

**RELEVER LE DÉFI POSÉ
PAR LE DIABÈTE AU
CANADA**

**Premier rapport du Système national
de surveillance du diabète (SNSD)
2003**

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

Disponible à www.SNSD.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs, et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de Santé Canada

Also available in English under the title:

*Responding to the Challenge of Diabetes in Canada
First Report of the National Diabetes Surveillance System (NDSS), 2003*

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représenté par le Ministre de la santé (2003)
Cat. N° H39-4/21-2003F
ISBN 0-662-75232-5
5603

REMERCIEMENTS

Beaucoup d'organismes sont partenaires du Système national de surveillance du diabète (SNSD) ou collaborent avec lui : gouvernements provinciaux/territoriaux, organisations non gouvernementales, groupes autochtones, universités/cliniciens, le gouvernement fédéral et GlaxoSmithKline Inc, commanditaire qui fait

œuvre de pionnier. La liste complète des participants et des personnes qui siègent actuellement aux comités du SNSD figure dans le rapport ou ses annexes. Nous remercions la contribution de tous les membres actuels ou passés du SNSD.

SOMMAIRE

Le diabète est un problème de santé publique grave qui prend de l'ampleur au Canada, particulièrement dans les populations autochtones. Des complications comme les maladies cardiaques et les accidents cérébraux vasculaires, la cécité, les néphropathies, les maladies nerveuses et les amputations alourdissent la morbidité et la mortalité associées au diabète.

Il n'y avait pas, jusqu'à maintenant, d'analyse canadienne continue, systématique et validée de la prévalence de base et d'autres renseignements sur le diabète. Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) est le mécanisme que l'on a mis au point pour produire de meilleures données sur le diabète. Ce réseau de systèmes régionaux de surveillance du diabète compile des données administratives sur les soins de santé qui ont trait au diabète et envoie à Santé Canada des données globales anonymes qui servent à des analyses nationales.

Ce premier rapport qui décrit en détail le SNSD traite des aspects suivants :

- ▼ concept à l'origine de l'utilisation des bases de données administratives sur les soins de santé pour suivre le fardeau morbide dans une population;
- ▼ études qui ont démontré la faisabilité et la validité du concept;
- ▼ activités visant à évaluer et à améliorer la capacité des provinces/territoires à participer au SNSD;
- ▼ points forts et limites de la démarche du SNSD;
- ▼ structure et gouvernance;
- ▼ importance particulière accordée aux populations autochtones;
- ▼ méthodes de saisie des données;
- ▼ données sur la prévalence et la mortalité;
- ▼ plans futurs, y compris validation d'un algorithme de diagnostic du diabète chez les moins de 20 ans.

Les données sur le SNSD comprennent les points saillants suivants :

- ▼ la prévalence du diabète s'établissait à 5,1 % chez les adultes du Canada en 1999-2000;
- ▼ 1 196 370 adultes du Canada vivaient avec un diabète diagnostiqué en 1999-2000;
- ▼ les adultes du Canada qui ont le diabète sont deux fois plus susceptibles de mourir prématurément que ceux qui ne l'ont pas;
- ▼ 41 483 Canadiens adultes qui avaient le diabète sont morts en 1999-2000.

Le SNSD représente la première utilisation nationale coordonnée de données administratives à des fins de surveillance de la santé publique. Le SNSD peut mesurer la prévalence, l'incidence et les résultats au fil du temps à la fois pour l'ensemble du Canada et pour des régions en particulier. Il peut, aussi pour la première fois, comparer l'utilisation des services de santé et d'autres aspects de l'évolution de l'état de santé des personnes qui ont le diabète et de celles qui ne l'ont pas. Ces caractéristiques du SNSD en font aussi un prototype de capacité améliorée et d'infrastructure nécessaires pour appuyer la

surveillance d'autres maladies qu'il est possible de suivre par le système de santé.

Le Canada était dans une position sans pareille pour établir ce type de système de surveillance, puisque son système d'assurance-maladie financé par le secteur public produit des données administratives individuelles. Comme il utilise de multiples bases de données, le SNSD peut réunir, sur le diabète, de l'information très supérieure à celle que produirait l'utilisation d'une seule source. La riche source de données qui en découle peut servir non seulement à la

surveillance, mais aussi à l'analyse de nombreuses questions portant sur les politiques et la recherche.

Le SNSD a catalysé la création de partenariats intéressants qui ont amené divers niveaux de compétence du Canada à collaborer pour atteindre le but commun qui consiste à alléger le fardeau imposé par le diabète. C'est peut-être ce qui est le plus important.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	i
Sommaire	ii
Liste des figures et tableaux	vii
Acronymes	viii
Introduction	1
Le défi posé par le diabète	3
Le diabète comme défi personnel	3
Le diabète comme défi national	3
Le diabète pose un défi particulier aux Autochtones du Canada	4
Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) – Une réponse au défi	5
Le concept d’origine	5
Faisabilité	5
Le modèle du SNSD	7
Création de compétences	8
Forces et limites.	9
Structure et gouvernance	11
Comité directeur	11
Groupes de travail	12
Partenariats.	12
Responsabilités	14
Lignes directrices	14

Point de mire sur les populations autochtones	16
Identification des données sur les Autochtones	16
Principes fondamentaux	17
Partenariats.	17
Méthodes de saisie des données	19
Fichier des facturations des médecins.	19
Fichier des hôpitaux	20
Registre de l'assurance-maladie	20
Traitement des données à l'échelon provincial/territorial	22
Validation des données	27
Faits et chiffres	29
Prévalence	29
Mortalité	33
Réalisations, plans et possibilités	37
Ce que le SNSD nous dit.	37
Ce que le SNSD ne nous dit pas	39
Ce que le SNSD nous dira sous peu.	39
Ce que le SNSD pourra nous dire à long terme	40
Trouver des réponses.	43
Références	44

Annexes

Annexe A : Formulaire d'évaluation de la capacité du SNSD	49
Annexe B : Activité régionale	58
Annexe C : Composition du Comité directeur du SNSD	62
Annexe D : Composition des groupes de travail du SNSD 2003	63
Annexe E : Protocole d'entente (PE)	66
Annexe F : Lignes directrices du SNSD	72
Annexe G : Comparaison des chiffres du SNSD et de Statistique Canada sur les décès et la population	81
Annexe H : Éléments de données des fiches récapitulatives individuelles et annuelles (FRIA)	83
Annexe I : Estimations de la population-type du Canada – 1 ^{er} juillet 1991	84
Annexe J : Validation	85
Annexe K : Prévalence selon l'âge, l'exercice, le sexe et la province ou le territoire . . .	89
Annexe L : Mortalité selon l'âge, l'exercice, le sexe et la province ou le territoire . . .	101

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1 :	Structure de gouvernance du SNSD	11
Figure 2 :	Comparaison des décès entre le SNSD et Statistique Canada, avril 1995 à mars 1999, selon la province ou le territoire	21
Figure 3 :	Comparaison des chiffres de population du SNSD et de Statistique Canada, Juillet 1997, 1998, 1999, 2000, selon la province ou le territoire	22
Figure 4 :	Schéma du cheminement des données et du processus	23
Figure 5 :	Prévalence* du diabète au Canada, selon l'exercice et le sexe	29
Figure 6 :	Prévalence* du diabète au Canada, 1999-2000, selon l'âge et le sexe	30
Figure 7 :	Prévalence du diabète au Canada selon la province ou le territoire, 1999-2000	32
Figure 8 :	Taux de mortalité au Canada selon l'exercice, le sexe et l'état face au diabète	33
Figure 9 :	Taux de mortalité au Canada selon l'âge et le statut face au diabète, 1999-2000	34
Figure 10 :	Comparaison des taux de mortalité des Canadiens qui ont le diabète et de ceux qui ne l'ont pas, 1999-2000, selon la province ou le territoire	35

Tableaux

Tableau 1 :	Membres du Comité directeur	12
Tableau 2 :	Groupes de travail et domaines de responsabilité	13
Tableau 3 :	Pourcentage (%) des médecins rémunérés à l'acte seulement	20
Tableau 4 :	Contenu du fichier de données agrégées canadien	25
Tableau 5 :	Prévalence du diabète au Canada, selon l'exercice, la province ou le territoire et le sexe	31
Tableau 6 :	Taux de mortalité au Canada selon le statut face au diabète, l'exercice, la province ou le territoire et le sexe	36
Tableau 7 :	Réalisations du SNSD	38
Tableau 8 :	Le champ d'application d'une surveillance améliorée du diabète	42

ACRONYMES

ACD	Association canadienne du diabète
ACTP	Angioplastie coronarienne transluminale percutanée
AD	Appel de demande
CDC	Conseil du diabète du Canada
CERIR	Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats
CIM-9	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DGSPSP	Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
DS	Diabète sucré
DSE	Dossier de santé électronique
DSID	Diabète sucré insulino-dépendant
DSNID	Diabète sucré non insulino-dépendant
E	Exercice
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETP	Équivalents temps plein
F/P/T	Fédéral/provincial/territorial

F et E	Mécanisme financier – Fonctionnement et entretien (Santé Canada)
FRIA	Fiche récapitulative individuelle et annuelle
GRC	Gendarmerie royale du Canada
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMC	Indice de masse corporelle
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSS	Institut de recherche en services de santé
P/T	Gouvernements provinciaux/territoriaux
PAC	Pontage aortocoronarien
PE	Protocole d'entente
PSIS	Programme de soutien à l'infrastructure de la santé
PVR	Pondération du volume des ressources
SAS®	Logiciel d'analyse statistique
SCD	Stratégie canadienne du diabète
SNSD	Système national de surveillance du diabète
TNO	Territoires du Nord-Ouest

INTRODUCTION

Le diabète est une maladie systémique chronique grave caractérisée par l'incapacité du corps de produire suffisamment d'insuline – hormone produite par le pancréas qui aide à convertir le glucose (sucre) en énergie – ou de l'utiliser. Sans insuline, les taux de glycémie grimpent à des niveaux dangereux, ce qui nuit à l'alimentation appropriée des cellules du corps.

Les personnes qui ont le diabète sont plus exposées à d'autres maladies, ce qui alourdit le fardeau morbide qui en découle. Ce risque est relié de près à l'hyperglycémie et à la durée du diabète. L'hyperglycémie chronique peut entraîner des cardiopathies et des accidents cérébraux vasculaires, la rétinopathie (principale cause de cécité chez les adultes au Canada), des néphropathies, des amputations, des maladies nerveuses (y compris la dysfonction érectile) et d'autres complications.

On a diagnostiqué le diabète chez plus d'un million de Canadiens. Les projections fondées sur la population vieillissante indiquent que le fardeau imposé par le diabète et ses complications s'alourdira considérablement.

Le gouvernement du Canada reconnaît que le diabète constitue un problème de santé complexe et pose un défi national. En 1999, il s'est engagé à consacrer 115 millions de dollars en cinq ans à l'élaboration d'une **Stratégie canadienne du diabète (SCD)** afin de permettre aux Canadiens de bénéficier plus à fond des ressources et de l'expertise considérables disponibles au Canada.

La SCD permet au gouvernement du Canada d'agir dans trois domaines d'importance vitale :

- ▼ Élaboration d'une stratégie de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour toute la population.
- ▼ Prestation de soins, de traitements et de services de prévention aux membres des Premières nations vivant dans des réserves et à ceux des collectivités inuites.
- ▼ Amélioration des données nationales et régionales sur le diabète et ses complications.

Le présent rapport décrit les progrès réalisés en vue de répondre aux besoins en information qui aidera le Canada à relever de façon organisée et intégrée le défi posé par le diabète. Ce rapport décrit plus particulièrement le Système national de surveillance du diabète (SNSD) – réseau de systèmes régionaux de surveillance du diabète. Le réseau a été élaboré, mis en œuvre et coordonné grâce à la collaboration entre les gouvernements, l'industrie et plusieurs organismes non gouvernementaux, ainsi qu'avec des groupes autochtones voués à alléger le fardeau imposé par le diabète au Canada.

Ce rapport est le premier d'une série qui vise à décrire le SNSD. C'est pourquoi il traite du contexte et des antécédents du projet plus que ne le feront les suivants. Il présente aussi des données qui servent à indiquer les types de renseignements qu'offre actuellement le SNSD ou qu'il produira.

En 1999, le premier rapport sur ***Le diabète au Canada*** a mis en évidence le besoin de meilleures données, et en particulier de données sur la prévalence et l'incidence du diabète, ses complications, le recours aux services de santé et l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle. Le SNSD représente une étape importante à cet égard.

LE DÉFI POSÉ PAR LE DIABÈTE

Le diabète comme défi personnel

Le diabète touche des gens de tous âges. Le **diabète de type 1** (auparavant appelé diabète sucré insulino-dépendant ou DSID) fait habituellement son apparition au cours des deux premières décennies de la vie.

Dans les cas de diabète de type 1, le système immunitaire détruit les cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Même si l'on comprend mal le processus, on croit qu'une combinaison de facteurs génétiques et d'agresseurs environnementaux, comme les virus, constituent le facteur déclencheur.

Une personne qui a le diabète de type 1 doit se traiter à l'insuline pendant le reste de ses jours et l'on associe le diabète à une incidence élevée de complications. Il réduit habituellement la qualité de vie et en raccourcit la durée.

Le **diabète de type 2** (auparavant appelé diabète sucré non insulino-dépendant ou DSNID) fait le plus souvent son apparition chez les personnes obèses de plus de 40 ans. Comparativement aux personnes qui ont le diabète de type 1, qui ne produisent pas suffisamment d'insuline, certaines personnes qui ont le diabète de type 2 « résistent à l'insuline » et ne peuvent utiliser l'insuline disponible pour contrôler leur glycémie.

La perte de poids, l'exercice et des médicaments oralement permettent de contrôler le diabète de type 2. Certaines personnes qui ont le diabète de type 2 devront toutefois peut-être s'injecter de l'insuline tous les jours. Leur espérance de vie diminue aussi.

Un troisième type de diabète – le **diabète gestationnel** – fait son apparition pendant la grossesse et disparaît habituellement après l'accouchement. Le diabète gestationnel peut accroître l'incidence des très gros bébés et de la prééclampsie (toxémie gravidique).

Le diabète gestationnel constitue un important facteur de risque d'apparition du diabète de type 2 plus tard au cours de la vie.

De meilleurs renseignements sur les facteurs de risque de diabète, les taux de complications, la qualité et l'espérance de vie, ainsi que sur l'efficacité des mesures de prévention et de traitement, pourraient contribuer énormément à améliorer les perspectives pour les Canadiens qui ont le diabète.

Le diabète comme défi national

On a estimé que quelque 5 % de la population âgée de 20 ans et plus avaient le diabète en 1999/2000 au Canada. Les coûts directs du traitement des personnes qui ont le diabète ont été estimés à 400 millions de dollars par année en soins hospitaliers et médicaments d'ordonnance. Le traitement des complications et les soins médicaux entraînent en outre des coûts pris en charge par le patient, ainsi que des coûts indirects comme les morts prématurées, l'incapacité et les soins nécessaires.

Le Canada a déjà estimé le fardeau imposé par le diabète en se fondant sur les données relatives à la mortalité, les données hospitalières, les autodéclarations ou des données américaines.

Ces données produisent des estimations insuffisantes pour diverses raisons, y compris les hospitalisations et les décès reliés au diabète que l'on a oubliés, les taux variables de réponses aux enquêtes, l'erreur systématique attribuable à la participation et à l'autodéclaration, la non-fiabilité des autodéclarations et la taille relativement restreinte des échantillons visés par les enquêtes. Les différences aux niveaux de la structure selon l'âge et des antécédents ethniques des populations canadienne et américaine limitent aussi la pertinence des estimations extrapolées à partir de données américaines.

Le diabète pose un défi particulier aux Autochtones du Canada

Les Autochtones, et en particulier les membres des Premières nations, ont commencé à parler d'une épidémie de diabète au cours des années 80. Depuis, les recherches canadiennes

ont confirmé la prévalence élevée et à la hausse du diabète dans ces populations.

L'apparition plus précoce du diabète de type 2, la lourdeur accrue des cas au moment où l'on pose le diagnostic et les taux plus élevés de complications constituent d'autres caractéristiques du diabète dans les Premières nations.

Ce fardeau morbide pose des défis incomparables sur les plans de la prévention et des soins. On a un besoin urgent d'information pour aider à personnaliser la prévention, le diagnostic et le traitement en fonction des circonstances de la population autochtone du Canada.

LE SYSTÈME NATIONAL DE SURVEILLANCE DU DIABÈTE (SNSD) – UNE RÉPONSE AU DÉFI

Même si le diabète a attiré l'attention et catalysé les efforts de divers paliers de gouvernement et organisations, il est évident que l'ampleur du problème nécessite une stratégie de lutte intégrée et fondée sur la collaboration. En 1996, des médecins, des éducateurs sur le diabète, des organisations non gouvernementales, des épidémiologistes et des chercheurs préoccupés par le manque d'information systématique continue sur ce grand problème de santé publique ont proposé de créer un système national de surveillance du diabète.

Peut-on utiliser des systèmes d'information conçus principalement comme moyen de budgétisation et de facturation pour produire de l'information spécifique à une maladie qui sera bénéfique pour tous les Canadiens? Oui!

Après les discussions de 1996, le Conseil du diabète du Canada (CDC), une coalition d'organisations non gouvernementales, de groupes autochtones et d'organismes fédéraux s'intéressant au diabète, a proposé notamment de lancer un effort national de surveillance. Créé en 1997, le Comité directeur du Système national de surveillance du diabète (SNSD) a commencé à élaborer le concept d'un système de surveillance qui maximiserait la valeur éventuelle des données administratives à l'appui de la surveillance du diabète.

Le concept d'origine

Le concept du SNSD reposait sur les contributions initiales de Young et al.¹ et de Blanchard et al.^{2,3}. Il répondait aussi au Forum national sur la santé qui a encouragé l'utilisation de bases de données administratives provinciales et territoriales existantes pour appuyer les activités de santé publique au Canada⁴.

Le concept du SNSD repose sur l'hypothèse selon laquelle le cheminement clinique du diabète, depuis la détection jusqu'au traitement et à la prise en charge des complications, permet en théorie de suivre le fardeau du diabète par divers contacts avec les clients (consultations de médecins, hospitalisations, etc.) dans les systèmes provinciaux et territoriaux de soins de santé.

Le suivi est possible parce que l'on saisit de façon routinière, dans le contexte de la prestation de services de santé financés et assurés par le secteur public dans les diverses administrations, des données stockées dans trois grandes bases de données administratives provinciales/territoriales – les dossiers de facturation des médecins, les dossiers des hôpitaux et les registres de l'assurance-maladie.

Faisabilité

En 1999, un projet pilote réalisé dans les trois provinces des Prairies (Alberta, Saskatchewan et Manitoba) a démontré la faisabilité de la stratégie de collecte de données du SNSD et de l'établissement d'ententes intergouvernementales de surveillance fondée sur des données

administratives des provinces⁵. Financé par le gouvernement de l'Alberta et le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS) de Santé Canada, le projet a reçu d'importantes contributions en nature du Manitoba et de la Saskatchewan.

Dans le contexte du projet, on a étendu à la Saskatchewan et à l'Alberta un système existant de surveillance du diabète au Manitoba et défini un moyen de rapprocher les variations entre les trois systèmes provinciaux d'information sur la santé de façon à permettre aux trois provinces d'utiliser le même ensemble de base de logiciels.

Le projet initial prévoyait le transfert de données sur les personnes dans une base de données centrale hébergée à Santé Canada. On a toutefois laissé tomber ce modèle après avoir étudié les lois provinciales sur la protection du caractère confidentiel des données personnelles sur la santé. On a plutôt mis au point un modèle pour créer des bases de données contenant des renseignements sur la santé spécifiques à des personnes qui demeureraient dans chaque province/territoire participant et un ensemble de données anonymes agrégées que chaque province et territoire transmettrait à Santé Canada.

Le système de surveillance mis au point dans le contexte de ce projet a produit des estimations de l'incidence et de la prévalence du diabète portant sur chaque année de données fournies par les provinces/territoires. Il a aussi démontré qu'il est possible de produire des taux d'événements pour une quarantaine de complications du diabète, ainsi que pour l'utilisation des services de santé, à la fois pour la population qui a le diabète et pour celle qui ne l'a pas.

Le modèle de surveillance peut permettre la collecte et l'analyse systématiques et continues de données sur la santé publique qui se prêtent à la diffusion au public, à la planification des

Surveillance de la maladie en santé publique

On a défini la surveillance en santé publique comme « la **collecte**, l'**analyse** et l'**interprétation systématiques et permanentes** des données en matière de santé qui sont essentielles à la planification, à l'application et à l'évaluation de programmes de santé publique, étroitement liées à la diffusion rapide de ces données aux principaux intéressés⁶... »

En surveillance de la maladie, on recueille de l'information pour définir l'ordre de grandeur du problème, en décrire l'évolution historique, repérer les populations qui sont particulièrement à risque, suivre l'évolution de la fréquence de la maladie et des facteurs de risque, évaluer l'impact des méthodes de lutte contre la maladie, produire des hypothèses et stimuler la recherche, de même que planifier l'aide.

Beaucoup des techniques et méthodes de surveillance de la maladie ont été mises au point à l'égard à la fois des maladies infectieuses et des maladies chroniques. La surveillance du cancer en particulier a catalysé la mise au point de méthodes de détermination des cas (inscription du cancer), de projection et d'établissement de liens entre les dossiers.

Un des défis à relever en surveillance de la maladie consiste à établir un équilibre entre le besoin d'information et le droit à la vie privée. Les méthodes mises au point jusqu'à maintenant ont démontré qu'il est possible d'assurer une surveillance responsable fondée sur les renseignements personnels sans sacrifier la protection de la vie privée.

services de santé et à l'utilisation par les professionnels de la santé.

Le modèle du SNSD

Le SNSD représente la première utilisation nationale coordonnée de données administratives aux fins de la surveillance en santé publique. Le SNSD s'est donc lancé dans un domaine en grande partie inconnu aux niveaux tant provincial/territorial que fédéral.

L'établissement d'un équilibre entre les considérations pratiques et les méthodes épidémiologiques est au cœur même du concept du SNSD, qui diffère d'autres systèmes nationaux d'information sur la santé à plusieurs égards importants :

- ▼ Les provinces et les territoires, les groupes autochtones et Santé Canada sont partenaires à parts égales et la Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de Santé Canada se charge de la coordination centrale.
- ▼ On crée des compétences en saisie et analyse des données dans les provinces et les territoires.
- ▼ Le SNSD est un réseau de systèmes régionaux de surveillance du diabète plutôt qu'un dépôt central.
- ▼ Les données sur la santé qui ont trait à des personnes demeurent exclusivement du domaine de compétence des provinces et des territoires, qui ne transfèrent à l'extérieur aucune donnée personnelle sur la santé.
- ▼ On transmet des données anonymes agrégées à un dépôt central.
- ▼ La collecte à long terme et continue de données permet d'effectuer des analyses longitudinales.

- ▼ Les provinces, les territoires et les groupes autochtones ont un rôle important à jouer dans l'organisation des données administratives et l'interprétation des résultats d'analyse.

Même si ces caractéristiques compliquent la difficulté posée par le lancement et la mise en œuvre, elles aident à créer des compétences régionales afin de permettre aux provinces, aux territoires et aux groupes autochtones d'utiliser leurs propres données pour répondre à des questions particulières à leurs besoins. Il s'agit d'une puissante incitation à la participation qui aide à assurer la survie à long terme du SNSD.

Buts du SNSD

- ▼ Base de données normalisées pour la surveillance du diabète et surveillance à long terme des complications liées au diabète grâce à l'intégration des bases de données nouvelles et existantes.
- ▼ Surveillance permanente du diabète et de ses complications dans chaque province et territoire et dans la collectivité autochtone.
- ▼ Diffusion de données comparatives nationales afin de permettre aux organismes de santé publique, aux collectivités autochtones, aux organisations non gouvernementales et aux organismes du secteur privé d'élaborer des stratégies de prévention et de traitement efficaces.
- ▼ Base d'évaluation des questions économiques et financières concernant le soin, la prise en charge et le traitement du diabète au Canada.

Création de capacités

On a défini la capacité de participer au SNSD comme un défi qui exige certaines des activités les plus intenses en ressources. On a évalué la capacité de chaque province et territoire afin de repérer les iniquités sur le plan de la capacité. L'annexe A contient une description des domaines évalués. L'affectation d'agents dans des niveaux de compétence, la mise en place de matériel et de logiciel, l'élaboration de systèmes et la mise à niveau et l'intégration de bases de données sont au nombre des moyens d'aplanir les iniquités.

Ces solutions n'ont pas encore produit de capacité uniforme d'un bout à l'autre du Canada et il y a encore beaucoup de travail à faire dans plusieurs niveaux de compétence pour aller de l'avant. Cela n'a toutefois pas ralenti les progrès dans l'ensemble parce que les intervenants se sont entendus pour « fournir des données à mesure qu'elles sont prêtes au lieu d'attendre que le tableau d'ensemble soit complet ». Au début de 2003, huit provinces et trois territoires avaient fourni des données au SNSD : Territoire du Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut, Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard. Les autres provinces, soit le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador, sont en train de construire leur infrastructure et leur capacité pour pouvoir participer. Il faut aussi s'occuper de la capacité de participation des groupes autochtones.

À l'échelon des provinces/territoires, le SNSD a créé des compétences et suscité de l'intérêt pour la surveillance à la fois du diabète en particulier

Principes fondamentaux du SNSD

Cohérence – Un ensemble de données sera recueilli dans chaque province et territoire de façon permanente et systématique.

