



Le diabète au Nouveau-Brunswick

**Prévalence, incidence,
mortalité et comorbidités
sélectionnées du diabète
1997-1998 à 2001-2002**

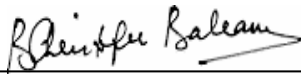
**Systeme national de
surveillance du diabète
Rapport technique 2005**

REMERCIEMENTS

Je désire souligner la contribution des personnes et des différents organismes suivants dans la préparation du présent rapport :

- Service provincial d'épidémiologie :
 - D^r Jian Liu, biostatisticien
 - Heather MacLennan-Cormier, coordonnatrice de la surveillance du diabète (2002-2003)
 - Carolin Galvin, coordonnatrice de la surveillance du diabète (2003-2004, 2004-2005)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être, Direction des services hospitaliers
- Ministère de la Santé et du Mieux-être, Planification et services de l'Assurance-maladie
- Comité consultatif provincial du Système national de surveillance du diabète (SNSD)
- Agence de santé publique Canada

Le présent rapport est le premier rapport traitant du diabète au Nouveau-Brunswick qui utilise des données provenant du Système national de surveillance du diabète récemment établi. Les données relatives à la période de 1997-1998 à 2001-2002 font partie du présent rapport. Je souhaite que vous trouviez utiles les renseignements du rapport et j'apprécierais que vous me fassiez parvenir vos commentaires ou suggestions qui pourront servir à l'amélioration du rapport.



D^r B. Christofer Balram
Épidémiologiste provincial
Directeur, Service provincial d'épidémiologie

Publié par :
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
Service provincial d'épidémiologie
C.P. 5100
520, rue King, Place Carleton (2^e étage)
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : (506) 453-3092
Télécopieur : (506) 453-2780

Le présent rapport est également disponible en ligne à l'adresse :
<http://www.gnb.ca>, mot-clé : Santé.

ISBN : 1-55396-468-3

Novembre 2005

FAITS SAILLANTS DU RAPPORT

Prévalence du diabète

- ↪ Au Nouveau-Brunswick, la prévalence chez les hommes se situe à 57 par 1 000 personnes alors qu'elle est de 52 par 1 000 chez les hommes dans l'ensemble du Canada. Chez les femmes, au Nouveau-Brunswick, la prévalence est de 50 par 1 000 personnes tandis qu'elle se situe à 44 par 1 000 chez les Canadiennes.
- ↪ Le Nouveau-Brunswick comptait le troisième taux en importance de prévalence du diabète chez les hommes parmi toutes les provinces et tous les territoires au Canada (excluant Terre-Neuve-et-Labrador). Seuls le Manitoba et la Nouvelle-Écosse affichaient des taux de prévalence du diabète chez les hommes plus élevés que ceux du Nouveau-Brunswick.
- ↪ Le Nouveau-Brunswick comptait le deuxième taux en importance de prévalence du diabète chez les femmes parmi toutes les provinces et tous les territoires au Canada (excluant Terre-Neuve-et-Labrador). Seul le Manitoba possédait des taux de prévalence du diabète chez les femmes plus élevés que ceux du Nouveau-Brunswick.
- ↪ La prévalence du diabète a atteint un nouveau sommet chez les hommes et les femmes âgés de 75 à 79 ans.
- ↪ Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 60 % des cas de diabète.
- ↪ La prévalence des régions 2, 5 et 7 étaient constamment supérieures aux taux provinciaux chez les deux sexes au cours des cinq exercices étudiés.

Incidence du diabète

- ↪ L'incidence du diabète au Nouveau-Brunswick était de 5,5 par 1 000 personnes chez les hommes et de 4,3 par 1 000 personnes chez les femmes.

- ↪ Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 50 % des cas nouveaux de diabète.
- ↪ Le taux d'incidence du diabète chez les hommes des régions 2, 3 et 7 était plus élevé que le taux provincial, alors que le taux d'incidence chez les femmes était plus élevé que le taux provincial dans les régions 3 et 7.
- ↪ Les taux d'incidence du diabète ont atteint leur maximum chez les hommes âgés de 70 à 74 ans et chez les femmes âgées de 75 à 79 ans.

Mortalité

- ↪ Le taux comparatif de mortalité chez les Canadiens diabétiques (âgés de 20 ans et plus) s'est établi à 13,9 par 1 000 personnes. Ce taux s'établissait à 15,2 par 1 000 personnes chez les Néo-Brunswickois diabétiques, un taux légèrement plus élevé que la moyenne nationale.
- ↪ Les taux de mortalité chez les hommes demeurent toujours plus élevés que chez les femmes, à la fois chez les personnes diabétiques et chez les personnes non diabétiques.
- ↪ Les hommes diabétiques du Nouveau-Brunswick étaient 1,7 fois plus susceptibles de mourir (de toutes causes confondues) que les hommes non diabétiques. La mortalité des femmes était même plus élevée; les femmes diabétiques étaient 2,2 fois plus susceptibles de mourir (de toutes causes confondues) que les femmes non diabétiques.
- ↪ L'impact du diabète sur le taux de mortalité s'est fait davantage sentir chez les groupes d'âge inférieurs, atteignant son maximum chez les personnes âgées de 30 à 34 ans. Les personnes diabétiques de ce groupe d'âge étaient 4,5 fois plus susceptibles de mourir que les personnes non diabétiques. Ce nombre diminuait généralement avec l'âge.

Comorbidités

Infarctus aigu du myocarde (IAM)

- ↳ Les taux provinciaux de départs de l'hôpital pour IAM étaient près de six fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Ces taux étaient environ neuf fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques.
- ↳ Les ratios des taux de départs de l'hôpital pour IAM chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques variaient de 5,0 dans la région 4 à 6,5 dans la région 1. Chez les femmes, les ratios des taux variaient de 5,5 dans la région 5 à 12 dans la région 7.

Amputation d'un membre inférieur (en raison de la maladie vasculaire périphérique)

- ↳ Les taux provinciaux de départs de l'hôpital pour les amputations de membres inférieurs étaient près de 27 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Ces taux étaient environ 20 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques.
- ↳ Les ratios des taux de départs de l'hôpital pour les amputations de membres inférieurs chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques variaient de 17,0 dans la région 7 à 30,1 dans la région 3. Chez les femmes, les ratios des taux variaient de 13,3 dans la région 4 à 37,8 dans la région 5.

Maladie cardiovasculaire (MCV)

- ↳ Les taux provinciaux de départ de l'hôpital pour maladie cardiovasculaire (MCV) étaient d'environ six fois plus élevés chez les hommes et les femmes diabétiques que chez les personnes non diabétiques.

↪ La région 6 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus élevé pour les MCV chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques soit de 6,3 alors que la région 4 présentait un ratio des taux de 5,1, le plus faible de toutes les régions de la province. Chez les femmes, le ratio des taux de départs était le plus élevé dans la région 6 où il se situait à 6,8 alors que la région 5 affichait le plus faible ratio soit de 5,1.

Insuffisance cardiaque

↪ Les taux provinciaux de départs de l'hôpital pour insuffisance cardiaque étaient neuf fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Chez les femmes diabétiques, les taux étaient près de dix fois plus élevés que chez les femmes non diabétiques.

↪ La région 2 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le moins élevé pour insuffisance cardiaque chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques, soit de 7,8, alors que la région 6 présentait le ratio le plus élevé, soit de 10,8. Chez les femmes, la région 5 affichait le ratio des taux de départs le plus faible à 8,3 alors que la région 6 présentait le ratio des taux de départs le plus élevé à 10,9.

Hypertension (diagnostiquée à l'hôpital)

↪ Les taux provinciaux de départs de l'hôpital pour hypertension (diagnostiquée à l'hôpital) étaient près de huit fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Chez les femmes diabétiques, les taux étaient près de sept fois plus élevés que chez les femmes non diabétiques.

↪ La région 3 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus faible pour hypertension, soit de 6,8 chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques, alors que la région 6 présentait le ratio le plus élevé, soit de 8,8. Chez les femmes, la région 5 affichait le ratio des taux de départs le plus faible, soit de 5,6, alors que la région 4 présentait le ratio des taux de départs le plus élevé, soit de 8,5.

Cardiopathie ischémique (CI)

- ↪ Les taux provinciaux de départs de l'hôpital pour la CI étaient six fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Chez les femmes diabétiques, les taux étaient huit fois plus élevés que chez les femmes non diabétiques.
- ↪ Les ratios des taux de départs de l'hôpital pour la CI chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques varient de 5,2 dans la région 5 à 6,9 dans la région 7. Chez les femmes, les ratios des taux varient de 6,9 dans la région 5 à 8,7 dans la région 6.

Néphropathie

- ↪ Les taux provinciaux de départs de l'hôpital pour la néphropathie étaient près de onze fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Chez les femmes diabétiques, les taux étaient près de douze fois plus élevés que chez les femmes non diabétiques.
- ↪ La région 5 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus faible pour néphropathie, soit de 7,6 chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques, alors que la région 4 présentait le ratio le plus élevé, soit de 13,4. Chez les femmes, la région 7 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus faible, soit de 10,6, alors que la région 5 présentait le ratio des taux de départs le plus élevé, soit de 14,5.

Accident vasculaire cérébral

- ↪ Le taux de départs de l'hôpital pour les accidents vasculaires cérébraux chez les hommes et les femmes diabétiques était d'environ sept fois plus élevé que chez les personnes non diabétiques.



Les ratios des taux de départs de l'hôpital pour les accidents vasculaires cérébraux chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques varient de 5,7 dans la région 2 à 7,4 dans la région 3. Chez les femmes, les ratios des taux varient de 4,9 dans la région 5 à 7,8 dans la région 4.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
FAITS SAILLANTS DU RAPPORT	II
CONTEXTE	1
MÉTHODOLOGIE	2
SOURCES DES DONNÉES.....	2
DÉFINITION DE CAS.....	2
PRÉPARATION DES DONNÉES	3
TRAITEMENT DES DONNÉES	4
EXERCICES DISPONIBLES COMPORTANT DES DONNÉES.....	4
VALIDATION.....	5
LIMITES.....	5
CONFIDENTIALITÉ.....	7
NORMALISATION DES TAUX	7
RÉSULTATS	8
PRÉVALENCE DU DIABÈTE	8
<i>Prévalence du diabète au fil du temps</i>	10
<i>Prévalence selon le groupe d'âge</i>	11
<i>Prévalence selon le sexe</i>	11
<i>Prévalence selon la région</i>	12
INCIDENCE DU DIABÈTE	16
<i>Incidence du diabète au fil du temps</i>	17
<i>Incidence selon le groupe d'âge</i>	18
<i>Incidence selon le sexe</i>	19
<i>Incidence selon la région</i>	20
MORTALITÉ	22
<i>Mortalité au fil du temps et par sexe</i>	23
<i>Comparaison des taux provinciaux de mortalité chez les personnes diabétiques et chez les personnes non diabétiques</i>	24
<i>Mortalité selon le groupe d'âge</i>	25
<i>Mortalité selon la région</i>	26
<i>Comparaison des taux régionaux de mortalité chez les personnes diabétiques et chez les personnes non diabétiques</i>	31
COMORBIDITÉS.....	32
INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE	33
<i>Taux selon l'âge</i>	34
<i>Taux selon la région</i>	34
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	36
AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR (EN RAISON DE LA MALADIE VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE)	37
<i>Taux selon l'âge</i>	38
<i>Taux selon la région</i>	38
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	40
MALADIE CARDIOVASCULAIRE	41
<i>Taux selon l'âge</i>	42
<i>Taux selon la région</i>	42
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	43

INSUFFISANCE CARDIAQUE	45
<i>Taux selon l'âge</i>	45
<i>Taux selon la région</i>	46
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	47
HYPERTENSION (DIAGNOSTIQUÉE À L'HÔPITAL)	49
<i>Taux selon l'âge</i>	50
<i>Taux selon la région</i>	51
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	52
CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE	53
<i>Taux selon l'âge</i>	54
<i>Taux selon la région</i>	54
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	56
NÉPHROPATHIE	57
<i>Taux selon l'âge</i>	58
<i>Taux selon la région</i>	59
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	60
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	61
<i>Taux selon l'âge</i>	62
<i>Taux selon la région</i>	63
<i>Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques</i>	64
RÉFÉRENCES	65
ACRONYMES	67
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	68
FIGURES	68
TABLEAUX	73
ANNEXE 1	74
ANNEXE 2	75

CONTEXTE

Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) lancé en 1996, est le fruit de plusieurs années de collaboration entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, les groupes autochtones et les organismes non gouvernementaux. Le SNSD est une initiative sur la santé lancée dans le cadre de la Stratégie canadienne du diabète de Santé Canada. Le financement pour le SNSD est assuré grâce aux partenariats du gouvernement fédéral et du secteur privé.

Le SNSD est la première initiative nationale de surveillance de la santé qui s'appuie sur l'utilisation des données administratives. En raison des données de qualité supérieure qu'on trouve déjà dans la plupart des provinces et territoires, l'utilisation des données administratives se trouve d'autant plus renforcée. On exploite très peu ces données à l'heure actuelle pour évaluer l'impact des maladies chroniques sur la population canadienne. L'utilisation de bases de données administratives peut être un moyen économique d'obtenir des données de la surveillance.

Les données provenant du Nouveau-Brunswick n'ont pas été compilées dans le premier rapport d'étape du SNSD (2003).⁵ Ce manque de données est attribuable aux retards dans le renforcement des capacités, particulièrement en raison du diagnostic du médecin présenté en texte succinct plutôt que selon les codes de la Classification internationale des maladies. Le Nouveau-Brunswick a soumis les données exigées par Santé Canada en mai 2003. Cependant, les taux de prévalence et les taux de mortalité initiaux présentés dans le premier rapport du SNSD ont été rassemblés avant novembre 2002. On s'attend à ce qu'un deuxième rapport du SNSD soit publié en 2005 par l'Agence de santé publique du Canada (constituante nouvellement créée de Santé Canada), couvrant les exercices 1997-1998 à 2001-2002. Tout comme dans le premier rapport, les données sur la prévalence et la mortalité seront intégrées au document, mais on y retrouvera également des données sur l'incidence, les taux de départs de l'hôpital de plusieurs comorbidités de diabète ainsi que des données sur l'utilisation des services de santé. Les données en provenance du Nouveau-Brunswick feront partie du deuxième rapport national.

MÉTHODOLOGIE

Sources des données

Les données nécessaires au SNSD se trouvent dans trois bases de données administratives. Au Nouveau-Brunswick, les bases de données utilisées servent aux réclamations à l'Assurance-maladie (données des demandes de remboursement des médecins), au Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFUH) (données provenant des hôpitaux) et au registre des résidents de l'Assurance-maladie (données du registre d'assurance-maladie). Les données provenant des hôpitaux sont tenues à jour par les Services hospitaliers, alors que les données des demandes de remboursement des médecins et les données du registre d'assurance-maladie sont mises à jour par Planification et services de l'Assurance-maladie. Les données provenant des hôpitaux ont été utilisées pour établir les conditions comorbides, les données des demandes de remboursement des médecins et les données provenant des hôpitaux ont été utilisées pour préciser les cas nouveaux et les cas prévalents alors que les données du registre d'assurance-maladie ont fourni chaque année le nombre de décès et la population de base.

Définition de cas

La définition de cas repose sur les renseignements relatifs au diagnostic qui ont été saisis soit à partir des données provenant des hôpitaux, des données des demandes de remboursement des médecins ou les deux. Dans le SNSD, une personne est définie comme atteinte de diabète si la maladie a donné lieu à une hospitalisation (la date du congé étant la même que la date du cas) ou à deux réclamations de service de médecin, à différents jours, au cours d'une période de deux ans ou de 730 jours (la première date à laquelle le cas a été recensé représente la date de cas), conformément au code 250 de la CIM-9. En outre, si un médecin a soumis une réclamation de service sur laquelle figure le diagnostic de diabète dans les 730 jours avant une hospitalisation, la date de la réclamation de service du médecin a été utilisée comme la date de cas.⁴

Préparation des données

Au Nouveau-Brunswick, le champ de diagnostic pour inscrire les données provenant des hôpitaux est sous forme de codes de la CIM-9MC. Par contre, le champ de diagnostic pour inscrire les données des demandes de remboursement des médecins est en texte succinct. Puisque le texte succinct ne satisfait pas aux exigences du SNSD en ce qui a trait aux codes de la CIM-9, une étude pilote a été menée sur les données des demandes de remboursement des médecins de 1998-1999 et une autre étude a été tenue sur les données des demandes de remboursement des médecins en 2000-2001 pour évaluer une méthodologie de rechange. Cette étude était fondée sur un groupe de termes et d'abréviations sur le diabète en français et en anglais (tel que IDDM, dm, GDM, diabète) afin d'établir, avec une très faible probabilité d'erreur, quel syntagme il serait préférable d'utiliser dans une requête pour extraire tous les dossiers de personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de diabète. À la lumière de cette étude, on a déterminé que la série de mots clés la plus efficace était celle des abréviations et termes formés de « dm », « dm/ », « dm\ », « dm; », « dm2 », « dm-2 », « dmII », « dm-II », « dm-I », « dm-1 », « NIDDM », « IDDM », « mellitus » et « diab ». On a eu recours au logiciel SAS pour effectuer cette requête.

Les données du rapport du SNSD de 2003 par Santé Canada ont démontré qu'il existe des inquiétudes quant à l'inclusion involontaire des cas de diabète gestationnel en raison d'un mauvais codage qui a permis de conclure à un mauvais diagnostic, soit celui de diabète sucré. Lors de la deuxième demande de données de la part des provinces et territoires pour le SNSD par l'Agence de santé publique du Canada, il a été décidé que les cas de diabète gestationnel seraient exclus des données. Les cas d'obstétrique (codes 650 à 669 de la CIM-9MC) étaient isolés et recoupés avec les cas connus de diabète résultant des données provenant des hôpitaux et des données des demandes de remboursement des médecins. Les dossiers sur le diabète ont été supprimés si la date de cas dépassait le délai de 90 jours après qu'un dossier d'obstétrique a été remis à une personne. Afin de relever le défi au Nouveau-Brunswick attribuable au manque de codes de la CIM dans les données des demandes de remboursement des médecins, les dossiers d'obstétrique ont été isolés selon un processus semblable à la méthode décrite ci-dessus en vue d'extraire les dossiers sur le diabète. Un dossier d'obstétrique pour les données de demandes de remboursement des médecins a été créé pour chaque exercice et sera enregistré dans le logiciel du SNSD.

Traitement des données

Le logiciel NDSSv203, fourni par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) pour le Système national de surveillance du diabète, est exécuté sur SAS, un logiciel d'analyse statistique également fourni par l'ASPC. Le logiciel NDSSv203 a été édité pour l'adapter aux besoins du Nouveau-Brunswick et les données des exercices 1995-1996 à 2001-2002 ont été exécutées dans le logiciel. Les résultats des sept exercices ont été obtenus, y compris les données relatives aux taux d'incidence, de prévalence, de mortalité et aux taux de départs de l'hôpital pour les comorbidités sélectionnées de diabète. Il convient de noter, en comparant les taux actuels du présent rapport à ceux du premier rapport du SNSD de Santé Canada, que les versions du logiciel utilisées pour chaque rapport sont différentes. Une version antérieure du logiciel du SNSD, NDSSv1.5, a été utilisée pour produire le rapport de Santé Canada et renferme des différences méthodologiques légères en comparaison à la version NDSSv203 utilisée dans le présent rapport.

Exercices disponibles comportant des données

Il a été déterminé que l'exercice 1995-1996 était la première année où les données ont satisfait aux exigences minimales des provinces et des territoires participants. L'indicateur unique pour toute la vie, qui est propre à chaque personne, limitait certaines provinces avant cette date.

En raison des délais dans le traitement des données administratives, les plus récentes données disponibles de toutes les provinces et tous les territoires participants provenaient de l'exercice 1999-2000. Ces données ont servi au premier rapport du SNSD. Le deuxième rapport du SNSD par l'Agence de santé publique du Canada, devant paraître en 2005, contiendra des données de toutes les provinces et territoires jusqu'en 2001-2002. Le présent rapport provincial renferme des données de 1997-1998 à 2001-2002.

Validation

La définition de cas a été initialement validée au Manitoba. D'autres travaux menés à l'Île-du-Prince-Édouard ont appuyé la validité de la définition de cas pour les personnes âgées de 20 ans et plus en faisant appel aux données portant sur cinq ans.¹⁴ La définition de cas ne peut produire des estimations si les données portent sur trois ans et moins, ce faisant, la première année des données présentées sur la prévalence, la mortalité et la comorbidité est l'exercice 1997-1998.⁴ La validation établit le besoin d'avoir au moins cinq années de données pour produire des estimations des taux d'incidence stables, ainsi, la première année de données sur l'incidence qui peuvent être présentées est l'exercice 1999-2000.¹⁴ Dans le présent rapport, la première année de données rapportées est 2000-2001, et ce, afin d'offrir une autre année pour la stabilisation des taux du Nouveau-Brunswick. Le nombre de cas nouveaux dans l'exercice 2001-2002 peut être sous-dénombré en raison de la nature de la règle de cas (voir la section « Définition de cas »). L'ajout des données de 2002-2003 viendra augmenter le nombre de cas de diabète qui figurent aux données de 2001-2002.

Limites

Le manque de codes de la CIM-9 pour le champ de diagnostic des données des demandes de remboursement des médecins présentait un défi et comme il est indiqué à la section « Préparation des données », une autre méthode de saisie des dossiers sur le diabète a été élaborée. Il a fallu plus de temps en raison de l'élaboration de cette méthode et cela a entraîné des retards dans la diffusion des données du Nouveau-Brunswick à Santé Canada. Ce faisant, les données n'ont pas été disponibles pour la publication du premier rapport du SNSD. Cependant, cet obstacle a été surmonté (prière de consulter la section « Préparation des données »). Plutôt que d'être limité par le code CIM-9 inscrit par le médecin, le système du Nouveau-Brunswick possède un champ de texte qui contient souvent des détails supplémentaires. Ainsi, les erreurs créées en raison d'un mauvais codage ne représentent conséquemment pas un facteur dans la qualité des données. Il est actuellement difficile de savoir si toutes les demandes de remboursement de frais ayant trait au diabète ont été capturées de la base de données des demandes de remboursement des médecins. Il est possible que le dossier n'ait pas été extrait si les mots décrivant le diabète n'ont pas bien été orthographiés. Les études pilotes initiales sur des échantillons de données montrent que

le taux d'erreurs créé par cette requête était très faible. On continuera à étudier cette question de plus près.

Le SNSD demande que les données provenant des hôpitaux ne tiennent pas compte des données recueillies sur les patients en consultation externe et des données recueillies pour les chirurgies d'un jour. Au moment de la rédaction du présent rapport, les données disponibles pour l'analyse ne comprenaient pas les données des chirurgies d'un jour ainsi que les données recueillies sur les patients en consultation externe. Les taux ont été un peu touchés par ces cas additionnels en raison de l'inclusion des données sur les patients en consultation externe et des chirurgies d'un jour toutefois la différence était minime.

À l'heure actuelle, le SNSD ne peut établir de distinction entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2 parce que les codes de la CIM-9 ne font pas la distinction entre les deux types (code 250). Puisque les données ne s'appliquent qu'aux personnes de 20 ans et plus, elles devraient principalement refléter les données relatives au diabète de type 2.⁵

Certains médecins du Nouveau-Brunswick ne touchent pas une rémunération à l'acte. En 1999-2000, 58 % des médecins du Nouveau-Brunswick touchaient uniquement une rémunération à l'acte. À ce titre, les médecins salariés ou rémunérés par d'autres méthodes ne feraient pas partie des données des demandes de remboursement des médecins. En revanche, 95 % des médecins au Nouveau-Brunswick ont touché une forme de rémunération à l'acte. Certains des médecins salariés soumettent l'information sur les services par « facturation fictive » bien qu'il ne s'agisse pas d'une méthode courante. Au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta, les provinces où l'étude pilote pour la faisabilité du SNSD a été effectuée, 40 %, 82 % et 98 % des médecins respectivement étaient rémunérés uniquement à l'acte en 1999-2000⁵.

Il convient de noter qu'un nombre important de cas, pour lesquels la région de résidence de la personne n'était pas connue, figurent dans les données utilisées pour produire le présent rapport. Ces cas ont été intégrés dans les données provinciales. Les données régionales ne comprennent pas ces cas. L'impact de cet écart était minime, par conséquent, les taux régionaux pourraient sembler un peu élevés par rapport aux taux provinciaux.

