ORS

Nombre et capacité des services de Soins de Suite et de Rééducation par départements

	Hospitalisation complètes		Hospitalisation partielle	
	Nbre de lits	Taux d'équipement	Nbre de places	Taux d'hospitalisation
Côte-d'Or	894	17	106	20
Nièvre	455	21	27	13
Saône-et-Loire	1 064	19	85	15
Yonne	442	13	28	1
Bourgogne	2 855	17	246	15
Doubs	686	13	81	15
Jura	514	20	53	20
Haute-Saône	336	14	85	36
Territoire de Belfort	100	7	15	10
Franche-Comté	1 636	14	234	20
BFC	4 491	16	480	17

Taux d'équipement pour 10 000

Sources : Insee (RP 13), ARS 2015, exploitation ORS



- Objectifs principaux du parcours de santé

- Développer les actions de prévention, de repérage et de dépistage en mobilisant les différents acteurs : réseaux, associations de patients, médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, laboratoires...

- Optimiser la prise en charge pluri professionnelle du patient diabétique sur les territoires : protocoles de coopération et délégation de tâches (Asalée et autres protocoles insuline), coordination entre PS et structures de santé (lien ville/hôpital), ETP.

- Développer des systèmes d'information et des dispositifs de télémédecine facilitant la prise en charge des patients diabétiques.

- Bilan de la contribution des PRS aux objectifs

En Bourgogne, les maladies chroniques sont abordées notamment à travers les objectifs généraux du parcours diabète et s'inscrivent dans la coordination et la relation ville-hôpital :

- Optimiser les actions de repérage afin de dégager une véritable cohérence d'ensemble entre les différents acteurs : réseaux, associations, médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, laboratoires...

- Assurer le chaînage entre le dépistage positif et la prise en charge pluri professionnelle du patient, sur le long terme : protocole de coopération et délégation de compétences (ASALEE), actualisation des recommandations de dépistage, coordination entre professionnels de santé et structures de santé (lien ville-hôpital), éducation thérapeutique du patient...

- Améliorer le partage d'informations entre les différents acteurs de soins et d'aide à la prise en charge de patients complexes, auprès des soins de 1er recours.

- S'inscrire dans les dispositifs innovants : télémédecine, Territoires Soins Numériques (projet ETICSS), Dossier Médical Partagé, messagerie sécurisée...

Le SROS Médecine se donne pour objectifs, dans ce domaine, de privilégier l'organisation du parcours de soins par le médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral : en favorisant le contact direct médecin traitant ou le médecin spécialiste libéral/médecin hospitalier de spécialité (un référent par service) pour un avis ou une prise en charge (consultation ou hospitalisation), en renforçant la coopération médecins hospitaliers/médecins libéraux pour la prise en charge de malades chroniques par l'établissement de protocoles et par l'utilisation d'outils (annuaire, dossier médical personnel, télémédecine).

L'articulation ville-hôpital était une préoccupation des deux PRS à travers : en Bourgogne, l'approche parcours affichée pour la mise en œuvre des priorités du PRS. Les 8 parcours par pathologie ou catégorie de public sont les suivants : précaires, adolescents et jeunes adultes, maladie neurologique, maladie cardiovasculaire, cancer, personnes âgées, personnes en situation de handicap psychique, diabète ; en Franche-Comté, la priorité stratégique 3.2 : Améliorer l'interface et la complémentarité entre, d'une part, les différents niveaux de recours à la santé et aux soins, et d'autre part, les différents champs d'intervention (prévention, soins, médico-social et social).

Des réseaux « diabète » sont actifs dans le champ de l'obésité de l'enfant : Résédia en 58, Prérédiab en 71 notamment. Il n'y a pas de réseau régional « ressource ».

Un indice composite a été calculé afin de synthétiser les différentes informations sur la thématique au niveau des territoires de contractualisations de la région et ainsi donner une vision synthétique des disparités territoriales.