Souplesse – Des données supplémentaires pourront être recueillies dans chaque province ou territoire en fonction des besoins particuliers de chacun (p. ex., données tirées de l'utilisation des médicaments d'ordonnance).

Qualité – Les données seront validées et les méthodes de collecte seront modifiées pour assurer l'intégrité permanente des données à la grandeur du pays.

Rentabilité – Le SNSD utilisera les sources de données existantes.

Accessibilité – Le grand public aura accès aux données selon les modalités approuvées par le Comité directeur, conformément aux politiques et à la réglementation en vigueur concernant les données fédérales, provinciales, territoriales et autochtones.

Confidentialité – Les identificateurs personnels seront supprimés de la base de données commune du SNSD.

Réceptivité – L'information à jour sera communiquée aux intervenants des secteurs public et privé, ce qui permettra de réagir rapidement à l'évolution des tendances en ce qui concerne le diabète.

et des maladies chroniques en général. La plupart des provinces et des territoires ont amélioré la capacité de surveillance démontrée par le SNSD.

Qualités du SNSD

- ▼ Responsabilités et rôles distincts pour les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral, les groupes autochtones et d'autres intervenants.
- ▼ Dictionnaire de données partagé pour la coordination et la comparaison des bases de données administratives entre les provinces et les territoires.
- ▼ Trois domaines de mesure : épidémiologie descriptive, complications et comorbidités, et utilisation des services de santé.
- ▼ Ensemble discret de résultats reliés aux services de santé et à l'état de santé qu'il est en général possible de mettre en œuvre dans la plupart des provinces et territoires.
- ▼ Capacité à produire des sommaires annuels individuels d'information sur les services de santé et l'état de santé.
- ▼ Possibilités d'utiliser diverses définitions de cas.
- ▼ Série d'ensembles de données agrégées qui reflètent les principaux domaines de mesure et résultats mesurés, et stratégie de partage des données avec des parties de l'extérieur des provinces et des territoires où sont détenues les données individuelles.
- ▼ Logiciel pour administrer le système.
- ▼ Capacité d'effectuer des analyses longitudinales.

L'annexe B résume leurs activités dans ces domaines.

Forces et limites

On a proposé des bases de données administratives comme source de surveillance du diabète dans la population¹⁻³ et on les considère comme une source exacte, opportune et rentable de données de surveillance. La possibilité de les utiliser pour la surveillance des maladies constitue un atout puissant sur les plans tant économique que stratégique par rapport à l'obligation de recueillir de nouvelles données. Comme les bases de données administratives existent principalement pour des fins autres que la surveillance des maladies, il se peut néanmoins qu'elles ne soient pas idéales à certains égards.

Les données administratives portent sur toute la population, peuvent être obtenues sans communiquer directement avec les personnes en cause, ne sont pas affectées par le biais de rappel et sont en grande partie informatisées. L'assurance-maladie financée par le secteur public au Canada n'est pas reliée au revenu et couvre presque toute la population canadienne. Les personnes relevant de la compétence fédérale (p. ex., membres des forces armées et de la GRC, détenus dans les pénitenciers fédéraux) ne sont pas couvertes par le financement, mais elles ont quand même toujours accès aux services de santé des provinces/territoires et leur utilisation des services est incluse dans les données administratives régionales. Les services médicaux en dehors du système financé par le secteur public ne sont pas inclus. La disponibilité de ces services est limitée au Canada et la plupart ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires.

Les désavantages que présente l'utilisation de bases de données administratives comprennent l'absence de renseignements cliniques détaillés et d'information sur les déterminants de la santé, l'information en double découlant des transferts entre hôpitaux et du fait que des personnes ont accès à des services dans plus d'une administration, sans oublier qu'on ne peut actuellement établir de distinction entre les trois types de diabète. Les données administratives comprennent aussi de l'information seulement sur les personnes qui ont recours aux services de santé et, dans le cas des personnes qui ont le diabète, seulement sur celles dont l'état a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

L'obligation pour Santé Canada d'utiliser seulement des données agrégées anonymes dans des analyses nationales peut sembler constituer une contrainte grave à première vue. Comme il est possible de personnaliser les données agrégées transférées à Santé Canada en fonction des besoins de l'analyse, le modèle n'est pas limitatif. En outre, comme on le verra plus tard, des lignes directrices sur l'accès aux données permettent aux chercheurs de conclure, avec les provinces, les territoires et les groupes autochtones, des ententes sur l'utilisation de leurs données dans le contexte de recherches authentiques.

Le SNSD représente la première utilisation nationale coordonnée de données administratives aux fins de la surveillance en santé publique.

STRUCTURE ET GOUVERNANCE

La structure de gouvernance du SNSD (figure 1) comprend un Comité directeur multilatéral, plusieurs groupes de travail sur les collectivités autochtones, la coordination nationale et les aspects techniques hébergés à Santé Canada, ainsi que du personnel technique dans chaque province et territoire.

Comité directeur

Le principal organe décisionnel du SNSD, le Comité directeur (tableau 1), revoit toutes les activités du SNSD, y compris les

recommandations formulées par les groupes de travail, et coordonne la publication et la diffusion de produits d'information découlant directement des activités du SNSD. C'est aussi le gardien des données nationales du SNSD. Il détermine dans quelles conditions les données reliées au SNSD sont mises à la disposition des partenaires et de tiers, en tenant compte de la contribution et des orientations appropriées des auteurs et des gardiens des données.

Les commanditaires du secteur privé du SNSD peuvent avoir le statut d'observateur au Comité directeur, mais ils n'y ont pas droit de vote.

Figure 1.
Structure de gouvernance du SNSD

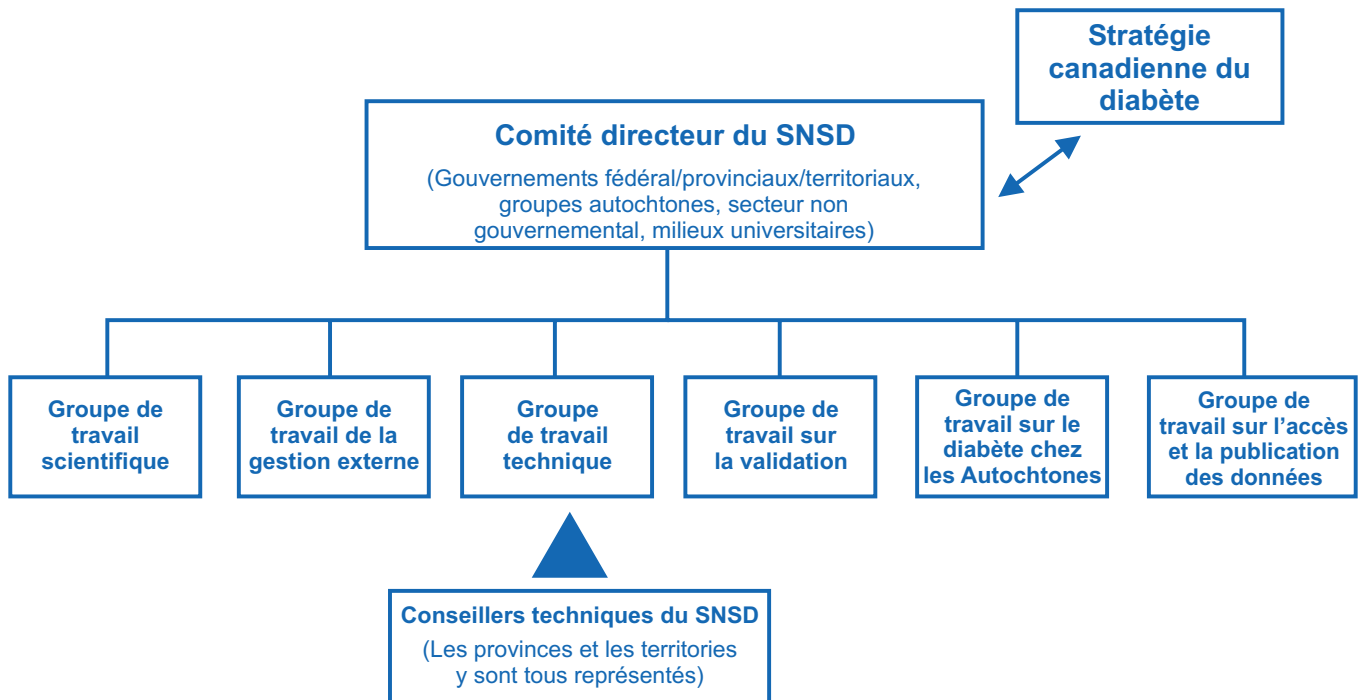


Tableau 1. Membres du Comité directeur

(Voir le nom des membres à l'annexe C.)

Gouvernements provinciaux/territoriaux

Yukon
Territoires du Nord-Ouest
Nunavut
Colombie-Britannique
Alberta
Saskatchewan
Manitoba
Ontario
Québec
Nouveau-Brunswick
Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse
Terre-Neuve-et-Labrador

Organisations non gouvernementales

Association canadienne du diabète
Institut canadien d'information sur la santé
Instituts de recherche en santé du Canada
Conseil du diabète du Canada

Groupes autochtones

Assemblée des Premières nations
Congrès des peuples autochtones
Inuit Tapiriit Kanatami
Ralliement national des Métis
Association nationale autochtone du diabète

Gouvernement fédéral

Santé Canada – Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Santé Canada – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Statistique Canada

Universitaires/cliniciens (2)

Nota : GlaxoSmithKline Inc. est un commanditaire pionnier du SNSD et a le statut d'observateur au Comité directeur du SNSD.

Groupes de travail

Six groupes de travail se réunissent indépendamment au besoin et rendent compte au Comité directeur du SNSD. Le tableau 2 présente les activités et les responsabilités des groupes de travail et l'annexe D contient la liste de leurs membres actuels.

Partenariats

Les partenariats jouent un rôle pivot dans le SNSD, qui a établi de nombreux précédents à cet égard. On a conclu des ententes avec certains groupes autochtones, les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada et les provinces et les territoires.

Au cours de la période de 2000 à 2002, Santé Canada et les 10 provinces et les trois territoires ont signé des protocoles d'entente (PE) qui établissent les modalités d'administration des fonds fédéraux consacrés au SNSD sous la direction du Comité directeur et par le biais du mécanisme financier Fonctionnement et entretien (F et E) de Santé Canada. L'annexe E contient un PE type.

Les activités de partenariats trilatéraux entre les groupes autochtones (Premières nations, Métis, Inuits ou autres Autochtones en milieu rural ou urbain), Santé Canada et le ministère de la Santé de la province ou du territoire en cause ont commencé en 2001. Jusqu'à maintenant, on a signé des PE avec deux régions – toutes les Premières nations de la Colombie-Britannique et celles d'une région du Québec.

Tableau 2.
Groupes de travail et domaines de responsabilité

Groupe de travail de la gestion externe

- ▼ guider les échanges avec des interlocuteurs clés de l'extérieur;
- ▼ surveiller les efforts déployés pour obtenir du financement non fédéral;
- ▼ gérer tous les autres aspects des relations publiques;
- ▼ élaborer des ententes intergouvernementales portant sur des activités liées aux données;
- ▼ élaborer une politique sur la dualité d'intérêt;
- ▼ élaborer des lignes directrices sur le financement et les commandites.

Groupe de travail sur l'accès et la publication des données

- ▼ élaborer des politiques sur les conditions régissant la consultation, la propriété et la publication des données du SNSD;
- ▼ établir un plan annuel d'édition.

Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones

- ▼ promouvoir l'élaboration du volet autochtone du SNSD;
- ▼ donner du leadership technique;
- ▼ donner des conseils au sujet de la propriété, de la consultation et de la protection du caractère confidentiel des données sur les Autochtones;
- ▼ guider l'élaboration d'un protocole d'entente (PE) entre des partenaires autochtones, les provinces/territoires respectifs et Santé Canada.

Groupe de travail sur la validation

- ▼ conseiller le Comité directeur du SNSD sur la normalisation de la définition des cas de surveillance;
- ▼ déterminer les variables à recueillir;
- ▼ arrêter les méthodes de validation des bases de données.

Groupe de travail scientifique

- ▼ donner au Comité directeur appui et conseils sur des initiatives/stratégies de recherche afin d'améliorer la surveillance du diabète et l'analyse des données du SNSD;
- ▼ concentrer ses efforts sur les connaissances de pointe relatives au diabète.

Groupe de travail technique

- ▼ concentrer ses efforts sur les méthodes et les algorithmes d'élaboration de données et de programmation;
- ▼ se charger de l'évolution du logiciel du SNSD;
- ▼ traduire dans la pratique des idées scientifiques proposées par les groupes scientifiques et celui de la validation;
- ▼ favoriser les innovations afin de produire des données améliorées.

Conseillers techniques

- ▼ chargés de la mise en œuvre du logiciel et du matériel du SNSD;
 - ▼ documenter les caractéristiques particulières des bases de données provinciales/territoriales.
-

Responsabilités

Santé Canada

Les PE prévoient que la Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de Santé Canada consent à fournir les ressources nécessaires pour coordonner les activités du SNSD à l'échelon national. Ces activités comprennent notamment la surveillance du personnel national qui s'occupe du SNSD, l'appui en infrastructure dont celui-ci a besoin, la participation aux activités de comités et de groupes de travail, le cas échéant, la coordination de l'extraction de données normalisées et de l'établissement de liens entre elles, ainsi que la mise sur pied et la tenue de labase de données centrale contenant les données agrégées provenant des partenaires provinciaux/territoriaux/autochtones. La coordination consiste aussi à assurer la liaison avec divers groupes de travail, à fournir de l'appui en secrétariat et à promouvoir un plan de travail coordonné. Santé Canada assure en outre la liaison avec des partenaires non gouvernementaux en ce qui concerne le financement fourni par le secteur privé pour des activités approuvées par le Comité directeur.

Provinces et territoires

Comme signataires du protocole d'entente, les 13 provinces et territoires sont chargés d'administrer les activités du SNSD dans leur région, notamment de la maintenance du logiciel nécessaire et du transfert des données agrégées à Santé Canada. Les provinces et les territoires surveillent aussi le personnel du SNSD détaché en région, lui fournissent l'appui en infrastructure dont il a besoin et participent, le cas échéant, aux travaux de comités et de groupes de travail. Il incombe aux provinces et aux territoires de soumettre chaque année au Comité directeur de l'information sur la répartition des ressources.

Groupes autochtones

Les partenaires autochtones du SNSD ont plusieurs rôles à jouer. Pour commencer, ils aident à identifier leurs membres dans les ensembles de données du SNSD établis par les provinces et les territoires. Ils fournissent par la suite leurs connaissances sur leurs membres et établissent des contacts entre eux afin d'appuyer l'interprétation des données, communiquent suivant les styles qui conviennent et se chargent de la diffusion. Les partenaires autochtones prévoient aussi jouer un rôle de premier plan dans l'application des constatations du SNSD pour planifier, mettre en œuvre et évaluer des stratégies de lutte contre le diabète et pour élaborer des politiques.

Lignes directrices

L'annexe F présente des lignes directrices sur trois domaines – dualité d'intérêt; financement et commandite; consultation et publication des données. Nous présentons ci-dessous des points saillants de chaque domaine.

Dualité d'intérêt

Dans le contexte de l'adhésion au Comité directeur, une situation mettant en cause une dualité d'intérêt peut surgir de deux façons : tout d'abord, si un membre peut influencer les décisions administratives du Comité directeur d'une façon qui pourrait permettre à un membre de sa famille ou à lui-même d'en tirer un gain financier personnel; et deuxièmement, si les intérêts d'un membre sont contraires à ceux du Comité directeur.

La divulgation de la dualité d'intérêt constitue un point à l'ordre du jour de toutes les réunions et ces divulgations sont consignées au procès-verbal. Un membre ne vote pas sur une transaction ou un contrat avec lequel il a des liens, ne l'approuve pas ou n'en recommande pas l'approbation. Les membres qui sont en conflit d'intérêts sont donc tenus de s'absenter de la réunion pendant laquelle on discute de tout aspect qui a trait au conflit.

Financement et commandite

La possibilité de commandites du secteur privé constitue un aspect particulier du SNSD. Un des rôles de l'Association canadienne du diabète (ACD), partenaire fondateur non gouvernemental, a consisté à mobiliser des commanditaires du secteur privé, et principalement GlaxoSmithKline Inc. en 1999.

On a établi des principes de financement pour assurer que le processus soit ouvert et transparent. Les commanditaires du secteur privé n'ont pas d'influence sur les décisions et les activités du SNSD et ne peuvent bénéficier directement des connaissances publiques produites par le SNSD. Les commanditaires admissibles sont tenus de s'engager à long terme et d'offrir une adéquation appropriée entre le SNSD et les priorités commerciales de l'entreprise.

Consultation et publication des données

Cette politique décrit les procédures jugées nécessaires pour traiter les demandes de recherche de façon efficiente tout en garantissant à la fois que l'on tienne compte de l'intérêt public et que l'on observe rigoureusement les mesures législatives en vigueur. La politique porte sur les

données recueillies, reliées ou analysées avec l'aide de ressources du SNSD. Les données et les produits de données qu'il est possible de consulter sont des données agrégées non publiées stockées à Santé Canada, des données individuelles tenues dans des centres provinciaux et territoriaux et les codes de programmation du SNSD.

Les lignes directrices sur la consultation des données portent sur les aspects suivants :

- ▼ principes directeurs (c.-à-d. que les provinces, les territoires et les groupes autochtones doivent s'entendre sur toutes les utilisations que l'on fait de leurs données respectives);
- ▼ utilisation de données et de produits;
- ▼ examen éthique de la consultation;
- ▼ exigences régissant les demandes d'accès;
- ▼ divulgation (c.-à-d. qu'on examinera, avant publication, les rapports contenant des données demandées par l'entremise du SNSD ou ceux qui ont été produits au moyen de données du SNSD);
- ▼ protection de la vie privée et du caractère confidentiel des renseignements;
- ▼ destruction.

POINT DE MIRE SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES

La prévalence du diabète dans certaines populations des Premières nations est de trois à cinq fois plus élevée que le taux national. Les taux sont encore plus élevés dans certains groupes linguistiques des Premières nations. [Le lien entre la langue et le risque n'est pas clair] Il existe aussi un gradient Nord-Sud : les taux de diabète sont plus élevés chez les populations du Sud que chez celles des collectivités isolées du Nord⁷⁻⁹.

Les taux de diabète dans d'autres groupes autochtones varient⁹⁻¹¹. L'Enquête de 1991 auprès des peuples autochtones a révélé que la prévalence du diabète autodéclaré s'établissait à 5,5 % chez les Métis et 1,9 % chez les Inuits¹⁰.

Le diabète fait aussi son apparition plus tôt chez

Dans certaines populations autochtones, le taux de prévalence du diabète est de trois à cinq fois plus élevé que le taux national.

les membres des Premières nations et l'on diagnostique depuis quelques années le diabète de type 2 chez des enfants¹². Presque le tiers des femmes des Premières nations qui ont le diabète signalent qu'on a diagnostiqué la maladie pour la première fois chez elles au cours d'une grossesse⁷.

L'hérédité et les habitudes de vie sont deux facteurs qui constituent un risque pour les populations autochtones. Conjugué à une baisse de l'activité physique, l'abandon relativement récent des alimentations traditionnelles à forte teneur en protéines animales en faveur des « alimentations urbaines modernes » à forte

teneur en glucides produit des taux élevés d'obésité qui alourdissent les risques préexistants de diabète.

Le SNSD comporte un « volet autochtone » qui vise à répondre à certaines des préoccupations particulières à cette population en matière d'information. Le SNSD reconnaît qu'il faut que les Autochtones participent à son évolution.

Identification des données sur les Autochtones

Pour déterminer que des dossiers appartiennent à un groupe autochtone, on établit un lien entre les données recueillies couramment et gérées par la province ou le territoire et l'information portant sur la composition du groupe autochtone dans la province ou le territoire en cause. On joint un « code d'identification » temporaire aux dossiers choisis pour permettre d'en extraire les données spécifiques aux Autochtones. On applique ensuite les méthodes habituelles de calcul et d'agrégation des données du SNSD et les fichiers de données agrégées approuvés sont soumis à Santé Canada pour la production de rapports nationaux.

La façon d'identifier et de créer ensuite des données sur la surveillance du diabète pour la population autochtone urbaine qui comprend des Indiens non inscrits constitue un problème plus complexe qu'il reste à régler.

Principes fondamentaux

Après une étude du modèle proposé pour le SNSD en 1999, les questions posées par des représentants des Autochtones au sujet de l'utilisation des renseignements personnels sur la santé ont entraîné l'élaboration de principes particuliers à leurs intérêts. Ces principes définissent des aspects du partenariat et appuient les principes de base du SNSD. Ils portent plus particulièrement sur le besoin de définir et ensuite de minimiser le plus possible les risques associés à l'introduction dans les mécanismes du SNSD de listes de membres qui indiquent les noms des intéressés. Les partenaires autochtones exigent plus précisément ce qui suit :

- ▼ **Consentement** – Une organisation autochtone qui a le pouvoir légitime de représenter un groupe particulier d'Autochtones donnerait son consentement avant le début de tout travail de surveillance du diabète.
- ▼ **Confidentialité** – La province ou le territoire ne divulguerait pas de données sur les Autochtones sans l'approbation du partenaire autochtone.
- ▼ **Vie privée** – Les groupes autochtones auraient des garanties exécutoires prévoyant que l'on protège le caractère confidentiel de leurs listes de membres et la vie privée de leurs membres lorsqu'on utilise des renseignements pour identifier des Autochtones dans le contexte des ensembles de données du SNSD qui existent déjà.
- ▼ **Stockage des données** – Les partenaires autochtones préciseraient quand, pendant combien de temps et à quelles conditions il y aurait stockage de données, le cas échéant.
- ▼ **Propriété et contrôle** – Les groupes autochtones garderaient la propriété principale des données individuelles anonymes du SNSD et préciseraient quand et dans quelles conditions des tiers pourraient y avoir accès. Des données agrégées seraient dévoilées pour la production de rapports nationaux et le PE et la politique en vigueur du SNSD régiraient l'accès par d'autres intervenants.

Partenariats

La collaboration proposée comporte des partenariats trilatéraux entre des groupes d'Autochtones, les provinces/territoires et Santé Canada. Les priorités des trois parties et les antécédents politiques et sociaux particuliers à chaque groupe d'Autochtones qui définissent les relations intergouvernementales joueraient sur l'établissement de ces partenariats. Il est toutefois rare que la relation historique ou courante facilite la discussion¹³.

Des pénuries de personnel et des contraintes peuvent empêcher d'inscrire le problème reconnu que constitue le diabète au volet actif du programme du décideur. Il arrive en outre souvent que les dirigeants autochtones concentrent entièrement leur attention sur des

menaces politiques ou sociales plus urgentes et doivent suivre le protocole établi pour diffuser des enjeux à leurs membres et les mobiliser pour qu'ils appuient de nouvelles initiatives. En dépit de ces difficultés, on dissipe toutefois des préoccupations et il se crée des partenariats.

Les progrès comprennent la conclusion de deux PE. Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James est signataire de celui du Québec et le Comité de santé des chefs des Premières nations, Sommet des Premières nations, est partie à celui de la

Colombie-Britannique. Dans ces régions, il existait déjà une infrastructure et un mécanisme de partage des données prêts à saisir l'occasion de surveiller le diabète. D'autres groupes des Premières nations, de Métis et d'Inuits envisagent de conclure des PE pour participer à la surveillance du diabète ou sont en train d'en préparer. Même si ce travail prendra du temps, les modèles de PE conclus en Colombie-Britannique et au Québec appuieront cet exercice.

MÉTHODES DE SAISIE DES DONNÉES

Le SNSD utilise des bases de données administratives individuelles créées à l'origine pour appuyer le paiement de factures dans le contexte de l'assurance-maladie financée par le secteur public. Au Canada, l'assurance-maladie financée par le secteur public relève principalement de la compétence des provinces et des territoires et couvre presque toute la population.

Le SNSD utilise trois types de bases de données qui existent dans l'ensemble des provinces et des territoires et qui peuvent fournir des données selon l'exercice : le fichier de facturation des médecins, le fichier des hôpitaux et le registre de l'assurance-maladie. Ces bases de données sont reliées par un code d'identification permanent unique constitué habituellement d'une encryption du numéro d'assurance-maladie personnel.

Les provinces et les territoires limitent les dossiers aux résidents pour éviter de compter des personnes en double puisque le suivi des personnes qui vivent dans un niveau de compétence mais obtiennent la majeure partie de leurs soins dans un autre ou qui vont et viennent entre des provinces pose des problèmes. Le SNSD n'utilise pas encore d'autres sources de données comme des bases de données sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance, qui sont soit non uniformes, soit non disponibles d'un bout à l'autre du Canada.

Le fichier de facturation des médecins et le fichier des hôpitaux des provinces/territoires fournissent les données qui constituent le numérateur; le registre de l'assurance-maladie

fournit les dénominateurs et les caractéristiques socio-démographiques.

Fichier des facturations des médecins

Le fichier de facturation des médecins saisit les services médicaux fournis à l'hôpital, au cabinet ou en clinique. À quelques exceptions près, chaque facture de médecin contient un seul diagnostic, codé selon la CIM-9¹⁴. Certaines provinces acceptent jusqu'à trois codes de diagnostic par facture. Le SNSD utilise seulement le premier pour des raisons d'uniformité, ce qui peut entraîner une sous-déclaration systématique, mais produit des données comparables servant à la description de tendances.