Confidentialité

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, l'information de la base de données administratives ne contiennent pas les numéros d'assurance-maladie. Ainsi, il est impossible aux utilisateurs d'identifier les personnes.

On utilise plutôt un chiffrement des numéros d'assurance-maladie qui fournit un indicateur unique pour toute la vie qui ne peut être réutilisé même si une personne meurt ou déménage dans une autre province ou territoire. La même méthode de chiffrement a été utilisée pour les numéros de l'assurance-maladie des trois ensembles de données, les demandes de remboursement des médecins, les données provenant des hôpitaux et les données du registre d'assurance-maladie, afin qu'elles puissent être interconnectées.

Les données envoyées à Santé Canada ont été rassemblées selon l'âge et le sexe. Les cellules de données ont été supprimées lorsque la valeur était inférieure à 5.

Normalisation des taux

La normalisation selon l'âge a été calculée en utilisant la répartition par âge de la population canadienne, basée sur les estimations postcensitaires finales de la population canadienne du 1^{er} juillet 1991, rajustées pour le sous-dénombrement du recensement.

RÉSULTATS

Prévalence du diabète

La prévalence se définit comme le « nombre de cas de maladie ou de tout autre événement dans une population déterminée, à un moment donné. »¹ Dans le SNSD, la prévalence est calculée en fonction de la prévalence sur une année ayant comme dénominateur le nombre total de personnes, âgées de 20 ans et plus, dont le nom figure au registre d'assurance-maladie.

En 1999-2000, 44 par 1 000 des Canadiennes et 52 par 1 000 des Canadiens⁵ de 20 ans et plus vivaient avec le diagnostic de diabète (taux de prévalence normalisés selon l'âge établis en fonction des prévisions démographiques canadiennes types de 1991); les taux de diabète au Nouveau-Brunswick étaient supérieurs, ainsi, le taux de prévalence chez les femmes était de 50 par 1000 alors qu'il était de 57 par 1 000 chez les hommes (tableau 1). Les conclusions de l'Enquête sur la santé dans les

collectivités canadiennes (ESCC) en 2000-2001 ont démontré que la prévalence du diabète s'élevait à 48 par 1 000 chez les femmes et à 53 par 1 000 chez les hommes¹² au Nouveau-Brunswick. Les résultats du SNSD dans le présent rapport, pour l'exercice 2000-2001 ont démontré un taux de prévalence légèrement supérieur à 53 par 1 000 chez les femmes et à 61 par 1 000 chez les hommes, respectivement.

L'écart entre les taux du Canada et ceux du Nouveau-Brunswick est en partie attribuable aux changements de méthodologie entre les deux versions du logiciel du SNSD utilisé pour produire ces deux différents rapports (voir la section « Traitement des données »). Cependant, cela n'explique pas toute la différence intégrale dans les taux, c'est pourquoi il semblerait que les taux de prévalence chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick sont en effet légèrement plus élevés que ceux du Canada.

Tableau 1 : Taux brut et taux de prévalence normalisés selon l'âge (TPNA)* de diabète par tranche de 100 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

Exercice	Sexe	Taux brut	TPSA
1997-1998	Hommes	47,9	46,5
	Femmes	46,4	41,1
1998-1999	Hommes	54,3	51,9
	Femmes	52,1	45,5
1999-2000	Hommes	61,0	57,2
	Femmes	57,5	49,7
2000-2001	Hommes	66,3	61,3
	Femmes	61,7	52,7
2001-2002	Hommes	69,5	63,3
	Femmes	64,1	53,9

* Taux de prévalence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991.

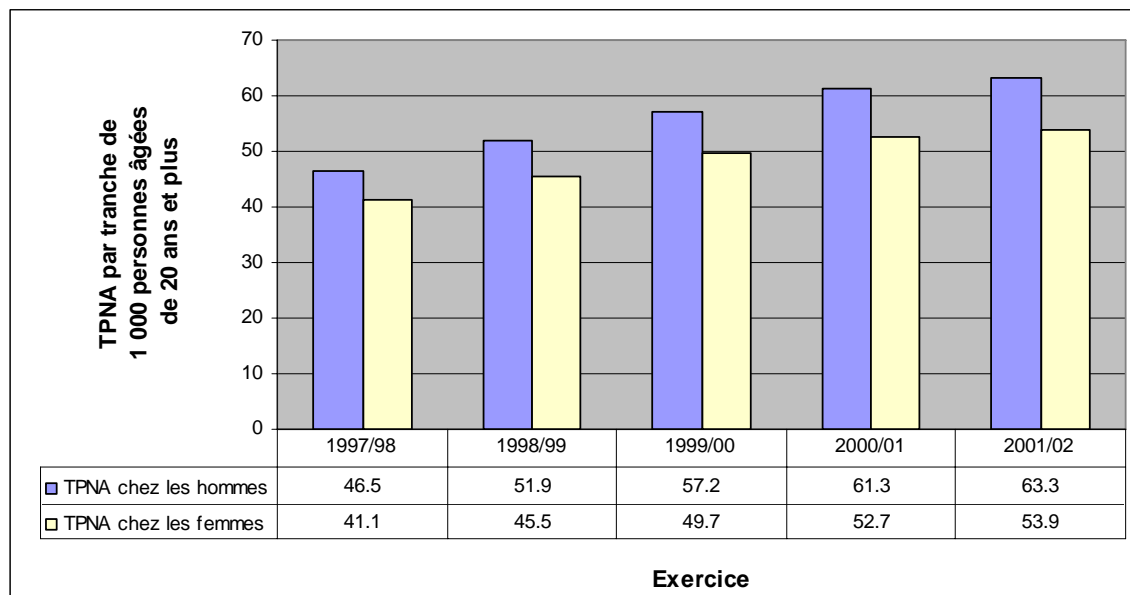
RÉSULTATS

L'écart entre les résultats de l'ESCC et ceux du SNSD pour le Nouveau-Brunswick est en partie attribuable à la différence des groupes d'âge représentés. L'ESCC a été menée auprès des personnes âgées de 12 ans et plus alors que le SNSD comprenait les personnes de 20 ans et plus. Cependant, la raison principale de l'écart est probablement due aux limites des données auto-signalées de l'enquête. Une étude menée en Ontario démontre qu'il existe plusieurs omissions d'enregistrement de diabète diagnostiqué par suite du questionnaire sur le diabète dans l'Enquête nationale sur la santé de la population⁷. Nous constatons que cela est particulièrement vrai dans les données d'enquête par entrevue sur la santé en général, en ce sens que les erreurs de déclaration (habituellement les omissions d'enregistrement) « diffèrent selon le niveau d'éducation¹⁰ des [répondants] ».

En 1999-2000, le Nouveau-Brunswick comptait le troisième taux de prévalence de diabète le plus élevé chez les hommes parmi toutes les provinces et territoires au Canada, excluant Terre-Neuve-et-Labrador dont les données ne faisaient pas partie du premier rapport du SNSD. Seuls le Manitoba et la Nouvelle-Écosse affichaient des taux de prévalence de diabète chez les hommes plus élevés que ceux du Nouveau-Brunswick. Le Nouveau-Brunswick comptait le deuxième taux de prévalence de diabète le plus élevé chez les femmes parmi toutes les provinces et territoires au Canada. Seul le Manitoba possédait des taux de prévalence de diabète chez les femmes plus élevés que ceux du Nouveau-Brunswick. Encore une fois, le changement de version du logiciel du SNSD utilisé depuis la publication du premier rapport du SNSD par Santé Canada pourrait avoir embrouillé quelque peu la position du Nouveau-Brunswick. Le deuxième rapport, qui paraîtra bientôt, sera plus précis dans ses comparaisons puisqu'il utilise le même logiciel et la même méthodologie dont on se sert dans le présent rapport.

Prévalence du diabète au fil du temps

Figure 1 : Taux de prévalence normalisés selon l'âge (TPSA)* de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



* Taux de prévalence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

La prévalence de diabète au Nouveau-Brunswick a connu une hausse au fil du temps de 1997-1998 à 2001-2002 (tableau 1 et figure 1). Il fallait s'y attendre dans le cas d'une maladie chronique en raison de la longue durée de la maladie⁵. Cette tendance à la hausse peut être en partie attribuable à l'établissement d'un système de surveillance qui en est à ses débuts. Le nombre de cas dans les années précédentes peut être sous-estimé en raison de la nature de la règle de cas; des cas de diabète antérieurs ne se verraient pas attribuer une date de cas avant que le patient ait effectué deux visites chez le médecin dans une période de 2 ans ou qu'il soit hospitalisé. Dans les cas où les échanges avec le système de soins de santé sont rares, l'identification de cas prévalents de diabète pourrait être retardée. L'influence de cet artefact se fera moins sentir au fur et à mesure de la mise au point du système de surveillance.

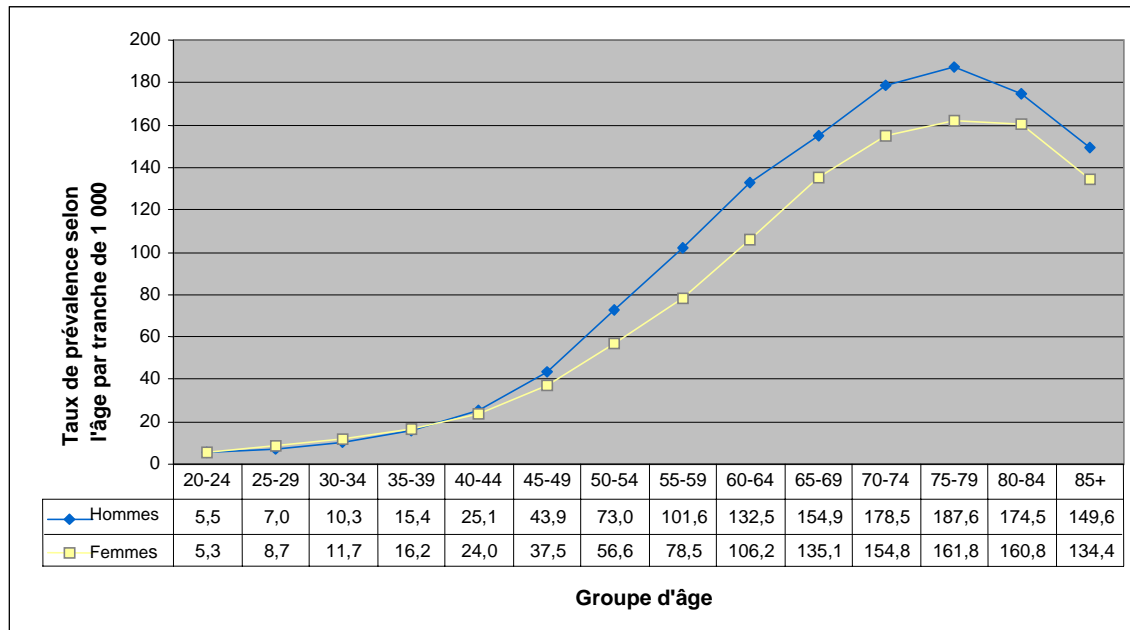
Prévalence selon le groupe d'âge

Dans la figure 2, la prévalence du diabète a atteint un nouveau sommet pour se situer à 187,6 par 1 000 personnes chez les hommes âgés de 75 à 79 ans et à 161,8 par 1 000 personnes chez les femmes. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent près de 60 % des cas de diabète. Chez les groupes plus âgés (80 ans et plus chez les deux sexes) les taux de diabète tendent à diminuer. Cette diminution des taux de diabète pourrait s'expliquer en partie par le fait que les personnes des groupes plus âgés ont tendance à souffrir de problèmes multiples dont le nombre peut dépasser celui des espaces dont disposent les médecins pour consigner les diagnostics.

Prévalence selon le sexe

Lors des cinq derniers exercices observés, la prévalence du diabète chez les femmes était constamment inférieure au taux de prévalence du diabète chez les hommes (figure 1). Lorsque les données ont été étudiées selon le groupe d'âge (figure 2), les taux de prévalence du diabète étaient toujours plus élevés chez les hommes, à l'exception du groupe d'âge des 25 à 39 ans où le taux de prévalence était supérieur chez les femmes. Bien que les cas de diabète gestationnel aient été exclus des données, il est possible que certains cas aient été mal codés puisque le diabète sucré pourrait avoir contribué aux taux élevés chez les femmes en âge de procréer.

Figure 2 : Taux de prévalence du diabète selon l'âge par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Prévalence selon la région

Tableaux 2a à 2e : Cas prévalents, taux brut et taux de prévalence normalisés selon l'âge (TPNA)* de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.

Tableau 2a : 1997-1998

Région	HOMMES			FEMMES		
	Cas prévalents	Taux brut	TPNA*	Cas prévalents	Taux brut	TPNA*
		par 1 000 personnes			par 1 000 personnes	
1	3 293	48,5	46,1	3 162	43,7	37,5
2	3 472	54,5	51,8	3 386	48,9	42,7
3	2 911	50,7	48,3	2 865	45,5	41,0
4	708	35,3	35,6	847	40,4	36,2
5	673	56,0	51,7	739	58,3	48,9
6	1 359	39,9	39,3	1 607	46,6	43,2
7	981	51,7	49,7	1 064	54,9	49,1
Province**	13 420	47,9	46,5	13 696	46,4	41,1

Tableau 2b : 1998-1999

Région	HOMMES			FEMMES		
	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*
1	3 659	53,5	50,2	3 507	48,2	40,9
2	3 968	62,5	58,4	3 823	55,1	47,9
3	3 287	57,3	54,0	3 240	51,4	45,8
4	804	40,0	39,4	934	44,2	39,1
5	799	67,2	60,6	871	68,8	56,4
6	1 528	45,0	43,4	1 762	51,3	46,3
7	1 129	59,6	56,4	1 228	63,5	55,3
Province**	15 206	54,3	51,9	15 394	52,1	45,5

Tableau 2c : 1999-2000

Régions	HOMMES			FEMMES		
	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*
1	4 046	58,9	54,3	3 848	52,5	44,0
2	4 420	69,8	64,5	4 267	61,7	53,3
3	3 666	63,7	58,9	3 541	55,9	49,1
4	919	45,8	44,2	1 011	47,7	41,9
5	885	75,8	67,1	960	76,8	61,7
6	1 694	50,5	47,5	1 946	56,8	50,2
7	1 359	72,6	67,4	1 419	73,7	63,5
Province**	17 022	61,0	57,2	17 017	57,5	49,7
Canada†	586 158	54	52	561 984	49	44

† Source : *Relever le défi posé par le diabète au Canada*, premier rapport du Système national de surveillance du diabète publié en 2003 – ajusté selon 4,2 % de la population canadienne au Nouveau-Brunswick; Terre-Neuve-et-Labrador (recensement de 2001), non compris dans les données.

Tableau 2d : 2000-2001

Région	HOMMES			FEMMES		
	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*
1	4 399	63,4	57,7	4 159	56,1	46,6
2	4 823	75,5	69,3	4 565	65,5	56,0
3	3 962	68,3	62,4	3 801	59,6	51,8
4	1 029	51,2	48,4	1 106	52,2	45,1
5	949	81,6	70,1	1 004	80,9	63,6
6	1 856	55,6	50,8	2 096	61,5	53,1
7	1 513	81,4	74,3	1 577	82,8	70,1
Province**	18 568	66,3	61,3	18 349	61,7	52,7

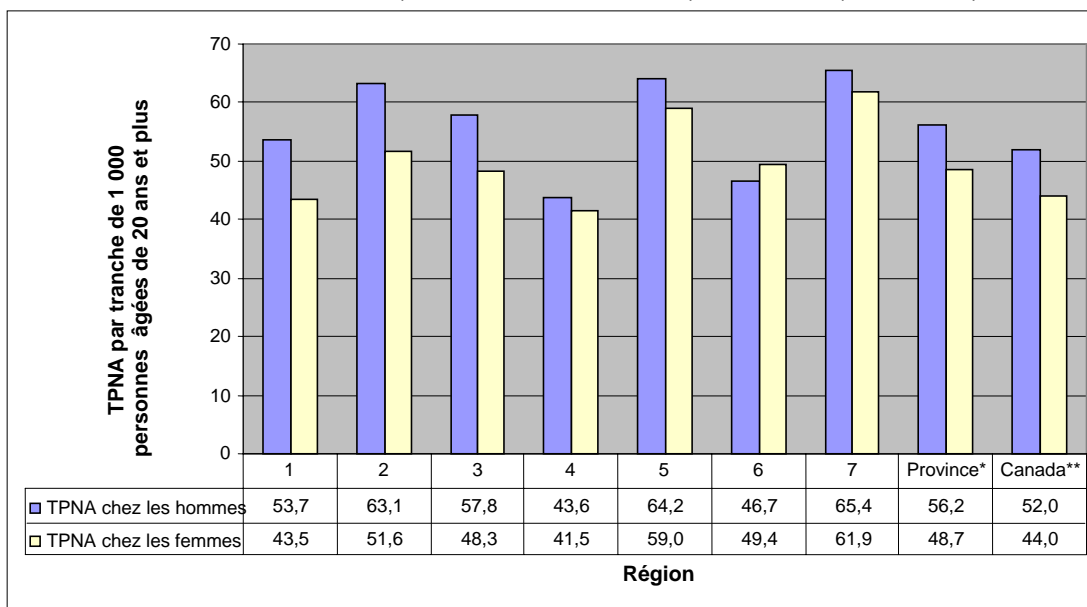
Tableau 2e : 2001-2002

Région	HOMMES			FEMMES		
	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*	Cas prévalents	Taux brut par 1 000 personnes	TPNA*
1	4 601	65,4	59,3	4 371	58,5	48,0
2	5 028	78,4	71,3	4 750	68,3	57,6
3	4 154	71,1	64,4	3 973	62,2	53,5
4	1 074	53,1	49,9	1 124	53,2	44,9
5	987	84,1	70,7	1 025	83,1	64,0
6	1 947	58,0	52,1	2 156	63,5	53,6
7	1 633	87,4	78,4	1 633	86,3	71,3
Province**	19 521	69,5	63,3	19 112	64,1	53,9

* Taux de prévalence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

** Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.
Les caractères rouges indiquent où les taux régionaux normalisés selon l'âge sont supérieurs aux taux provinciaux.

Figure 3 : Taux de prévalence normalisés selon l'âge (TPNA)[†] de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Régions 1 à 7, Nouveau-Brunswick (1997-1998 à 2001-2002) et Canada (1999-2000).



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

** Source : *Relever le défi posé par le diabète au Canada*, premier rapport du Système national de surveillance du diabète publié en 2003.

† Taux de prévalence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

RÉSULTATS

Les taux de prévalence du diabète chez les hommes des régions 2, 3, 5 et 7 et chez les femmes des régions 2, 3, 5, et 7 étaient plus élevés que ceux des provinces et du Canada (figure 3). À la suite de l'étude de chacun des cinq exercices présentés dont les données figurant aux tableaux 2a à 2e, les régions 2,5 et 7 illustraient constamment des taux normalisés selon l'âge plus élevés que les taux provinciaux chez les deux sexes.

Incidence du diabète

L'incidence se définit comme le « nombre de cas nouveaux d'une maladie ou de personnes tombant malades dans une population donnée, au cours d'une période donnée.¹ » Dans le SNSD, l'incidence est calculée en fonction de l'incidence sur une année ayant comme dénominateur le nombre total de personnes âgées de 20 ans et plus figurant au registre d'assurance-maladie.

En 2001-2002, le taux d'incidence standardisé pour l'âge du diabète au Nouveau-Brunswick était de 5,5 par 1 000 personnes chez les hommes et de 4,3 par 1 000 personnes chez les femmes (tableau 3). Le deuxième rapport fédéral du SNSD contiendra des données sur l'incidence, permettant ainsi la comparaison des taux d'incidence entre les autres provinces et territoires et l'ensemble du Canada. À l'heure actuelle cependant, on ne retrouve aucune donnée sur l'incidence publiée dans le SNSD pouvant servir à établir des comparaisons. Dans un rapport sur le diabète en Ontario, le taux d'incidence brut du diabète tout sexe confondu en 1999 était de 6,6 par 1 000 personnes (âgées de 20 ans et plus). Une étude antérieure au Manitoba utilisant des données administratives démontre qu'en 1991, le taux d'incidence brut du diabète tout sexe confondu était de 5,6 par 1 000 personnes âgées de 25 ans et plus¹. En comparaison, le taux d'incidence brut du diabète tout sexe confondu pour le Nouveau-Brunswick en 2001-2002 était de 5,5 par 1 000 personnes.

Le nombre de cas nouveaux des années précédentes de surveillance du SNSD est surestimé parce que les cas prévalents antérieurs sont établis comme des cas nouveaux puisqu'on les reconnaît comme des cas de diabète. La validation des données indique qu'il faudrait une période de rodage de cinq ans

avant que l'on puisse établir une distinction fiable entre les cas prévalents et les cas nouveaux et que les taux se stabilisent.^{13,14} En comparant les taux d'incidence normalisés selon l'âge du Nouveau-Brunswick avec les taux tirés d'autres études et

Tableau 3 : Taux brut et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA)* de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 2000-2001 et 2001-2002.

Exercice	Sexe	Taux brut	TINA
2000-2001	Hommes	8,1	7,4
	Femmes	6,8	5,9
2001-2002	Hommes	6,1	5,5
	Femmes	5,0	4,3

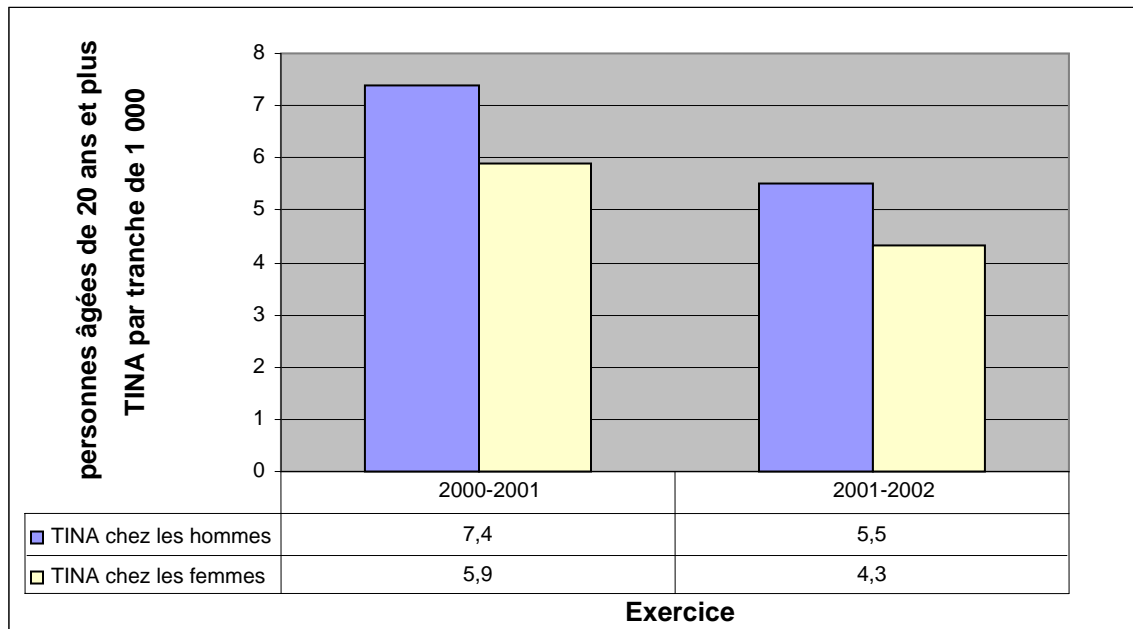
* Taux d'incidence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

rapport rapports, il semble que les taux de 2001-2002 se trouvent dans les taux d'écart prévus. En revanche, puisque la règle de cas porte sur une période de deux ans (voir la section « Définition de cas »), il peut y avoir sous-dénombrement pour l'année la plus récente, puisque les cas nouveaux seraient ajoutés aux données de 2001-2002 avec l'ajout des données de l'année suivante. Avec l'ajout de nouvelles années de données, les taux deviendront de plus en plus fiables. Les taux d'incidence dans le présent rapport doivent être interprétés avec prudence.