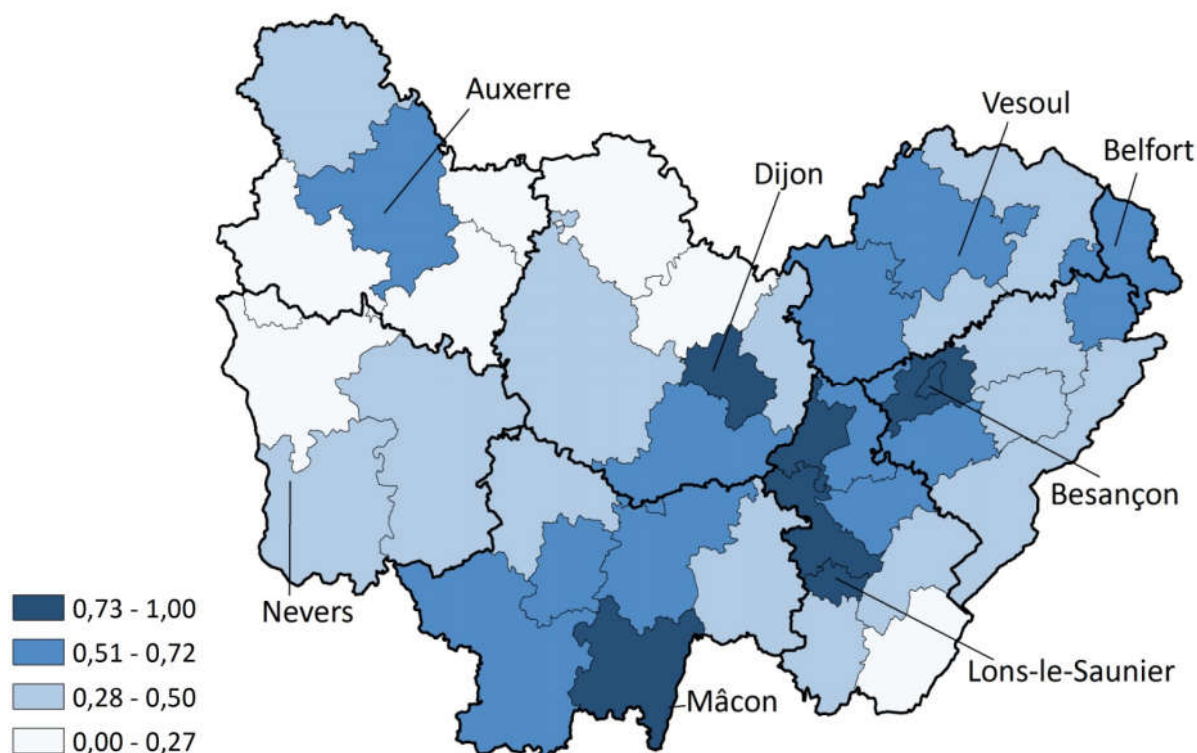
Les différents indicateurs utilisés sont :

- La mortalité liée au diabète (cause initiale ou associée)
- Les données d'affections de longue durée pour cause de diabète
- Les données d'hospitalisation pour diabète (cause principale, reliée ou associée)
- La densité en médecins généralistes et endocrinologues
- La densité en professionnels paramédicaux (diététiciens, infirmiers, psychologues, podologues)
- Un indicateur de distance d'accès aux pharmacies

Les scores obtenus se situent entre 0 et 1. Un score de 0 signifie que la problématique est très présente sur le territoire et que l'offre est moins présente. À l'inverse un score de 1 montre que le territoire est peu touché par la problématique et bénéficie d'une bonne couverture en termes d'offre.

Le score moyen régional est de 0,50. Ce score varie de 0,11 dans le Tonnerrois à 1 dans le Dijonnais et à Besançon.

Indice composite de disparité territoriale pour le diabète par territoire de contractualisation, Bourgogne-Franche-Comté



Sources : Inserm CépiDc, Insee, ATIH PMSI MCO, Cnamts, RSI, MSA, RPPS, Insee (RP), Adeli, Drees, FNPS, exploitation ORS