Le fichier de facturation des médecins joue un rôle central dans l'algorithme de détermination des cas de diabète et dans des algorithmes qu'on est en train de mettre au point pour estimer les complications et l'utilisation des services de santé. L'information contenue dans le fichier de facturation au sujet de la rémunération à l'acte peut aussi être utile à mesure qu'on met au point des algorithmes pour raffiner les estimations du fardeau économique imposé par le diabète.

Tableau 3.
Pourcentage (%) des médecins
rémunérés à l'acte seulement

Province	Exercice	
	1995/96 ¹⁵	1999/00 ¹⁶
Colombie-Britannique	92	79
Alberta*	98	98
Saskatchewan	84	82
Manitoba*	47	40
Ontario*	94	93
Québec	62	61
Nouveau-Brunswick	52	58
Île-du-Prince-Édouard*	92	63
Nouvelle-Écosse*	74	62
Terre-Neuve-et-Labrador	73	46

* *Facturation proforma*

Le dossier de facturation comporte une limitation, car les médecins non rémunérés à l'acte ne sont pas toujours tenus de présenter des demandes de paiement pour services médicaux. Le tableau 3 montre la répartition selon la province des médecins rémunérés à l'acte seulement. Les autres modes de rémunération comprennent le salariat, le contrat, la capitation et la rémunération partielle à l'acte. Les autres modes de rémunération des médecins sont plus fréquents dans certaines spécialités, dans les régions éloignées et dans le cas de certains centres de soins de santé primaires. Dans certaines administrations, les médecins rémunérés autrement sont toujours tenus de produire de l'information sur leurs services : c'est ce qu'on appelle la « facturation proforma ».

Fichier des hôpitaux

On recueille au moment du congé, au moyen d'un formulaire d'abstraction, de l'information sur chaque visite ou séjour à l'hôpital. On code les diagnostics en fonction de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC. Les administrations, sauf le Québec, fournissent actuellement des données abrégées sur les congés à l'Institut canadien d'information sur la santé, qui procède à des révisions de la qualité des données¹⁷ et les compile dans la base de données sur les congés des patients (BDGP). Le Québec utilise un processus semblable pour vérifier la qualité des données.

Les renseignements sur le diagnostic servent dans l'algorithme de détermination des cas de diabète (même si moins de 2 % des cas sont diagnostiqués à l'hôpital^{18,19}). Même s'il peut y avoir plusieurs codes de diagnostic pour une seule admission, on utilise les trois premiers seulement parce que des données présentent des limites dans des provinces et des territoires. On exclut aussi les dossiers portant sur la chirurgie d'un jour parce que certaines provinces n'incluent pas ces interventions dans leurs dossiers sur les congés.

Registre de l'assurance-maladie

Le registre contient un enregistrement pour chaque personne qui a droit à la protection en vertu du régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire. Le SNSD tire de ce fichier (même si l'information peut aussi exister dans les autres) un abrégé du sexe, de la date de naissance (pour calculer l'âge) et du code géographique.

Le registre sert aussi à déterminer si les personnes qui utilisent les services hospitaliers ou médicaux sont résidentes. Sont exclus de tout autre traitement les enregistrements des hôpitaux ou ceux des services de médecins comportant des

numéros d'assurance-maladie non inclus dans le fichier du registre pour l'année en cours.

Le fichier du registre fournit les dénominateurs servant au calcul des taux. Il faut donc évaluer l'exactitude du registre à cette fin. En particulier, la fidélité avec laquelle ce fichier représente la population dépend de sa mise à jour périodique pour les décès et les migrations.

La date du décès ou les renseignements qui permettent de l'estimer sont en général consignés dans le registre. Des comparaisons des statistiques provinciales/territoriales sur la mortalité à celles de Statistique Canada (figure 2 et annexe G) ont démontré que la plupart des administrations tiennent le registre à jour en y ajoutant de l'information sur les décès. On a constaté quelques problèmes de mise à jour en Colombie-Britannique.

Des comparaisons des chiffres de population mi-année disponibles dans les registres aux estimations de mi-année disponibles de Statistique Canada (figure 3 et annexe G) ont démontré que dans la plupart des administrations, la mise à jour du registre permet de produire des chiffres de population qui s'établissent à moins de 1 % des estimations de Statistique Canada.

On associe les problèmes repérés en Colombie-Britannique au régime de primes qui y est en vigueur. On a compté deux fois des résidents en Ontario, mais les chiffres s'établissaient à moins de 4 % des estimations de Statistique Canada. On a utilisé le fichier d'inscription du Québec seulement dans le cas des personnes ayant le diabète. C'est pourquoi, pour les fins du présent rapport, le Québec a utilisé des estimations de l'Institut de la statistique du Québec plutôt que la population inscrite au registre comme dénominateur. Au Nunavut, les données sur la mortalité n'étaient pas encore disponibles pour le présent rapport. Les autres provinces et territoires ont tous pu utiliser le registre comme dénominateur, ce qui reflète ainsi plus fidèlement la population qui a produit les chiffres de cas tirés des factures des médecins et des fichiers d'hôpitaux.

Les chiffres de population annuels dépassent toujours les chiffres de mi-année de 4 % dans le cas des provinces et de 8 % dans celui des territoires (annexe G), ce qui reflète la différence entre le dénombrement de personnes et d'années-personnes. Le total des années-personnes équivaudra approximativement au chiffre de population mi-année, mais le dénombrement de personnes inclut

Figure 2.
Comparaison des décès entre le SNSD et
Statistique Canada, avril 1995 à mars 1999,
selon la province ou le territoire

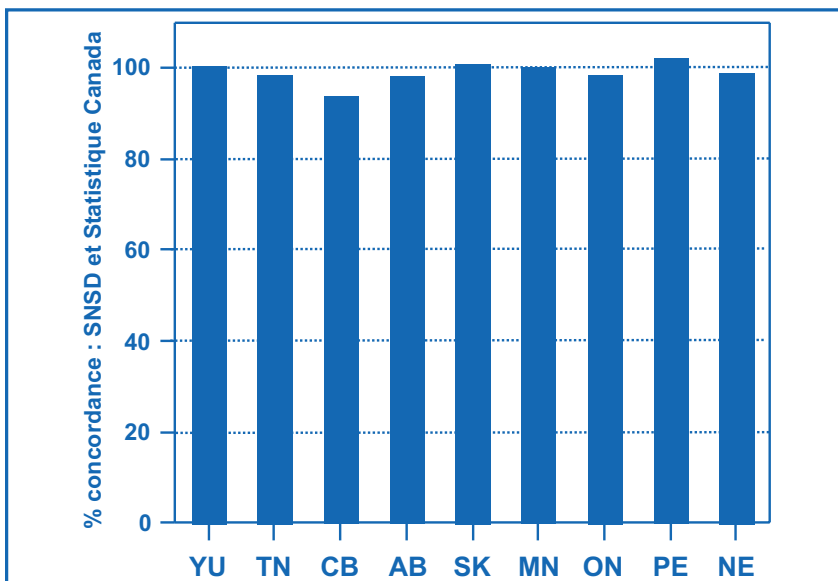
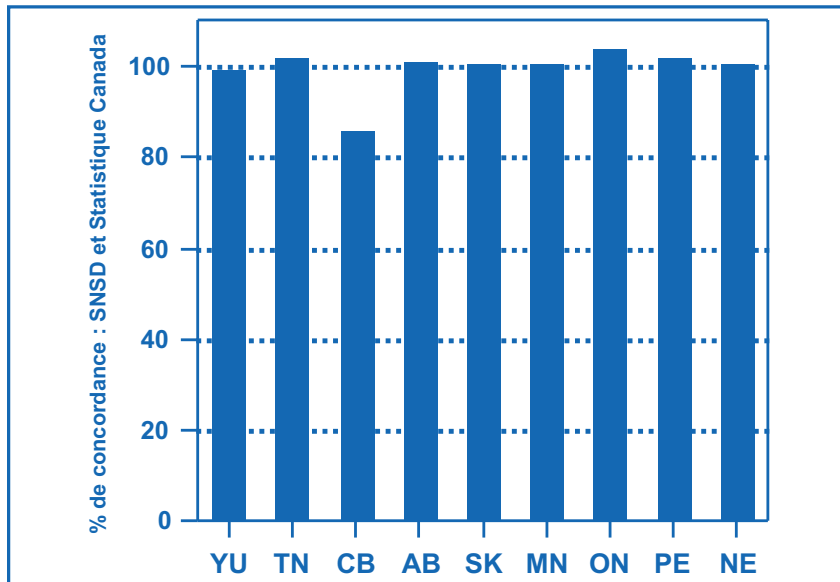


Figure 3.
Comparaison des chiffres de population du SNSD et de
Statistique Canada, juillet 1997, 1998, 1999,
selon la province ou le territoire



celles qui résident dans une province ou un territoire pendant une partie d'une année. Cet effet est le plus manifeste chez les 40 à 55 ans (à cause de la migration) et chez les 80 ans et plus (à cause des décès).

Traitement des données à l'échelon provincial/territorial

Le traitement des données à l'échelon provincial/territorial, pour lequel on a mis au point des programmes utilisant le logiciel SAS® (Cary, NC), comporte cinq phases discrètes illustrées dans la figure 4 et résumées comme suit :

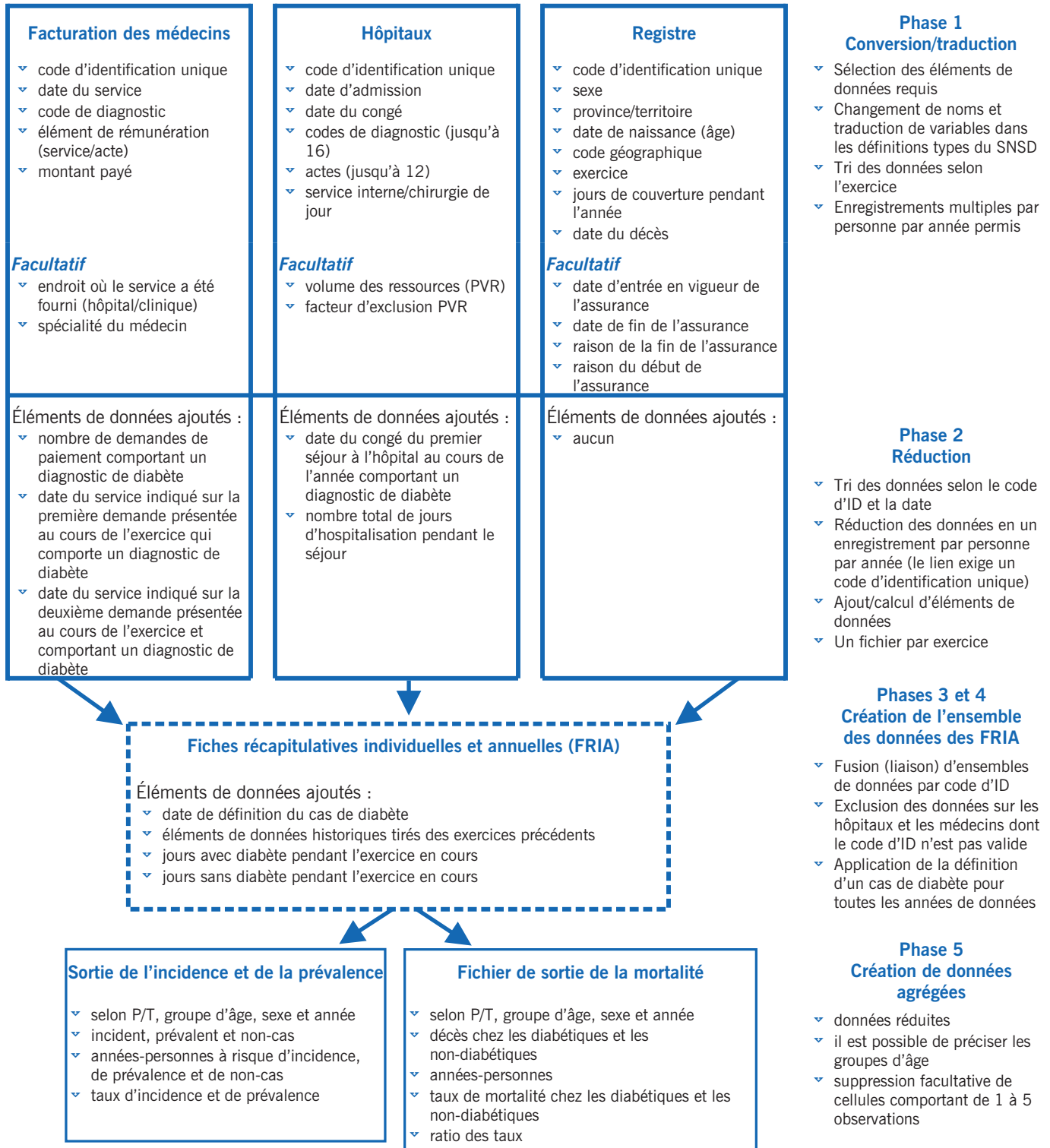
- ▼ Choisir les éléments de données requis et produire les noms/types/codes des éléments de données des provinces/territoires dans la norme du SNSD.

- ▼ Résumer chaque source de données en un seul enregistrement par personne par année fondé sur des critères choisis.
- ▼ Fusionner les données tirées du registre, des fichiers des hôpitaux et du fichier de facturation des médecins qui correspondent au code d'identification unique.
- ▼ Appliquer la définition d'un cas de diabète.
- ▼ Résumer les données selon le groupe d'âge et le sexe et effectuer les calculs appropriés.

Le premier volet est personnalisé en fonction de chaque administration, mais toutes les autres tâches sont identiques entre toutes les provinces et tous les territoires.

La première étape, au cours de laquelle on utilise une copie du fichier provincial/territorial, consiste à réduire le nombre de variables gardées dans le fichier et à traduire le nombre de variables des normes de codage spécifiques à la province et au territoire en un dictionnaire commun de données sur le diabète. Les étapes restantes du traitement des données (voir la figure 4) résument les données sur chaque transaction en un sommaire annuel, créent les fiches récapitulatives individuelles et annuelles (FRIA) et produisent des ensembles de données agrégées.

Figure 4
Schéma du cheminement des données et du processus



On construit une FRIA distincte pour chaque année. La FRIA est constituée d'un seul enregistrement récapitulatif pour chaque personne incluse dans le fichier du registre, qu'elle ait ou non le diabète ou qu'elle ait eu recours ou non à des services assurés au cours de l'année. L'enregistrement récapitulatif résume l'information médicale et hospitalière de l'année pour chaque personne, y compris les données probantes nécessaires pour déterminer si la définition du cas a été déclenchée. À mesure que le SNSD évoluera, on inclura dans ce fichier des données sur les complications et l'utilisation des services de santé.

Les FRIA gardent des codes d'identification de la santé personnels (ou des variantes chiffrées), ce qui permet d'effectuer un suivi longitudinal des personnes au fil du temps et, avec les consentements appropriés, d'établir des liens avec d'autres ensembles de données.

Dans un dernier temps, on ajoute à la fiche des variables supplémentaires qui reflètent (là où elles existent) des données choisies tirées de l'enregistrement de la personne contenu dans la FRIA des années précédentes. C'est particulièrement important pour déterminer si un diagnostic en particulier est nouveau ou s'il existait déjà.

Comme la FRIA contient des données sur des personnes, ainsi que de l'information comme les dates du diagnostic, de naissance et de décès, la fiche est considérée comme des données personnelles sur la santé en vertu des lois en vigueur et des orientations stratégiques de chaque province et territoire. C'est pourquoi la distribution des FRIA en dehors de la province ou du territoire est contre-indiquée.

Les provinces et les territoires fournissent des données agrégées selon le groupe d'âge et le sexe au bureau national du SNSD (Santé Canada). On supprime les données lorsque le nombre de

personnes représentées dans une cellule n'atteint pas cinq. Les données sont fournies dans un ensemble de données SAS® décrit au tableau 4. L'annexe H présente les définitions des variables de l'ensemble de données des FRIA.

Les FRIA laissent beaucoup de souplesse dans la façon possible de créer des ensembles de données agrégées. Par exemple, il est possible de définir arbitrairement des groupements selon l'âge afin qu'ils conviennent au besoin analytique, à condition que celui-ci ne contrevienne pas à celui de garantir le caractère confidentiel des données personnelles sur la santé.

Traitement des données à l'échelon national

Les ensembles de données agrégées que les provinces et les territoires fournissent à Santé Canada constituent les principaux produits de surveillance du SNSD. Comme ces produits ne sont pas des données personnelles sur la santé en vertu des définitions prévues dans les politiques ou les lois provinciales en vigueur, il est possible de les distribuer et de les diffuser.

Les calculs nationaux incombent au bureau national. Afin de corriger les effets que la distribution différente des âges a sur les taux, on normalise les données provinciales/territoriales en fonction de groupes d'âge précis de la population selon le recensement canadien de 1991 (annexe I).

Tableau 4.
Contenu du fichier de données agrégées canadien

Catégorie	Description de l'élément de données	Nom de l'élément de données
Variables démographiques	∨ Province ou territoire	PT
	∨ Exercice visé par les données	YEAR
	∨ Sexe	SEX
	∨ Groupe d'âge	AGEGRP
Personnes chez lesquelles on a diagnostiqué le diabète pendant l'exercice en cours	∨ Cas incidents : nombre de personnes chez lesquelles on a diagnostiqué un DS pendant l'exercice en cours	INCASE
	∨ Années-personnes d'observation après qu'on a diagnostiqué un DS pendant l'exercice en cours	INPYODM
	∨ Années-personnes d'observation avant que l'on diagnostique un DS pendant l'exercice en cours	INPYONDM
	∨ Taux d'incidence	IR
Personnes chez lesquelles on a diagnostiqué le diabète avant l'exercice en cours	∨ Cas prévalents : nombre de personnes chez lesquelles on a diagnostiqué un DS avant l'exercice en cours	PREVCASE
	∨ Années-personnes de prévalence	PREVYRS
Prévalence (période) pendant l'année en cours	∨ Proportion de la prévalence de la période	PR
Personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué le diabète	∨ Nombre de personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué le DS	NONCASE
	∨ Années-personnes d'observation sans le diabète	NONDMYRS
Mortalité parmi les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué le diabète	∨ Nombre de décès parmi les cas prévalents de diabète	N1
	∨ Années-personnes d'observation de personnes chez lesquelles on a diagnostiqué le diabète qui sont mortes	D1
	∨ Taux de mortalité chez les personnes ayant le diabète	Rill
Mortalité parmi les personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué de diabète	∨ Nombre de décès parmi les personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué de diabète	N2
	∨ Années-personnes d'observation de personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué le diabète qui sont mortes	D2
	∨ Taux de mortalité chez les personnes sans diabète	Rnil
Comparaison des taux de mortalité	∨ Taux de mortalité chez les personnes ayant le diabète/taux de mortalité chez celles qui ne l'ont pas (Rill/Rnil).	RR

Définitions et calculs

Cas de diabète

Selon la définition d'un cas actuellement utilisée dans le SNSD, une personne doit avoir les caractéristiques suivantes :

- ▼ une hospitalisation avec un code CIM-9 250 (diabète sucré), choisi parmi les trois premiers codes de diagnostic figurant sur les fichiers d'hôpital, **ou**
- ▼ deux demandes de paiement de médecins comportant un code CIM-9 de 250 dans les 730 jours, choisies parmi le premier code de diagnostic.

La date du cas est actuellement définie comme la date la plus rapprochée à laquelle la personne satisfait à la définition du cas.

Âge

On calcule l'âge comme l'âge à la fin de l'exercice. Les groupes d'âge utilisés à l'échelon national sont les décennies entre 20 et 49 ans (20 et 29, etc.) et des tranches d'âge de 5 ans par la suite (50 à 54, etc.) jusqu'à 85 ans et plus.

Prévalence

On entend par prévalence la probabilité qu'une personne dans une population ait le diabète pendant l'année.

Dans le SNSD, on calcule ainsi la prévalence du diabète :

- ▼ (nombre total des personnes dont la date du cas de diabète précède le 31 mars de l'exercice en cours) ÷
- ▼ (population totale pendant l'exercice en cours).

Le dénominateur utilise le nombre pour l'année au complet plutôt que l'estimation mi-année, ce qui inclut les personnes qui pourraient migrer ou mourir pendant l'année puisqu'elles sont incluses dans le numérateur.

Au Québec, l'estimation de la population fondée sur le recensement fournie par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et calculée par l'Institut de la statistique du Québec constitue toutefois le dénominateur.

Mortalité

Le taux de mortalité désigne la mortalité attribuable au diabète pour toute la population. Cette mesure peut désigner les décès **causés** par le diabète ou les décès de personnes **ayant** le diabète. Dans le SNSD, on calcule le taux de mortalité séparément dans le cas des personnes qui ont le diabète et de celles qui ne l'ont pas. La cause du décès n'est pas disponible et c'est pourquoi les analyses de mortalité sont fondées sur les décès attribuables à toutes les causes et non seulement au diabète.

Dans le SNSD, le taux de mortalité chez les personnes qui ont le diabète est calculé ainsi :

- ▼ (nombre total de décès chez les personnes ayant le diabète pendant l'exercice en cours) ÷
- ▼ (nombre total de personnes ayant le diabète pendant l'exercice en cours).

Le taux de mortalité chez les personnes qui n'ont pas le diabète est calculé ainsi :

- ▼ (nombre total de décès chez les personnes qui n'ont pas le diabète pendant l'exercice en cours) ÷
- ▼ (nombre total de personnes qui n'ont pas le diabète pendant l'exercice en cours).

Le ratio des taux de mortalité est calculé ainsi :

- ▼ (taux de mortalité chez les personnes qui ont le diabète) ÷
- ▼ (taux de mortalité chez les personnes qui n'ont pas le diabète).

Au Québec, le nombre de décès chez les personnes qui n'ont pas le diabète est tiré du fichier des décès (statistiques démographiques, décès), dont on soustrait le nombre de décès chez les personnes qui ont le diabète. La différence entre les estimations de la population fondée sur le recensement et le nombre de personnes qui ont le diabète constitue le dénominateur du taux chez les personnes qui ont le diabète.

Validation des données

Comme une grande partie des données administratives utilisées par le SNSD ont été conçues à des fins de facturation (et en particulier des services médicaux) plutôt que pour la surveillance de maladies, il faut valider les diagnostics saisis. Cette validation continue se fait de plusieurs façons. On évalue l'exactitude de l'algorithme de définition des cas en fonction d'un étalon-or qui permet de calculer des mesures de spécificité et de sensibilité et l'on examine ensuite ces mesures de diverses façons :

- ▼ entre les administrations
- ▼ en fonction de divers étalons-or
- ▼ au fil du temps
- ▼ pour l'incidence en fonction de la prévalence
- ▼ pour des populations spéciales
- ▼ pour des complications désignées
- ▼ pour l'utilisation des services de santé

Les travaux de validation ont confirmé l'utilisation de l'algorithme du SNSD pour des calculs de prévalence et de mortalité en utilisant de cinq à sept ans de données dans le cas des adultes.

La définition du cas au sein du SNSD est assez souple pour intégrer des améliorations de l'algorithme proposées à la suite de la validation.

La validation de l'algorithme du SNSD a commencé avec les publications en 1991 et 1996 et se poursuit toujours. À l'heure actuelle, neuf des 13 administrations participent à des études de validation. Récemment, le SNSD et l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC ont financé conjointement une recherche sur la santé de la population et une recherche de validation sur le diabète.

On a utilisé divers étalons-or, y compris les enregistrements des programmes d'éducation sur le diabète³ et des soins¹⁹, l'Enquête nationale sur la santé de la population²⁰⁻²², une enquête provinciale sur la santé¹⁹, un registre provincial du diabète¹⁸ et des dossiers médicaux²³. D'autres études en cours sont fondées sur l'utilisation des dossiers d'ordonnance d'insuline et d'hypoglycémifiants oraux, ainsi que des données cliniques.

Jusqu'à maintenant, les travaux de validation ont indiqué que :

- ▼ il ne faudrait pas utiliser des données de sondage autodéclarées comme étalon-or, puisqu'elles sous-estiment le fardeau réel de la maladie dans la population^{21,22};
- ▼ les nouveaux cas et les cas prévalents sont difficiles à distinguer au début² et il faut au moins cinq ans de données pour pouvoir établir des estimations stables^{6,18};

- ▼ l'augmentation de la prévalence chez les femmes constatée pendant les années où elles sont en âge de procréer peut être attribuable au codage erroné du diabète gestationnel;
- ▼ les mesures de **sensibilité** se sont établies à 69 %¹⁹, 85 %^{18,23} et plus de 95 %³, selon l'étalon-or utilisé et l'administration où l'étude a été réalisée;
- ▼ **la spécificité** a dépassé 95 % et a moins varié que la sensibilité^{18,19,23};
- ▼ **la valeur prédictive positive** s'est établie à 78 % et 80 % dans le contexte de deux études portant sur des adultes^{18,23}, mais on a constaté qu'elle est faible chez les enfants²⁴;
- ▼ **la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive** peuvent être stables pour de cinq à sept ans de données chez les adultes, mais elles diminuent à mesure que l'on ajoute d'autres années de données et qu'il y a cumulation excessive de cas prévalents¹⁸.

L'annexe J décrit plus en détail les études de validation et les définitions.

FAITS ET CHIFFRES

Nous présentons ci-dessous la première compilation détaillée et diffusion publique de données par le SNSD. Les données présentées ci-dessous sont tirées de la période de collecte de données qui a commencé en 1995-1996. Les deux premières années ont représenté la période de rodage requise par la définition du cas. C'est pourquoi les premières données présentées ici portent sur l'exercice 1997-1998 et les plus récentes disponibles pour le présent rapport sont celles de 1999-2000.