Incidence du diabète au fil du temps

La figure 4 montre une diminution globale des taux d'incidence normalisés selon l'âge au cours des exercices 2000-2001 et 2001-2002. Cependant, tel qu'il est décrit ci-dessus, ces taux peuvent s'avérer trompeurs puisque même après une période de rodage de cinq ans, les taux au Nouveau-Brunswick ne semblaient pas se stabiliser et il est prévu qu'un certain sous-dénombrement peut se produire en 2001-2002. La distinction entre les cas prévalents et les cas nouveaux n'est pas encore bien établie et les cas prévalents sont encore identifiés comme des cas nouveaux puisqu'ils sont reconnus comme des cas de diabète pour la première fois. La tendance réelle dans les taux d'incidence deviendra plus claire dès que des données de plusieurs années seront disponibles.

Figure 4 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA)* de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 2000- 2001 à 2001-2002.

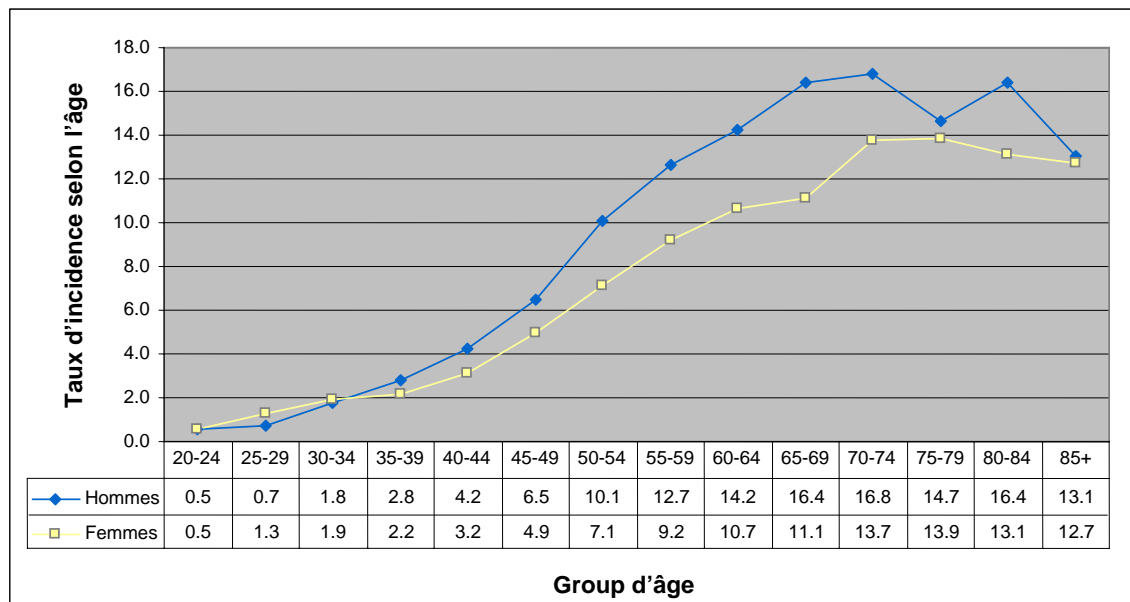


* Taux d'incidence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

Incidence selon le groupe d'âge

Les taux d'incidence du diabète ont atteint un maximum chez les hommes âgés de 70 à 74 ans pour s'établir à 16,8 par 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus. Chez les femmes âgées de 75 à 79 ans, un nouveau sommet a également été atteint alors que les taux d'incidence du diabète se situaient à 13,9 par 1 000 personnes (figure 5). Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 50 % des cas nouveaux.

Figure 5 : Taux d'incidence du diabète selon l'âge par tranche de 1000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 2000-2001.



Incidence selon le sexe

Le taux d'incidence des femmes était inférieur à celui des hommes durant les deux exercices observés (figure 4). Cependant, lorsqu'ils étaient divisés selon le groupe d'âge, le taux d'incidence chez les femmes de 25 à 34 ans était plus élevé que le taux d'incidence chez les hommes du même groupe d'âge (figure 5). Ces écarts dans les taux peuvent être attribuables aux erreurs de codage du diabète gestationnel puisque le diabète sucré, comme il a été mentionné dans la section précédente sur la prévalence, gonfle les taux relatifs aux femmes en âge de procréer.

Incidence selon la région

Tableaux 4a-4b : Cas nouveaux, taux brut et taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA)* de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 2000-2001 à 2001-2002.

Tableau 4a : 2000-2001

Région	HOMMES			FEMMES		
	Cas nouveaux	Taux brut	TINA*	Cas nouveaux	Taux brut	TINA*
		par 1 000 personnes			par 1 000 personnes	
1	552	8,0	7,1	480	6,5	5,5
2	530	8,3	7,6	455	6,5	5,6
3	469	8,1	7,3	416	6,5	5,7
4	154	7,7	7,1	142	6,7	5,7
5	98	8,4	7,1	82	6,6	5,4
6	244	7,3	6,4	227	6,7	6,0
7	221	11,9	10,9	224	11,8	10,1
Province**	2 270	8,1	7,4	2 029	6,8	5,9

Tableau 4b : 2001-2002

Région	HOMMES			FEMMES		
	Cas nouveaux	Taux brut	TINA*	Cas nouveaux	Taux brut	TINA*
		par 1 000 personnes			par 1 000 personnes	
1	397	5,6	5,1	379	5,1	4,3
2	440	6,9	6,1	356	5,1	4,3
3	380	6,5	5,9	349	5,5	4,9
4	92	4,5	4,2	67	3,2	2,7
5	77	6,6	5,5	65	5,3	4,4
6	153	4,6	4,1	151	4,4	3,8
7	173	9,3	8,1	127	6,7	5,6
Province**	1 717	6,1	5,5	1 498	5,0	4,3

* Taux d'incidence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

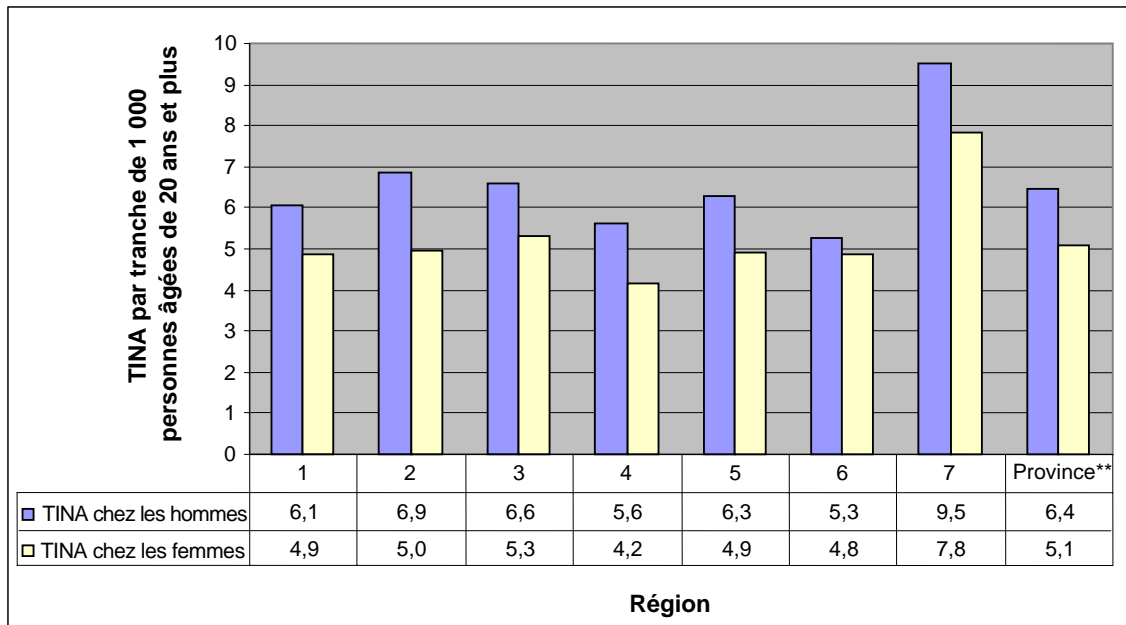
** Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Les caractères **rouges** indiquent où les taux régionaux normalisés selon l'âge sont supérieurs aux taux provinciaux.

Le taux d'incidence du diabète chez les hommes des régions 2, 3 et 7 était plus élevé que le taux provincial, alors que le taux d'incidence chez les femmes était plus élevé que le taux provincial dans les régions 3 et 7 (figure 6). Tel qu'il a été question dans la section « Incidence du diabète au fil du temps », ces taux doivent être interprétés avec prudence jusqu'à ce que d'autres années de données sur l'incidence soient disponibles, particulièrement à l'échelon régional où le nombre de cas nouveaux est inférieur.

RÉSULTATS

Figure 6 : Taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA)* de diabète par tranche de 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 2000-2001 à 2001-2002.



* Taux d'incidence normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

** Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Mortalité

Le taux de mortalité se définit comme « un taux illustrant la proportion de la population qui meurt en raison d'une maladie ou de toutes autres causes.⁹ » Dans le SNSD, le taux de mortalité est calculé comme étant le taux de décès établi sur un exercice, dont le dénominateur est les personnes de 20 ans et plus dont le nom figure au registre d'assurance-maladie. Sans égard à la cause sous-jacente du décès, lorsqu'une personne dont le diabète a été diagnostiqué meurt, son décès est inscrit comme le décès d'une personne diabétique. Les taux de mortalité sont calculés pour les personnes diabétiques et pour les personnes non diabétiques.

En 1999-2000, le taux de mortalité normalisé selon l'âge et le sexe chez les Canadiens diabétiques âgés de 20 ans et plus s'est établi à 13,9 par 1 000⁵ personnes. Ce taux était légèrement plus élevé que la moyenne nationale au Nouveau-Brunswick où il s'établissait à 15,2 par 1 000 personnes.

Tableau 5 : Taux brut et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA)* par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio du taux des personnes diabétiques et non diabétiques, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

Exercice	Sexe	Personnes diabétiques		Personnes non diabétiques		TMNA Ratio des taux
		Taux bruts	TMNA	Taux bruts	TMNA	
1997-1998	Hommes	41,3	18,3	9,6	10,4	1,8
	Femmes	41,0	15,0	8,0	5,9	2,5
1998-1999	Hommes	40,3	16,1	9,7	10,5	1,5
	Femmes	37,5	12,7	8,1	5,9	2,2
1999-2000	Hommes	39,4	18,4	8,6	9,2	2,0
	Femmes	35,8	12,2	7,5	5,4	2,3
2000-2001	Hommes	36,8	14,9	8,7	9,2	1,6
	Femmes	36,4	12,1	7,6	5,4	2,2
2001-2002	Hommes	38,8	15,7	8,6	9,0	1,7
	Femmes	36,7	10,9	7,6	5,3	2,1

* Taux de mortalité normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 2001).

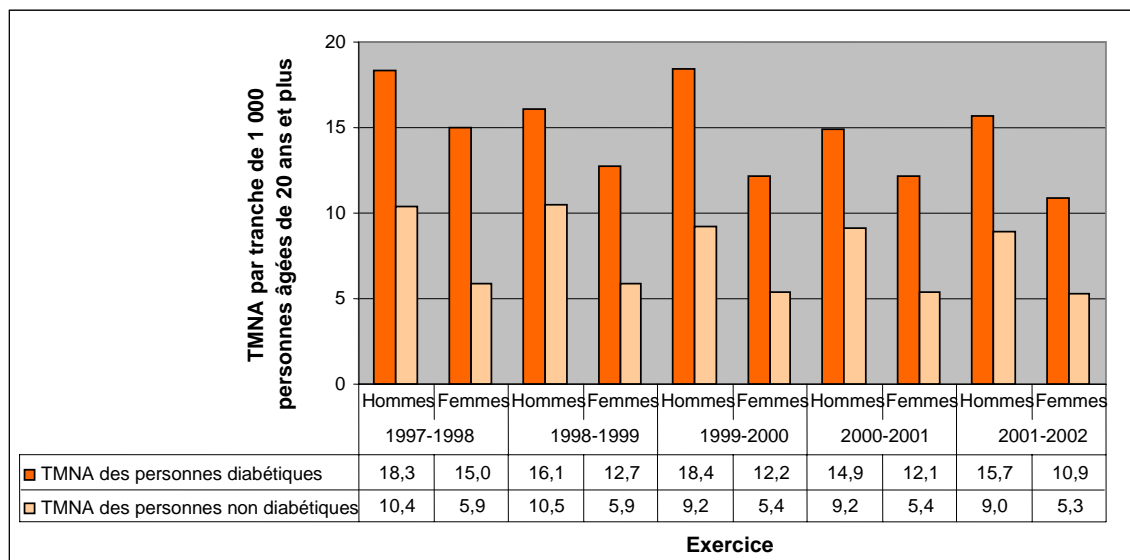
Pour l'année civile 2002, le Système canadien des statistiques de l'état civil a signalé un taux brut de mortalité attribuable au diabète de 0,30 décès par 1 000 personnes (107 décès pour l'ensemble du N.-B.) chez les hommes de tous âges, et de 0,33 par

RÉSULTATS

1 000 personnes (123 décès pour l'ensemble du N.-B.) chez les femmes¹¹. Ces chiffres représentent les décès pour lesquels le diabète a été énuméré sur le certificat de décès comme étant la cause principale du décès. Le SNSD a établi que pour l'exercice 2001-2002, le taux brut de mortalité chez les hommes diabétiques était de 38,8 décès par 1 000 personnes âgées de 20 ans et plus (757 décès pour l'ensemble du N.-B.) et de 36,7 décès chez les femmes diabétiques du même âge (701 décès pour l'ensemble du N.-B.) – tableau 5. Par contre, dans le dénombrement des décès du SNSD, le diabète n'était pas toujours la cause principale du décès, quoique dans plusieurs cas, il était le facteur contributif; c.-à-d. que la cause principale du décès pourrait provenir d'une complication du diabète. Le nombre de décès, de toutes causes confondues, chez les hommes diabétiques était sept fois plus élevé que le nombre de décès pour lequel la cause du décès était le diabète. Chez les femmes, le nombre de décès était six fois plus élevé.

Mortalité au fil du temps et sexe

Figure 7 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA)* par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

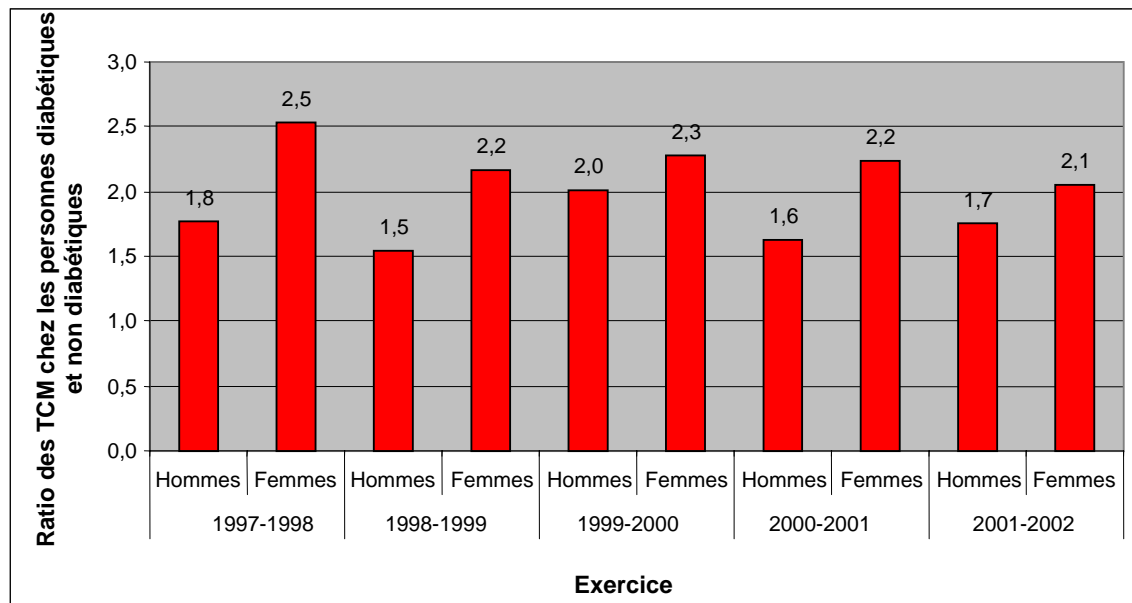


* Taux de mortalité normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

Le taux de mortalité chez les hommes et les femmes diabétiques était plus élevé que chez les personnes non diabétiques (figure 7). Le taux de mortalité chez les hommes était constamment plus élevé que chez les femmes, tant chez les personnes diabétiques que non diabétiques. On n'a remarqué aucune tendance constante dans les taux de mortalité normalisés selon l'âge au fil du temps chez les hommes et les femmes et entre les personnes diabétiques et non diabétiques.

Comparaison des taux provinciaux de mortalité chez les personnes diabétiques et chez les personnes non diabétiques

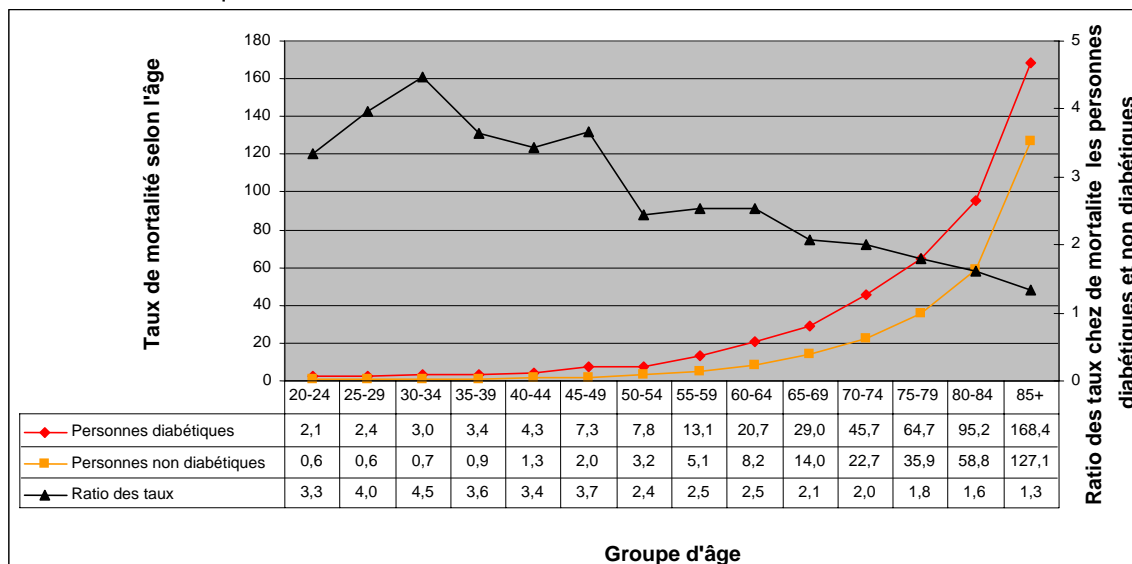
Figure 8 : Ratio du taux de mortalité normalisé selon l'âge chez les personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Les hommes diabétiques étaient de 1,5 à 2 fois plus à risque de mortalité, toutes causes confondues, en comparaison aux hommes non diabétiques (figure 8). Le taux de mortalité chez les femmes était même plus élevé, alors que les femmes diabétiques étaient de 2,1 à 2,5 fois plus à risque de mourir, toutes causes confondues, en comparaison aux femmes non diabétiques.

Mortalité selon le groupe d'âge

Figure 9 : Taux de mortalité selon l'âge par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus et ratio du taux des personnes diabétiques et non diabétiques : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

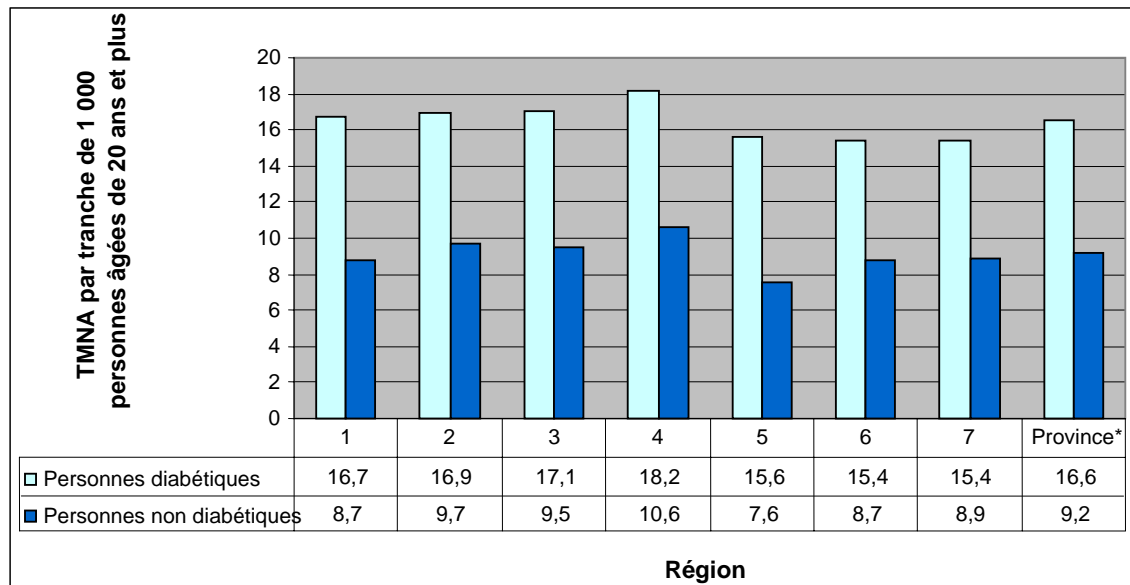


Le taux de mortalité s'est accru en général avec l'âge tant chez les personnes diabétiques que chez les personnes non diabétiques (figure 9). Le taux de mortalité était plus élevé chez les personnes diabétiques que chez les personnes non diabétiques, pour tous les groupes d'âge. Chez les personnes du groupe d'âge de 65 à 69 ans, les taux de mortalité commencent à augmenter de façon beaucoup plus radicale.

En examinant le ratio de mortalité chez les personnes diabétiques et chez les personnes non diabétiques (axe des ordonnées du côté droit, figure 9), on remarque que l'incidence du diabète s'est faite davantage sentir chez les groupes d'âge inférieurs et que celle-ci diminuait généralement avec l'âge. Les personnes diabétiques du groupe d'âge de 30 à 34 ans étaient 4,5 fois plus susceptibles de mourir (toutes causes confondues) que les personnes non diabétiques du même groupe d'âge. Les personnes diabétiques du groupe d'âge des 65 à 69 ans sont deux fois plus susceptibles de mourir que les personnes non diabétiques du même groupe d'âge. La probabilité de décès chez les personnes diabétiques du groupe d'âge de 85 ans et plus est sensiblement la même que celle des personnes non diabétiques du même âge.

Mortalité selon la région

Figure 10 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA)[†] par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



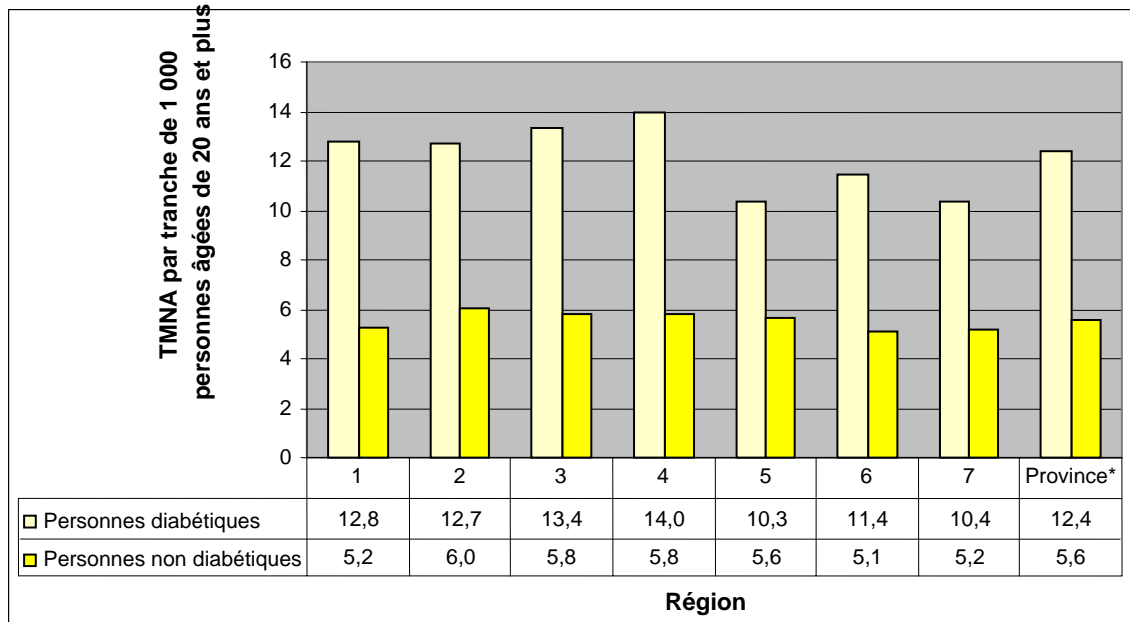
[†] Taux de mortalité normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Comme le démontre la figure 10, les taux de mortalité chez les hommes diabétiques étaient plus élevés dans les régions 1, 2, 3 et 4 que le taux provincial. Chez les hommes non diabétiques, le taux de mortalité était plus élevé dans les régions 2, 3 et 4, comparativement au taux provincial.

