

## Communiqué de presse

# Le point sur l'épidémiologie du diabète de l'enfant en France, à l'occasion de la Journée mondiale du diabète

Paris, le 12 novembre 2007

A la demande de l'Institut de veille sanitaire (InVS), Claire Levy-Marchal, pédiatre et directrice de recherche Inserm (unité 690 « Diabète de l'enfant et développement »), en collaboration avec Anne Fagot-Campagna, endocrinologue et responsable du programme de surveillance du diabète de l'InVS, vient de rendre un rapport\* sur le diabète de l'enfant en France. Cette étude est publiée aujourd'hui, à la veille de la Journée mondiale du diabète (14 novembre).

L'incidence du diabète de type 1 (DT1) chez l'enfant a quasiment doublé ces 20 dernières années en France (15 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans versus 8 cas pour 100 000 en 1988). Cette forte augmentation ne semble pas liée aux changements intervenus durant cette période (nouvelle définition de la maladie, amélioration des pratiques diagnostiques et de dépistage), ni à une modification du fond génétique de la population. L'hypothèse d'une interaction entre des facteurs environnementaux et une prédisposition génétique est donc posée.

L'apparition du DT1 semble se décaler vers un âge de plus en plus précoce, notamment chez les enfants âgés de moins de 5 ans chez lesquels la survenue de la maladie peut être sévère et/ou associée à un risque de complications élevé (acidocétose<sup>1</sup>, variabilité glycémique aléatoire, impact des hypoglycémies, interférence avec les maladies fébriles infantiles...). Chez l'enfant, la prise en charge du diabète est très spécifique et doit faire appel à des structures adaptées et des équipes pluridisciplinaires. Malgré de réelles avancées thérapeutiques et des recommandations nationales et internationales récentes, le contrôle glycémique des enfants diabétiques reste insuffisant.

Par ailleurs, on assiste en France à une émergence du diabète de type 2 (DT2) chez l'enfant, depuis la fin des années 90. On sait que sa fréquence – notamment chez l'adolescent – ne cessera d'augmenter dans les années qui viennent. Le DT2 concerne avant tout des adolescents au moment de la puberté, en surpoids ou obèses, avec des antécédents familiaux de diabète. Il n'existe aucune donnée nationale d'incidence du DT2 chez l'enfant. Néanmoins, certains indicateurs (données hospitalières) montrent une augmentation croissante de la place du DT2 parmi les cas de diabète pédiatrique recensés. De plus, le diagnostic et la classification du type de diabète chez l'adolescent demeure complexe et délicat. Quant au traitement du DT2, il n'y a pas de recommandation spécifique pour l'enfant. La sévérité des complications (notamment cardio-vasculaires) et la rapidité de leur survenue font du DT2 un problème de santé publique émergent.

Le rapport présenté aujourd'hui préconise un renforcement de la surveillance du diabète (tous types) de l'enfant en France, notamment par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques (cf. Entred<sup>2</sup>) et la mise en place d'un registre régional du diabète de l'enfant.

\* Surveillance épidémiologique du diabète de l'enfant. Rapport (66 pages) disponible sur les sites de l'InVS ([http://www.invs.sante.fr/publications/2007/diabete\\_enfant/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/diabete_enfant/index.html)) et de l'Inserm (<http://www.inserm.fr>)

<sup>1</sup> Production anormale d'acétone suite à une carence en insuline, s'accompagnant de déchets acides et d'un risque élevé de complications (œdème cérébral notamment).

<sup>2</sup> Voir [www.invs.sante.fr/entred](http://www.invs.sante.fr/entred)

### Contacts presse :

- Laetitia Gouffé-Benadiba (InVS) – 01 41 79 67 08 ([L.benadiba@invs.sante.fr](mailto:L.benadiba@invs.sante.fr))
- Anne Mignot (Inserm) – 01 44 23 60 73 ([anne.mignot@tolbiac.inserm.fr](mailto:anne.mignot@tolbiac.inserm.fr))