L'information représente huit provinces et trois territoires qui regroupent plus de 95 % de la population canadienne. Le présent rapport n'inclut pas les données du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador.

En 1999-2000 on avait décelé le diabète chez 5,1 % des adultes au Canada.

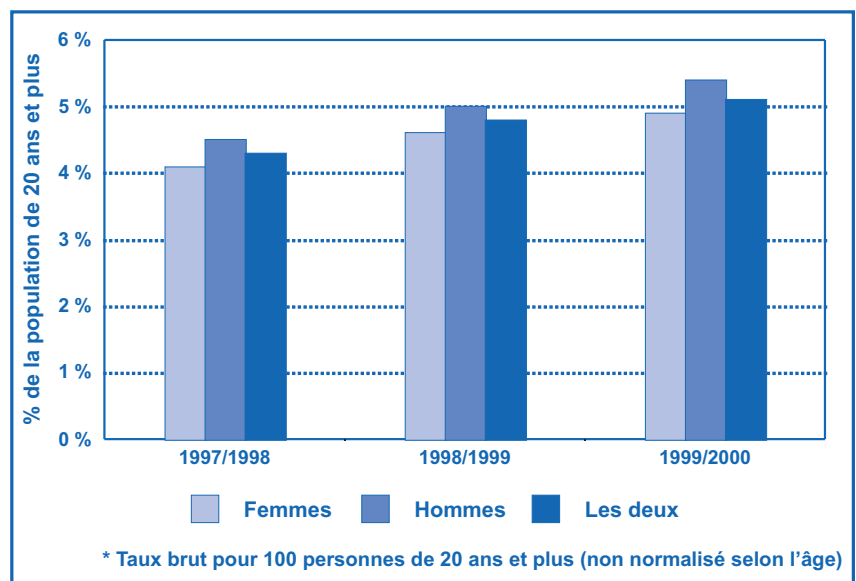
Les données portent autant sur le diabète de type 1 que sur le diabète de type 2, car le CIM-9 (code 250) n'établit pas de distinction entre les deux. Comme les données sont limitées aux 20 ans et plus, elles représentent surtout le diabète de type 2. Même si le diabète gestationnel a son propre code CIM-9 (648.0), il est souvent codé erronément comme diabète de type 1 ou de type 2. C'est pourquoi ces tableaux comportent quelques cas de diabète gestationnel.

Prévalence

En 1999-2000, 5,1 % des Canadiens (1 196 370) de 20 ans et plus vivaient avec un diabète diagnostiqué (figure 5). Ce taux est plus élevé que le taux autodéclaré de diabète chez les 20 ans et plus révélé par l'Enquête nationale sur la santé de la population en 1998-1999 (3,9 %) ²⁵, ou même que le taux autodéclaré révélé par l'Enquête plus récente de 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes (4,7 %) ²⁵. Les données sont conformes aux études de validation ^{21,22} qui montrent que les données d'enquête autodéclarées sous-estiment le fardeau réel de la maladie dans la population.

Les estimations de prévalence établies par le SNSD représentent les cas de diabète diagnostiqués chez les utilisateurs de services de santé. La prévalence peut être sous-estimée de 30 % à cause de cas de diabète sous-clinique non diagnostiqué ²⁶.

Figure 5.
Prévalence* du diabète au Canada, selon l'exercice et le sexe



Prévalence au fil du temps

La figure 5 indique que la prévalence est à la hausse. Cette prévalence est attendue dans le cas d'un problème chronique comme le diabète qui dure longtemps. Comme nous en sommes au début de la surveillance du diabète, l'augmentation observée de la prévalence est toutefois attribuable en partie à la détection de cas diagnostiqués avant le début de l'observation (1995-1996). Les futurs rapports du SNSD reposeront sur plus de cinq années de données, ce qui permettra d'établir une distinction plus claire entre la prévalence (cas existants) et l'incidence (cas nouveaux).

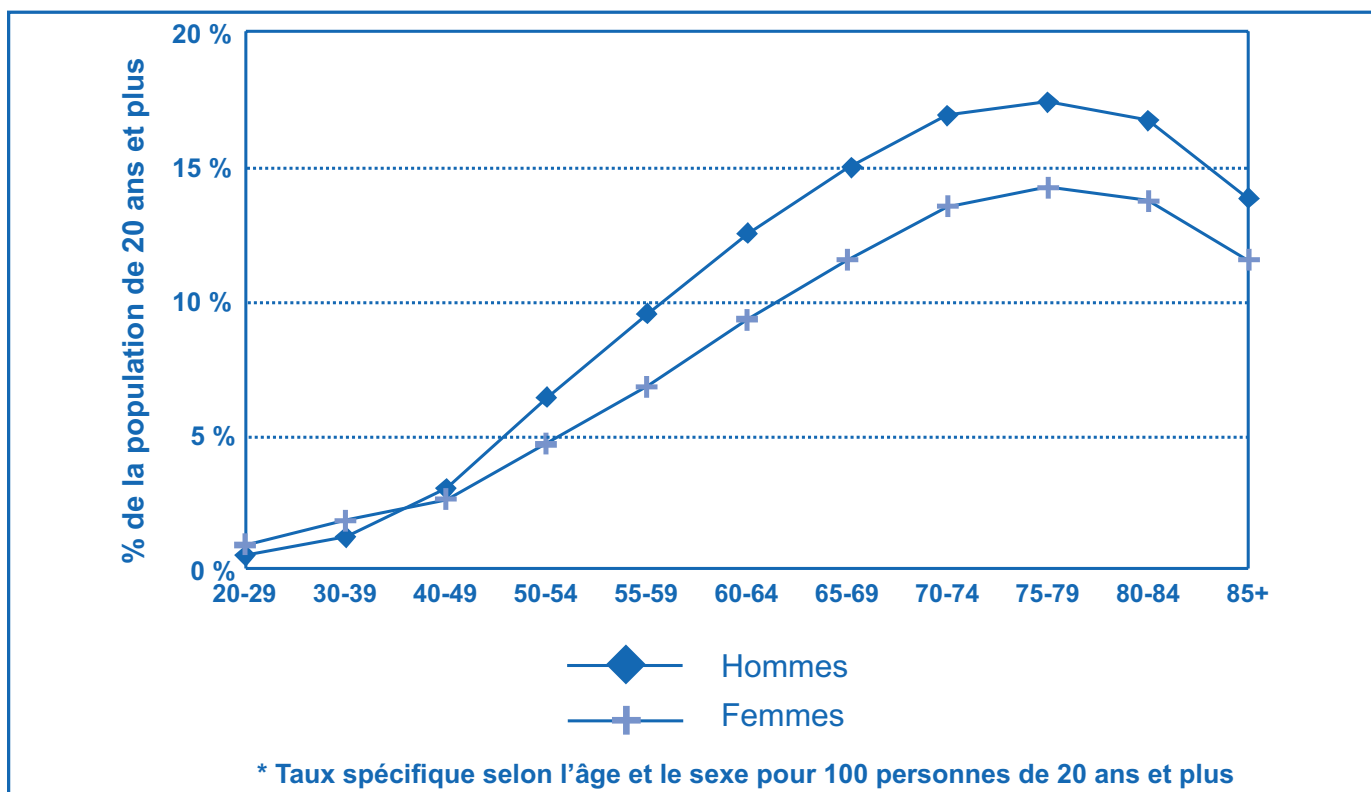
Prévalence selon le sexe

La figure 5 démontre aussi que le diabète est plus courant chez les hommes de 20 ans et plus (5,4 %) que chez les femmes (4,9 %) du Canada. Les femmes en âge de procréer (20 à 39) chez lesquelles des cas de diabète gestationnel peuvent être mal codés comme diabète de type 1 ou de type 2 (figure 6) constituent l'exception à cette prépondérance masculine.

Prévalence selon le groupe d'âge

Chez les deux sexes, la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les 75 à 79 ans, à 15,5 % (17,4 % chez les hommes et 14,2 % chez les femmes) (figure 6). Les 65 ans et plus représentent presque 50 % des cas de diabète, mais environ 15 % seulement de

Figure 6.
Prévalence* du diabète au Canada, 1999-2000, selon l'âge et le sexe



la population des 20 ans et plus. La légère diminution de la prévalence chez les groupes plus âgés (80 ans et plus) peut être attribuable à la mortalité associée au diabète ou représenter un artefact de la limitation du nombre de problèmes codés par consultation. La comorbidité accrue à mesure que les personnes vieillissent augmente la probabilité que l'on consigne des problèmes autres que le diabète.

Prévalence selon la région

Le tableau 5 présente les taux de prévalence normalisés selon l'âge en fonction de l'exercice, de la province ou du territoire et du sexe chez les 20 ans et plus. L'annexe K contient des données détaillées sur la prévalence selon l'âge, le sexe, l'administration et l'exercice. Dans la figure 7, on compare les provinces et les territoires en utilisant des taux normalisés selon l'âge et le sexe et des intervalles de confiance à 95 %.

Dans la majorité des administrations, la prévalence corrigée selon l'âge et le sexe varie de 4,0 % à 5,5 %. Il faut interpréter avec prudence les différences apparentes entre les provinces à cause des effets qu'ont des populations différentes, des méthodes différentes de collecte de données et des variations au niveau de la probabilité du diagnostic. Le taux plus élevé au Manitoba peut, par exemple, refléter le pourcentage relativement élevé des Autochtones dans sa population (13 %)²⁷ et la prévalence du diabète chez eux, qui est de trois à cinq fois plus élevée que le taux national⁷. C'est pourquoi il faut identifier les populations spécifiques qui présentent un risque élevé de diabète, comme les groupes autochtones.

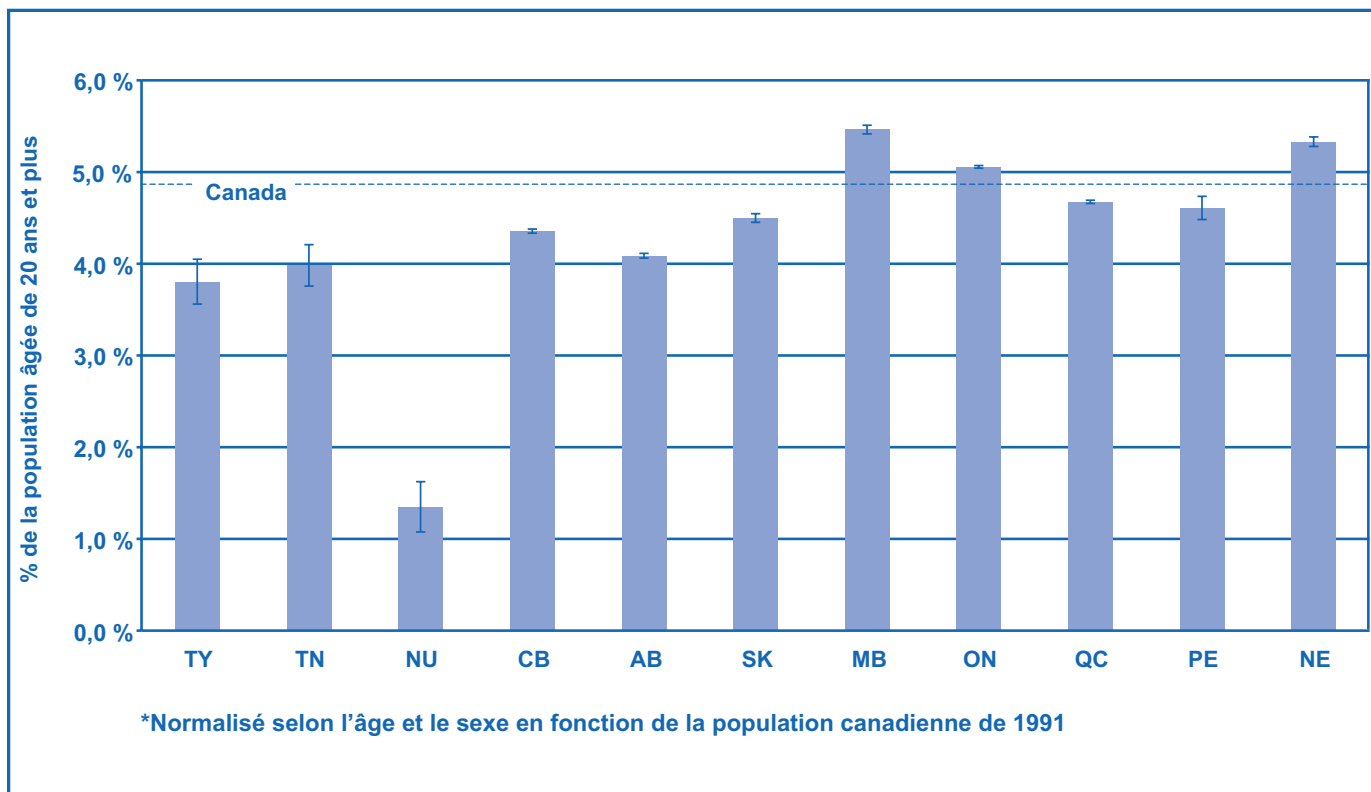
Il se peut que les différences entre les provinces et les territoires ne découlent pas de différences au niveau des taux de diabète dans la population. Les territoires, par exemple, comptent le plus d'Autochtones (22 % au Yukon, 46 % dans les Territoires du Nord-Ouest et 81 % au Nunavut)²⁷,

Tableau 5.
Prévalence* du diabète au Canada, selon l'exercice, la province ou le territoire et le sexe

	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Yukon	3,1	3,2	3,6	3,4	3,9	3,8
Territoires du Nord-Ouest	3,4	3,1	3,7	3,5	3,9	4,0
Colombie-Britannique	3,4	4,1	3,8	4,5	4,0	4,8
Alberta	3,2	3,8	3,6	4,2	3,8	4,5
Saskatchewan	3,7	4,4	4,0	4,8	4,1	5,0
Manitoba	4,4	4,8	4,9	5,3	5,3	5,8
Ontario	3,9	4,7	4,3	5,1	4,7	5,5
Québec	3,8	4,6	4,1	5,0	4,3	5,2
Île-du-Prince-Édouard	3,4	4,4	4,0	5,1	4,1	5,2
Nouvelle-Écosse	4,4	5,2	4,8	5,6	4,9	5,8
CANADA	3,8	4,5	4,1	4,9	4,4	5,2

* Taux pour 100 personnes âgées de 20 ans et plus, normalisé selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1991.

Figure 7
Prévalence* du diabète au Canada selon la province ou le territoire, 1999-2000



mais les taux de prévalence y sont les plus faibles. C'est peut-être parce que certaines données administratives ne peuvent saisir les diagnostics portant sur le diabète en dehors du régime de rémunération à l'acte. Pour enquêter sur la question, le Nunavut a lancé un projet pilote qui consiste à ajouter les données des infirmières hygiénistes au SNSD et d'autres projets de validation sont en cours (annexe J).

Enfin, les différences entre les provinces et les territoires peuvent refléter des différences au niveau de la probabilité du diagnostic. Les trois provinces où la prévalence est la plus élevée

(Manitoba, Nouvelle-Écosse et Ontario), par exemple, ont aussi les programmes de lutte contre le diabète les plus établis²⁸.

Comme le SNSD vise notamment à produire de l'information comparable sur le diabète, on examine de plus près l'impact de ces questions. À l'avenir, nous prévoyons mieux comprendre toute différence entre les systèmes qui peuvent avoir des répercussions sur la collecte des données, et en bout de ligne, sur les comparaisons entre les régions.

Mortalité

En 1999-2000, le taux de mortalité chez les adultes du Canada qui avaient le diabète s'est établi à 1 393 pour 100 000 (normalisé selon l'âge et le sexe en fonction de la population canadienne de 1991). Ce taux inclut les décès attribuables à des traumatismes externes ou à d'autres causes qui peuvent n'avoir aucun lien direct avec le diabète. Cette mortalité toutes causes confondues de 41 483 Canadiens âgés de 20 ans et plus qui avaient le diabète est 6,5 fois plus élevée que le total des 6 131 Canadiens de 20 ans et plus pour lesquels on a indiqué le diabète comme principale cause du décès en 1999²⁹.

La mortalité toutes causes confondues semble appuyer des calculs antérieurs selon lesquels le nombre de décès reliés au diabète est cinq fois plus élevé que le nombre de décès dans le cas desquels on a codé le diabète comme cause sous-jacente du décès³⁰. Des études ont démontré que 28 % seulement des certificats de décès où il est question du diabète ont été codés

de façon à indiquer le diabète comme cause sous-jacente du décès^{31,32} et que le diabète n'a pas été mentionné du tout dans le cas de 41 % des personnes ayant le diabète qui sont décédées³¹.

Les adultes du Canada qui ont le diabète sont deux fois plus susceptibles de mourir prématurément que les personnes qui ne l'ont pas.

Mortalité au fil du temps

La figure 8 illustre les taux de mortalité normalisés selon l'âge et l'exercice. Au cours de toutes les années, le taux de mortalité est beaucoup plus élevé chez les personnes qui ont le diabète que chez celles qui ne l'ont pas, dans le cas des deux sexes. Même si le nombre de décès est à la hausse, la mortalité chez les personnes qui ont le diabète par rapport à celles qui ne l'ont pas est stable au fil du temps (l'annexe L contient les ratios des taux de mortalité).

Mortalité selon le sexe

Pendant les trois exercices, le taux de mortalité chez les hommes demeure plus élevé que chez les femmes à la fois chez les personnes qui ont le diabète et chez celles qui ne l'ont pas. Les taux de mortalité chez les personnes qui ont le diabète par rapport à ceux des personnes qui ne l'ont pas sont toutefois légèrement plus élevés chez les femmes (ratio des taux de mortalité de 2,11) que chez les hommes (ratio des taux de mortalité de 1,87).

Figure 8
Taux de mortalité* au Canada selon l'exercice, le sexe et le statut face au diabète

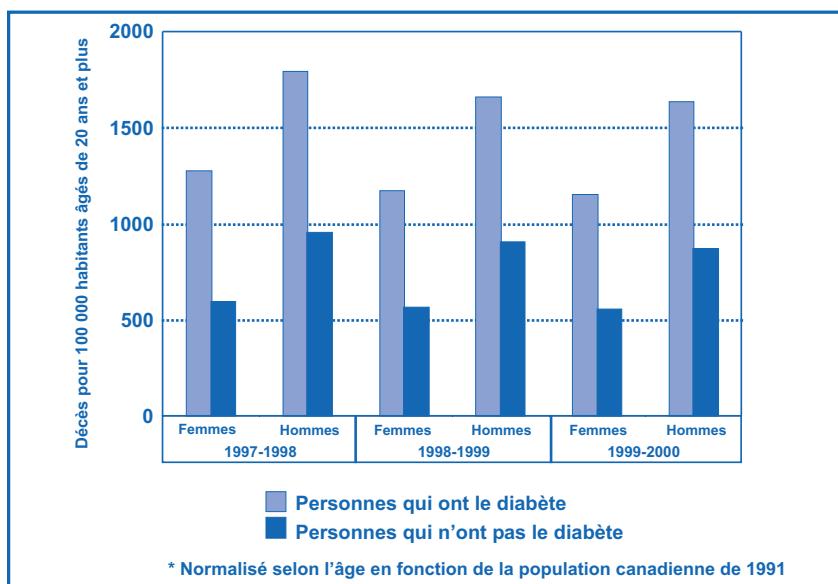
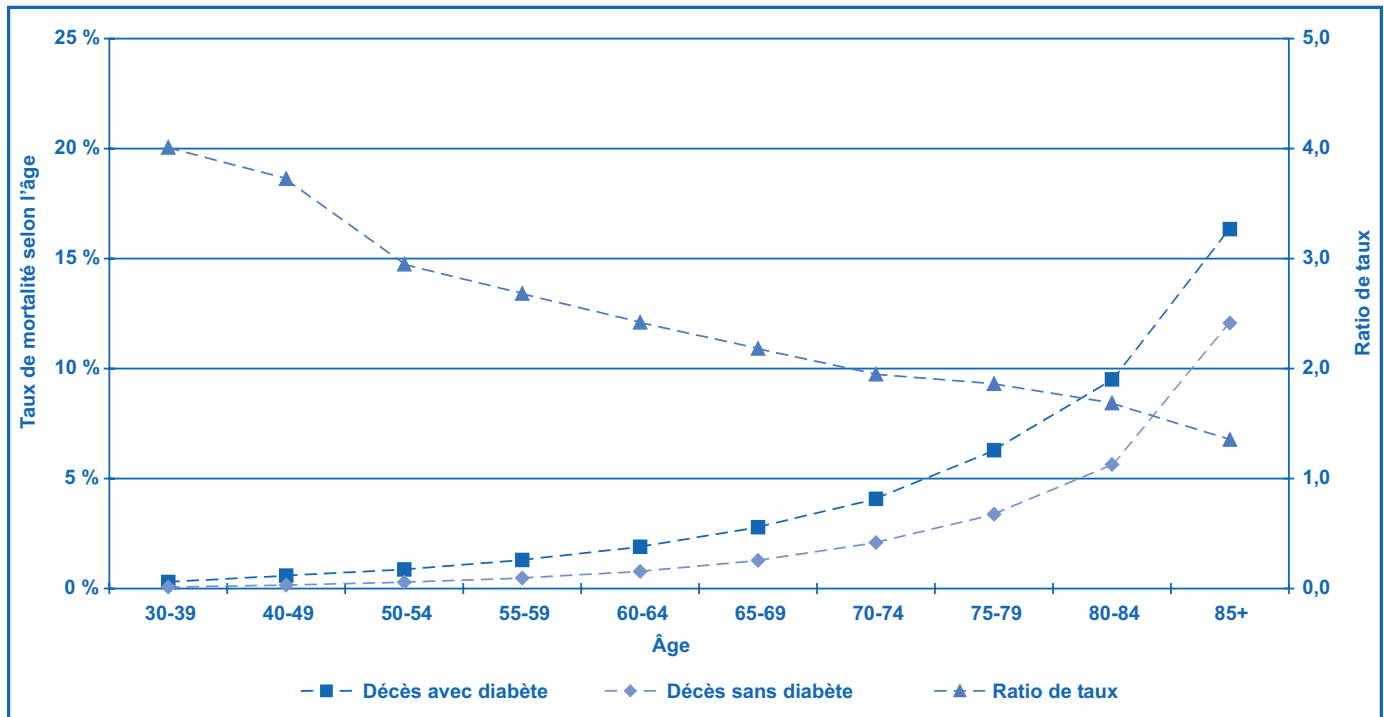


Figure 9
Taux de mortalité au Canada selon l'âge et le statut face au diabète, 1999-2000



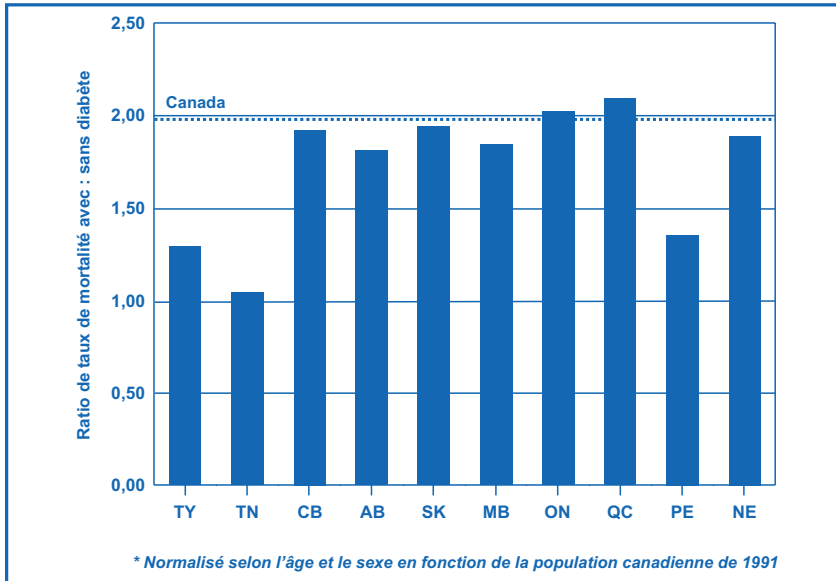
Mortalité selon le groupe d'âge

La figure 9 montre que dans le cas de tous les groupes d'âge, le taux de mortalité chez les personnes qui ont le diabète est plus élevé que celui des personnes qui ne l'ont pas. La figure 9 montre aussi le ratio des taux, qui compare les taux de mortalité entre personnes qui ont le diabète et celles qui ne l'ont pas. Le ratio des taux est plus élevé chez les groupes plus jeunes et diminue graduellement dans le cas des groupes plus âgés. Cela signifie qu'un Canadien de 35 ans qui a le diabète est quatre fois plus susceptible de mourir qu'une personne qui ne l'a pas, tandis qu'un Canadien de 85 ans qui a le diabète l'est 1,4 fois plus.

Mortalité selon la région

Les adultes du Canada qui ont le diabète sont deux fois plus susceptibles de mourir prématurément que ceux qui ne l'ont pas. La figure 10 démontre que ce ratio normalisé selon l'âge et le sexe se situe entre 1,8 et 2,1 dans la majorité des administrations. Les trois niveaux de compétence les plus petits (Île-du-Prince-Édouard, Territoire du Nord-Ouest et Territoire du Yukon) affichent un ratio des taux de moins de 1,5. Les administrations les plus petites enregistrent une mortalité nulle dans un grand nombre des catégories d'âge plus jeunes, ce qui réduit artificiellement leurs taux de mortalité normalisés selon l'âge.