Comme le démontre la figure 11, les taux de mortalité chez les femmes diabétiques étaient plus élevés dans les régions 1, 2, 3 et 4 en comparaison au taux provincial. Chez les femmes non diabétiques, le taux de mortalité était plus élevé dans les régions 2, 3 et 4 que le taux provincial.

Figure 11 : Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA)[†] par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



[†] Taux de mortalité normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Tableaux 6a à 6e : Dénombrement des décès, taux brut et taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA)[†] par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, par sexe : Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.

Tableau 6a : 1997-1998

Région	Personnes diabétiques						Personnes non diabétiques					
	HOMMES			FEMMES			HOMMES			FEMMES		
	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA
1	144	43,7	19,5	131	41,4	18,5	601	9,3	9,5	556	8,0	5,6
2	129	37,2	18,8	139	41,1	14,9	654	10,9	11,2	646	9,8	6,6
3	127	43,6	17,4	117	40,8	14,4	541	9,9	10,7	475	7,9	6,1
4	28	39,5	17,0	38	44,9	17,1	190	9,8	11,0	164	8,1	6,5
5	24	35,7	17,0	22	29,8	9,8	114	10,1	10,7	89	7,5	5,2
6	61	44,9	17,8	77	47,9	15,2	288	8,8	9,8	184	5,6	4,7
7	41	41,8	17,1	37	34,8	12,0	182	10,1	10,5	148	8,1	6,2
Province*	554	41,3	18,3	561	41,0	15,0	2 576	9,6	10,4	2 262	8,0	5,9

Tableau 6b : 1998-1999

Région	Personnes diabétiques						Personnes non diabétiques					
	HOMMES			FEMMES			HOMMES			FEMMES		
	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA
1	141	38,5	15,8	143	40,8	11,6	579	9,0	9,1	588	8,5	5,7
2	147	37,0	15,8	126	33,0	14,6	637	10,7	11,1	674	10,3	6,8
3	144	43,8	16,6	124	38,3	13,4	515	9,5	10,3	453	7,6	5,8
4	33	41,0	15,2	37	39,6	12,9	239	12,4	13,8	138	6,8	5,5
5	35	43,8	17,9	19	21,8	7,3	137	12,4	13,0	108	9,2	6,1
6	65	42,5	15,9	72	40,9	10,2	291	9,0	9,8	187	5,7	4,8
7	47	41,6	17,0	56	45,6	13,1	177	9,9	10,6	127	7,0	5,3
Province*	613	40,3	16,1	578	37,5	12,7	2 581	9,7	10,5	2 282	8,1	5,9

Tableau 6c : 1999-2000

Région	Personnes diabétiques						Personnes non diabétiques					
	HOMMES			FEMMES			HOMMES			FEMMES		
	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA
1	162	40,0	16,9	143	37,2	10,6	531	8,2	8,3	504	7,3	4,9
2	156	35,3	18,9	147	34,5	13,9	586	9,9	10,4	562	8,7	5,6
3	158	43,1	19,5	132	37,3	13,4	428	7,9	8,4	470	7,9	5,9
4	44	47,9	31,2	46	45,5	14,3	191	10,0	11,3	156	7,7	6,0
5	31	35,0	14,2	29	30,2	10,0	94	8,7	9,4	87	7,5	4,9
6	78	46,0	18,2	72	37,0	11,5	278	8,7	9,4	205	6,3	5,3
7	41	30,2	11,5	40	28,2	8,1	143	8,2	8,5	103	5,8	4,2
Province*	670	39,4	18,4	609	35,8	12,2	2 259	8,6	9,2	2 089	7,5	5,4

Tableau 6d : 2000-2001

Région	Personnes diabétiques						Personnes non diabétiques					
	HOMMES			FEMMES			HOMMES			FEMMES		
	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA
1	180	40,9	16,0	158	38,0	14,1	563	8,7	8,7	528	7,5	5,0
2	180	37,3	14,7	140	30,7	10,0	556	9,4	9,7	572	8,8	5,8
3	150	37,9	15,7	160	42,1	15,2	489	9,0	9,5	452	7,5	5,6
4	26	25,3	11,9	43	38,9	12,3	181	9,5	10,6	152	7,6	5,7
5	31	32,7	13,9	35	34,9	11,3	80	7,5	7,6	98	8,6	5,8
6	59	31,8	10,9	82	39,1	10,2	264	8,4	8,7	210	6,6	5,3
7	58	38,3	16,0	50	31,7	10,7	144	8,4	8,9	120	6,9	5,0
Province*	684	36,8	14,9	668	36,4	12,1	2 281	8,7	9,2	2 134	7,6	5,4

Tableau 6e : 2001-2002

Région	Personnes diabétiques						Personnes non diabétiques					
	HOMMES			FEMMES			HOMMES			FEMMES		
	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA	Décès	Taux brut par 1 000 personnes	TMNA
1	168	36,5	15,8	175	40,0	10,6	508	7,7	7,8	536	7,6	5,0
2	187	37,2	16,4	165	34,7	11,2	540	9,1	9,5	544	8,4	5,4
3	172	41,4	16,0	139	35,0	10,9	464	8,6	8,9	458	7,6	5,5
4	37	34,5	12,6	41	36,5	13,4	171	8,9	10,1	145	7,3	5,4
5	42	42,6	16,1	45	43,9	11,7	115	10,7	10,5	101	8,9	6,0
6	83	42,6	15,4	86	39,9	10,8	293	9,3	9,5	207	6,5	5,2
7	66	40,4	15,7	50	30,6	9,0	152	8,9	9,1	115	6,7	5,0
Province*	757	38,8	15,7	701	36,7	10,9	2 248	8,6	9,0	2 110	7,6	5,3

* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

† Taux de mortalités normalisés selon l'âge utilisant les prévisions démographiques canadiennes types de 1991 (1^{er} juillet 1991).

Les caractères **rouges** indiquent où les taux régionaux normalisés selon l'âge sont supérieurs aux taux provinciaux.

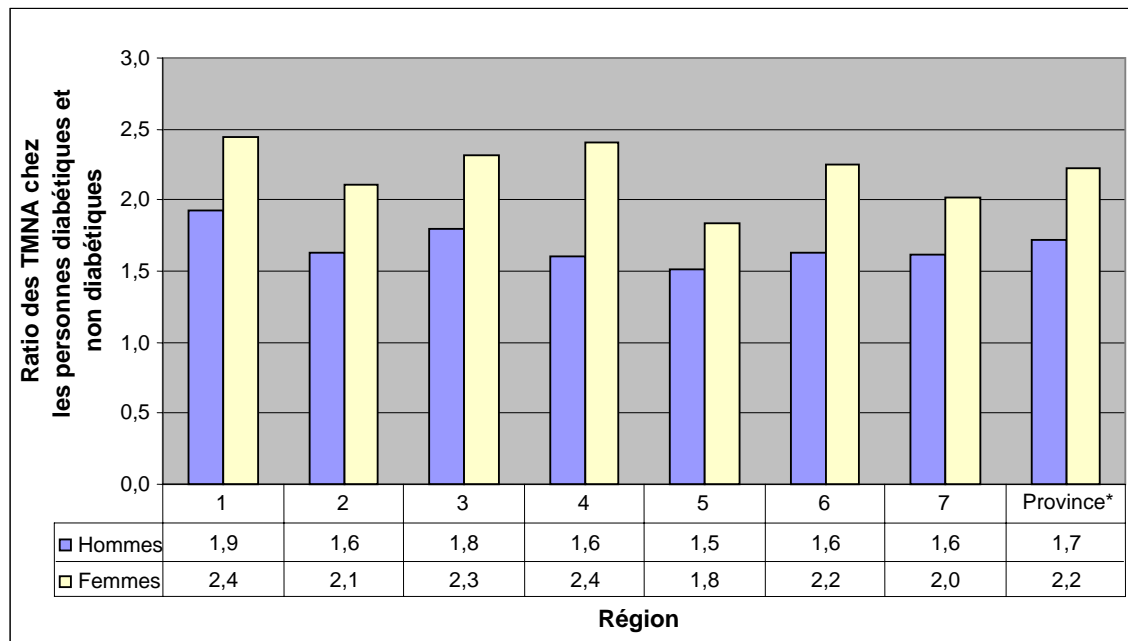
Tableau 7: Ratio du taux de mortalité normalisés selon l'âge chez les personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.

Région	Ratio des TMNA chez les personnes diabétiques et non diabétiques									
	1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001		2001-2002	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
1	2,1	3,3	1,7	2,0	2,0	2,1	1,8	2,8	2,0	2,1
2	1,7	2,2	1,4	2,2	1,8	2,5	1,5	1,7	1,7	2,1
3	1,6	2,3	1,6	2,3	2,3	2,3	1,7	2,7	1,8	2,0
4	1,5	2,6	1,1	2,3	2,8	2,4	1,1	2,2	1,3	2,5
5	1,6	1,9	1,4	1,2	1,5	2,0	1,8	2,0	1,5	2,0
6	1,8	3,2	1,6	2,1	1,9	2,2	1,3	1,9	1,6	2,1
7	1,6	1,9	1,6	2,5	1,3	1,9	1,8	2,1	1,7	1,8
Province*	1,8	2,5	1,5	2,2	2,0	2,3	1,6	2,2	1,7	2,1

* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Comparaison des taux régionaux de mortalité chez les personnes diabétiques et chez les personnes non diabétiques

Figure 12 : Ratio des taux de mortalité normalisés (TMNA) selon l'âge des personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



La figure 12 illustre le ratio des taux de mortalité normalisés selon l'âge chez les personnes diabétiques et non diabétiques. Un ratio de taux supérieur à un, comme c'est le cas dans toutes les régions et chez hommes et les femmes, indique que les personnes diabétiques faisaient face à une plus grande probabilité de décès que les personnes non diabétiques. Les ratios des taux de mortalité étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Cela signifie que l'incidence du diabète quant à la mortalité était plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Les hommes diabétiques du Nouveau-Brunswick étaient 1,7 fois plus susceptibles de mourir que les hommes non diabétiques. Les femmes néo-brunswickoises diabétiques étaient 2,2 plus susceptibles de mourir que les femmes non diabétiques. Le ratio des taux de mortalité chez les hommes variait entre 1,5 dans la région 5 et 2,0

dans la région 1. Chez les femmes, ce ratio variait de 1,8 dans la région 5 à 2,4 dans les régions 1 et 4.

COMORBIDITÉS

Dans cette section du présent rapport, les taux des facteurs de comorbidité ont été calculés comme suit : Le numérateur était le nombre de départs de l'hôpital pour lesquels l'un ou l'autre des 12 premiers codes de diagnostic saisis dans les registres des congés des hôpitaux comprenait les facteurs de comorbidité choisis. Le dénominateur a été divisé en deux différents groupes de personnes : le nombre de personnes diabétiques âgées de 20 ans et plus figurant au registre d'assurance-maladie et le nombre de personnes non diabétiques du même groupe d'âge figurant également au registre d'assurance-maladie. La conclusion la plus importante à considérer est celle du ratio des taux de comorbidité en question chez les personnes diabétiques par rapport aux personnes non diabétiques, puisqu'il s'agit du reflet de l'incidence du diabète sur la morbidité et sur le fardeau du système de soins de santé.

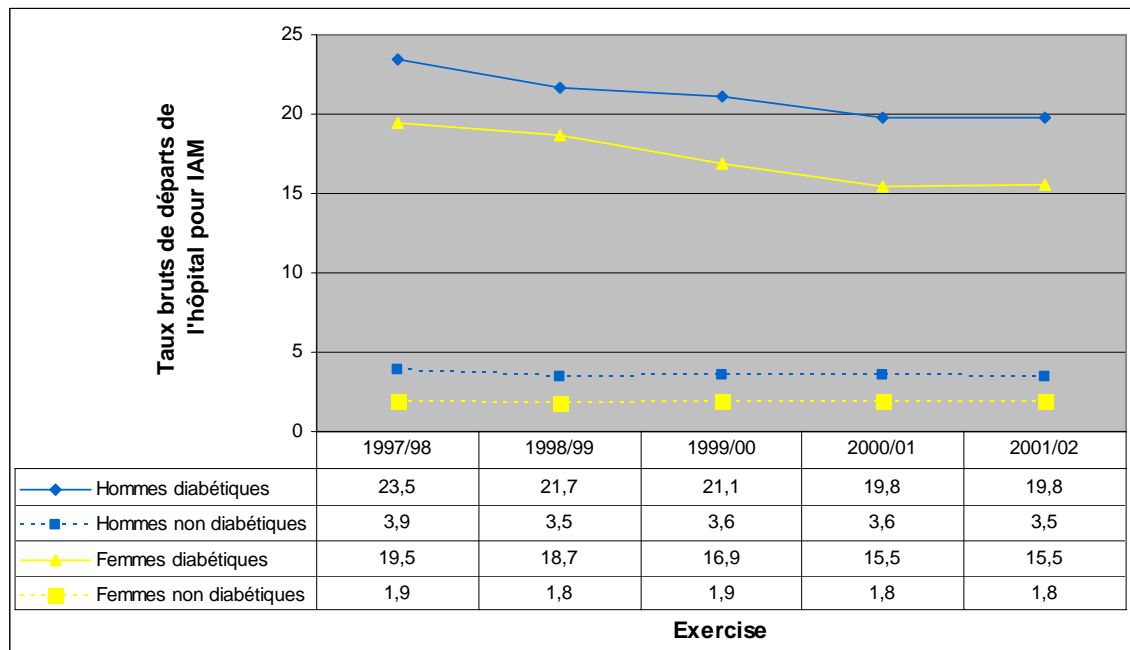
Les taux dans la présente section sont des taux bruts et, à ce titre, toute comparaison entre les régions devrait être faite avec prudence puisque les différences dans la structure par âge n'ont pas été prises en considération.

Infarctus aigu du myocarde

(CIM-9MC : 410)

Selon le rapport de la Fondation des maladies du cœur du Canada paru en 2000, *Le nouveau visage des maladies cardio-vasculaires au Canada*, « Les cardiopathies ischémiques causent le plus de décès [en raison des maladies cardiovasculaires au Canada], soit 20 %; la moitié de ces décès sont attribuables à un infarctus aigu du myocarde⁶. » Le diabète est associé à une augmentation des facteurs de risque qui contribuent à un infarctus aigu du myocarde (IAM), tels que l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol et de triglycérides élevé.

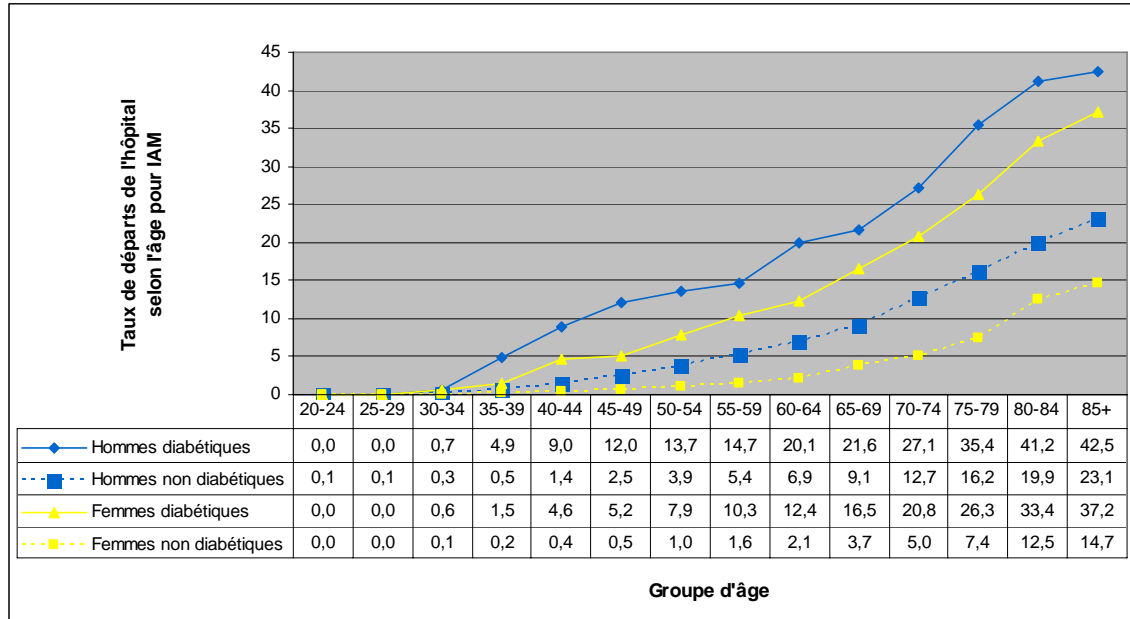
Figure 13 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde (IAM) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



La figure 13 révèle que les taux de départs de l'hôpital pour les infarctus aigus du myocarde (IAM) étaient sensiblement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, pendant tous les cinq exercices étudiés. Les taux de départs de l'hôpital chez les hommes étaient plus élevés que chez les femmes, à la fois chez les personnes diabétiques et non diabétiques.

Taux selon l'âge

Figure 14 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **infarctus aigu du myocarde (IAM)** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Comme le démontre la figure 14, les taux de départs de l'hôpital pour IAM des personnes diabétiques et non diabétiques augmentent avec l'âge. Cette augmentation est davantage marquée chez les hommes diabétiques du groupe d'âge de 65 à 69 ans et plus et chez les femmes diabétiques du groupe d'âge de 60 à 64 ans et plus. Chez les femmes et les hommes non diabétiques, l'augmentation est davantage marquée chez les personnes du groupe d'âge de 60 à 64 ans et plus. Les infarctus aigus du myocarde diagnostiqués à l'hôpital étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes tant diabétiques que non diabétiques, tous groupes d'âge confondus.

Taux selon la région

Le taux de départs de l'hôpital pour IAM était sensiblement plus élevé chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 15 et 16).

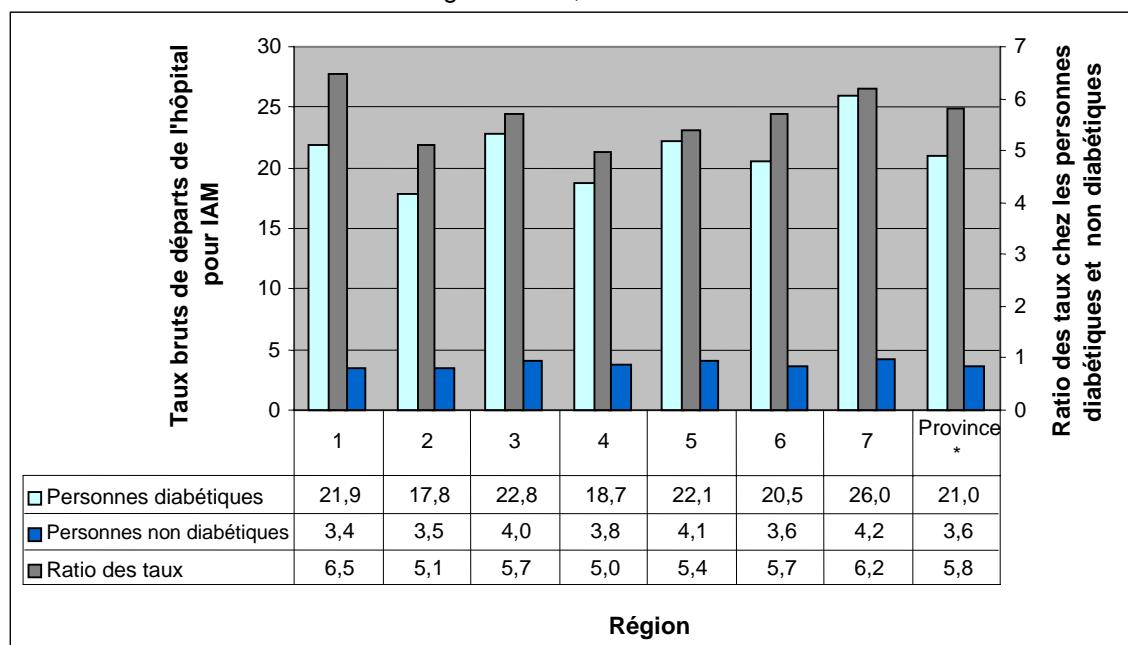
Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 17,8 par 1 000 personnes dans la région 2 à 26,0 par 1 000 personnes dans la région 7. Toutefois, chez les hommes non

COMORBIDITÉS

diabétiques, les taux variaient de 3,4 par 1 000 personnes dans la région 1 à 4,2 par 1 000 personnes dans la région 7.

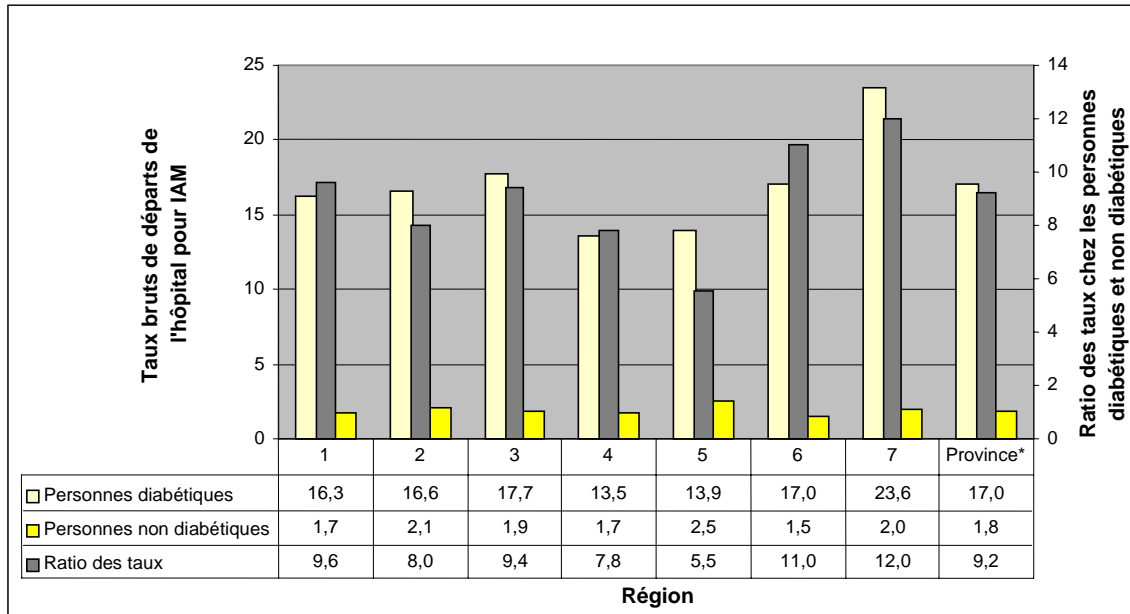
Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 13,5 par 1 000 personnes dans la région 4 à 23,6 par 1 000 personnes dans la région 7. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 1,5 par 1 000 personnes dans la région 6 à 2,5 par 1 000 personnes dans la région 5.

Figure 15 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **infarctus aigu du myocarde (IAM)** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Figure 16 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **infarctus aigu du myocarde** (IAM) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour IAM étaient en moyenne 5,8 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Les ratios des taux de départs de l'hôpital chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques variaient de 5,0 dans la région 4 à 6,5 dans la région 1 (axe des ordonnées du côté droit, figure 15).

Le diabète a davantage de répercussions sur les taux pour IAM des femmes que des hommes. Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour IAM étaient 9,4 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. Les ratios des taux de départs de l'hôpital chez les femmes diabétiques par rapport aux femmes non diabétiques variaient de 5,5 dans la région 5 à 12,0 dans la région 7 (axe des ordonnées du côté droit, figure 16).