Figure 10.
Comparaison des taux de mortalité* des Canadiens
qui ont le diabète et de ceux qui ne l'ont pas,
1999-2000, selon la province ou le territoire



De nombreux facteurs jouent sur les comparaisons des taux de mortalité selon la région. Comme les personnes qui ont le diabète sont plus âgées que la population en général, la normalisation selon l'âge rend les taux plus comparables. Le ratio des taux de mortalité

permet de comparer les taux de mortalité des personnes qui ont le diabète à ceux des personnes qui ne l'ont pas. Le tableau 6 présente des taux de mortalité normalisés selon l'âge en fonction de l'exercice, de la province ou du territoire, du sexe et du statut face au diabète. L'annexe L contient des données détaillées sur la mortalité selon l'âge, le sexe, le niveau de compétence et l'exercice.

Répercussions nationales

Les données du SNSD commencent à broser un tableau du fardeau imposé par le diabète au Canada. Le diabète est un problème de santé important et qui prend de l'ampleur au Canada. La prévalence est à la hausse et elle est particulièrement élevée chez les adultes plus âgés. La mortalité associée au diabète est énorme. Le prochain rapport du SNSD contiendra des données sur l'incidence qu'il sera possible d'utiliser pour étudier les facteurs de risque à utiliser dans des modèles de projection.

Tableau 6
Taux de mortalité* au Canada selon le statut face au diabète,
l'exercice, la province ou le territoire et le sexe

		1997/1998		1998/1999		1999/2000	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Yukon	Diabète	1,69	1,45	0,99	0,71	0,91	1,37
	Sans diabète	0,64	0,86	0,78	0,99	0,66	1,15
	Ratio	2,60	1,70	1,30	0,70	1,40	1,20
Territoires du Nord-Ouest	Diabète	1,80	0,59	1,78	0,86	1,36	0,36
	Sans diabète	1,01	1,64	1,39	1,66	0,76	1,08
	Ratio	1,80	0,40	1,30	0,50	1,80	0,30
Colombie-Britannique	Diabète	1,11	1,59	0,97	1,47	0,96	1,39
	Sans diabète	0,56	0,87	0,52	0,80	0,49	0,76
	Ratio	2,00	1,80	1,90	1,80	2,00	1,80
Alberta	Diabète	1,19	1,52	1,10	1,43	1,06	1,47
	Sans diabète	0,60	0,93	0,54	0,88	0,55	0,87
	Ratio	2,00	1,60	2,10	1,60	1,90	1,70
Saskatchewan	Diabète	1,12	1,56	1,16	1,58	1,16	1,70
	Sans diabète	0,59	0,94	0,56	0,96	0,56	0,93
	Ratio	1,90	1,70	2,00	1,70	2,10	1,80
Manitoba	Diabète	1,30	1,48	1,17	1,81	1,18	1,59
	Sans diabète	0,57	0,93	0,61	0,97	0,58	0,95
	Ratio	2,30	1,60	1,90	1,90	2,00	1,70
Ontario	Diabète	1,23	1,74	1,15	1,58	1,10	1,56
	Sans diabète	0,57	0,87	0,53	0,82	0,53	0,80
	Ratio	2,20	2,00	2,20	1,90	2,10	1,90
Québec	Diabète	1,53	2,27	1,37	2,02	1,36	2,01
	Sans diabète	0,66	1,16	0,64	1,11	0,61	1,04
	Ratio	2,30	2,00	2,10	1,80	2,20	1,90
Île-du-Prince-Édouard	Diabète	0,71	0,88	0,73	1,30	0,84	1,27
	Sans diabète	0,60	1,04	0,60	1,03	0,58	1,01
	Ratio	1,20	0,80	1,20	1,30	1,50	1,30
Nouvelle-Écosse	Diabète	1,17	1,70	1,02	1,41	1,23	1,60
	Sans diabète	0,65	1,07	0,58	0,97	0,58	0,94
	Ratio	1,80	1,60	1,70	1,40	2,10	1,70
Canada	Diabète	1,28	1,79	1,17	1,66	1,15	1,64
	Sans diabète	0,59	0,95	0,56	0,90	0,55	0,87
	Ratio	2,20	1,90	2,10	1,80	2,10	1,90

*Taux pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus, normalisé selon l'âge en fonction de la population de 1991

RÉALISATIONS, PLANS ET POSSIBILITÉS

Le SNSD a réalisé beaucoup de choses au cours des quatre années écoulées depuis que l'étude pilote des Prairies a démontré la possibilité d'utiliser des données administratives de façon à coordonner à l'échelle nationale la surveillance en santé publique. Le SNSD a notamment créé une assise et un cadre solides sur lesquels appuyer son évolution continue. Une grande partie de ce travail qui s'imposait au début a consisté à explorer un territoire vierge en fonction d'ententes entre le fédéral, les provinces et des groupes d'Autochtones, à créer des compétences, à mettre des données en commun et à établir des principes de gouvernance et des lignes directrices. Ces efforts ont porté fruit notamment en produisant les premières données nationales sur la surveillance du diabète. Le tableau 7 présente en détail les réalisations du SNSD que nous résumons ci-dessous en fonction de ce que le SNSD nous dit, de ce qu'il ne peut nous dire et de ce qu'il nous dira à l'avenir.

Ce que le SNSD nous dit

En relativement peu de temps, le SNSD a démontré d'abord et avant tout que les données recueillies à des fins administratives peuvent aussi servir à éclairer des politiques portant sur un problème majeur de santé publique au Canada. Le SNSD peut plus particulièrement mesurer la prévalence, l'incidence et les résultats au fil du temps à la fois pour le pays au complet et pour des régions en particulier. Il peut aussi comparer l'utilisation des services de santé et d'autres problèmes de santé des personnes qui ont le diabète et de celles qui ne l'ont pas.

Deuxièmement, le SNSD a démontré qu'en dépit de différences régionales, les divers niveaux de compétence du Canada peuvent coopérer pour atteindre le but commun qui est d'alléger le fardeau imposé par le diabète. Ce faisant, ils ont réussi à dégager des normes et des définitions communes du diabète qu'il est possible d'appliquer partout au Canada.

Troisièmement, le SNSD a mis au point un prototype de surveillance de la maladie qu'il est possible d'appliquer à d'autres maladies et problèmes.

Quatrièmement, la capacité d'examiner des tendances (selon l'âge, le sexe et la région) et de comparer l'évolution de l'état de santé des personnes qui ont le diabète et de celles qui ne l'ont pas signifie que les données du SNSD peuvent aussi servir à analyser beaucoup de questions de recherche.

Cinquièmement, l'ensemble de bases de données auxquelles le SNSD a accès permet de réaliser de nombreuses études de validation croisée et produit un ensemble de données plus riche que celui qu'une seule base de données permettrait de créer.

Enfin, le SNSD démontre que le Canada demeure un chef de file mondial de la mise au point de méthodes d'établissement de liens entre enregistrements et de la création de bases de données.

Tableau 7 Réalizations du SNSD

Modèle de gouvernance

- ▼ Établi les partenariats nécessaires aux échelons fédéral, provincial et territorial.
- ▼ Établi un modèle de gouvernance d'un système distribué.
- ▼ Mobilisé l'ensemble des provinces et des territoires, quelques groupes autochtones, et aussi obtenu la contribution des milieux universitaires et de l'industrie.
- ▼ Établi le rôle de leadership de Santé Canada comme facilitateur.

Création de capacité

- ▼ Mis en œuvre un exercice d'évaluation de la capacité.
- ▼ Conçu et mis en œuvre des solutions pour éliminer les iniquités entre les administrations sur le plan de la capacité.
- ▼ Lancé la création de capacités à divers niveaux, selon l'état de préparation de chacun.
- ▼ Créé des postes de conseillers techniques dans toutes les provinces et tous les territoires.

Ententes de partage des données

- ▼ Revu le cadre législatif de chaque administration en ce qui a trait à la participation au SNSD.
- ▼ Élaboré et mis en œuvre une série de PE sur le partage des données qui tiennent compte des exigences de chaque administration en matière de protection de la vie privée et des renseignements personnels.
- ▼ Testé et vérifié un mécanisme d'élaboration d'ententes de partage des données.

Ressources spécialisées

- ▼ Obtenu du financement pluriannuel pour l'élaboration du système.
- ▼ Présenté des plans détaillés d'activité et de dépenses.

Dualité d'intérêt

- ▼ Élaboré des lignes directrices afin d'assurer la divulgation des conflits d'intérêts, d'imposer l'abstention d'agir au besoin et le respect de la confidentialité.

Parrainage

- ▼ Élaboré des lignes directrices afin d'instaurer un mécanisme ouvert et transparent, de limiter l'influence sur les décisions et de diversifier le financement.

Validation des données

- ▼ Adopté une définition normalisée des cas de diabète.
- ▼ Déterminé l'ensemble de base de variables à recueillir.
- ▼ Commencé à valider des données (activités continues).
- ▼ Collaboré avec les IRSC pour financer des projets de validation qui ont recours au SNSD.

Gestion des données

- ▼ Trouvé des sources de données.
- ▼ Conclu une entente sur la structure et l'organisation des bases de données.
- ▼ Mis sur pied des bases de données provinciales et territoriales afin de permettre l'établissement des liens nécessaires.
- ▼ Fourni des solutions techniques pour l'élagage des données afin d'inclure seulement les variables/enregistrements nécessaires et pour transférer les données de plate-formes matérielles existantes sur le matériel ou dans l'espace du SNSD.
- ▼ Fourni un logiciel normalisé pour transformer les données dans le format du SNSD.
- ▼ Produit un fichier sommaire individuel tenu par les provinces et les territoires.

Accès et publication des données

- ▼ Déterminé la propriété des données.
- ▼ Élaboré des politiques sur l'accès aux données et sur les droits de publication de bases de données/renseignements du SNSD.

Production de rapports et diffusion

- ▼ Fourni aux provinces des données servant à la production de rapports provinciaux sur les indicateurs de rendement (RPIR).
- ▼ Fourni des données agrégées pour le rapport de 2002 *Le diabète au Canada*.
- ▼ Produit le premier rapport du SNSD sur la prévalence du diabète et la mortalité.

Ce que le SNSD ne nous dit pas

Le SNSD a des limites, dont on pourra éventuellement surmonter un grand nombre. Celle qui préoccupe le plus, c'est l'incapacité d'établir une distinction entre le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Des travaux en cours visant à distinguer le diabète gestationnel semblent prometteurs.

Une deuxième limite est attribuable à la mobilité de la population et aux difficultés qui en découlent sous forme de dossiers en double et de pertes au suivi, facteurs qui contribuent tous deux à l'inexactitude des données. Une solution partielle à ce problème peut résider dans l'établissement de liens périodiques entre les bases de données provinciales/territoriales et la base de données nationale sur la mortalité pour confirmer les décès.

Troisièmement, l'information sur les facteurs de risque de diabète est actuellement très limitée.

Ce que le SNSD nous dira sous peu

Le financement en vigueur du SNSD prend fin en mars 2004. La vision et les buts établis à l'origine pour le SNSD ont dégagé plusieurs éléments et il faut plus de temps pour le mener à bon port³³. Nous décrivons ci-dessous les progrès réalisés vers ces buts.

Couverture de la population

Le Nouveau-Brunswick a fourni récemment des données au SNSD et Terre-Neuve-et-Labrador planifie aussi de le faire pour le rapport 2004 du SNSD. Les travaux en cours qui portent sur la validation d'un algorithme de diagnostic chez les moins de 20 ans devraient être terminés en 2003. Après ces progrès, le rapport 2004 du

SNSD devrait contenir des données sur toute la population canadienne.

Incidence

On a défini des calculs d'incidence, mais il faut au moins cinq ans de données pour permettre aux taux de se stabiliser. Le rapport 2004 du SNSD contiendra les données sur l'incidence.

Utilisation des services de santé

Les bases de données qu'on utilise actuellement pour le SNSD appuieront l'analyse de l'utilisation des services de santé à la fois par les personnes qui ont le diabète et par celles qui ne l'ont pas. Cette analyse peut inclure les consultations de médecins ou des spécialistes et l'utilisation des services hospitaliers. L'élaboration de méthodes d'application des coûts à l'utilisation des services permettra d'établir des estimations raffinées du fardeau économique imposé par le diabète. Le rapport 2004 du SNSD inclura les jours d'hospitalisation et le nombre de services fournis.

Complications

Un des buts principaux visés par le SNSD consiste à créer la capacité de surveillance à long terme des complications reliées au diabète. Le projet pilote des Prairies a mis au point un module sur les accidents cérébraux vasculaires qu'on est prêt à tester avec le logiciel du SNSD. La prochaine priorité du Groupe de travail sur la validation porte sur l'élaboration de définitions normalisées des complications du diabète et sur l'identification et la validation des sources de données. Le rapport 2004 du SNSD inclura des estimations sur les maladies cardiovasculaires, les maladies cérébrales vasculaires, la maladie vasculaire périphérique, la rétinopathie et la néphropathie reliées au diabète.

Participation des Autochtones

Le SNSD saisit actuellement des données sur la population autochtone du Canada, mais ne les identifie pas. Jusqu'à maintenant, deux groupes autochtones (un au Québec et un en Colombie-Britannique) travaillent au repérage des données sur les Autochtones. Le rapport 2004 du SNSD inclura des données sur au moins un groupe des Premières nations.

Diffusion

On a réussi à diffuser à l'échelon national certains renseignements de surveillance produits par le SNSD. Des provinces (Ontario³⁴, Québec³⁵ et Île-du-Prince-Édouard³⁶) ont déjà pris des premières mesures pour atteindre l'objectif que constitue la diffusion régionale, et la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse prévoient publier des données en 2003. On prévoit des mises à niveau du logiciel en 2003 pour permettre d'effectuer des analyses régionales.

Ce que le SNSD pourra nous dire à long terme

La conception du SNSD a reposé sur la flexibilité pour permettre au système d'accueillir plusieurs « modules » supplémentaires de surveillance. La surveillance du diabète après mars 2004 pourrait inclure un ou plusieurs de ces modules.

Facteurs de risque

Il faut de l'information sur les déterminants du diabète, y compris les facteurs de risque modifiables, pour brosser un tableau complet de la surveillance du diabète (voir le tableau 8). L'information sur les facteurs de risque joue un rôle crucial dans l'élaboration de stratégies efficaces de prévention et de contrôle, comme l'a démontré la directive récente formulée par la

Conférence des sous-ministres de la Santé au sujet de l'établissement d'un système de surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques.

Le groupe de la prévention de la **Stratégie canadienne du diabète** (SCD) de Santé Canada considère le niveau d'activité, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'apport alimentaire comme trois facteurs de risque importants qu'il faut surveiller.

Comme les sources de données auxquelles le SNSD a actuellement accès ne produisent pas ce type de renseignements, il faudra les réunir au moyen de sondages, qui ont leurs exigences connexes sur les plans des éléments techniques (comparabilité des données, établissement de liens entre les enregistrements), de la gouvernance (accès, vie privée) et des coûts.

Indicateurs des soins

Le groupe de travail sur les soins de la SCD a recommandé d'intégrer des indicateurs des soins dans la surveillance du diabète. C'est pourquoi on est en train d'établir une liste d'indicateurs de base sur les soins cliniques et les soins autodirigés. Il faudra de l'expertise appliquée pour élaborer des moyens de distinguer le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel.

Éducation sur le diabète

Les programmes d'éducation sur le diabète constituent une ressource importante pour les activités de surveillance parce qu'ils pourraient permettre de recueillir de l'information sur les soins autoadministrés, les complications et l'évolution de la maladie, et d'orienter les interventions afin d'améliorer la prise en charge du diabète. La recherche dirigée afin de produire une base factuelle pour des interventions précises

constitue toutefois une condition préalable à l'intégration de ces programmes à la surveillance.

Autres sources de données

Le tableau 8 décrit le champ d'application d'une surveillance élargie du diabète. L'intégration de sources de données variées augmente les possibilités d'analyse des données de surveillance. Le dépistage préclinique, par exemple, pourrait inclure des données sur la glycémie que l'on pourrait consulter à partir d'une base de données sur les résultats de laboratoire.

Application à d'autres maladies chroniques

Le diabète a des facteurs de risque en commun avec d'autres maladies et il constitue à la fois un résultat et un déterminant d'autres problèmes. Le tabagisme, par exemple, est un facteur de risque pour les cancers, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, ainsi que le diabète. Conjuguées aux réalités que constituent les ressources limitées, ces interactions présentent un argument convaincant en faveur de la collaboration dans la surveillance des maladies chroniques. Le modèle du SNSD se prête à d'autres types de surveillance de maladies chroniques qui offrent des possibilités semblables de suivi par les contacts des clients avec le système de soins de santé.

Tableau 8.
Le champ d'application d'une surveillance améliorée du diabète†

Déterminants	Surveillance préclinique	Surveillance clinique	Résultat
EXEMPLES DE DONNÉES	EXEMPLES DE DONNÉES	EXEMPLES DE DONNÉES	EXEMPLES DE DONNÉES
facteurs génétiques : <i>prévalence des gènes en cause</i>	dépistage : <i>tension artérielle</i> <i>glycémie</i>	diagnostic : <i>modes de diagnostic</i> <i>temps écoulé avant le diagnostic</i> <i>analyses de laboratoire</i>	mortalité : <i>décès par cause</i> <i>taux de survie</i>
comportements risqués : <i>niveau d'activité</i> <i>masse corporelle</i> <i>apport alimentaire</i> <i>tabagisme</i>	réduction des risques : <i>alimentation saine</i> <i>taux d'activité physique</i>	traitement et interventions : <i>chirurgie</i>	morbidité : <i>complications</i> <i>degré d'incapacité</i> <i>qualité de vie</i>
environnement :		utilisation des services : <i>hospitalisation</i> <i>consultations de médecin</i> <i>soins à domicile</i> <i>soins ambulatoires</i> <i>soins palliatifs</i>	
facteurs socio-économiques : <i>niveau de revenu</i> <i>éducation</i>		données pharmaceutiques : <i>utilisation de médicaments</i> <i>complications et interactions</i>	
SOURCES DE DONNÉES* :	SOURCES DE DONNÉES* :	SOURCES DE DONNÉES* :	SOURCES DE DONNÉES* :
<i>enquêtes</i> <i>recensement</i> <i>surveillance au travail</i>	<i>bases de données de dépistage</i> <i>enquêtes</i> <i>bases de données sur la santé publique</i> <i>médecins de premier recours</i> <i>dossier de santé électronique (DES)</i>	<i>bases de données d'hôpitaux</i> <i>base de données sur les résumés de congés</i> <i>données des registres</i> <i>dépôts de données provinciaux</i>	<i>statistiques démographiques</i> <i>base de données des coroners</i> <i>causes multiples de décès</i>

†Roy D. Adapté de *Chronic Disease Surveillance in Canada: A background paper, juillet 2003*⁽³⁷⁾.

*Certaines des sources indiquées sont des sources possibles et ne sont peut-être pas disponibles pour le moment.

TROUVER DES RÉPONSES

- ▼ Presque la moitié des adultes du Canada ont un excédent de poids. Comme l'obésité constitue un facteur de risque important pour le diabète, quel sera l'effet de cette tendance sur l'incidence et la prévalence du diabète au Canada au cours des années à venir?
- ▼ Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité au Canada. Quelle proportion des maladies cardiaques au Canada peut-on associer au diabète?
- ▼ La population du Canada vieillit. Comment les tendances démographiques affecteront-elles le nombre de personnes qui ont le diabète au Canada? Combien en coûtera-t-il pour s'occuper d'elles?
- ▼ Dans quelle mesure les modifications des habitudes de vie ont-elles contribué au risque accru de diabète chez les Autochtones par rapport aux non-Autochtones? Compte tenu des différences au niveau des facteurs de risque entre les Autochtones et les autres Canadiens, les Autochtones sont-ils plus vulnérables au diabète?

Ce sont seulement quelques-unes des nombreuses questions auxquelles il faut répondre pour enrayer la montée du diabète au Canada. Grâce au SNSD, le Canada est heureusement bien placé pour le faire.

Chef de file mondial reconnu en ce qui concerne l'établissement de liens entre les enregistrements et les méthodes de création de bases de données, le Canada applique son expertise considérable au diabète par le biais du SNSD. Depuis qu'il a obtenu du financement en 1999, le SNSD a

réalisé beaucoup de progrès vers l'atteinte de ses quatre objectifs officiels :

- ▼ Base de données normalisée pour la surveillance du diabète et surveillance à long terme des complications liées au diabète grâce à l'intégration des bases de données nouvelles et existantes.
- ▼ Surveillance permanente du diabète et de ses complications dans chaque province et territoire et dans la collectivité autochtone.
- ▼ Diffusion de données comparatives nationales.
- ▼ Base d'évaluation des questions économiques et financières concernant les soins, la prise en charge et le traitement du diabète au Canada.

En s'acquittant de sa mission, le SNSD est aussi un prototype pour d'autres types de surveillance des maladies chroniques. Dans un modèle élargi du SNSD, les données recueillies sur le diabète portent notamment sur les facteurs de risque et les complications. Il est aussi possible d'examiner les mêmes données et de les diffuser pour prévenir et contrôler d'autres problèmes comme les maladies cardiovasculaires, cérébrales vasculaires et rénales.

On a donc répondu à la question posée au début du rapport – Des systèmes d'information conçus principalement comme moyens d'établissement de budgets et de facturation peuvent-ils servir à produire de l'information spécifique aux maladies qui profitera à tous les Canadiens? Cela signifie aussi que l'on trouvera des réponses à beaucoup d'autres questions importantes pour la population canadienne.

RÉFÉRENCES

1. Young TK, Roos N, Hammerstrand MA. Estimated burden of diabetes mellitus in Manitoba according to health insurance claims: a pilot study. *J Assoc med can* 1991; 144(3) : 318-324.
2. Blanchard JF, Ludwig S, Wajda A, Dean H, Anderson K, Kendall O, et al. Incidence and prevalence of diabetes in Manitoba, 1986-1991. *Diabetes Care* 1996; 19 : 807-11.
3. Blanchard JF, Dean H, Anderson K, Wajda A, Ludwig S, Depew N. Incidence and prevalence of diabetes in children aged 0-14 years in Manitoba, Canada. *Diabetes Care* 1997; 20 : 512-5.
4. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Forum national sur la santé. Ottawa : Santé Canada, 1997.
5. Noseworthy T, Blanchard J, Campbell D, Chapman S, Clotey C, James R, Osei W, Svenson L. *Final report: demonstration of the proposed National Diabetes Surveillance System in the three prairie provinces*. Rapport sur le programme de soutien à l'infrastructure de la santé. Ottawa : Santé Canada, mars 2001.
6. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev* 1988; 10 : 164-190.
7. Comité directeur national de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et Inuits. *First Nations and Inuit Regional Health Survey: national report 1999*. Ottawa : Santé Canada, janvier 1999.
8. Johnson J, Martin D, Sarin C. Diabetes mellitus prevalence in the First Nations population of British Columbia Canada, 1987 to 1997. *Int J Circumpolar Health* 2002; 61 : 260-264.
9. Young TK, Szathmary E, Evers S, Wheatley B. Geographical distribution of diabetes among the native population of Canada: a national survey. *Soc Sci Med* 1990; 31 : 129-139.
10. Statistique Canada. *Langues, traditions, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales. Enquête auprès des peuples autochtones*. Ottawa : Statistique Canada, 1993.
11. Harris S, Gittelsohn J, Hanley A, Barnie A, Wolever T, Gao J, et al. The prevalence of NIDDM and associated risk factors in Native Canadian. *Diabetes Care* 1997; 20 : 185-7.
12. Dean H. NIDDM among youth in First Nation children in Canada. *Clin Pediatr* 1998; 37 : 89-96.

13. Joseph R. Questions relatives à la surveillance du diabète dans la communauté autochtone. Ottawa : Santé Canada, Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones, décembre 2000.
14. *Classification internationale des maladies*, 9^e rév. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1997.
15. Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada, Un premier rapport annuel, 2000*. Ottawa : ICIS, 2000.
16. Institut canadien d'information sur la santé. *Les autres modes de paiement et la base de données nationale sur les médecins (BDNM) : l'état des programmes canadiens d'autres modes de rémunération des médecins, 1999/2000*. (Tableau 4). Ottawa : ICIS, octobre 2001.
17. Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients*. Disponible à http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_ad_f
18. Van Til L. *PEI diabetes validation project. Report to the NDSS Validation Working Group*. Charlottetown : Document Publishing Centre, mars 2001.
19. LeBlanc J, Kephart G. *Assessment of the sensitivity and specificity of Nova Scotia administrative databases for detecting diabetes mellitus. Report to the NDSS Validation Working Group*. Halifax : Population Health Research Unit, janvier 1998.
20. Tamblay JL, Catlin G. Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population. *Rapport sur la santé* 1995; 7 : 31 à 43.
21. Svenson L. *Assessment of the sensitivity and specificity of Alberta Health administrative data for diabetes surveillance. Report to the NDSS Validation Working Group*. Edmonton, mars 1999.
22. Hux JE. *Using administrative data to define the prevalence of diabetes mellitus in Ontario. Report to the NDSS Validation Working Group*. Toronto : IRSS, mars 1999.
23. Hux JE, Ivis F, Flintoft V, Bica A. Diabetes in Ontario: determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm. *Diabetes Care* 2002; 25(3) : 512-6.
24. Clayton D, Smith M, Dunbar P, Salisbury S, Kephart G, LeBlanc J. *Validity of the Diabetes Care Program of Nova Scotia database of new cases (DNC) of diabetes aged < 19 years in determining the incidence of type 1 diabetes mellitus in this population. Report to the NDSS Validation Working Group*. Halifax, mai 2000.
25. Statistique Canada. *Problèmes de santé*. Disponible à : www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIE/01002/hlthstatus/conditions2_f.htm#diabetes
26. Harris MI, Robbins DC. Prevalence of adult-onset IDDM in the US population. *Diabetes Care* 1994; 17 : 1337-1340.
27. Statistique Canada. *Population autochtone, selon la province ou le territoire, recensement de 2001*. Disponible à www.statcan.ca/francais/Pgdb/demo38_96_b_f.htm
28. Association canadienne du diabète. *Rapport de 2001 sur le diabète*. Disponible à : www.diabetes.ca/files/cda_report_card_fr.pdf

29. Santé Canada. *Data from the Statistics Canada Mortality File, compiled for Diabetes in Canada*. Ottawa : Santé Canada, 2002.
30. Santé Canada. *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*. Ottawa : Santé Canada, 1999.
31. Tan HM, Wornell CM. Diabetes mellitus in Canada. *Diabetes Res Clin Prac* 1991; 14 : S3-S8.
32. Wilkins K, Wysocki M, Morin C, Wood P. Causes multiples de décès. *Rapport sur la santé* 1997; 9(2) : 22-32.
33. Groupe de travail sur la surveillance du diabète, SNSD. *Projet de plan d'action pour la Stratégie nationale sur le diabète. Rapport au comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète*. Ottawa : Santé Canada, janvier 2003.
34. Hux JE, Booth GL, (Slaughter PM, Laupacis A (dir.). *Diabetes in Ontario: an ICES Practise Atlas*. Institut de recherche en services de santé; 2003. Disponible à www.ICES.on.ca
35. Institut national de santé publique. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*. Octobre 2002. Disponible à www.inspq.qc.ca
36. Van Til L. *Prince Edward Island health indicators, provincial and regional*. Charlottetown : Document Publishing Centre, janvier 2003. Disponible à : www.gov.pe.ca
37. Division de la coordination de la surveillance, Centre for Surveillance Coordination, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Chronic Disease Surveillance in Canada: A Background Paper*. Ottawa: Santé Canada, juillet 2003.

ANNEXES

Annexe <u>A</u>	
Formulaire d'évaluation de la capacité du SNSD	49
Annexe <u>B</u>	
Activité régionale	58
Annexe <u>C</u>	
Composition du Comité directeur du SNSD 2003	62
Annexe <u>D</u>	
Composition des groupes de travail du SNSD 2003	63
Annexe <u>E</u>	
Protocole d'entente (PE)	66
Annexe <u>F</u>	
Lignes directrices du SNSD	72
Annexe <u>G</u>	
Comparaison des chiffres du SNSD et de Statistique Canada sur les décès et la population	81
Annexe <u>H</u>	
Éléments de données des fiches récapitulatives individuelles et annuelles (FRIA).	83
Annexe <u>I</u>	
Estimations de la population-type du Canada – 1 ^{er} juillet 1991	84
Annexe <u>J</u>	
Validation.	85
Annexe <u>K</u>	
Prévalence selon l'âge, l'exercice, le sexe et la province ou le territoire	89
Annexe <u>L</u>	
Mortalité selon l'âge, l'exercice, le sexe et la province ou le territoire	101

Annexe A

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DU SNSD

Le texte qui suit résume l'évaluation de la capacité remplie par les provinces et les territoires pour obtenir du financement du SNSD en 2000-2001. La plupart des administrations ont répondu à toutes les questions.

L'évaluation de la capacité comporte cinq éléments constitutifs :

- ▼ description de l'infrastructure existante;
- ▼ description de la disponibilité de variables de données incluses dans le dictionnaire des données du SNSD;
- ▼ évaluation de la capacité de réaliser les activités types de base du SNSD;
- ▼ aperçu de la proposition de financement pour 2000-2001;
- ▼ ajout décrivant les critères de financement et contenant des conseils sur les besoins en matériel informatique

Infrastructure existante

Données : Où sont entreposés actuellement le registre et les données sur la facturation des services médicaux et hospitaliers (ou des sources de données comparables)? Y a-t-il des documents pour décrire les données d'entrée? Fournir une évaluation subjective de la qualité des documents existants. Pendant combien de temps existe-t-il des données fiables sur le registre et les dossiers médicaux et hospitaliers? Quelles sont les personnes-ressources clés nécessaires pour faciliter l'accès technique aux

données? Indiquer leurs nom, titre, numéro de téléphone.

Infrastructure informatique : Utilise-t-on le SAS au ministère? Quels sont les mécanismes de transfert des données « hors » de cet environnement vers une plate-forme commune pour l'élaboration du SNSD? Bande? DC? Autre?

Sécurité des ordinateurs/données : Quelle mesure législative, s'il en est, régit la collecte et l'utilisation de données personnelles sur la santé (veuillez fournir des copies des lois)?

Infrastructures existantes dans la province ou le territoire qui concernent l'épidémiologie et le diabète : Y a-t-il un « bureau » provincial du diabète? Y a-t-il un « bureau » provincial de l'épidémiologie?

Système de santé de la province ou du territoire : L'administration utilise-t-elle un code d'identification personnel permanent? En quelle année a-t-il été établi? S'applique-t-il à toutes les personnes admissibles (p. ex., autres que les employés de la GRC, les militaires, les détenus fédéraux)? Y a-t-il des sous-populations qui sont plus ou moins susceptibles d'être observées par les sources de données de base?

Les bases de données : Y a-t-il des fichiers qui opérationnalisent les trois bases de données « de base » décrites dans le modèle des données du SNSD (2 janvier 2000)?

Environnement des données du SNSD : Existe-t-il un emplacement physiquement sûr où l'on pourrait entreposer les données du SNSD?

Disponibilité des variables incluses dans le dictionnaire des données du SNSD¹

Fichier registre

Identification	Code d'identification personnel
Sexe	H ou F
Code d'identification personnel	Les dates invalides sont-elles admissibles?
Année	Pour laquelle les données sont applicables?
Code postal	(en année) ou autre entité géographique infraprovinciale, p. ex., le secteur régional de santé
Date de début de l'assurance	(en année)
Code de début de l'assurance	1 En vigueur le 1 ^{er} janvier de l'année 2 Nouvel assuré depuis le 1 ^{er} janvier de l'année 3 Autre
Date de fin de l'assurance	(en année)
Code de fin de l'assurance	1 En vigueur le 31 décembre de l'année 2 Décès 3 Migration 4 Autre

Fichier demande de services médicaux

Identification	
Date du service	
Code de l'acte	(veuillez préciser les codes lorsque c'est possible) Amputations, nouvelle hémodialyse, chirurgie de la cataracte, nouvelle dialyse péritonéale, dialyse péritonéale continue, hémodialyse continue, amputation d'un membre inférieur, chirurgie cardiovasculaire (PAC, angio), photocoagulation à rayon laser, acte de reconstruction vasculaire (ACTP)
Diagnostic	CIM-9 a trois chiffres
Honoraires payés	
Identification du médecin*	
Spécialité du médecin*	(énumérer les spécialités appuyées)
Emplacement du service*	1 Patient hospitalisé 2 Patient en service externe

¹ Les variables suivies d'un astérisque seront utilisées dans la première version du logiciel du SNSD, mais si la variable en question n'est pas disponible dans une province ou un territoire, la perte de fonctionnalité qui en découle a des répercussions sur les buts et les mesures de base du SNSD.

Fichier congé de l'hôpital

Identification

Date de l'hospitalisation

Date du congé

Type d'hospitalisation* p. ex., urgente, non urgente, etc.

Type de congé* Décès, transfert, instance communautaire

Diagnostic 1 CIM-9 à 5 chiffres

Diagnostic 2

Diagnostic 3

Acte 1

Acte 2

Acte 3

Transféré à l'interne?*

Transféré à l'externe?*

Pondération du volume des ressources*

Groupe de maladies analogues*

Capacité d'atteindre le modèle de base du SNSD en 2000-2001

Faisabilité des activités de base (1 = aucun problème prévu – mise en œuvre prévue; 2 = certains problèmes prévus, mais mise en œuvre toujours probable; 3 = problèmes majeurs prévus; mise en œuvre incertaine; 4 = non proposé)

Description de l'activité	Ensemble de compétences proposé
A. Activités du modèle de base	
Intrants	
Définir la source des données concernant la facturation des services médicaux par les médecins, l'hospitalisation et les dossiers relatifs à la protection. Idéalement, sélectionner une « période » de cinq à sept ans pour laquelle on peut obtenir continuellement des données et un seul dictionnaire de données.	SAS/analyse des systèmes
Processus	
(A1.1) Transférer les données du matériel existant au matériel ou dans l'espace disque du SNSD.	SAS/analyse des systèmes
(A1.2) Réduire les données de (A1.1) pour intégrer seulement les variables et les fichiers nécessaires.	
(A1.3) En parallèle avec (A1.2) ou à la suite de (A1.2), convertir les données de (A1.2) au registre de données d'entrée commun du SNSD.	
(A1.4) Transférer les données de (A1.3) dans les fichiers du SAS.	
(A1.5) Convertir les données de (A1.4) en année civile.	
(A1.6) Entrer les données de (A1.5) dans le logiciel du noyau du SNSD.	
(A1.7) Préparer une récapitulation individuelle « fonctionnelle ».	

Description de l'activité	Ensemble de compétences proposé
A. Activités du modèle de base (suite)	
Extrants	
(A1.8) Préparer des fichiers de données globales afin d'estimer l'incidence, la prévalence et la mortalité de (7).	Analyse statistique
(A1.9) Préparer des fichiers de données globales en vue d'estimer les taux pour un ensemble spécifique de complications et pour les tendances d'utilisation des services de santé dans les sous-populations atteintes du diabète.	
(A1.10) Préparer des fichiers de données globales en vue d'estimer les taux pour un ensemble spécifique de complications et pour les tendances de l'utilisation des services de santé dans les sous-populations qui n'ont pas le diabète.	
(A1.11) Transférer l'ensemble des données globales à Santé Canada, conformément aux ententes FPT.	SAS/analyse des systèmes
(A1.12) Conserver (A1.7) sur les populations atteintes de diabète ² .	
(A1.13) Conserver (A1.7) concernant les personnes non diagnostiquées comme diabétiques ³ .	
(A1.14) Diffuser les produits de données, en coordination avec le Comité directeur du SNSD, chaque année.	Lié à la politique/communication
Lié à la politique	
Documentation et demandes relatives à l'accès aux données	Politique
Définition des relations hiérarchiques et des questions connexes pour le personnel du SNSD.	Épidémiologie/ politique/ administration
Définition des publics cibles concernant les données de surveillance.	Épidémiologie/ politique/ administration

2 Si c'est possible; la conservation permet d'analyser les populations atteintes du diabète dans le contexte d'analyses longitudinales.

3 Si c'est possible; la conservation permet d'analyser des populations non diagnostiquées comme diabétiques dans le contexte d'analyses longitudinales.

Description de l'activité	Ensemble de compétences proposé
B. Activités étendues du modèle	
Intrants	
Intégrer les fichiers pour les années qui n'ont pas été intégrées dans l'activité A.	SAS/analyse des systèmes
Processus	
(B2.1) Transférer les données du matériel existant au matériel ou dans l'espace disque du SNSD.	SAS/analyse des systèmes
(B2.2) Réduire les données de (B2.1) pour intégrer seulement les variables et les fichiers nécessaires.	
(B2.3) En parallèle avec (B2.2) ou à la suite de (B2.2), convertir les données de (B2.2) au registre de données d'entrée commun du SNSD.	
(B2.4) Transférer les données de (B2.3) dans les fichiers du SAS.	
(B2.5) Convertir les données de (B2.4) en année civile.	
(B2.6) Entrer les données de (B2.5) dans le logiciel du noyau du SNSD.	
(B2.7) Préparer une récapitulation individuelle « fonctionnelle ».	
Extrants	
(B2.8) Préparer des fichiers de données globales en vue d'estimer l'incidence, la prévalence et la mortalité de (B2.7)	Analyse statistique
(B2.9) Préparer des fichiers de données globales en vue d'estimer les taux pour un ensemble spécifique de complications et pour les tendances touchant le recours aux services de santé des personnes atteintes du diabète.	
(B2.10) Préparer des fichiers de données globales en vue d'estimer les taux pour un ensemble spécifique de complications et pour les tendances touchant le recours aux services de santé des personnes non diagnostiquées comme diabétiques.	
(B2.11) Transférer l'ensemble des données globales à Santé Canada, tel que prévu aux ententes FPT.	SAS/analyse des systèmes
(B2.12) Conserver (B2.7) concernant les personnes atteintes de diabète ⁴ .	
(B2.13) Conserver (B2.7) concernant les personnes non diagnostiquées comme diabétiques ⁵ .	
(B2.14) Diffuser les produits de données, en coordination avec le Comité directeur du SNSD, chaque année.	Lié à la politique/ communication

C. Autres activités

Description d'autres activités (où le modèle de base du SNSD n'est pas possible) (2 à 3 pages)

- 4 Si c'est possible; la conservation permet d'analyser les populations atteintes du diabète dans le contexte d'analyses longitudinales.
- 5 Si c'est possible; la conservation permet d'analyser des populations non diagnostiquées comme diabétiques dans le contexte d'analyses longitudinales.

Proposition de financement pour 2000-2001 fondée sur l'évaluation des capacités

Justification

- ▼ Décrire les obstacles à la réalisation des activités de base du SNSD dans votre province ou territoire en 2000-2001.
- ▼ Joindre les trois sections précédentes sur l'évaluation de la capacité.

Objectifs principaux pour 2000-2001

- ▼ Sommaire des principales activités et étapes.

Données ou produits d'information

- ▼ Éléments réalisables avant la fin de la première période de financement 2000-2001 : incidence, prévalence, mortalité (avec et sans diabète), complications (avec et sans diabète; préciser les conditions), utilisation des services de santé (avec et sans diabète; préciser les mesures).

Plan de travail

- ▼ Dans le cas de chaque activité énumérée dans les modules d'activité A, B ou C, indiquer le calendrier et les délais approximatifs.

Besoins en ressources humaines

- ▼ Pour chaque activité énumérée dans les modules d'activité A, B ou C, présenter la liste des membres du personnel, l'affectation prévue en équivalents temps plein (ETP), l'ensemble des compétences spécialisées et le total annuel des salaires ETP en supposant que les avantages sociaux représentent 20 %. Résumer le nombre de personnes (on s'attend à ce que le nombre total d'ETP varie de 0,5 à 2, mais il peut être réparti entre plus de deux personnes qui ne travaillent pas à plein temps), l'ensemble des compétences spécialisées, le taux de salaire (\$ par année plus % avantages sociaux), la période d'emploi (p. ex., nombre de mois), le nombre d'ETP, le coût (salaire et avantages sociaux).

Matériel informatique

- ▼ Nombre d'éléments et coûts (joindre prix proposé) pour chacun des éléments suivants : serveurs, espace de disque rigide pour dispositifs existants, postes de travail, autre.

(Voir les Lignes directrices à l'addendum qui suit.)

Addendum

Critères de financement

Objectif: Bâtir, dans chaque province et territoire, la capacité nécessaire pour assurer une surveillance uniforme du diabète et de ses complications et produire des données comparatives à l'échelle nationale, principalement par l'utilisation de bases de données administratives, lorsque c'est possible.

Période initiale de financement

Du 1^{er} avril 2000 au 30 mars 2001.

Critères régissant l'attribution des fonds

Le financement du SNSD sera attribué seulement pour les activités reliées directement à l'instauration de la surveillance du diabète et de ses complications, y compris les activités liées à l'élaboration de politiques.

A. Activités du modèle de base : La priorité liée à l'octroi de financement fédéral consiste à produire une fonctionnalité de base de façon prospective dans toutes les provinces et tous les territoires au cours de l'exercice 2000-2001. On reconnaît que la réalisation de cette fonctionnalité comporte des tâches axées sur les données (notamment la collecte et la manipulation de données) et des tâches axées sur les politiques (notamment l'élaboration de politiques de surveillance, de structures hiérarchiques)⁶. Il incombe à la province ou au territoire d'accorder la priorité aux activités axées sur les données ou à celles qui sont axées sur les politiques.

B. Activités du modèle élargi : Lorsque des fonds fédéraux sont disponibles et que la fonctionnalité permanente est établie dans une province ou un territoire, il faut intégrer si possible les fichiers pour les années qui ne l'ont pas été dans l'activité A.

C. Activités d'autres modèles : Lorsqu'une province ou un territoire n'arrive pas à établir une fonctionnalité de base, le Comité directeur évaluera et financera les solutions de rechange aux modèles de base dans la mesure où elles permettent de produire des données comparatives à l'échelle nationale.

Si une province ou un territoire n'a pas terminé l'activité A, mais souhaite passer à l'activité B, les responsables doivent fournir une justification au Comité directeur dans le cadre de la proposition, pour expliquer pourquoi il est impossible de parachever le modèle particulier ou pourquoi il faut le reporter ou le compléter en même temps qu'une autre étape.

Les améliorations du modèle de base ne feront pas partie de la présente proposition, mais à cette étape-ci, on peut soumettre des propositions relatives à des améliorations. Elles seront transmises au groupe de travail compétent du SNSD pour examen.

Paramètres suggérés pour l'attribution de fonds

Chaque province et territoire devrait recevoir un financement de base lui permettant de maintenir la capacité nécessaire pour produire des données comparatives à l'échelle nationale. On suggère

⁶ On s'attend à ce que le modèle de base évolue et à ce que le Comité directeur du SNSD le redéfinisse (au cours de périodes de financement subséquentes) à mesure que les capacités des provinces et des territoires s'amélioreront.

que le financement de base corresponde à au moins 0,5 ETP par province ou territoire et aux besoins en matériel informatique qui ont trait à la tâche de traitement de l'information dans chaque province ou territoire⁷.

On s'attend à ce que le nombre total d'ETP par province ou territoire soit limité à deux. Il faudra justifier à fond toute recommandation supérieure, qui sera fonction des fonds attribués par le Comité directeur et de la disponibilité des fonds.

Le taux de traitement annuel des membres du personnel possédant l'ensemble des compétences pertinentes s'élève à quelque 50 000 \$ plus 20 % d'avantages sociaux, conformément au Plan d'activité du SNSD.

Lignes directrices sur les propositions

Chaque province et territoire peut présenter une proposition afin d'obtenir du financement du SNSD pendant la période initiale de financement du SNSD. Il faut présenter les propositions suivant le modèle fourni à l'atelier de Winnipeg.

Dates limites

Il faut présenter les propositions au plus tard le 28 janvier 2000. Il faut les transmettre par voie électronique à Rob James (directeur technique du SNSD) et à Sheila Chapman, à Santé Canada.

Décisions relatives à l'attribution de fonds

Le secrétariat étudiera les propositions au début de février 2000. Le Comité directeur décidera de l'attribution finale au début de mars 2000.

Projets spéciaux (facultatif) : Améliorations proposées du modèle de base

Décrire les améliorations proposées en indiquant comment elles compléteront les activités de base du SNSD dans la province ou le territoire et s'il y a une possibilité de collaboration multilatérale maintenant ou plus tard.

Nota : Ces projets spéciaux seront soumis au sous-comité ou groupe de travail technique compétent et examinés séparément du financement principal pour la mise en œuvre de la fonctionnalité de base du SNSD. Le sous-comité ou groupe de travail compétent exigera plus de détails. Il ne faut PAS vous attendre à ce que le financement pour les projets spéciaux soit disponible le 1^{er} avril 2000-2001.

Décrire brièvement le projet (en y incluant les activités, la méthodologie et les résultats).

Indiquer la demande en ressources (préciser comment elles seront utilisées).

⁷ Les provinces dont la population est plus élevée sont donc plus susceptibles d'exiger plus de matériel informatique pour stocker et traiter leurs fichiers de données, ce qui est légitime.

Conseils sur les besoins en matériel informatique

Principes

- ▼ établir un « matériel de base » qui sera fourni à tous;
- ▼ prévoir des étapes précises pour la mise à niveau de tout le matériel;
- ▼ financer le matériel en fonction de la taille de la population;
- ▼ régler les questions concernant le déplacement du site de mise à l'essai en 2000-2001 vers un site opérationnel au cours des années suivantes;
- ▼ prévoir l'adaptation en fonction des règles d'achat en vigueur sur le matériel informatique (s'il y a lieu) dans la province ou le territoire.

Systèmes d'exploitation

- ▼ doivent permettre éventuellement d'exploiter la version 8 du SAS;
- ▼ préférence marquée (pas nécessairement dans cet ordre) : NT (SP 6; Windows 2000; UNIX);
- ▼ doit accepter le matériel multitraitement;
- ▼ doit pouvoir faire fonctionner de multiples lecteurs de disque comme un seul répertoire/lecteur.

Modèle de base (non exigé, mais fortement recommandé)

- ▼ carte mère INTEL BX, c.-à-d. 100 Mhz FSB;
- ▼ processeur Pentium III (supporte 100 Mhz FSB);
- ▼ mémoire vive de 100 Mhz (PC-100) en barrettes DIMM de 128 Mo;

- ▼ mémoire vive expansible à 1 Go (sauf pour les systèmes de base);
- ▼ disques rigides à interface SCSI large.

Sécurité et communication

- ▼ Les données peuvent-elles résider sur le poste de travail?
- ▼ Les données doivent-elles résider dans un endroit sûr?
- ▼ Quelle vitesse de réseau assurez-vous?

Mise à niveau et rendement

Banc d'essai provisoire pour le rendement :

- ▼ doit pouvoir regrouper les fiches récapitulatives individuelles et annuelles (FRIA) pour 10 années en un week-end, sans mise en garde;
- ▼ doit pouvoir obtenir des estimations simples à partir des fiches récapitulatives individuelles et annuelles en une heure, p. ex., prévalence, mortalité.

Si la capacité proposée n'est pas raisonnablement efficace, la province ou le territoire peut présenter une nouvelle demande au Comité directeur du SNSD pour une mise à niveau.

Entretien, sauvegarde, etc.

- ▼ obtenir un contrat d'entretien de trois ans;
- ▼ définir une stratégie de sauvegarde des données.

Annexe B

ACTIVITÉ RÉGIONALE

La plupart des provinces et des territoires se sont appuyés sur la capacité de surveillance démontrée par le SNSD. Le lien entre le diabète et d'autres maladies chroniques a stimulé l'intérêt envers la surveillance des maladies chroniques en général.

Yukon

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ étudie des possibilités d'étendre le modèle de base du SNSD à d'autres bases de données comme le Centre d'éducation sur le diabète et le Programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées;
- ▼ en partenariat avec le Programme des maladies chroniques, procède à l'expansion du modèle du SNSD afin d'inclure d'autres comorbidités et a augmenté sa capacité en épidémiologie.

Territoires du Nord-Ouest

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ pourparlers avec la Nation Dene des T.N.-O. au sujet des données relatives aux Autochtones;
- ▼ en train de créer un registre du diabète des Territoires du Nord-Ouest en consultation avec les trois programmes d'éducation sur le diabète à Yellowknife, Inuvik et Hay River, ainsi qu'avec d'autres intervenants;

- ▼ en train d'élaborer une stratégie sur le diabète pour les Territoires du Nord-Ouest.

Nunavut

- ▼ devenu territoire en 1999;
- ▼ terminé le nettoyage des données sur les numéros d'assurance-maladie mis en œuvre en 1999 qu'on avait confondu avec l'ancien numéro d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest;
- ▼ terminé une rétrospective sur la population du Nunavut commencée en 1995-1996 en utilisant les numéros d'assurance-maladie à la fois du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest;
- ▼ traité des données de 1995-1996 à 1999-2000 au moyen du logiciel du SNSD;
- ▼ l'étude préliminaire a obligé à étendre le modèle du SNSD pour y intégrer des données des infirmières spécialisées en santé communautaire puisqu'elles dispensent des soins de premier recours à environ 60 % de la population;
- ▼ terminé l'entrée et la mise en forme des données des infirmières en santé communautaire d'avant 1999 et les dossiers papier de 2000 et 2001;
- ▼ a commencé à mettre en œuvre la version élargie du logiciel du SNSD.

Colombie-Britannique

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ collabore avec le Comité de la santé des chefs des Premières nations pour repérer la population des Indiens inscrits;
- ▼ rapport provincial de surveillance du diabète attendu plus tard en 2003. Il inclura des mesures régionales (incidence, prévalence, mortalité) dans 16 secteurs de prestation des services de santé, des données sur l'utilisation du programme d'assurance-médicaments, une analyse des coûts et des projections sur la prévalence;
- ▼ étudie la possibilité d'étendre le modèle de base du SNSD à d'autres bases de données, comme celle des statistiques démographiques (décès), Pharmanet (utilisation d'insuline et d'hypoglycémifiants oraux dans la population) et l'agence du rein de la province;
- ▼ établi un partenariat avec Gestion des maladies chroniques afin de produire des mesures des soins dispensés pour maladies chroniques aux fins de la surveillance, et expansion du modèle du SNSD pour inclure d'autres maladies chroniques comme l'hypertension, la cardiopathie ischémique, l'insuffisance cardiaque globale, la néphropathie, la rétinopathie, la dépression et l'asthme.

Alberta

- ▼ un des partenaires originaux du projet pilote des Prairies;
- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ on attend plus tard en 2003 le rapport provincial de surveillance du diabète qui

inclut des mesures régionales (prévalence, mortalité) pour neuf régions de santé;

- ▼ expansion possible du modèle de base du SNSD pour y inclure d'autres bases de données comme les statistiques démographiques (décès) et ESCC;
- ▼ partenariat avec des activités de prise en charge de la santé des patients et expansion du modèle du SNSD pour y inclure d'autres maladies chroniques comme les cardiopathies, les néphropathies et la rétinopathie.