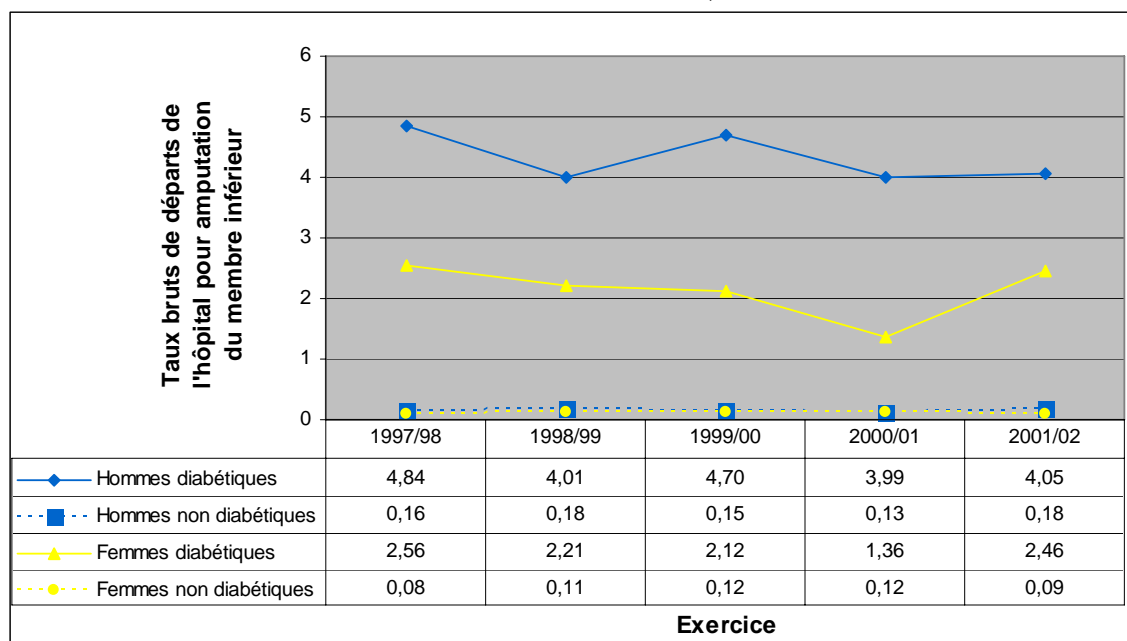
Amputation d'un membre inférieur (en raison de la maladie vasculaire périphérique)

(Codes d'intervention du CIM-9MC : 8411 à 8417, à l'exception de CIM-9MC : 170, 171, 213, 740-759, 800 à 900, 901 à 904, 940 à 950)

Une des complications du diabète est la macroangiopathie qui contribue à une diminution de la circulation sanguine. L'un des résultats possibles de cette diminution de la circulation sanguine est l'amputation d'un membre inférieur³.

Les taux de départs de l'hôpital pour l'amputation d'un membre inférieur étaient excessivement plus élevés chez les hommes et les femmes diabétiques que chez les non diabétiques (figure 17). Les taux de départs de l'hôpital chez les hommes étaient plus élevés que chez les femmes, et ce pendant tous les cinq exercices étudiés à la fois chez les personnes diabétiques et non diabétiques. Par contre, on remarquait une plus grande augmentation des taux chez les personnes diabétiques.

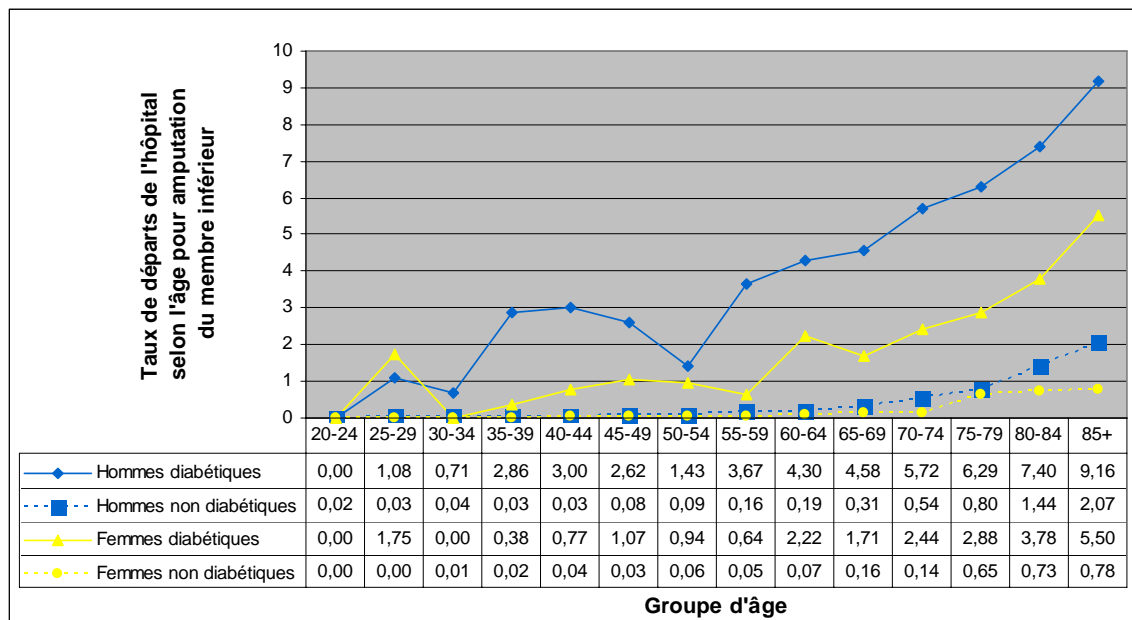
Figure 17 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **amputation d'un membre inférieur** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon l'âge

En raison du faible nombre de cas, les taux de départs de l'hôpital pour amputation du membre inférieur chez les groupes d'âge inférieurs fluctuaient de manière incohérente (figure 18). Chez les hommes âgés de 20 à 24 ans et chez les femmes âgées de 30 à 34 ans, les taux de départs de l'hôpital étaient sensiblement plus élevés que chez les personnes non diabétiques. Chez les personnes non diabétiques, les taux augmentent habituellement avec l'âge alors que chez les personnes diabétiques, on ne relevait aucune tendance jusqu'aux groupes d'âge de 50 à 54 ans chez les hommes et de 55 à 59 ans chez les femmes. Chez ces groupes d'âge, les taux ont commencé à augmenter de façon beaucoup plus radicale et ont continué à croître avec l'augmentation de l'âge. Les taux de départs de l'hôpital chez les hommes dépassaient ceux des femmes, à l'exception des personnes diabétiques du groupe d'âge de 25 à 29 ans et des personnes non diabétiques du groupe d'âge de 40 à 44 ans où l'inverse a été observé.

Figure 18 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **amputation d'un membre inférieur** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon la région

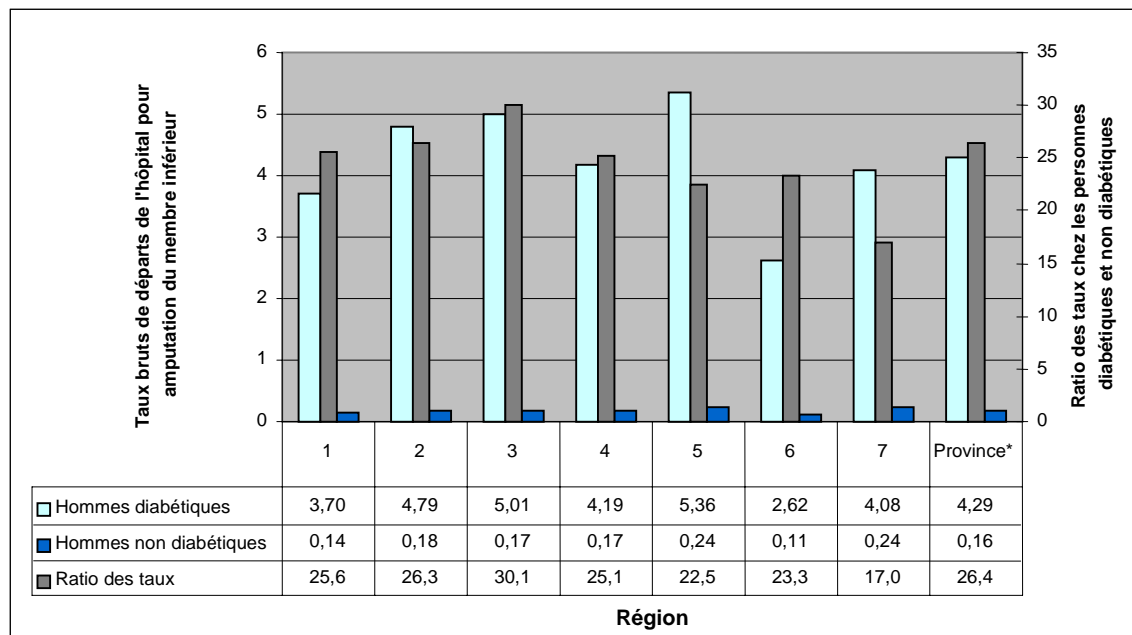
Les taux de départs de l'hôpital pour amputation d'un membre inférieur étaient beaucoup plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et dans toutes les sept régions sanitaires (figures 19 et 20).

COMORBIDITÉS

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 2,62 par 1 000 personnes dans la région 6 à 5,36 par 1 000 personnes dans la région 5. Toutefois, chez les hommes non diabétiques, les taux variaient de 0,11 par 1 000 personnes dans la région 6 à 0,24 par 1 000 personnes dans les régions 5 et 7.

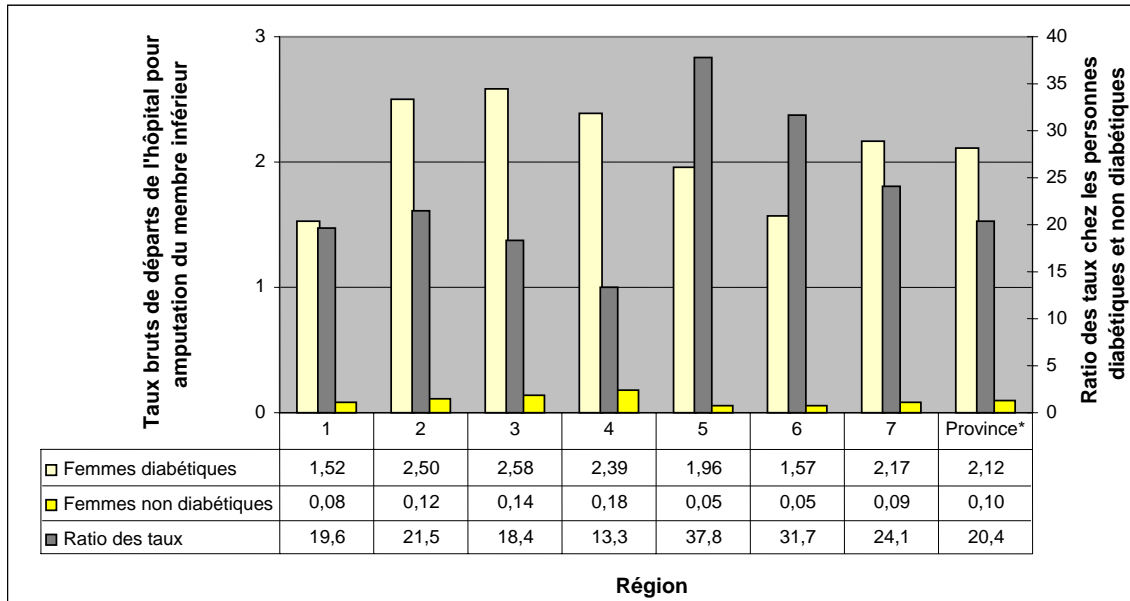
Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 1,52 par 1 000 personnes dans la région 1 à 2,58 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 0,05 par 1 000 personnes dans les régions 5 et 6 à 0,18 par 1 000 personnes dans la région 4.

Figure 19 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **amputation d'un membre inférieur** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Figure 20 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **amputation d'un membre inférieur** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour amputation d'un membre inférieur étaient 26,4 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Le ratio des taux de départs de l'hôpital chez les hommes diabétiques et chez les hommes non diabétiques variait de 17,0 dans la région 7 à 30,1 dans la région 3 (axe des ordonnées du côté droit, figure 19).

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour amputation d'un membre inférieur étaient 20,4 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. Le ratio des taux de départs de l'hôpital chez les femmes diabétiques et chez les femmes non diabétiques variait de 13,3 dans la région 4 à 37,8 dans la région 5 (axe des ordonnées du côté droit, figure 20).

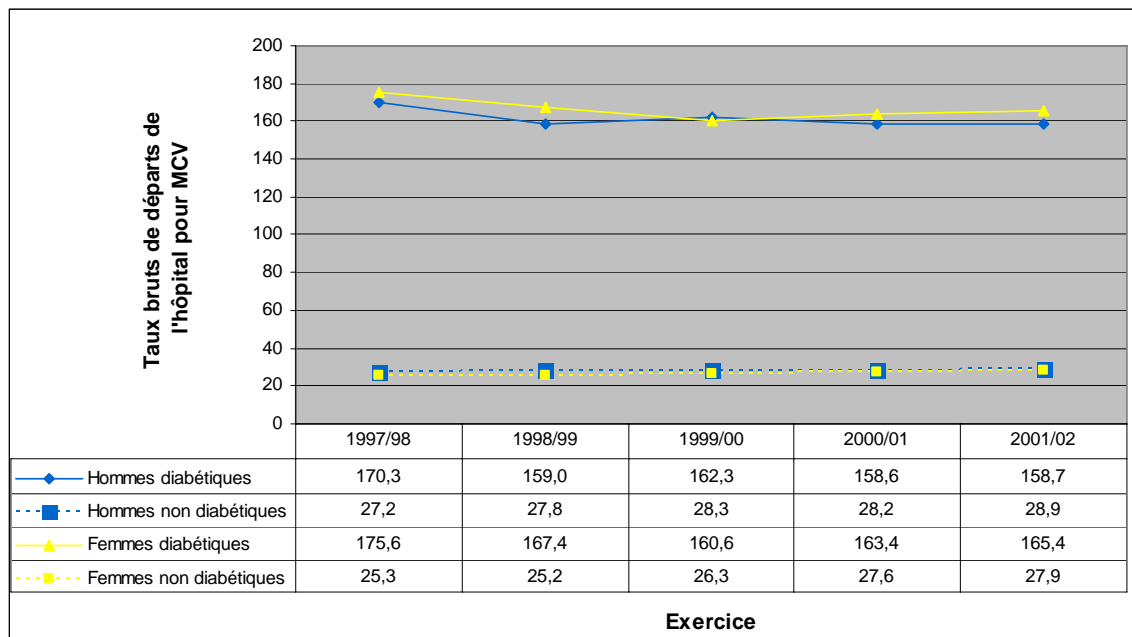
Maladie cardiovasculaire

(CIM-9MC : 390 à 448)

Les maladies cardiovasculaires (cardiopathie et accidents vasculaires cérébraux) constituent la principale cause de décès⁶ représente 36% de toutes les décès et la troisième cause de perte possible d'années de vie au Canada chez les personnes âgées de 75 ans et moins⁶. L'incidence des maladies cardiovasculaires et un grand nombre des facteurs de risque qui donnent lieu à des maladies cardiovasculaires est plus grande chez les diabétiques. Dans cette section, les maladies cardiovasculaires ne comprennent pas les accidents vasculaires cérébraux. Les accidents vasculaires cérébraux, en tant que comorbidité du diabète, seront étudiés séparément.

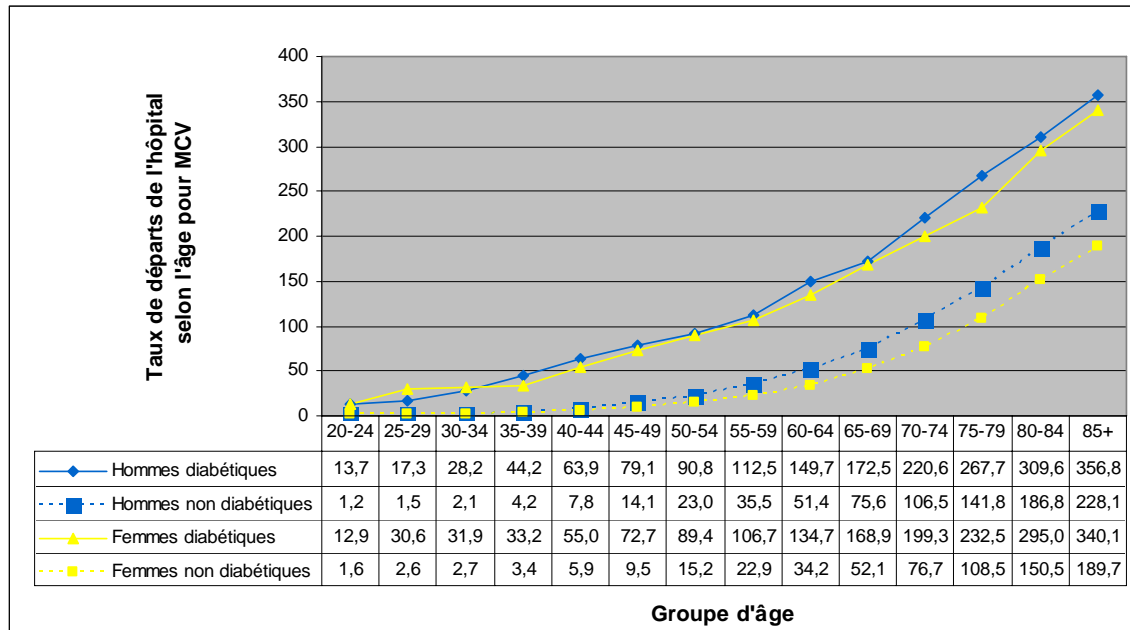
Les taux de départs de l'hôpital pour les maladies cardiovasculaires (MCV) étaient sensiblement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, (figure 21). Les taux étaient semblables tant chez les femmes que chez les hommes, quoique chez les personnes diabétiques, les taux étaient en moyenne un peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes, où l'inverse a été observé chez les personnes non diabétiques.

Figure 21 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **maladie cardiovasculaire** (MCV) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon l'âge

Figure 22 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **maladie cardiovasculaire** (MCV) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Les taux de départs de l'hôpital pour les MCV augmentent avec l'âge chez les hommes et chez les femmes diabétiques et non diabétiques (figure 22). Les taux étaient plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes de tout âge. Dans le cas des personnes non diabétiques, les taux étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à l'exception des personnes des groupes d'âge inférieurs, de 20 à 34 ans, où l'inverse a été observé. Chez les diabétiques, les taux étaient également plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à l'exception des personnes âgées de 25 à 34 ans, où les taux chez les femmes étaient supérieurs à ceux des hommes.

Taux selon la région

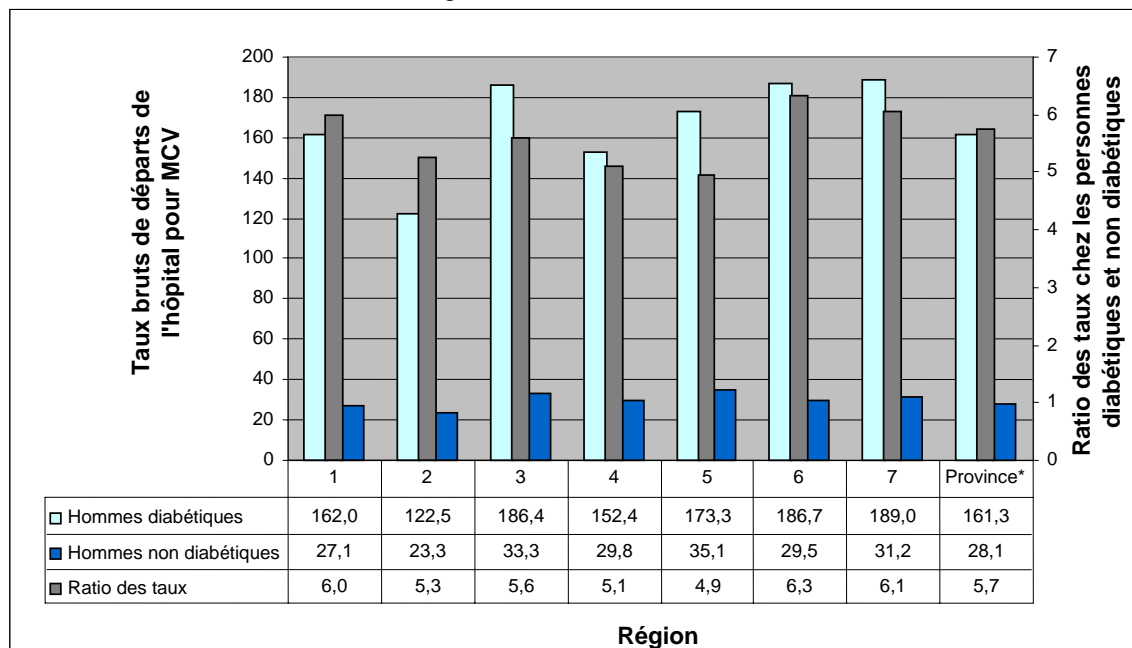
Le taux de départs de l'hôpital pour MCV était considérablement plus élevé chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 23 et 24).

COMORBIDITÉS

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 122,5 par 1 000 personnes dans la région 2 à 189,0 par 1 000 personnes dans la région 7 (figure 23). Dans le cas des hommes non diabétiques, les taux variaient de 23,3 par 1 000 personnes dans la région 2 à 35,1 par 1 000 personnes dans la région 5.

Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 120,1 par 1 000 personnes dans la région 2 à 196,0 par 1 000 personnes dans la région 6. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 20,9 par 1 000 personnes dans la région 2 à 35,2 par 1 000 personnes dans la région 5.

Figure 23 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **maladie cardiovasculaire (MCV)** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

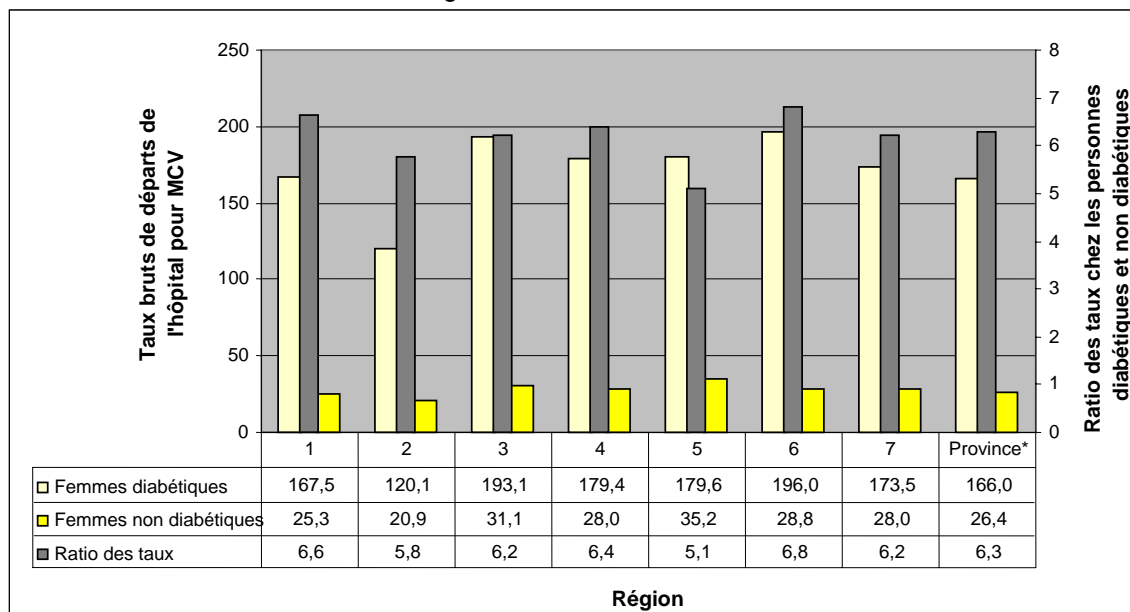
Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Les départs de l'hôpital pour MCV chez les hommes diabétiques du Nouveau-Brunswick étaient 5,7 fois plus élevés que chez les hommes non diabétiques. La région 6 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus élevé chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques, soit de 6,3, alors que la région 4 présentait le ratio

des taux de départs de l'hôpital le plus faible chez le même groupe, soit de 5,1 (axe des ordonnées du côté droit, figure 23).