Saskatchewan

- ▼ un des partenaires originaux du projet pilote des Prairies;
- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ le SNSD a aussi servi à la planification continue du programme du diabète et à l'évaluation provinciale et régionale. Le SNSD sera intégré à la planification des programmes et à l'évaluation des services de soins de premier recours;
- ▼ des travaux en cours visent à produire des estimations du coût et du fardeau imposés par la maladie dans le cas des principales causes de morbidité et de mortalité, et l'on attend les résultats plus tard en 2003.

Manitoba

- ▼ un des partenaires originaux du projet pilote des Prairies;
- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ le modèle du SNSD mis au point au début au Manitoba a servi à produire 11 profils régionaux sur le diabète, y compris

l'incidence, la prévalence et les principales complications, ainsi que des données à l'appui de la stratégie provinciale sur le diabète⁸, des projections sur le diabète⁹ et un rapport sur la santé des Métis¹⁰;

- ▼ un profil provincial du diabète chez les Premières nations attendu plus tard en 2003 sera disponible à www.gov.mb.ca/health/publichealth/diabetes/index.html;
- ▼ la collaboration avec des experts médicaux dans les domaines de la dialyse, de la maladie artérielle périphérique et des maladies oculaires a produit des définitions de cas pour ces complications.

Ontario

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a utilisé un modèle modifié du SNSD pour publier des profils régionaux sur le diabète¹¹;
- ▼ le SNSD a contribué à rehausser le profil du diabète en Ontario et à donner plus d'importance à la recherche sur le diabète à l'IRSS.

Québec

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ collabore à un projet de surveillance du diabète avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;
- ▼ le modèle du SNSD a servi en octobre 2002 à produire des données sur la prévalence du diabète selon la région de santé¹²;
- ▼ le SNSD a catalysé d'autres recherches sur le diabète;
- ▼ on étend le modèle pour y inclure des statistiques démographiques et des analyses sur les médicaments provenant de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Nouveau-Brunswick

- ▼ a fourni à Santé Canada, en mai 2003, des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ les données sur les médecins n'incluaient pas les codes de diagnostic utilisés par les autres provinces. Il a donc fallu procéder à des travaux préliminaires pour mettre au point des algorithmes afin de chercher dans une zone de texte des mots clés en anglais et en français.

8 *Diabetes: a Manitoba strategy*. 1998. Disponible : www.gov.mb.ca/health/documents

9 *Epidemiologic projections of diabetes and its complications: "Forecasting the coming storm"*. 1999. Disponible : www.gov.mb.ca/health/documents

10 *The health of Manitoba's Métis population and their utilization of medical services: a pilot study*. Mai 2002. Disponible : www.gov.mb.ca/health/documents

11 *Diabetes in Ontario: an ICES practice atlas*. 2003. Disponible : www.ICES.on.ca

12 Institut national de santé publique. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*. Octobre 2002. Brochure disponible sur le site Web de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca

Île-du-Prince-Édouard

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ la méthodologie du SNSD a servi à décrire la prévalence du diabète selon la région de santé à l'Île-du-Prince-Édouard¹³;
- ▼ étudie la possibilité d'étendre le modèle de base du SNSD pour y inclure d'autres bases de données comme les analyses de laboratoire, le programme du diabète et l'ESCC;
- ▼ utilise le modèle du SNSD pour évaluer la stratégie sur les habitudes de vie saine de l'Île-du-Prince-Édouard, effort de collaboration visant à lutter contre les facteurs courants de risque de maladie chronique.

Nouvelle-Écosse

- ▼ a fourni à Santé Canada des données pour la période de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ on attend plus tard en 2003 un rapport provincial sur la surveillance du diabète qui comprendra des mesures régionales (prévalence, mortalité) pour neuf régions de la santé de district, ainsi que sur l'utilisation des soins de santé (taux d'hospitalisation, durée des séjours et fardeau de la maladie). Ces rapports seront affichés dans la zone à accès protégé du site Web;

- ▼ étudier la possibilité d'élargir le modèle de base du SNSD pour y inclure d'autres bases de données comme le Programme de soins contre le diabète et le Programme de soins génésiques;
- ▼ le SNSD a catalysé d'autres activités de recherche comme le nouveau Groupe de recherche sur la mère, le nouveau-né et le diabète, ainsi que la validation du diabète chez les moins de 20 ans.

Terre-Neuve-et-Labrador

- ▼ n'a pas encore fourni de données à Santé Canada;
- ▼ partenariat avec le ministère de la Santé et des Services communautaires et le Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador;
- ▼ en train d'appliquer le logiciel du SNSD en utilisant des données de 1995-1996 à 1999-2000;
- ▼ en train d'évaluer la qualité de l'information contenue dans les registres et l'utilisation possible des données du recensement.

13 Van Til L. *Prince Edward Island Health indicators, provincial and regional*. Charlottetown : Document Publishing Centre, janvier 2003. Disponible à : www.gov.pe.ca

Annexe C

COMPOSITION DU COMITÉ DIRECTEUR DU SNSD 2003

Présidente : Linda Van Til, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Groupes autochtones

Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones	Rhea Joseph
Congrès des peuples autochtones	Judy Chapman-Price
Secrétariat de la santé – Assemblée des Premières nations	Anita Stevens
Inuit Tapiriit Kanatami	Onalee Randell
Ralliement national des Métis	Don Fiddler
National Aboriginal Diabetes Association	Catherine Cook

Universitaires/cliniens

Université McMaster	Hertzel Gerstein
---------------------	------------------

Gouvernement fédéral

Santé Canada – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	Adam Probert
Santé Canada – Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	Clarence Clotney, Yang Mao
Statistique Canada	Gary Catlin

Organisations non gouvernementales

Association canadienne du diabète	Donna Lillie
Institut canadien d'information sur la santé	Indra Pulcins
Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète	Diane T. Finegood

Provinces/territoires

Yukon	Joy Kajiwara
Territoires du Nord-Ouest	John Morse
Nunavut	Sylvia Healey
Colombie-Britannique	Kim Reimer
Alberta	Larry Svenson
Saskatchewan	William Osei
Manitoba	Kelly McQuillen
Ontario	Joan Canavan
Québec	Danielle St-Laurent
Nouveau-Brunswick	Christofer Balram
Île-du-Prince-Édouard	Linda Van Til
Nouvelle-Écosse	Peggy Dunbar
Terre-Neuve-et-Labrador	Faith Stratton

Commanditaires (*statut d'observateur*)

GlaxoSmithKline	Raymond Fox
-----------------	-------------

Wilson Rodger et Bernard Zinman sont au nombre des anciens présidents.

Nota : Shirley Huchcroft a été la rédactrice du rapport de 2003 du SNSD.

Annexe D

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DU SNSD 2003

Groupe de travail sur la gestion externe

Présidente : Joan Canavan, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Judy Chapman-Price, Congrès des peuples autochtones

Donna Lillie, Association canadienne du diabète

John Morse, Projet d'éducation sur le diabète, Territoires du Nord-Ouest

Kim Reimer, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Glenn Robbins, Santé Canada

Groupe de travail sur l'accès et la publication des données

**Présidente : Joyce Bourne, ministère de la Santé et des Services sociaux des
Territoires du Nord-Ouest**

Winanne Downey, Santé Saskatchewan

Martha Fair, Statistique Canada

Hertzel Gerstein, Université McMaster

Kim Reimer, ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Larry Svenson, Santé et Mieux-être Alberta

Jill Torrie, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Glenn Robbins, Santé Canada

Jeff Niles, Santé Canada

Anciennes présidentes : Tricia Baridwood-Looney, Valérie Émond

Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones

Présidente : Catherine Cook, National Aboriginal Diabetes Association

Don Fiddler, Ralliement national des Métis

Looee Okalik, Inuit Tapiriit Kanatami

Adam Probert, Santé Canada, DGSPNI

Anita Stevens, Secrétariat de la santé, Assemblée des Premières nations

Jill Torrie, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Rhea Joseph, Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones

Glenn Robbins, Santé Canada

Ancien président : Michael Perley

Groupe de travail sur la validation

Présidente : Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec

Munaza Chaudhry, ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Jane Griffith, Santé Manitoba

Jan Hux, Ontario – Institut de recherche en services de santé

William Osei, Santé Saskatchewan

Kim Reimer, ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Mark Smith, Nouvelle-Écosse – Service de recherche sur la santé de la population, Université Dalhousie

Larry Svenson, Santé et Mieux-être Alberta

Linda Van Til, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Glenn Robbins, Santé Canada

Rebecca Stuart, Santé Canada

Anciens présidents : Jamie Blanchard, Larry Svenson

Groupe de travail sur les questions scientifiques

**Coprésidents : Diane T. Finegood, Instituts de recherche en santé du Canada, INMD
Larry Svenson, Santé et Mieux-être Alberta**

Gary Catlin, Statistique Canada

Hertzel Gerstein, Université McMaster

Jan Hux, Ontario - Institut de recherche en services de santé

Jeffrey A. Johnson, Université de l'Alberta

William Osei, Santé Saskatchewan

Indra Pulcins, Institut canadien d'information sur la santé

Daniel Tessier, Université de Sherbrooke

Ellen L. Toth, Université de l'Alberta

Linda Van Til, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Jean-François Yale, Université McGill

Chris Robinson, Santé Canada

Groupe de travail technique

Président : Glenn Robbins, Santé Canada

Munaza Chaudhry, ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec

Jane Griffith, Santé Manitoba

Jan Hux, Ontario - Institut de recherche en services de santé

Rob Ranger, Nouvelle-Écosse – Service de recherche sur la santé de la population

Deanna Rothwell, Ontario - Institut de recherche en services de santé

Mark Smith, Nouvelle-Écosse – Service de recherche sur la santé de la population

Larry Svenson, Santé et Mieux-être Alberta

Linda Van Til, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Asako Gomi, Santé Canada

Chris Waters, Santé Canada

Ancien président : Rob James

Conseillers techniques

Président : Glenn Robbins, Santé Canada

Sherri Wright, ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

Joyce Bourne, ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Manon Asselin/Sylvia Healey, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Munaza Chaudhry, ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Ken Morrison, Santé et Mieux-être Alberta

Janice Hawkey, Santé Saskatchewan

André Wajda, Santé Manitoba

Alexander Kopp, Ontario - Institut de recherche en services de santé

Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec

Heather MacLennan-Cormier/Jason Liu, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Connie Cheverie, ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Rob Ranger/Jill Casey, Nouvelle-Écosse – Service de recherche sur la santé de la population

Kayla Gates/Don MacDonald, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Rhea Joseph, Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones

Annexe E**PROTOCOLE D'ENTENTE (PE)****Entre :**

SA MAJESTÉ LA REINE du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé (ci-après appelée « Santé Canada »)

et :

SA MAJESTÉ LA REINE du chef de la province/du territoire de _____ représentée par le ministre de la Santé (ci-après appelée « X »)

1. Dispositions générales**1.1 Objet du protocole d'entente**

Le présent protocole d'entente (PE) vise à confirmer la participation et les responsabilités des parties au Système national de surveillance du diabète (ci-après appelé le « SNSD »), en ce qui a trait à la création de la capacité provinciale, territoriale et fédérale nécessaire pour assurer la surveillance normalisée du diabète à l'aide principalement de données administratives.

1.2 Objectifs du protocole d'entente

Les principaux objectifs du PE sont les suivants :

1.2.1 voir à l'établissement du personnel de soutien du SNSD dans « X » afin de procéder aux activités approuvées du SNSD et d'aider « X » à l'analyser ses propres données.

1.2.2 obtenir l'accord de principe de « X » pour le transfert à Santé Canada des données d'ensemble relatives au SNSD, moyennant une modification écrite du présent PE.

1.2.3 établir les modalités relatives aux activités du SNSD et à la gestion financière du présent PE.

1.3 Durée du protocole d'entente

Sous réserve de résiliation, la durée du présent PE sera de quatre ans : elle commence le 1^{er} avril 2000 (« date d'entrée en vigueur ») et prend fin le 31 mars 2004, ou à toute autre date dont les parties conviennent par écrit.

2. Contexte

Réponse plurilatérale au manque de données sur le diabète

Depuis quelques années, le diabète est reconnu comme un problème de santé publique majeur au Canada. L'application des programmes de prévention du diabète repose sur un système de surveillance bien conçu, bien organisé et viable. La capacité de surveillance du diabète est toutefois limitée à tous les paliers des services de santé publique au Canada. Afin de tenter de régler ce problème, les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ont conjugué leurs efforts pour mettre sur pied le SNSD et ont délégué des représentants à son Comité directeur afin d'en diriger les politiques et les activités.

Le Comité directeur du SNSD est composé de représentants de chaque province et territoire, du secteur non gouvernemental, des groupes autochtones, du monde universitaire, de Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada. Ce Comité directeur est le principal organe de prise de décisions du SNSD et agit comme gardien des données. Le Comité directeur se réunit deux fois par année. Afin d'appuyer le Comité directeur, un secrétariat multisectoriel assure la gestion du SNSD. De plus, deux sous-comités et trois groupes de travail techniques d'experts sont chargés d'aborder les grands dossiers désignés par le Comité directeur du SNSD.

Tout bailleur de fonds du SNSD qui provient du secteur privé peut avoir le statut d'observateur après du Comité directeur, mais il n'a aucun droit de vote.

Financement du SNSD

Le financement fourni par Santé Canada se fait par l'intermédiaire de la Stratégie canadienne sur le diabète (SCD) pour une période de cinq ans à compter de l'exercice 1999/2000, comme l'a approuvé par le cabinet fédéral en novembre 1999 et le Conseil du Trésor en février 2000.

SNSD : Élaboration des fonctions essentielles en 2000/01

Les principaux objectifs du SNSD comprennent l'atteinte, dans chaque province et au niveau fédéral, d'un niveau de fonctionnalité de base en ce qui concerne la surveillance normalisée du diabète. L'amélioration de la surveillance du diabète dans la collectivité autochtone constitue un autre objectif important du SNSD, même s'il échappe à la portée du présent PE.

Le modèle de données de base du SNSD repose sur l'utilisation des données administratives provinciales et territoriales en matière de santé, dès l'année d'établissement, et sur l'établissement de liens entre ces données et les données provenant de l'assurance-maladie, des demandes de paiement des médecins et des hospitalisations, afin de permettre la surveillance de l'incidence et de la prévalence du diabète, des taux de complications du diabète et des niveaux d'utilisation des soins de santé dans la population qui a le diabète comparativement à celle qui ne l'a pas. Dans le modèle de base du SNSD, les données sur les personnes sont conservées dans les provinces et les territoires et seules des données d'ensemble sur des groupes de la population sont transmises à Santé Canada pour dresser le tableau national du diabète.

Évaluation de la capacité et des besoins des provinces et des territoires

Afin de déterminer le niveau de financement du SNSD requis pour l'exercice 2000/2001, chaque province et territoire a fourni une évaluation de sa capacité d'accomplir les fonctions de base du SNSD pendant la période en cause. Dans certains cas, une province ou un territoire a indiqué ne pouvoir mettre en œuvre le modèle de base du SNSD dans son territoire pour l'exercice 2000/2001 et a proposé des activités « de rechange » qui lui permettraient d'atteindre la fonctionnalité de base par la suite.

Les provinces et les territoires ont aussi indiqué dans leurs présentations les ressources humaines et techniques dont elles ont besoin en 2000/2001 pour accomplir les activités liées au SNSD. Le secrétariat des SNSD a évalué ces demandes de contributions et les a révisées dans certains cas. Le Comité directeur a ensuite approuvé les affectations en mars 2000.

Le présent PE régit les affectations de fonds du SNSD approuvées pour les ressources en personnel dans « X ». Les affectations approuvées pour les ressources techniques dans chaque province et territoire seront traitées au moyen d'un mécanisme et d'une source de financement non fédéraux.

Il est convenu que les activités de surveillance de base du SNSD réalisées au cours de l'exercice 2000/2001 dans une province ou un territoire seront annualisées et constitueront la composante principale du fonctionnement permanent dudit SNSD. Lorsqu'une province ou un territoire entreprend d'autres activités au cours de l'exercice 2000/2001 à cause de problèmes qui lui sont propres, il est convenu qu'elle ou il cherchera à mettre en œuvre la fonctionnalité de base du SNSD au cours des années subséquentes.

4. Responsabilités des parties

4.1 Santé Canada convient de verser chaque année à « X » un montant qui n'excède pas le montant indiqué à l'annexe A, sous réserve d'une révision et d'un ajustement annuels par le Comité directeur du SNSD.

4.2 Le paiement doit être affecté au remboursement du coût d'embauche du personnel nécessaire à la poursuite des activités approuvées du SNSD. La présente entente n'a pas pour effet de créer un lien employeur-employé entre Santé Canada et un membre du personnel recruté conformément au présent PE.

4.3 « X » doit fournir l'information sur l'affectation des ressources pour l'année à venir au Comité directeur du SNSD au plus tard le 31 décembre de l'exercice en cours. Le Comité directeur du SNSD révisera et approuvera ou modifiera l'affectation des ressources avant le 31 janvier de chaque année.

4.4 « X » convient de fournir, au besoin, des contributions en nature au SNSD. Ces contributions devraient comprendre notamment la communication de données sur les activités du SNSD, la surveillance du personnel affecté au SNSD dans « X », l'infrastructure nécessaire pour appuyer les ressources humaines du SNSD et la participation aux travaux de comités et de groupes de travail du SNSD, au besoin.

4.5 Santé Canada convient de fournir, au besoin, des contributions en nature pour les activités nationales de coordination du SNSD, ce qui comprend notamment la surveillance du personnel national affecté au SNSD, l'infrastructure de soutien dont celui-ci a besoin et la participation aux travaux de comités et de groupes de travail du SNSD, au besoin.

5. Activités des parties

5.1 « X » entreprendra les activités approuvées par le SNSD et énoncées à l'annexe B, sous réserve des modifications écrites dont les deux parties et le Comité directeur du SNSD conviennent.

5.2 Au nom du Comité directeur du SNSD, Santé Canada assurera la coordination nationale du SNSD, y compris l'administration du financement, qu'il provienne d'une source fédérale ou d'ailleurs.

5.3 Sous réserve d'une évaluation, au besoin, des impacts sur la vie privée au niveau provincial et de la réussite des activités décrites à l'article 5.1, lorsqu'il s'agit d'activités « de base » du SNSD,

5.3.1 « X » convient en principe de transférer l'ensemble des données (non individuelles, anonymisées) à Santé Canada, jusqu'à ce que les parties signent une entente précisant les modalités à cet égard s'il y a lieu ou conformément à la politique et à la réglementation pertinentes de « X »,

5.3.2 les deux parties conviennent que les renseignements dont le transfert est proposé ne constitueront pas des renseignements personnels sur la santé au sens des lois et règlements régissant la collecte, l'utilisation et la communication de ces renseignements.

5.4 Si les activités mentionnées à l'article 5.1 sont réalisées avec succès, les deux parties conviennent, en principe, de coordonner la publication et la diffusion des documents d'information découlant directement des activités du SNSD, jusqu'à ce qu'elles s'entendent, verbalement ou par écrit, avec le Comité directeur du SNSD au sujet du contenu des documents d'information, ainsi que du calendrier de leur publication et de leur diffusion.

6. Administration de l'entente

6.1 Les deux parties seront officiellement membres du Comité directeur du SNSD et se rencontreront et communiqueront au besoin afin de collaborer à la direction et à la surveillance des activités prévues dans la présente entente.

7. Principes régissant le caractère confidentiel, la consultation et la propriété des données

7.1 Les normes régissant le caractère confidentiel des données et qui sont énoncées dans tous les lois et règlements provinciaux applicables, ainsi que dans la *Loi fédérale sur la protection des renseignements personnels*, seront respectées.

7.2 Les parties ont l'intention d'assurer dans toute la mesure indiquée le respect du principe de l'accessibilité du public aux renseignements médicaux, compte tenu des lois et règlements fédéraux et provinciaux pertinents sur le caractère confidentiel et la propriété des données.

8. Propriété intellectuelle

8.1 Tous les produits intellectuels comme les programmes statistiques normalisés et les instruments d'analyse remis à « X » pour lui permettre de poursuivre les activités énoncées à l'annexe B sont considérés comme publics. Il faut reconnaître le SNSD dans toutes les publications découlant de l'utilisation de ces produits.

8.2 Toutes les innovations apportées par « X » aux produits intellectuels normalisés du SNSD, ainsi que les produits d'information conçus à partir des données dont « X » est dépositaire, demeurent la propriété de « X ».

9. Gestion financière

9.1 Les parties conviennent qu'elles sont tenues de démontrer de bonnes pratiques de gestion en ce qui a trait à la planification financière, au contrôle des dépenses et à la présentation de rapports, conformément aux principes comptables généralement reconnus.

9.2 Santé Canada peut, au nom du Comité directeur du SNSD, faire vérifier tous les dossiers financiers de « X » à l'égard du SNSD, notamment ceux qui concernent l'embauche du personnel du SNSD, afin de s'assurer que les fonds sont dépensés conformément aux modalités de la présente entente.

9.3 Santé Canada versera des paiements trimestriels à « X » pour les activités décrites à l'annexe B. Le paiement se fera sur présentation d'une facture et des pièces justificatives faisant état des activités terminées, du personnel qui a été embauché ou dont les services ont été retenus autrement aux fins des activités du SNSD.

9.4 Les factures doivent comprendre une prévision démontrant tout rajustement budgétaire requis pour le reste de l'exercice.

9.5 Si un rajustement du paiement annuel effectué par Santé Canada à « X » est approuvé, le représentant de Santé Canada au Comité directeur du SNSD doit informer en temps opportun les services du budget et de la planification des services financiers et généraux de Santé Canada du rajustement approuvé.

10. Résiliation d'un commun accord

L'une ou l'autre des parties peut résilier le présent PE en donnant un avis écrit de quatre-vingt-dix (90) jours à l'autre partie.

11. Résiliation motivée

11.1 Si « X » n'exécute pas les activités énoncées à l'annexe B à la satisfaction du Comité directeur du SNSD, Santé Canada peut mettre fin à la totalité ou à une partie du présent PE, y compris à son obligation de verser à l'autre partie des paiements supplémentaires à même les fonds du SNSD pendant le reste de la durée du PE.

11.2 Si Santé Canada ne paye pas le montant prévu à l'annexe A ou le rajustement approuvé à la suite de la révision annuelle faite par le Comité directeur du SNSD, « X » peut mettre fin à la totalité ou à une partie du présent PE, y compris à son obligation de poursuivre les activités énoncées à l'annexe B.

12. Modifications

Le présent PE ne peut être modifié que sur consentement écrit des deux parties signé par elles.

13. Conflit d'intérêts

13.1 Nul député fédéral ne peut être partie à la présente entente ni en tirer profit.

13.2 Nul ancien titulaire d'une charge publique qui ne se conforme pas aux dispositions relatives à l'après-mandat du Code régissant les conflits d'intérêts et l'après-mandat s'appliquant à la fonction publique ne peut bénéficier directement de la présente entente.

13.3 Si la situation d'une partie change d'une façon qui nuit au projet, elle en prévient rapidement l'autre partie.

14. Modifications du financement

Si Santé Canada réduit le financement prévu au présent PE ou y met fin à cause de changements ou d'une réduction des fonds disponibles à Santé Canada pour le SNSD, Santé Canada prévient « X » par écrit aussitôt que possible. Santé Canada donne à « X » un préavis écrit de soixante (60) jours avant de réduire le financement ou d'y mettre fin, que le changement survienne au début de l'exercice ou pendant celui-ci. En cas de résiliation, Santé Canada paiera à « X » tous les montants dus pour les activités réalisées en vertu de la présente entente.

15. Avis

Les avis ou autres communications prévus conformément au présent PE sont donnés par écrit et sont réputés valablement donnés s'ils sont envoyés par courrier recommandé ou par télégramme ou télécopieur, ou remis en mains propres à l'autre partie à l'adresse suivante :

À Santé Canada :
 NOM/TITRE/ORGANISME/TÉLÉPHONE/TÉLÉCOPIEUR
 À « X »
 NOM/TITRE/ORGANISME/TÉLÉPHONE/TÉLÉCOPIEUR

ENTENTE CONCLUE LE _____ jour de _____ 2000
Pour Santé Canada :

Date _____

 Signée au nom de santé canada

Témoïn _____

Pour « X » :

Date _____

 Signée au nom de « X »

Témoïn _____

Annexe F

LIGNES DIRECTRICES DU SNSD

Dualité d'intérêt

(Approuvé par le Comité directeur du SNSD le 2 octobre 2002)

Ces lignes directrices ont pour but d'appuyer le Système national de surveillance du diabète (SNSD) en fournissant aux membres du Comité directeur des lignes directrices sur la dualité d'intérêt.

Il peut y avoir dualité d'intérêt dans deux cas : 1) lorsqu'un membre a la possibilité d'influer sur les décisions opérationnelles du Comité directeur d'une manière qui pourrait mener à un gain financier et personnel pour lui-même ou sa famille; 2) lorsque les intérêts d'un membre sont contraires aux intérêts du Comité directeur.

Afin d'éviter qu'il y ait influence indue, réelle ou apparente, un membre ne doit ni voter sur une transaction ou un contrat auquel il est associé, ni l'approuver, ni en recommander l'approbation. Il doit par ailleurs divulguer tout conflit possible avant un vote ou une autre action.

Principes généraux concernant les tâches des membres

- ▼ Les membres délibèrent de façon impartiale sur toutes les questions présentées au Comité directeur.
- ▼ Les membres respectent les questions de nature confidentielle et ne fournissent pas de renseignements non autorisés sur ces questions aux médias, au public ou à d'autres instances.