Les départs de l'hôpital pour MCV chez les femmes diabétiques du Nouveau-Brunswick étaient 6,3 fois plus élevées que chez les femmes non diabétiques. La région 6 affichait le ratio des taux d'hospitalisation le plus élevé chez les femmes diabétiques par rapport aux femmes non diabétiques, soit de 6,8, alors que la région 5 présentait le ratio des taux d'hospitalisation le plus faible chez le même groupe, soit de 5,1 (axe des ordonnées du côté droit, figure 24).

Figure 24 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **maladie cardiovasculaire** (MCV) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



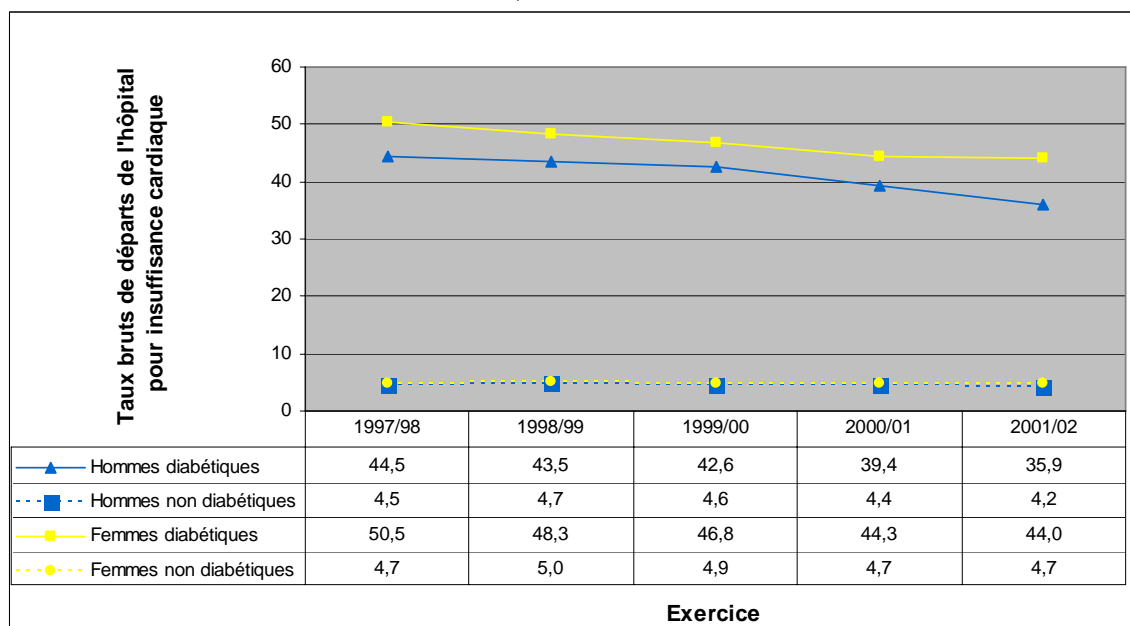
* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Insuffisance cardiaque

(CIM-9MC : 428)

Les taux de départs de l'hôpital pour insuffisance cardiaque chez les femmes diabétiques étaient supérieurs à ceux des hommes diabétiques (figure 25). Pour les personnes non diabétiques les taux étaient très semblables tant chez les femmes que chez les hommes. Les taux de départs de l'hôpital étaient beaucoup plus élevés chez les hommes et les femmes diabétiques que chez les personnes non diabétiques et ce pendant tous les cinq exercices étudiés.

Figure 25 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **insuffisance cardiaque** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

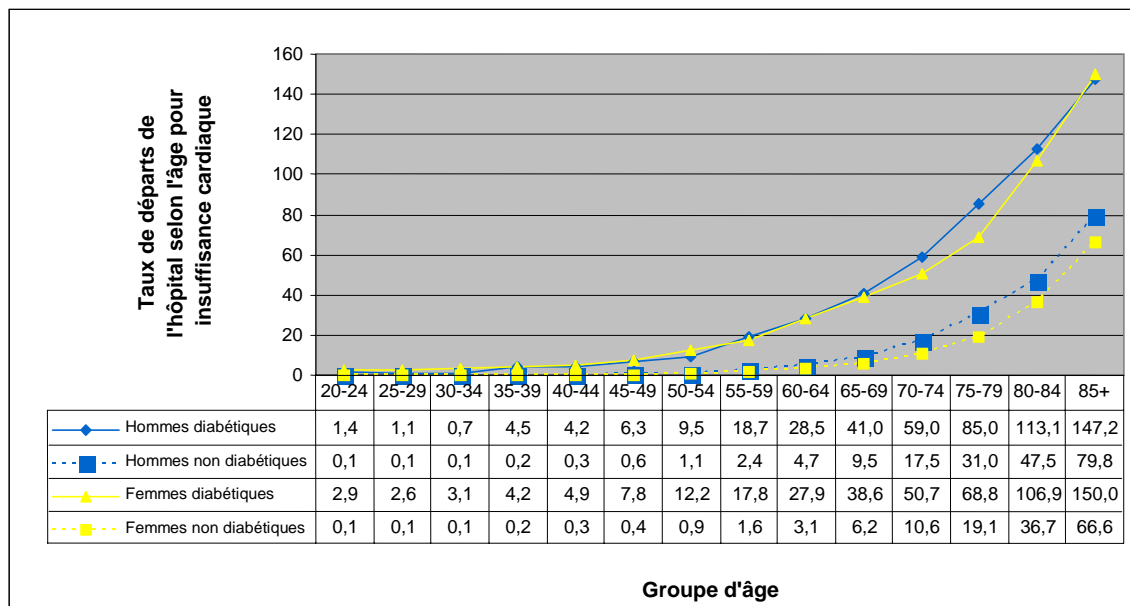


Taux selon l'âge

Les taux de départs de l'hôpital pour insuffisance cardiaque augmentent généralement avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes diabétiques et non diabétiques. Cependant, chez les personnes diabétiques, cette tendance était incohérente chez les hommes de moins de 45 ans et chez les femmes de moins de 35 ans (figure 26). Les taux étaient plus élevés chez les personnes atteintes de diabète que chez les personnes qui n'en étaient pas atteintes, tant chez les femmes que chez les hommes de tout âge.

Les taux chez les hommes non diabétiques des groupes d'âge de 45 à 49 ans et plus dépassaient ceux des femmes non diabétiques du même groupe d'âge également. Les taux chez les hommes diabétiques du groupe d'âge de 55 à 59 ans jusqu'au groupe d'âge de 80 à 84 ans inclusivement, étaient plus élevés que chez les femmes des mêmes groupes d'âge. Dans le cas des groupes d'âge de 20 à 24 ans jusqu'au groupe d'âge de 50 à 54 ans, les taux chez les femmes diabétiques étaient supérieurs à ceux des hommes, à l'exception du groupe d'âge de 35 à 39 ans.

Figure 26 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **insuffisance cardiaque** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon la région

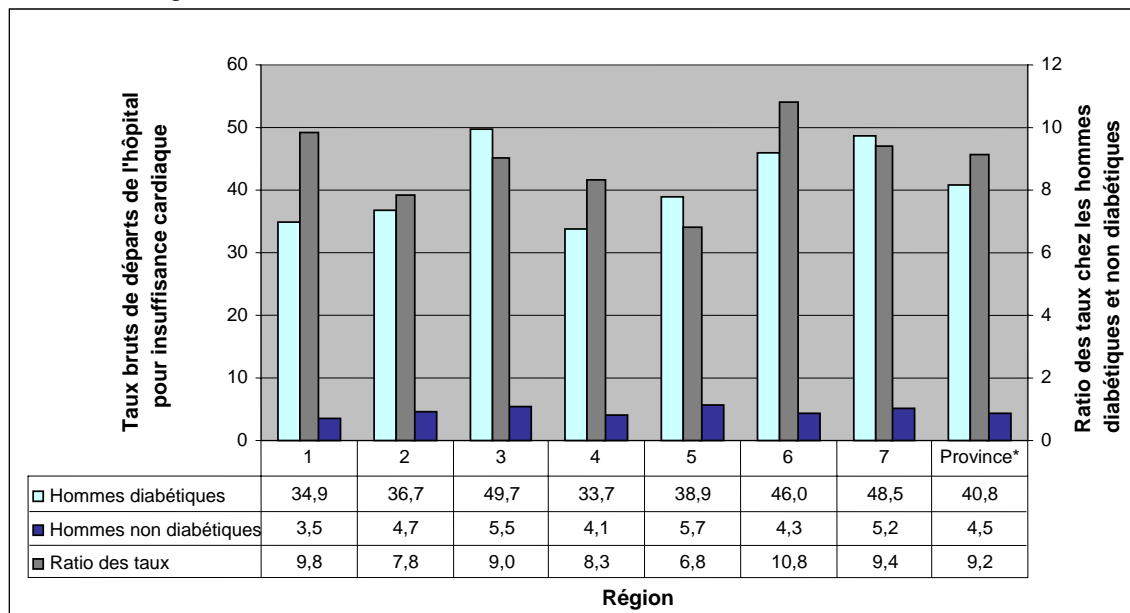
Le taux de départs de l'hôpital pour insuffisance cardiaque était sensiblement plus élevé chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 27 et 28).

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 33,7 par 1 000 personnes dans la région 4 à 49,7 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les hommes non diabétiques, les taux variaient de 3,5 par 1 000 personnes dans la région 1 à 5,7 par 1 000 personnes dans la région 5.

COMORBIDITÉS

Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 40,0 par 1 000 personnes dans les régions 1 et 4, à 55,9 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 3,7 par 1 000 personnes dans la région 1 à 6,6 par 1 000 personnes dans la région 5.

Figure 27 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **insuffisance cardiaque** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

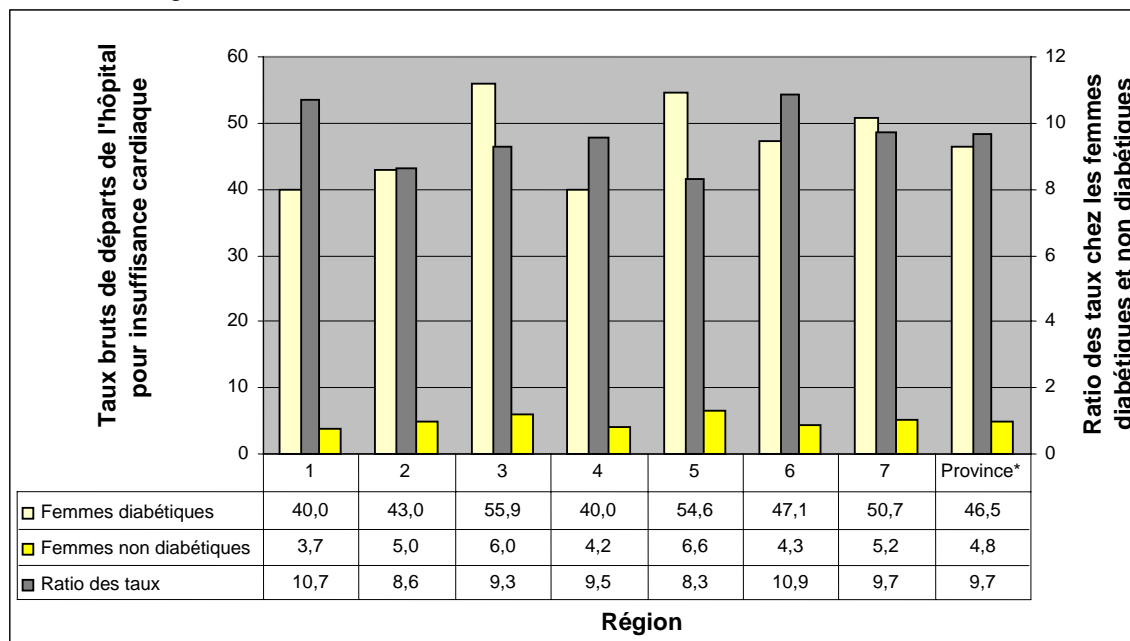
Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Le taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque chez les hommes diabétiques du Nouveau-Brunswick était 9,2 fois plus élevées que chez les hommes non diabétiques. La région 2 affichait le ratio des taux d'hospitalisation le plus faible chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques, soit de 7,8 alors que la région 6 présentait le ratio des taux d'hospitalisation le plus élevé chez le même groupe, soit de 10,8 (axe des ordonnées du côté droit, figure 27).

Le taux de départs de l'hôpital pour insuffisance cardiaque au Nouveau-Brunswick était 9,7 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. La région 5 affichait le ratio des taux d'hospitalisation le plus faible chez les femmes

diabétiques par rapport aux femmes non diabétiques, soit de 8,3, alors que la région 6 présentait le taux d'hospitalisation le plus élevé chez le même groupe, soit de 10,9 (axe des ordonnées du côté droit, figure 28).

Figure 28 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **insuffisance cardiaque** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

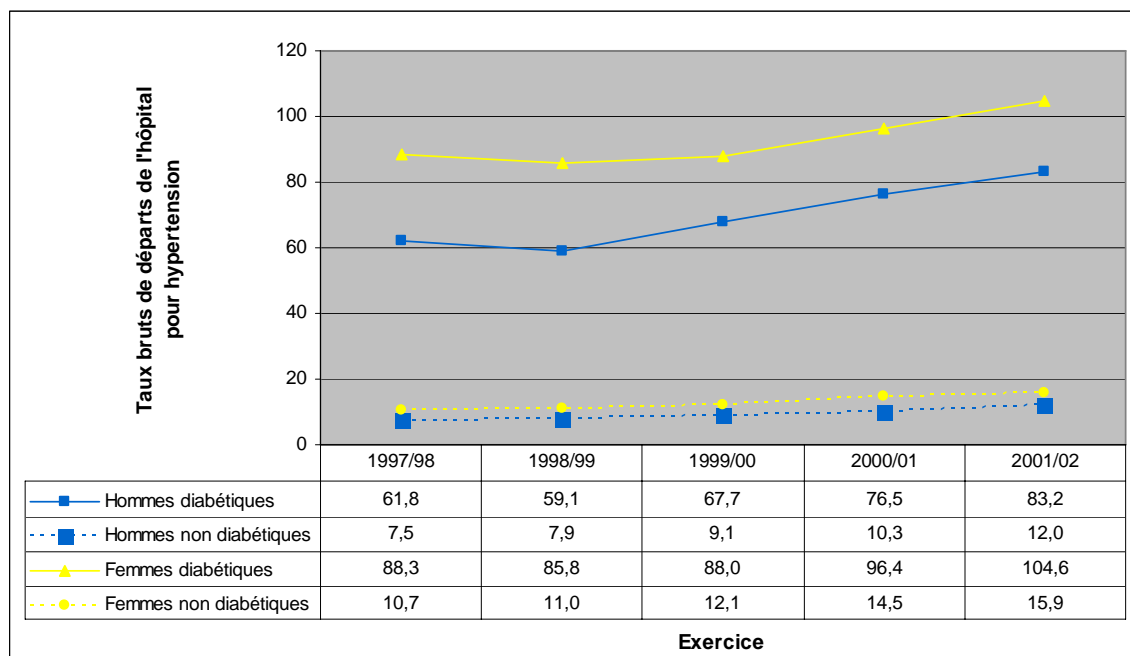
Hypertension (diagnostiquée à l'hôpital)

(CIM-9MC : 401 à 405)

Selon le rapport de la Fondation des maladies du cœur du Canada paru en 2000, *Le nouveau visage des maladies cardio-vasculaires au Canada*, « Le diabète non insulino-dépendant (souvent appelé diabète de type 2) est un important facteur de risque d'hypertension artérielle...⁶ »

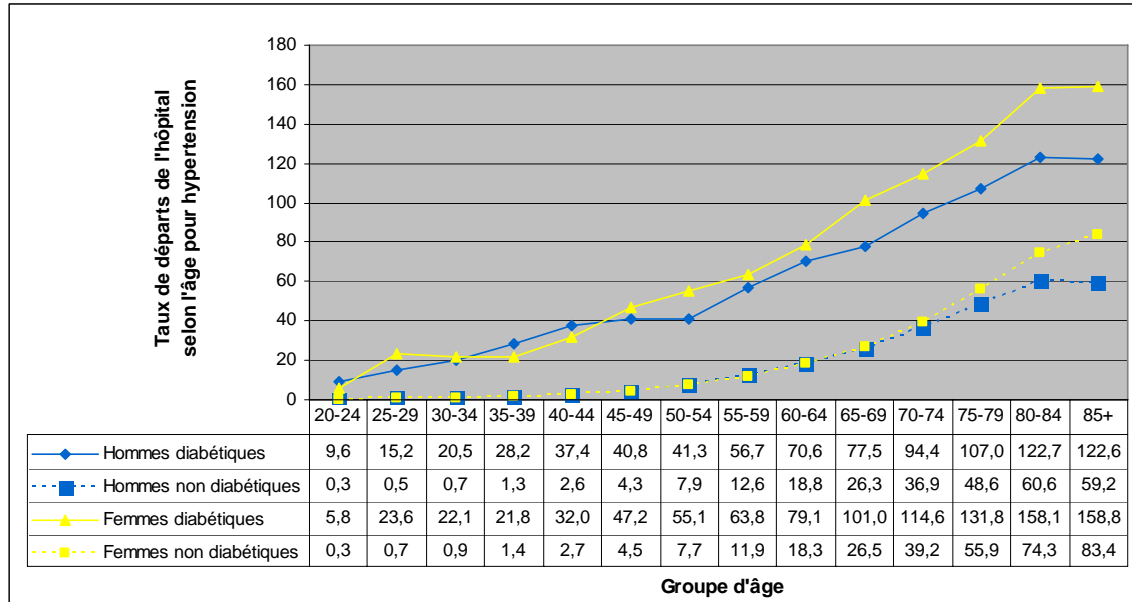
La figure 29 indique que les taux de départs de l'hôpital pour hypertension (diagnostiquée à l'hôpital) chez les hommes et les femmes étaient manifestement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques et ce pendant tous les cinq exercices étudiés. Les taux de départs de l'hôpital chez les femmes étaient plus élevés que chez les hommes, à la fois chez les personnes diabétiques et non diabétiques. Par contre, la différence des taux était plus marquante chez les personnes diabétiques.

Figure 29 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **hypertension** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon l'âge

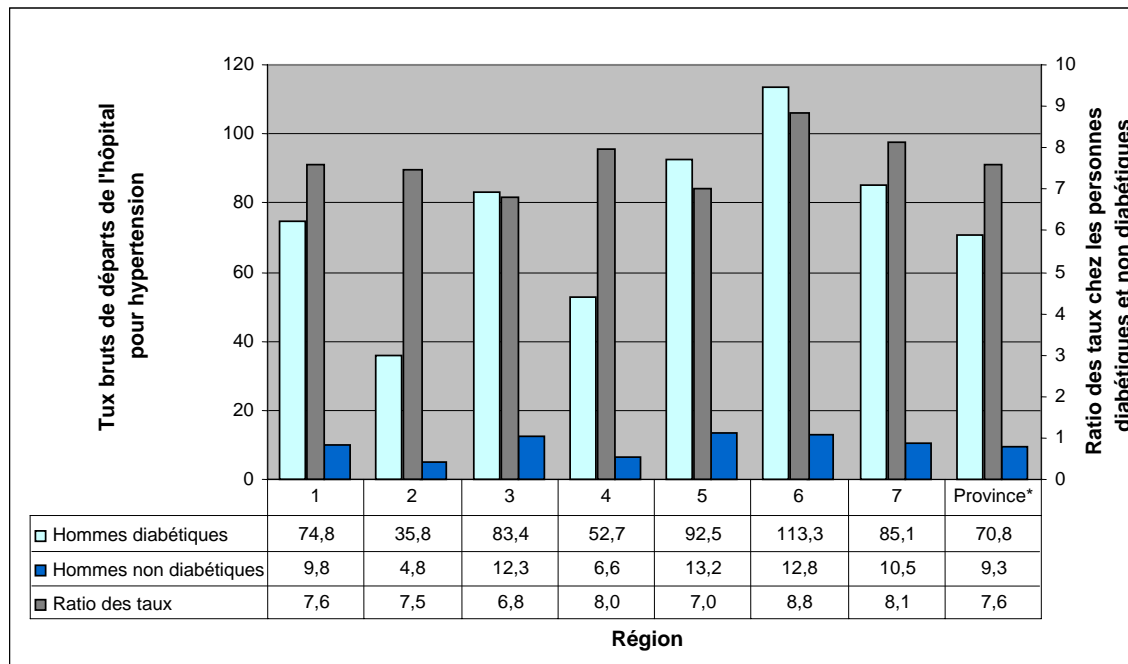
Figure 30 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **hypertension** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



La figure 30 montre que les taux de départs de l'hôpital pour hypertension étaient plus élevés chez les personnes diabétiques, tant chez les hommes que chez les femmes de tout groupe d'âge, que chez les personnes non diabétiques. Somme toute, les taux augmentent avec l'âge, tant chez les femmes que chez les hommes diabétiques et non diabétiques. Les taux de départs de l'hôpital chez les femmes diabétiques et non diabétiques dépassaient ceux des hommes, à l'exception des personnes du groupe d'âge de 20 à 24 ans et celles du groupe d'âge de 35 à 44 ans, où l'inverse a été observé. Les taux de départs de l'hôpital chez les femmes non diabétiques dépassaient également ceux des hommes, à l'exception des personnes du groupe d'âge de 20 à 24 ans et celles du groupe d'âge de 50 à 64 ans, où les taux chez les hommes étaient plus élevés que les taux chez les femmes.

Taux selon la région

Figure 31 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **hypertension** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Les taux bruts de départs de l'hôpital pour hypertension était beaucoup plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 31 et 32).

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 35,8 par 1 000 personnes dans la région 2 à 113,3 par 1 000 personnes dans la région 6. Toutefois, chez les hommes non diabétiques, les taux variaient de 4,8 par 1 000 personnes dans la région 2 à 13,2 par 1 000 personnes dans la région 5.

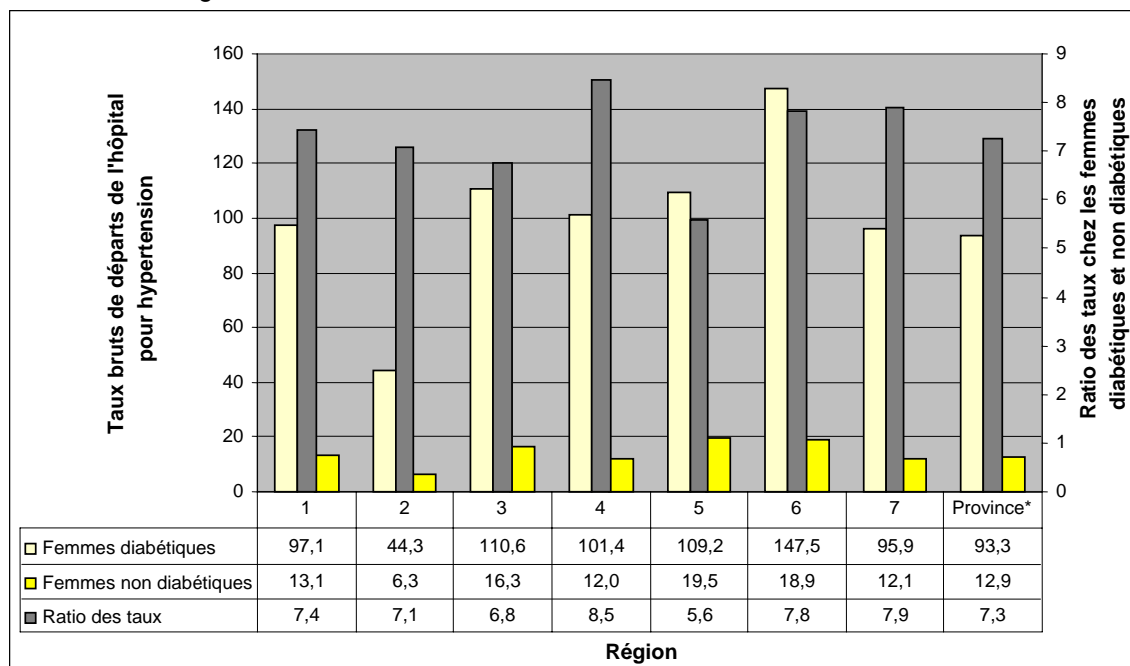
Chez les femmes diabétiques, les taux bruts de départs de l'hôpital variaient de 44,3 par 1 000 personnes dans la région 2 à 147,5 par 1 000 personnes dans la région 6. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 6,3 par 1 000 personnes dans la région 2 à 19,5 par 1 000 personnes dans la région 5.

Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour hypertension étaient 7,6 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. La région 3 affichait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus faibles chez les hommes diabétiques et non diabétiques, soit de 6,8, alors que la région 6 présentait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus élevés chez le même groupe, soit de 8,8 (axe des ordonnées du côté droit, figure 31).

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour hypertension étaient 7,3 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques (figure 32). La région 5 affichait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus faibles chez les femmes diabétiques et non diabétiques, soit de 5,6, alors que la région 4 présentait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus élevés chez le même groupe, soit de 8,5 (axe des ordonnées du côté droit, figure 32).

Figure 32 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **hypertension** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

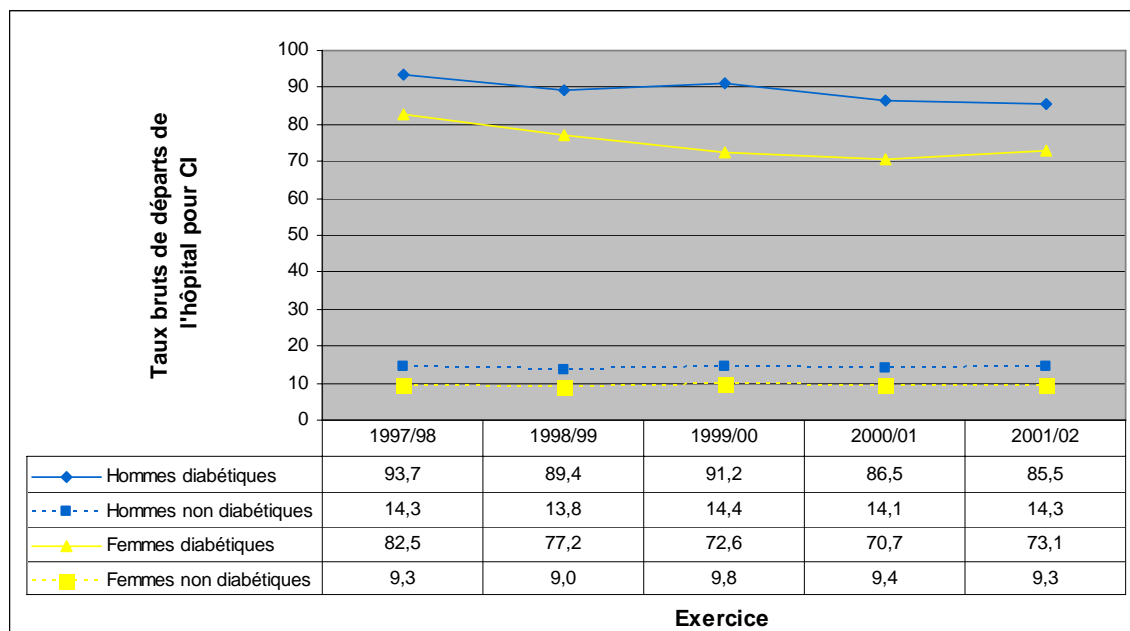
Cardiopathie ischémique

(CIM-9MC : 410 à 414)

Tel que mentionné dans la section traitant d'infarctus aigu du myocarde, la cardiopathie ischémique constitue la principale cause de décès attribuable aux maladies cardiovasculaires, alors que les maladies cardiovasculaires représentent la principale cause de décès au Canada ⁶. Le diabète est un facteur de risque important dans le développement de cardiopathie ischémique.

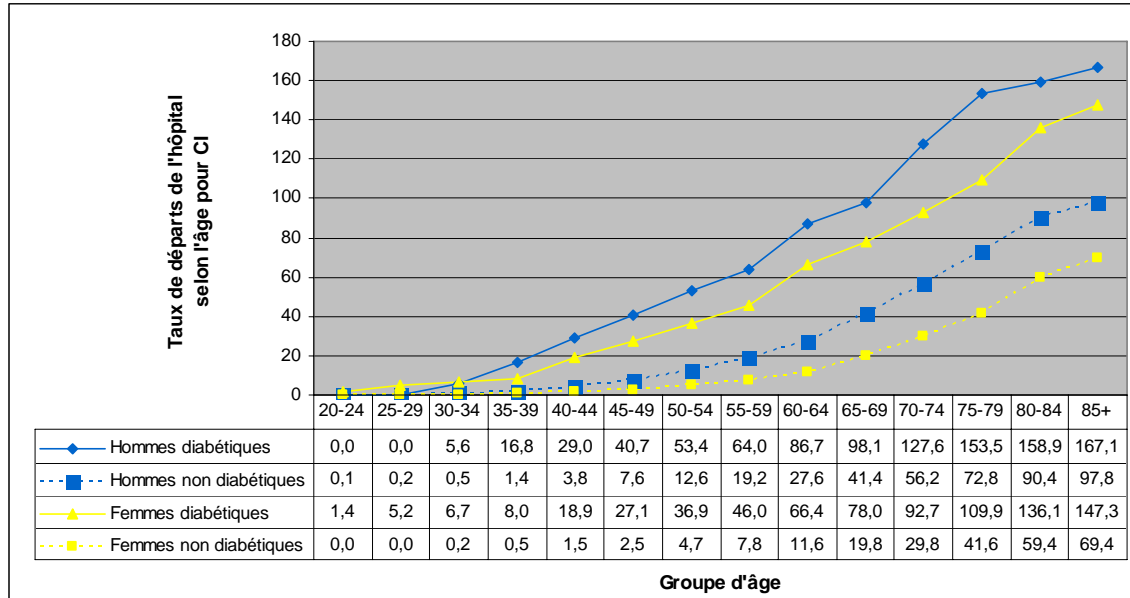
Comme le montre la figure 33, les taux de départs de l'hôpital pour cardiopathie ischémique (CI) étaient considérablement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes et ce pendant tous les cinq exercices étudiés. Les taux bruts de départs de l'hôpital chez les hommes dépassaient ceux des femmes, tant chez les personnes diabétiques que non diabétiques.

Figure 33 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **cardiopathie ischémique** (CI) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon l'âge

Figure 34 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **cardiopathie ischémique** (CI) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



La figure 34 indique que les taux de départs de l'hôpital pour CI augmentent avec l'âge chez les hommes et chez les femmes diabétiques et non diabétiques. Les taux de départs de l'hôpital pour cardiopathie ischémique étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à la fois chez les personnes diabétiques et non diabétiques. On notait toutefois une exception chez les personnes diabétiques du groupe d'âge de 20 à 29 ans où on ne rapportait aucun cas chez les hommes, et du groupe d'âge de 30 à 34 ans où le taux chez les femmes était supérieur à celui des hommes du même groupe d'âge. Les taux de départs de l'hôpital étaient plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes de tout âge. On note toutefois une exception chez les hommes diabétiques âgés de 20 à 34 ans.

Taux selon la région

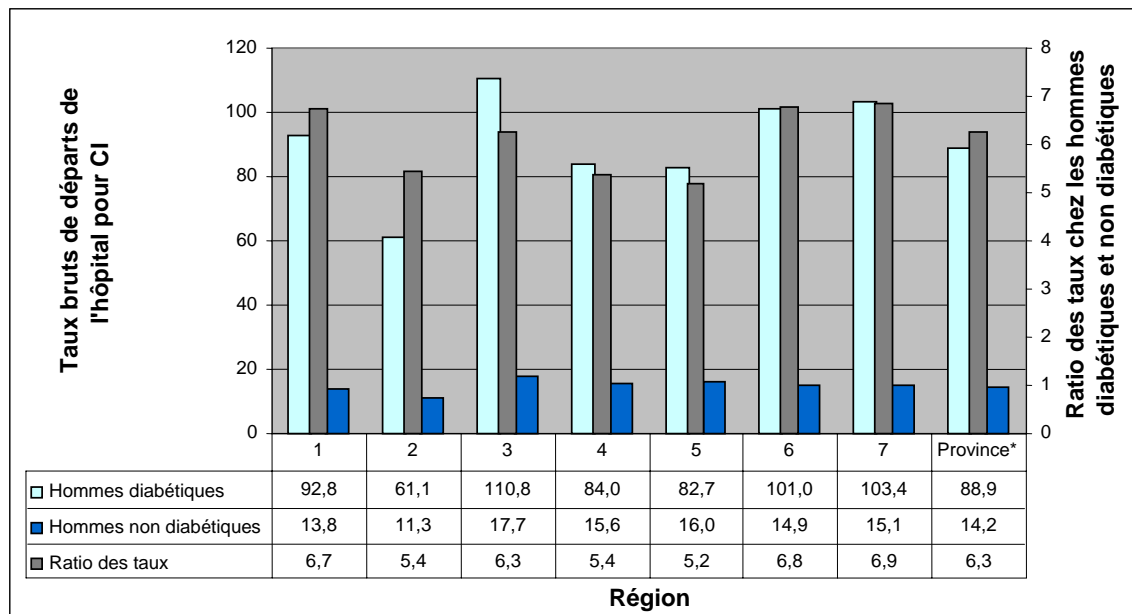
Les taux de départs de l'hôpital pour CI était manifestement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 35 et 36).

COMORBIDITÉS

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 61,1 par 1 000 personnes dans la région 2 à 110,8 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les hommes non diabétiques, les taux variaient de 11,3 par 1 000 personnes dans la région 2 à 17,7 par 1 000 personnes dans la région 3.

Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 50,8 par 1 000 personnes dans la région 2 à 97,2 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 6,9 par 1 000 personnes dans la région 2 à 12,0 par 1 000 personnes dans la région 3.

Figure 35 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **cardiopathie ischémique (CI)** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



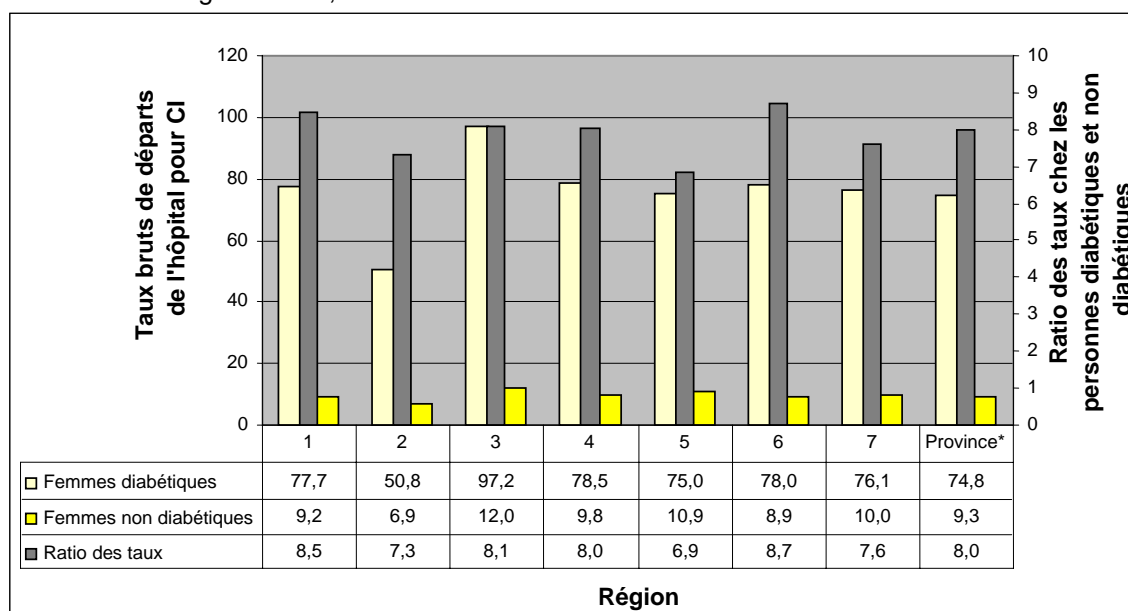
* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour cardiopathie ischémique (CI) étaient 6,3 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. La région 5 affichait le plus faible ratio des taux de départs de l'hôpital chez les hommes diabétiques et non diabétiques à 5,2 alors que la région 7 présentait le plus haut ratio des taux de départs de l'hôpital chez le même groupe à 6,9 (axe des ordonnées du côté droit, figure 35).

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour cardiopathie ischémique (CI) étaient 8 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. La région 5 affichait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus faible chez les femmes diabétiques et non diabétiques soit de 6,9 alors que la région 6 présentait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus élevé chez le même groupe soit de 8,7 (axe des ordonnées du côté droit, figure 36).

Figure 36 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **cardiopathie ischémique** (CI) par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



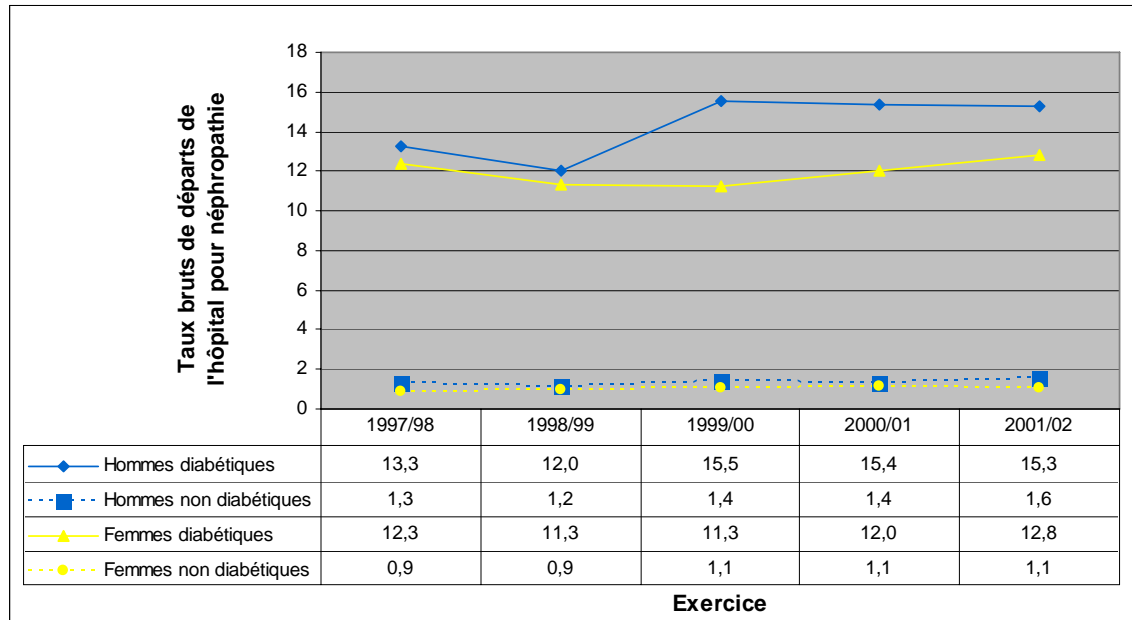
* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui n'apparaissent pas dans les données régionales.

Néphropathie

(CIM-9MC : 585 à 586)

La néphropathie peut être une complication du diabète qui, si elle n'est pas soignée, provoque une insuffisance rénale.

Figure 37 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **néphropathie** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

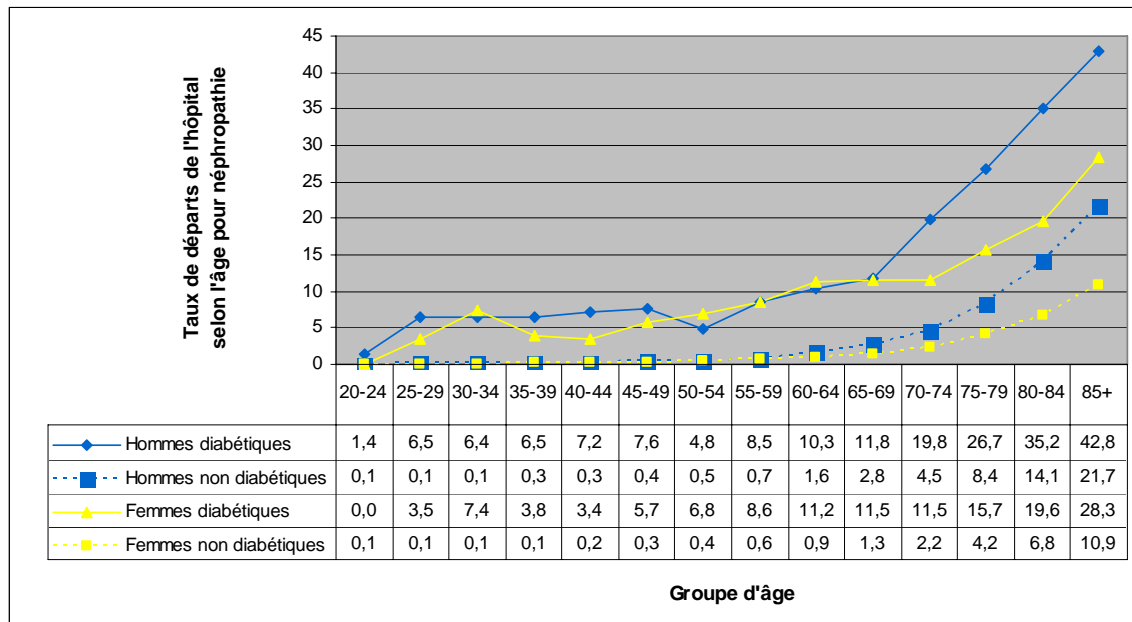


Les taux bruts de départs de l'hôpital pour néphropathie étaient beaucoup plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes (figure 37). Au cours de chacun des cinq exercices étudiés, les taux étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, particulièrement chez les personnes diabétiques.

Taux selon l'âge

Comme l'illustre la figure 38, les taux de départs de l'hôpital pour néphropathie chez les personnes diabétiques fluctuaient chez les hommes jusqu'au groupe d'âge de 55 à 59 ans. En revanche, ces taux ont continué à croître avec l'augmentation de l'âge et de façon beaucoup plus radicale chez les groupes d'âge de 65 à 69 ans et plus. Chez les femmes, il n'existait aucune tendance liée à l'âge, jusqu'à ce que les taux aient commencé à augmenter progressivement chez les groupes d'âge de 45 à 49 ans et plus. Les taux de départs de l'hôpital étaient supérieurs chez les femmes diabétiques de tout âge que chez les femmes non diabétiques. Cependant, chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, on ne rapportait aucun cas. Les taux chez les hommes non diabétiques dépassaient les taux chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge. Par contre, ce n'était pas le cas pour les personnes diabétiques où les taux chez les femmes étaient plus élevés que les taux chez les hommes des groupes d'âge de 30 à 34 ans et de 50 à 64 ans.

Figure 38 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **néphropathie** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



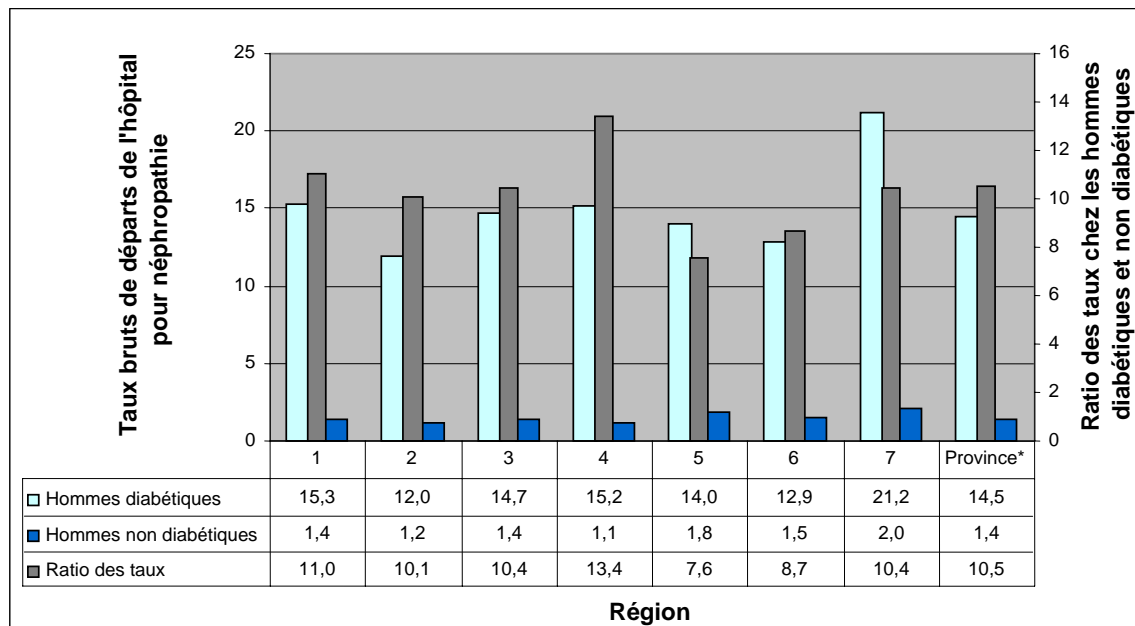
Taux selon la région

Les taux bruts de départs de l'hôpital pour néphropathie étaient sensiblement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 39 et 40).

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 12,0 par 1 000 personnes dans la région 2 à 21,2 par 1 000 personnes dans la région 7. Toutefois, chez les hommes non diabétiques, les taux variaient de 1,1 par 1 000 personnes dans la région 4 à 2,0 par 1 000 personnes dans la région 7.

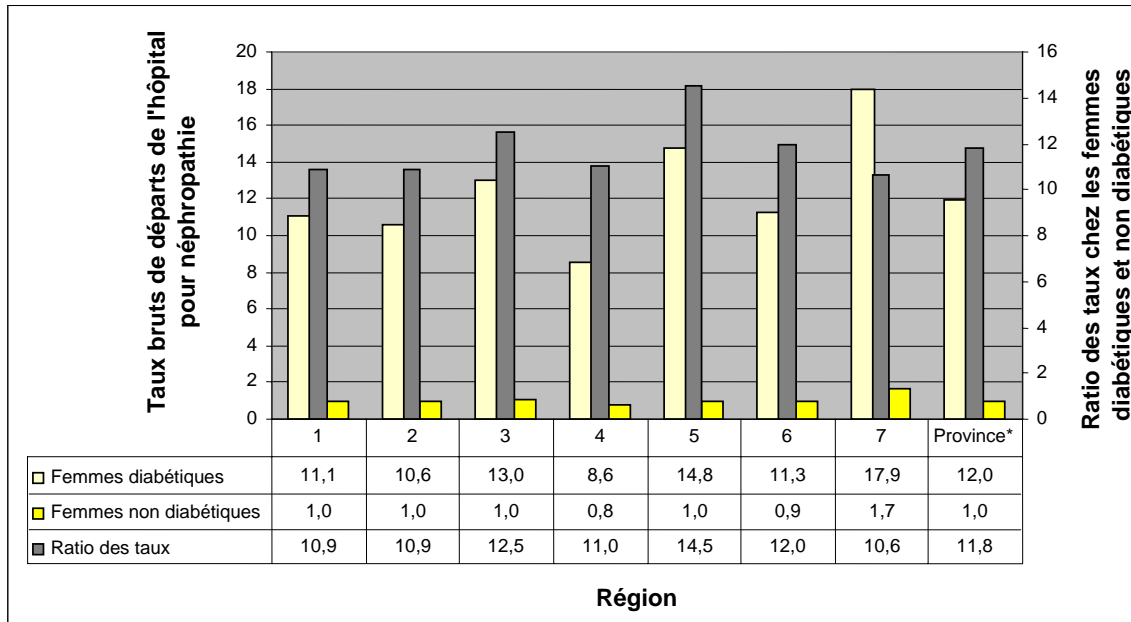
Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 8,6 par 1 000 personnes dans la région 4 à 17,9 par 1 000 personnes dans la région 7. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 0,8 par 1 000 personnes dans la région 4 à 1,7 par 1 000 personnes dans la région 7.

Figure 39 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **néphropathie** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Figure 40 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **néphropathie** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui n'apparaissent pas dans les données régionales.

Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour néphropathie étaient en moyenne 10,5 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. La région 5 affichait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus faibles chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques, soit de 7,6, alors que la région 4 présentait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus élevés chez le même groupe, soit de 13,4 (axe des ordonnées du côté droit, figure 39).

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour néphropathie étaient 11,8 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. La région 7 affichait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus faibles chez les femmes diabétiques par rapport aux femmes non diabétiques, soit de 10,6, alors que la région 5 présentait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus élevés chez le même groupe, soit de 14,5 (axe des ordonnées du côté droit, figure 40).

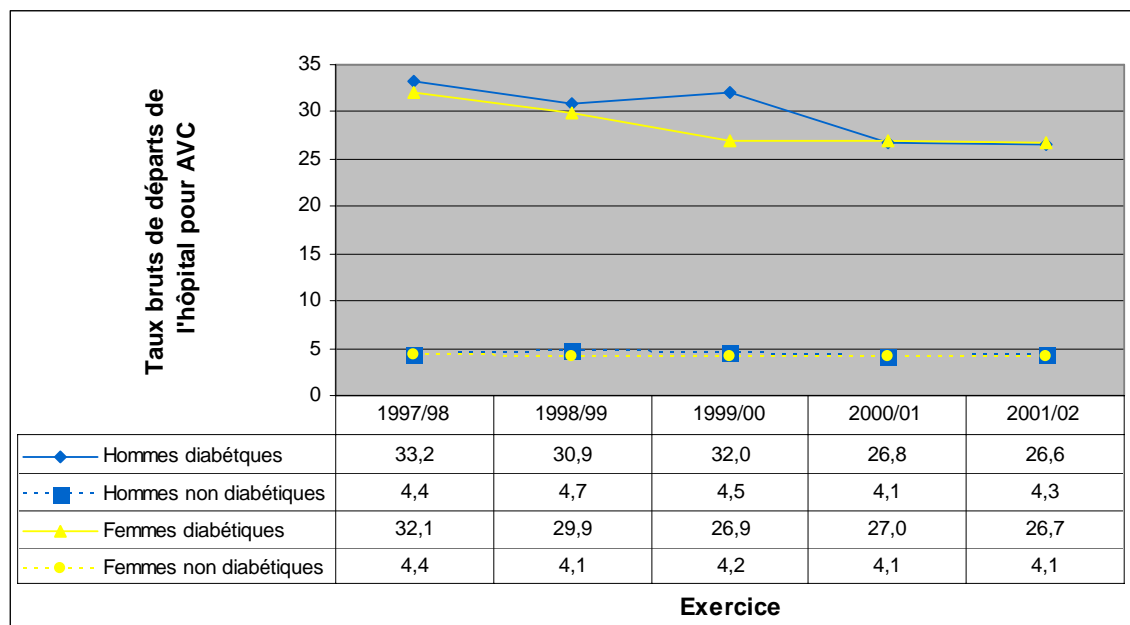
Accident vasculaire cérébral

(CIM-9MC : 430 à 438)

Les maladies cérébrovasculaires, qui comprennent les accidents vasculaires cérébraux, sont la cause de 7 % des décès attribuables aux maladies cérébrovasculaires au Canada⁶. Le diabète est un facteur de risque important des accidents vasculaires cérébraux.

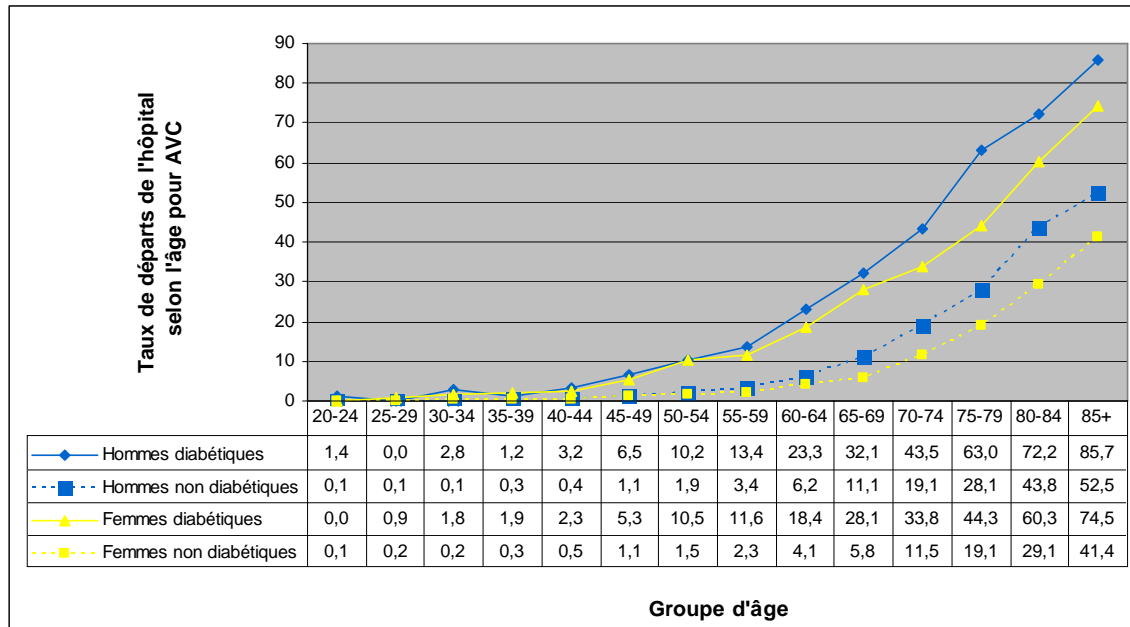
Les taux de départs de l'hôpital pour accidents vasculaires cérébraux chez les personnes diabétiques sont manifestement plus élevés que chez les personnes non diabétiques pour tous les exercices étudiés et ce, tant chez les femmes que chez les hommes (figure 41). Les taux de départs de l'hôpital n'étaient pas conformes chez les hommes et chez les femmes; les taux étaient semblables tant chez les personnes diabétiques que non diabétiques.

Figure 41 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **accidents vasculaires cérébrae (AVC)** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe et l'exercice : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.



Taux selon l'âge

Figure 42 : Taux de départs de l'hôpital selon l'âge pour **accidents vasculaires cérébraux** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, selon le sexe : Nouveau-Brunswick, 1997-1998 à 2001-2002.

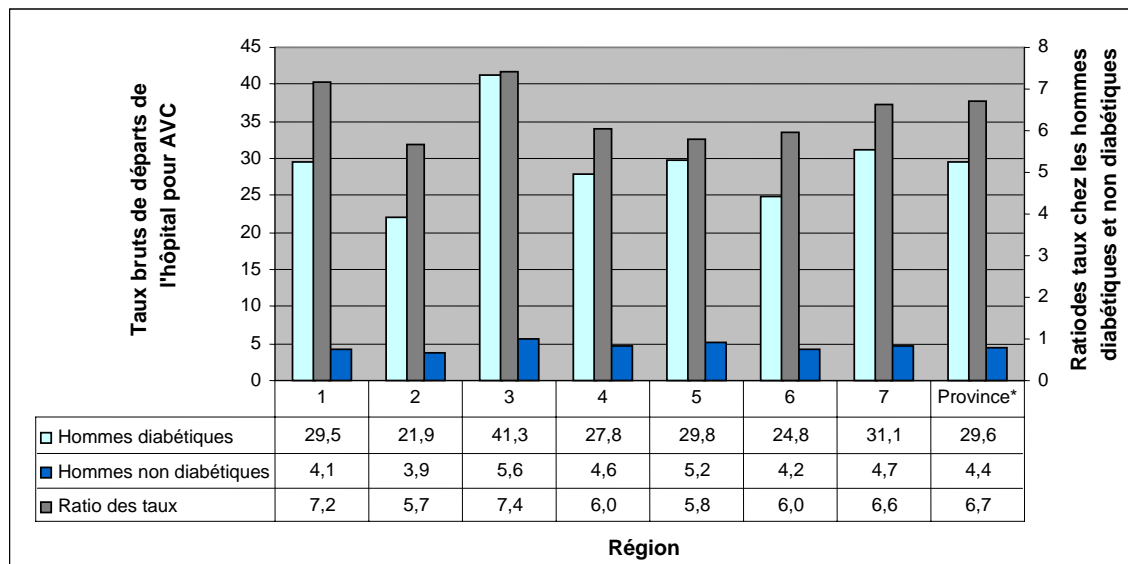


La figure 42 laisse voir que les taux de départs de l'hôpital pour les accidents vasculaires cérébraux augmentent avec l'âge. On remarque toutefois des écarts chez les hommes diabétiques de 20 à 34 ans et chez les hommes non diabétiques de 20 à 29 ans où les taux fluctuent en raison du petit nombre de cas. Les taux commencent à augmenter de façon prononcée chez les personnes diabétiques âgées de 55 à 59 ans et plus; alors que chez les personnes non diabétiques, cette augmentation ne s'est pas manifestée avant l'âge de 65 à 69 ans.

Les taux chez les hommes diabétiques des groupes d'âge de 40 à 44 et plus dépassaient ceux des femmes diabétiques du même groupe d'âge également. Les taux chez les hommes non diabétiques des groupes d'âge de 45 à 49 et plus dépassaient ceux des femmes non diabétiques du même groupe d'âge également. Les taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques surpassaient ceux des personnes non diabétiques, à l'exception des hommes du groupe d'âge de 25 à 29 ans et des femmes du groupe d'âge de 20 à 24 ans dans lesquels aucun cas de diabète n'a été observé.

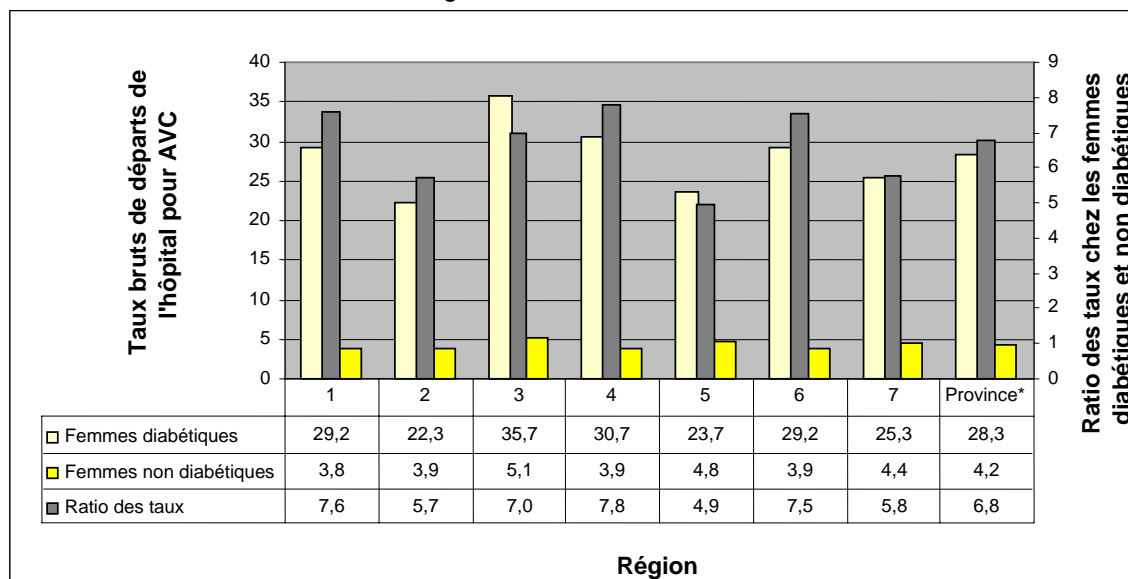
Taux selon la région

Figure 43 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **accidents vasculaires cérébrae** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : HOMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Figure 44 : Taux bruts de départs de l'hôpital pour **accidents vasculaires cérébrae** par tranche de 1 000 personnes diabétiques et non diabétiques âgées de 20 ans et plus, et ratio des taux des personnes diabétiques et non diabétiques : FEMMES, Nouveau-Brunswick et régions 1 à 7, 1997-1998 à 2001-2002.



* Les données provinciales comprennent les cas rapportés avec région de résidence inconnue qui ne font pas partie des données régionales.

Les taux de départs de l'hôpital pour accidents vasculaires cérébraux étaient sensiblement plus élevés chez les personnes diabétiques que non diabétiques, tant chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans toutes les sept régions sanitaires (figures 43 et 44).

Chez les hommes diabétiques, les taux variaient de 21,9 par 1 000 personnes dans la région 2 à 41,3 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les hommes non diabétiques, les taux variaient de 3,9 par 1 000 personnes dans la région 2 à 5,6 par 1 000 personnes dans la région 3.

Chez les femmes diabétiques, les taux variaient de 22,3 par 1 000 personnes dans la région 2 à 35,7 par 1 000 personnes dans la région 3. Toutefois, chez les femmes non diabétiques, les taux variaient de 3,8 par 1 000 personnes dans la région 1 à 5,1 par 1 000 personnes dans la région 3.

Ratio des taux de départs de l'hôpital chez les personnes diabétiques et non diabétiques

Au Nouveau-Brunswick, les taux de départs de l'hôpital pour AVC étaient 6,7 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. La région 2 affichait les ratios des taux de départs de l'hôpital les plus faibles chez les hommes diabétiques par rapport aux hommes non diabétiques soit de 5,7 alors que la région 3 présentait le ratio des taux de départs de l'hôpital le plus élevé chez le même groupe soit de 7,4 (axe des ordonnées du côté droit, figure 43).

Au Nouveau-Brunswick, les départs de l'hôpital pour AVC étaient 6,8 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. La région 5 affichait le ratio des taux d'hospitalisation le plus faible chez les femmes diabétiques par rapport aux femmes non diabétiques, soit de 4,9, alors que la région 4 présentait le ratio du taux d'hospitalisation le plus élevé chez le même groupe, soit de 7,8 (axe des ordonnées du côté droit, figure 44).

RÉFÉRENCES

1. BLANCHARD, J.F., H. DEAN, K. ANDERSON, A. WAJDA, S. LUDWIG et N. DEPEW. *Incidence and Prevalence of Diabetes in Manitoba, 1986-1991*, *Diabetes Care*, vol. 19 (1996), p. 807-811.
2. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SURVEILLANCE DU DIABÈTE, SNSD. *Projet de plan d'action pour la Stratégie nationale sur le diabète 2000-2010. Rapport du comité de coordination de la stratégie nationale sur le diabète (ébauche)*, Ottawa, Santé Canada, janvier 2003.
3. SANTÉ CANADA. *Le diabète au Canada Deuxième édition*, Ottawa, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques et Direction de la santé publique, Santé Canada, 2002.
4. SANTÉ CANADA. *Système national de surveillance du diabète (SNSD), Premier rapport (ébauche)*, Ottawa, Santé Canada, novembre 2003.
5. SANTÉ CANADA. *Relever le défi posé par le diabète au Canada, premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), 2003*, Ottawa, Santé Canada, 2003.
6. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA. *Le nouveau visage des maladies cardio-vasculaires au Canada, 2000*, Ottawa, Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999.
7. HUX, J.E., F. IVIS, V. FLINTOFT et A. BICA. « Diabetes in Ontario : Determination of Prevalence and Incidence using a Validated Administrative Data Algorithm », *Diabetes Care*, vol. 25, n° 3 (mars 2002), p. 512-516.
8. HUX, J.E., et M. TANG. « Patterns of Prevalence and Incidence of Diabetes », dans J.E. Hux, G.L. Booth, P.M. Slaughter, A. Laupacis (éditeurs), *Diabetes in Ontario : An ICES Practice Atlas : (Le diabète en Ontario : un atlas des pratiques de l'IRSS)*. Institut de recherche en services de santé, 2003: 1.1-1.18

9. LAST, J.M. (éd.). *A Dictionary of Epidemiology*, Toronto, Oxford University Press, 1983.
10. MACKENBACH, J.P., C.W. LOOMAN et J.B. VANDER MEER. « Differences in the Misreporting of Chronic Conditions, by Level of Education : the Effect on Inequalities in Prevalence Rates », *American Journal of Public Health*, vol. 86, no 5 (mai 1996), p. 706-711.
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Rapports annuels des Statistiques de l'état civil de 2002*, Nouveau-Brunswick, Direction des statistiques de l'état civil, 2002.
12. STATISTIQUE CANADA. ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES, 2000-2001, *Rapport sur la santé dans les collectivités canadiennes*, volume 2003, n° 2, Ottawa, Statistique Canada, 2003.
13. THACKER, S.B., et R.L. BERKELMAN. « Public health surveillance in the United States », *Epidemiology Review*, vol. 10 (1988), p. 164-190.
14. VAN TIL, L., et PEI DIABETES VALIDATION PROJECT. *Rapport présenté au Groupe de travail sur la validation du SNSD*, Charlottetown, Document Publishing Centre, mars 2001.

ACRONYMES

ASPC	Agence de santé publique du Canada
AVC	Accident vasculaire cérébrale
CI	Cardiopathie ischémique
CIM-9MC	Classification internationale des maladies, 9 ^e révision, modification clinique
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IAM	Infarctus aigu du myocarde
MCV	Maladie cardiovasculaire
SIGFUH	Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière
SNSD	Système national de surveillance du diabète
TMNA	Taux de mortalité normalisés selon l'âge
TINA	Taux d'incidence normalisés selon l'âge
TPNA	Taux de prévalence normalisés selon l'âge

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figures

- FIGURE 1 :** TAUX DE PRÉVALENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TPSA)* DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 10
- FIGURE 2 :** TAUX DE PRÉVALENCE DU DIABÈTE SELON L'ÂGE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 12
- FIGURE 3 :** TAUX DE PRÉVALENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TPNA)[†] DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : RÉGIONS 1 À 7, NOUVEAU-BRUNSWICK (1997-1998 À 2001-2002) ET CANADA (1999-2000)..... 14
- FIGURE 4 :** TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TINA)* DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 2000- 2001 À 2001-2002. 18
- FIGURE 5 :** TAUX D'INCIDENCE DU DIABÈTE SELON L'ÂGE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 2001-2002. 19
- FIGURE 6 :** TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TINA)* DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 2000-2001 À 2001-2002..... 21
- FIGURE 7 :** TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TMNA)* PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 23
- FIGURE 8 :** RATIO DU TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉ SELON L'ÂGE CHEZ LES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 24
- FIGURE 9 :** TAUX DE MORTALITÉ SELON L'ÂGE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS ET RATIO DU TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 25
- FIGURE 10 :** TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TMNA)[†] PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS : HOMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 26
- FIGURE 11 :** TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TMNA)[†] PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS : FEMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 27

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURE 12 : RATIO DES TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS (TMNA) SELON L'ÂGE DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	31
FIGURE 13 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (IAM) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.	33
FIGURE 14 : TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (IAM) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	34
FIGURE 15 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (IAM) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	35
FIGURE 16 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE (IAM) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	36
FIGURE 17 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	37
FIGURE 18 : TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	38
FIGURE 19 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	39
FIGURE 20 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	40
FIGURE 21 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR MALADIE CARDIOVASCULAIRE (MCV) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	41

FIGURE 22 : TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR MALADIE CARDIOVASCULAIRE (MCV) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	42
FIGURE 23 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR MALADIE CARDIOVASCULAIRE (MCV) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	43
FIGURE 24 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR MALADIE CARDIOVASCULAIRE (MCV) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	44
FIGURE 25 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. ...	45
FIGURE 26 : TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.	46
FIGURE 27 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.....	47
FIGURE 28 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR INSUFFISANCE CARDIAQUE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.....	48
FIGURE 29 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR HYPERTENSION PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	49
FIGURE 30 : TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR HYPERTENSION PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.....	50
FIGURE 31 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR HYPERTENSION PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.....	51

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

- FIGURE 32 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **HYPERTENSION** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 52
- FIGURE 33 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (CI)** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 53
- FIGURE 34 :** TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR **CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (CI)** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 54
- FIGURE 35 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (CI)** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 55
- FIGURE 36 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (CI)** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 56
- FIGURE 37 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **NÉPHROPATHIE** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002..... 57
- FIGURE 38 :** TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR **NÉPHROPATHIE** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002..... 58
- FIGURE 39 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **NÉPHROPATHIE** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 59
- FIGURE 40 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **NÉPHROPATHIE** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES, NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002..... 60
- FIGURE 41 :** TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR **ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRALE (AVC)** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 61
- FIGURE 42 :** TAUX DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL SELON L'ÂGE POUR **ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRALE** PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002. 62

FIGURE 43 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : HOMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	63
FIGURE 44 : TAUX BRUTS DE DÉPARTS DE L'HÔPITAL POUR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DES TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES : FEMMES , NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	63

Tableaux

TABLEAU 1 : TAUX BRUT ET TAUX DE PRÉVALENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TPNA) DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, PAR SEXE ET PAR EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.	8
TABLEAUX 2A À 2E : CAS PRÉVALENTS, TAUX BRUT ET TAUX DE PRÉVALENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TPNA) DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	
TABLEAU 2A : 1997-1998	12
TABLEAU 2B : 1998-1999	13
TABLEAU 2C : 1999-2000	13
TABLEAU 2D : 2000-2001	13
TABLEAU 2E : 2001-2002	14
TABLEAU 3 : TAUX BRUT ET TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TINA) DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 2000-2001 ET 2001-2002.	16
TABLEAUX 4A ET 4B : CAS NOUVEAUX, TAUX BRUT ET TAUX D'INCIDENCE NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TINA) DE DIABÈTE PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 2000-2001 À 2001-2002.	
TABLEAU 4A : 2000-2001	20
TABLEAU 4B : 2001-2002	20
TABLEAU 5 : TAUX BRUT ET TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TMNA) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, ET RATIO DU TAUX DES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK, 1997-1998 À 2001-2002.	22
TABLEAUX 6A À 6E : DÉNOMBREMENT DES DÉCÈS, TAUX BRUT ET TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE (TMNA) PAR TRANCHE DE 1 000 PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, PAR SEXE : NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	
TABLEAU 6A : 1997-1998	28
TABLEAU 6B : 1998-1999	28
TABLEAU 6C : 1999-2000	29
TABLEAU 6D : 2000-2001	29
TABLEAU 6E : 2001-2002	30
TABLEAU 7 : RATIO DES TAUX DE MORTALITÉ NORMALISÉS SELON L'ÂGE CHEZ LES PERSONNES DIABÉTIQUES ET NON DIABÉTIQUES ÂGÉES DE 20 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET L'EXERCICE : NOUVEAU-BRUNSWICK ET RÉGIONS 1 À 7, 1997-1998 À 2001-2002.	30

ANNEXE 1

Comparaison des chiffres de population du Système national de surveillance du diabète (SNSD) et de Statistique Canada pour le groupe d'âge de 20 ans et plus.

Régions	Dénombrement et Estimations (20 ans et plus)	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
1	Statistique Canada – estimation de juillet	140 919	142 502	144 588	146 720
	Dénombrement annuel SNSD	141 103	142 050	143 457	145 013
	SNSD : Statistique Canada (%)	100,13	99,68	99,22	98,84
2	Statistique Canada – estimation de juillet	131 254	132 062	130 108	130 723
	Dénombrement annuel SNSD	132 858	132 453	133 642	133 650
	SNSD : Statistique Canada (%)	101,22	100,30	102,72	102,24
3	Statistique Canada – estimation de juillet	123 778	125 102	125 620	127 188
	Dénombrement annuel SNSD	120 367	120 898	121 831	122 243
	SNSD : Statistique Canada (%)	97,24	96,64	96,98	96,11
4	Statistique Canada – estimation de juillet	40 426	40 675	40 491	40 525
	Dénombrement annuel SNSD	41 240	41 246	41 274	41 332
	SNSD : Statistique Canada (%)	102,01	101,40	101,93	101,99
5	Statistique Canada – estimation de juillet	24 121	24 101	23 497	23 168
	Dénombrement annuel SNSD	24 546	24 184	24 049	24 070
	SNSD : Statistique Canada (%)	101,76	100,34	102,35	103,89
6	Statistique Canada – estimation de juillet	66 708	66 993	65 798	65 457
	Dénombrement annuel SNSD	68 323	67 787	67 462	67 541
	SNSD : Statistique Canada (%)	102,42	101,19	102,53	103,18
7	Statistique Canada – estimation de juillet	37 022	37 313	36 753	36 695
	Dénombrement annuel SNSD	38 284	37 968	37 623	37 594
	SNSD : Statistique Canada (%)	103,41	101,76	102,37	102,45
Province	Statistique Canada – estimation de juillet	564 228	568 748	566 855	570 476
	Dénombrement annuel SNSD	575 685	574 824	577 581	579 135
	SNSD : Statistique Canada (%)	102,03	101,07	101,89	101,52

ANNEXE 2

Régies régionales de la santé