Divuligation de dualité d'intérêt

- ▼ La divulgation d'une dualité d'intérêt est inscrite à l'ordre du jour de toutes les réunions.
- ▼ Aussitôt que c'est possible après le début de la réunion, un membre divulgue la nature de la dualité d'intérêt à laquelle il fait face, et celle-ci est consignée au procès-verbal de la réunion.

Abstention

- ▼ Les membres jugés en conflit d'intérêts à l'égard d'un point en discussion doivent s'absenter de la réunion pendant la période de discussion.
- ▼ Au Comité directeur, un seul représentant de chaque province, territoire ou organisme présent vote sur les questions concernant les contrats ou les transactions avec la province, le territoire ou l'organisme en question.
- ▼ Lorsque toutes les administrations ne peuvent être représentées équitablement aux sous-comités ou aux groupes de travail sur le SNSD, les membres s'abstiennent de voter sur les questions contractuelles ou transactionnelles qui concernent leur province, territoire ou organisme.

Conformité

- ▼ Après divulgation par un membre, au début de la réunion, de la nature d'un conflit d'intérêts financier possible, on déterminera, au cas par cas, s'il y a conflit d'intérêts par vote majoritaire des membres du Comité directeur présents.

- ▼ Le président doit s'assurer que tous les membres se conforment à cette politique.
- ▼ Ces principes lient tous les membres du Comité directeur et de ses sous-comités et groupes de travail.

Définitions

- ▼ « Comité directeur » Comité directeur du Système national de surveillance du diabète.
- ▼ « Membre » Représentant désigné au Comité directeur du Système national de surveillance du diabète. Les membres peuvent contribuer au financement du Système national de surveillance du diabète et ont le droit de vote.

Financement et commandite

(approuvé par le Comité directeur du SNSD le 2 octobre 2000)

Ces lignes directrices ont pour but d'appuyer le Système national de surveillance du diabète (SNSD) en établissant des principes de financement et des critères d'admissibilité pour les commanditaires du SNSD, et en déterminant les avantages possibles offerts aux commanditaires, notamment un protocole qui leur confère le statut d'observateur aux séances générales du Comité directeur.

Principes de collecte de fonds

- ▼ La sollicitation de fonds doit se faire par un processus ouvert et transparent, par lequel tous les commanditaires possibles du SNSD sont informés de la possibilité de parrainage, et les avantages qu'ils peuvent en tirer sont connus du public et convenus par le Comité directeur.
- ▼ Les sources de financement doivent être diversifiées afin qu'un commanditaire

n'exerce pas un contrôle indu sur la stabilité des fonds du SNSD.

- ▼ Les commanditaires privés ne doivent pas s'ingérer dans les décisions et les activités du Comité directeur, ni recevoir de promesse d'influence à cet égard.
- ▼ Le Comité directeur doit être informé de la volonté d'une entreprise privée de devenir commanditaire du SNSD.
- ▼ L'ébauche des accords de financement avec des commanditaires possibles doit être distribuée au Comité directeur et approuvée avant sa signature.
- ▼ Le Comité directeur doit approuver un financement provenant de tout commanditaire privé.

Critères d'admissibilité des commanditaires

Tous les commanditaires possibles seront évalués en fonction des aspects suivants :

Intérêt : Le SNSD correspond aux affaires de l'entreprise ou aux priorités de financement.

Capacité : Affirmation de la capacité de verser des contributions importantes à cette initiative, dans un contexte de philanthropie ou autre.

Un commanditaire éventuel doit satisfaire à tous les critères suivants :

- ▼ Engagement financier à long terme (plus d'un an) envers le SNSD.
- ▼ Contribution financière importante (plus de 100 000 \$ par an) au SNSD.
- ▼ Pas de question commerciale en suspens, devant un organisme ou le Comité directeur, qui, de l'avis du Comité directeur, présente le caractère d'un conflit d'intérêts apparent ou réel.

- ▼ Acceptation par le commanditaire éventuel de la disposition de « non-ingérence » dans les affaires du Comité directeur.
- ▼ Aucune incompatibilité entre les buts et les objectifs du SNSD et les buts ou les produits du commanditaire éventuel.

Avantages possibles pour les commanditaires

- ▼ Statut d'observateur aux réunions du Comité directeur, sauf au cours des séances à huis clos.
- ▼ Inscription du nom sur les produits du SNSD.
- ▼ Communication anticipée des rapports distribués au public.

Statut d'observateur aux réunions du Comité directeur pour les commanditaires

- ▼ Les commanditaires peuvent assister aux réunions du Comité directeur à titre d'observateur et peuvent y prendre la parole seulement sur invitation du président.
- ▼ Les commanditaires n'ont pas le droit de voter aux réunions du Comité directeur.
- ▼ Les commanditaires ne peuvent pas assister aux séances à huis clos du Comité directeur.
- ▼ Le Comité directeur doit envoyer aux commanditaires les rapports périodiques convenus sur la réalisation des projets du SNSD.
- ▼ Les commanditaires peuvent être identifiés comme tels sur les produits du SNSD.
- ▼ Lorsqu'une entreprise veut accorder de l'aide financière au SNSD, sa relation avec le Comité directeur à titre d'observateur aux réunions du Comité directeur sera examinée au cas par cas.

Définitions

- ▼ « Comité directeur » Comité directeur du Système national de surveillance du diabète.
- ▼ « Membre » Représentants désignés au Comité directeur du Système national de surveillance du diabète. Un membre peut contribuer au financement du SNSD et a le droit de vote.
- ▼ « Commanditaire » Donateur privé du SNSD. Un commanditaire n'est pas un membre désigné du Comité directeur, il n'a pas le droit de vote et ne peut pas assister aux séances à huis clos du Comité directeur.
- ▼ « Confidentiel » Matériel ainsi désigné lors d'une réunion, notamment propositions de financement, résultats reliés aux données, stratégies opérationnelles, information sur les prix, données financières, protocoles de recherche et propriété intellectuelle.
- ▼ « Non-ingérence » Aucune ingérence dans les décisions et activités du Comité directeur ni influence en la matière.

Accès et publication des données

(approuvé par le Comité directeur du SNSD le 27 novembre 2002)

Cette politique vise à promouvoir la crédibilité, l'utilité et le caractère redditionnel du SNSD en définissant les principes de consultation des données et des produits du SNSD, la façon d'obtenir des données ou des produits et leur publication. Cette politique décrit les procédures que l'on juge nécessaires pour traiter des demandes de recherche avec efficacité tout en garantissant à la fois que l'on tient compte de l'intérêt public et que l'on se conforme entièrement à la législation.

Cette politique porte sur les données recueillies, reliées ou analysées avec l'aide des ressources du

SNSD. On prévoit les clientèles suivantes comme utilisateurs de données du SNSD (même si cette liste n'empêche pas d'autres intervenants d'y demander accès, si c'est justifié) :

- ▼ parties qui participent à des projets, des résultats ou des activités prédéterminés du SNSD;
- ▼ parties qui font des recherches indépendantes;
- ▼ autres clientèles comme les médias, d'autres organismes gouvernementaux et des intervenants qui s'intéressent au diabète, y compris des organisations non gouvernementales et des professionnels de la santé, ainsi que la population en général.

Nature des données et des produits qu'il est possible de consulter :

- ▼ données agrégées non publiées du SNSD tenues par Santé Canada;
- ▼ données individuelles tenues à des sites provinciaux et territoriaux (on peut demander directement à l'administration qui en est responsable des données provenant d'un site en particulier; cette politique vise à coordonner les demandes présentées à de multiples sites);
- ▼ codes de programmation du SNSD.

Principes directeurs

- ▼ Les provinces et les territoires doivent s'entendre sur l'ensemble des utilisations (y compris la collecte, l'établissement de liens, l'analyse, l'accès et la publication) de leurs données respectives dans le SNSD.
- ▼ Cette politique doit se conformer aux mesures législatives et aux politiques provinciales, territoriales et fédérales qui régissent l'accès aux données et la protection de la vie privée, ainsi qu'aux

protocoles d'entente en vigueur. La consultation et la diffusion de données provenant des fichiers de données provinciaux/territoriaux du SNSD doivent se conformer aux mesures législatives et aux politiques des provinces/territoires et la consultation et la diffusion des fichiers de données du SNSD à Santé Canada doivent se conformer aux mesures législatives et aux politiques fédérales.

- ▼ Le Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones déterminera les conditions d'accès aux données du SNSD qui ont trait aux Autochtones à l'échelon national.
- ▼ Conformément au protocole d'entente, les signataires du protocole doivent approuver au préalable toute utilisation de données qui identifient des groupes autochtones en particulier. On étudiera individuellement les cas spéciaux qui échappent au PE.
- ▼ Les données individuelles demeureront confiées à la garde du fichier de données SNSD de la province ou du territoire.
- ▼ Toutes les parties reconnaissent que rien dans les présentes ne nuit à l'obligation que des lois imposent aux provinces et aux territoires de gérer la production de rapports sur la santé publique dans chaque administration, ou aux obligations de Santé Canada à l'égard des Premières nations.
- ▼ Les statistiques du SNSD doivent reposer sur des données comparables tirées d'ensembles de données provinciaux/territoriaux différents, refléter des méthodes uniformes de collecte de données et déboucher sur des interprétations valides et fiables. Si ces données ne sont pas entièrement comparables, on demandera aux provinces et aux territoires de fournir des notes techniques qui seront jointes à toute demande de données et signalées dans les

publications. Le Groupe de travail technique déterminera si les données sont comparables.

Utilisation des données et des produits consultés du SNSD

Les données sont fournies pour les raisons exclusives énoncées dans une proposition et ne peuvent servir à toute autre fin sans le consentement explicite donné au préalable par écrit par le Sous-comité de l'accès et de la publication des données du SNSD. Il est interdit aux utilisateurs autorisés d'utiliser des données ou des produits du SNSD dans le contexte d'entreprises commerciales ou génératrices de revenus. Toute violation des conditions convenues peut avoir des répercussions sur la consultation subséquente des données tenues par le SNSD. Ces mesures n'excluent pas non plus le recours à d'autres moyens légaux. Les données du SNSD et les produits qui en découlent (p. ex., logiciels informatiques, outils d'analyse) demeurent du domaine public. Il est interdit de communiquer des données à des tiers sans autorisation spécifique.

Examen éthique de l'accès

Les données du SNSD doivent servir pour des analyses de grande qualité, solides sur le plan scientifique, afin d'appuyer les recherches sur des activités savantes, les politiques, l'économie de la santé ou les affaires. Les propositions de recherche fondées sur les données du SNSD doivent présenter une justification acceptable et prévoir des méthodes d'analyse et des mesures de protection de la sécurité ou du caractère confidentiel des renseignements acceptables. Avant de communiquer les données en cause, un conseil d'éthique qui se conforme à l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains doit approuver les

caractéristiques de tous les projets lancés par des chercheurs du SNSD dans le cadre desquels ils demandent des données non publiées.

Obligations de demander accès

- ▼ Les propositions visant à obtenir accès aux données du SNSD détenues à un centre provincial ou territorial seront soumises à l'entité provinciale ou territoriale compétente qui a la garde des données. Les propositions visant à consulter des données sur les Autochtones portant sur une province ou un territoire en particulier seront soumises, le cas échéant, aux partenaires autochtones indiqués dans le PE. La province ou le territoire doit approuver au préalable la divulgation des données et l'approbation est donnée à l'intérieur de l'administration. L'approbation du partenaire autochtone est requise conformément aux conditions convenues par toutes les parties.
- ▼ Les propositions portant sur la consultation de données agrégées du SNSD détenues par Santé Canada seront soumises à Santé Canada. L'accès par des tiers sera étudié dans chaque cas. Le SNSD pourra effectuer des visites sur place et d'autres inspections afin d'assurer que l'on observe les conditions de l'accès. Santé Canada consignera toutes les demandes dans un registre.
- ▼ Les demandes d'accès au code de programmation du SNSD seront consignées dans un registre à Santé Canada de façon à assurer que les parties disposent de la version la plus récente du code. Le code de programmation du SNSD est du domaine public et peut-être communiqué aux parties qui en font la demande et ont l'accès nécessaire à la technologie utilisée.

Il faut soumettre par écrit toutes les demandes de données au secrétaire du Sous-comité de l'accès

et de la publication des données. Les demandes doivent inclure les éléments suivants :

- ▼ la partie qui demande les données;
- ▼ la raison d'être du projet;
- ▼ les retombées du projet;
- ▼ la liste des données demandées;
- ▼ l'analyse qui sera effectuée;
- ▼ la nature et la raison d'être de tout lien établi avec des données;
- ▼ toute publication qui devrait découler de l'analyse des données, ainsi que le lieu et la date de distribution des données;
- ▼ les moyens que le client prendra pour garantir la sécurité des données;
- ▼ une description de la méthode d'élimination ou de retour des données indiquant quand cela se fera;
- ▼ les noms et titres de toutes les personnes qui auront accès aux données;
- ▼ la trousse complète des documents soumis à l'examen éthique;
- ▼ les résultats de tout examen du projet;
- ▼ les sources de financement de la demande et de l'analyse proposée.

Lorsqu'un utilisateur éventuel communique avec le SNSD pour demander à avoir accès aux données, le SNSD devrait transmettre aux chercheurs une trousse contenant une demande de recherche. Il faut joindre aux demandes une entente de non-divulgence signée qui indique que le chercheur convient de se conformer aux politiques du SNSD sur l'utilisation et la divulgation des données. Le chercheur convient en outre :

- ▼ d'utiliser les données seulement aux fins indiquées;

- ▼ de ne pas essayer d'établir de liens avec un sujet de données autre que celui est divulgué ou de l'identifier autrement;
- ▼ de maintenir la sécurité électronique ou physique des données et d'en disposer de la façon prévue;
- ▼ de ne pas dévoiler les données à des tiers;
- ▼ de fournir au préalable au Comité directeur du SNSD, pour qu'il les étudie et les commente, deux exemplaires de toute publication et de tout rapport. Les exemplaires demeureront confidentiels. Cette mesure vise à garantir que les données sont interprétées avec exactitude;
- ▼ de reconnaître le SNSD comme source de données dans toute publication ou tout rapport et d'indiquer que l'interprétation et les conclusions contenues dans les publications ou les rapports ne représentent pas nécessairement celles du SNSD, de Santé Canada ou de toute province ou tout territoire;
- ▼ de fournir au SNSD un exemplaire de la publication ou du rapport final.

Toutes les demandes seront reçues et étudiées par un responsable des données (c.-à-d. Santé Canada, provinces/territoires) conformément aux principes, aux politiques et aux procédures du SNSD qui régissent la divulgation des données. Le secrétaire du Sous-comité de l'accès et de la publication des données (qui est aussi employé de Santé Canada) coordonnera le processus et réunira les autorisations nécessaires de chaque niveau de compétence.

Le Sous-comité de l'accès et de la publication des données rendra les décisions sur les données agrégées non publiées du SNSD et le Comité directeur du SNSD doit les approuver.

Divulgation

Les rapports contenant des données demandées par l'entremise du SNSD ou produits au moyen de données du SNSD seront étudiés avant publication. L'étude effectuée par le Sous-comité de l'accès et de la publication des données garantit que l'on observe les normes relatives à la protection des renseignements personnels et que les bonnes données sont utilisées et qu'elles ne sont pas mal présentées. Le Sous-comité de l'accès et de la publication des données recevra un exemplaire de tout rapport avant publication, en même temps que les partenaires du SNSD ou que le Comité directeur du SNSD, conformément aux règles indiquées ci-dessous.

Parties qui effectuent des recherches indépendantes :

- ▼ Le SNSD accorde aux parties qui effectuent des recherches indépendantes un droit de publication et leur garantit qu'une fois que l'utilisation des données a été approuvée, des partenaires du SNSD ne pourront exercer de droits de censure et qu'on ne pourra supprimer une publication à cause d'une divergence d'interprétation et de conséquences politiques. Les partenaires du SNSD, et en particulier ceux dont les données ont contribué à la recherche, peuvent toutefois demander un report ou faire appel à un processus précis qui leur permet d'étudier le manuscrit pour y repérer toute erreur de fait. Il se peut que l'interprétation et les conclusions contenues dans les publications ou le rapport ne correspondent pas nécessairement à celles du SNSD, de Santé Canada, ou d'une province ou d'un territoire.
- ▼ Avant d'envoyer aux éditeurs les manuscrits de parties qui effectuent des recherches indépendantes, qu'ils aient été ou non critiqués par des pairs, il faut les faire

parvenir au Sous-comité de l'accès et de la publication des données, qui les enverra aux provinces ou aux territoires dont les données ont contribué à la recherche, pour l'étude. Les partenaires du SNSD et les examinateurs du Sous-comité de l'accès et de la publication des données ont deux semaines après avoir reçu les manuscrits pour recommander des changements.

- ▼ Qu'ils aient été ou non critiqués par des pairs, il faut envoyer les manuscrits au Sous-comité de l'accès et de la publication des données une fois qu'ils ont été acceptés pour publication (à des fins d'information et pour faciliter la coordination et la publication des données du SNSD seulement et non pour en éviter la publication).

Lorsqu'on utilise des données du SNSD dans des exposés et des abrégés de conférence, il faut en prévenir le Sous-comité de l'accès et de la publication des données.

Protection de la vie privée et du caractère confidentiel des renseignements

Il faut protéger la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements. Les candidats auxquels ont donné accès doivent se conformer à la politique du SNSD sur la protection de la vie privée et du caractère confidentiel des renseignements, qui décrit les mesures détaillées que l'on prend pour garantir la protection de la vie privée et du caractère confidentiel des données du SNSD. Les mesures à utiliser comprennent notamment les vérifications de la divulgation résiduelle d'identités individuelles avant la publication de rapports ou de données agrégées et la garantie indiquant que l'approbation ou la divulgation de toute donnée individuelle (pour la recherche, par exemple) est conforme à la législation, aux politiques et aux processus des organisations en cause à l'échelon de la province

et du territoire où sont hébergées les données. Les provinces et les territoires doivent garantir que toutes les données individuelles sont protégées adéquatement.

Destruction

On peut fournir des fichiers de données pendant cinq ans et il faut détruire l'ensemble de données original et toute copie de celui-ci à la fin du projet ou conformément à la date de destruction ou à la date négociée d'expiration des données prévue dans l'entente signée.

Pénalités

Les personnes qui enfreignent les conditions de la divulgation ou décrivent faussement la nature des données qui leur ont été fournies seront passibles de sanctions qui peuvent inclure les suivantes :

- ▼ plainte écrite adressée à l'organisme parrain;
- ▼ réfutation dans le journal;
- ▼ refus d'accès futur aux données pour le chercheur ou pour l'institution qu'il représente;
- ▼ saisie de toute donnée dévoilée par le SNSD;
- ▼ poursuite en justice.

Publication

- ▼ Le Comité directeur du SNSD s'efforcera de publier une fois par année un rapport contenant des mesures épidémiologiques de base tirées des données agrégées du SNSD gardées à Santé Canada.
- ▼ Le Comité directeur du SNSD garde le pouvoir d'approuver la publication par Santé Canada, de renseignements du SNSD.

- ▼ Le Comité directeur du SNSD permet à Santé Canada de dévoiler sur son site Web un fichier de données agrégées du SNSD destiné à usage public, après que le Comité directeur et le Groupe de travail sur le diabète chez les Autochtones en ont approuvé le contenu.
- ▼ Il faut attribuer au Système national de surveillance du diabète le statut de contributeur dans toute publication découlant de l'utilisation des données du SNSD gardées aux centres provinciaux, territoriaux ou de Santé Canada ou dans toute autre organisation qui utilise des données du SNSD. Il faut aussi ajouter un avertissement indiquant que l'interprétation et les conclusions contenues dans les publications ou le rapport ne représentent pas nécessairement celles du SNSD, de Santé Canada, d'une province ou d'un territoire en particulier.
- ▼ Les interlocuteurs qui s'intéressent au diabète et ne sont pas déjà représentés au Comité directeur du SNSD seront les premiers à obtenir des exemplaires des rapports annuels du SNSD destinés au public, en commençant par les organisations membres du Conseil du diabète du Canada.
- ▼ Le Sous-comité de l'accès et de la publication des données doit faire approuver chaque année par le Comité directeur ses plans de publication (calendrier et contenu proposé). Le Sous-comité s'efforcera en outre de coordonner des publications semblables des provinces et des territoires, si c'est faisable et souhaitable.

- ▼ Les provinces et les territoires continueront de publier leurs propres données sur le diabète suivant des calendriers imposés par leurs exigences.

Recouvrement des coûts

- ▼ Les frais de recouvrement des coûts des publications du SNSD et de la prestation de renseignements ou de fichiers de données non publiés du SNSD peuvent être fixés à des niveaux que détermineront les gouvernements où sont gardées les données du SNSD. Santé Canada aura des copies des données agrégées déjà gardées aux centres provinciaux/territoriaux et n'imposera donc jamais de frais à une province ou un territoire qui cherche à obtenir une copie de ses propres données.
- ▼ L'utilisateur éventuel de données détenues par Santé Canada peut être tenu de signer une « entente de préparation de données » qui décrit brièvement l'activité de recherche et les coûts estimatifs dont l'utilisateur convient de rembourser Santé Canada. Dans le cas des données provinciales/territoriales, une province ou un territoire en particulier peut avoir sa propre entente que l'utilisateur éventuel peut être tenu de signer.

Évaluation

- ▼ Le Comité directeur du SNSD évaluera les activités couvertes par le Sous-comité de l'accès et de la publication des données comme élément constituant de l'évaluation globale du SNSD. Le Comité directeur déterminera aussi si l'on a suivi les principes directeurs généraux du SNSD et dans quelle mesure on l'a fait, c.-à-d. les principes que constituent l'uniformité, la flexibilité, la qualité, l'efficacité des coûts, l'accessibilité, la protection de la vie privée et du caractère confidentiel des renseignements et la souplesse. Les mesures utilisées dans le contexte de cette évaluation restent à déterminer et peuvent inclure l'uniformité des rapports sur la même population/région provenant de sites différents du SNSD, la flexibilité quant à l'éventail des thèmes abordés dans des rapports spéciaux, la qualité de la recherche découlant de données agrégées du SNSD, l'impact des frais de recouvrement des coûts, les taux de demandes fructueuses de données agrégées et d'information du SNSD, l'absence de fuite de renseignements confidentiels et l'évaluation qui détermine si le SNSD a un impact sur l'activité de recherche et répond (p. ex., dans ses rapports spéciaux et analyses améliorées) aux questions soulevées par la recherche.
- ▼ Le Groupe de travail sur l'accès et la publication des données doit revoir cette politique aux deux ans.

Annexe G

COMPARAISON DES CHIFFRES DU SNSD ET DE STATISTIQUE CANADA SUR LES DÉCÈS ET LA POPULATION

Nombre de décès

Province/ territoire	Nombre de décès* et ratio (%)	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999
Yukon	SNSD	149	145	119	130
	Statistique Canada	154	139	111	135
	SNSD : Statistique Canada (%)	96,75	104,32	107,21	96,30
Territoires du Nord-Ouest	SNSD	238	278	260	279
	Statistique Canada	234	290	255	287
	SNSD : Statistique Canada (%)	101,71	95,86	101,96	97,21
Colombie-Britannique	SNSD	24 971	26 329	26 423	25 171
	Statistique Canada	26 618	27 734	27 750	27 665
	SNSD : Statistique Canada (%)	93,81	94,93	95,22	90,98
Alberta	SNSD	15 789	16 371	16 637	15 921
	Statistique Canada	15 906	16 532	16 819	16 817
	SNSD : Statistique Canada (%)	99,26	99,03	98,92	94,67
Saskatchewan	SNSD	8 581	8 896	8 797	8 892
	Statistique Canada	8 475	8 845	8 789	8 893
	SNSD : Statistique Canada (%)	101,25	100,58	100,09	99,99
Manitoba	SNSD	9 587	9 686	9 190	9 805
	Statistique Canada	9 555	9 672	9 569	9 834
	SNSD : Statistique Canada (%)	100,33	100,14	96,04	99,71
Ontario	SNSD	77 446	79 297	78 216	76 114
	Statistique Canada	77 977	79 868	80 292	80 027
	SNSD : Statistique Canada (%)	99,32	99,29	97,41	95,11
Île-du-Prince-Édouard	SNSD	1 171	1 295	1 115	1 127
	Statistique Canada	1 172	1 248	1 076	1 125
	SNSD : Statistique Canada (%)	99,91	103,77	103,62	100,18
Nouvelle-Écosse	SNSD	8 040	7 655	7 943	7 410
	Statistique Canada	7 743	7 850	8 124	7 739
	SNSD : Statistique Canada (%)	103,84	97,52	97,77	95,75

*Nombre de décès attribuables à n'importe quelle cause, personnes de 20 ans et plus.

Dénombrement

Province/ territoire	Dénombrement (20 ans et plus) et estimations	1997/1998	1998/1999	1999/2000
Yukon	Dénombrement annuel SNSD	24 320	23 846	23 514
	Dénombrement de juillet SNSD	22 432	21 867	21 602
	Statistique Canada - estimation de juillet	22 549	22 141	21 896
Territoires du Nord-Ouest	Dénombrement annuel SNSD	29 593	29 381	28 837
	Dénombrement de juillet SNSD	27 449	27 209	26 778
	Statistique Canada - estimation de juillet	26 918	26 579	26 600
Colombie- Britannique	Dénombrement annuel SNSD	2 947 363	2 970 243	2 996 666
	Dénombrement de juillet SNSD	2 518 893	2 568 320	2 588 334
	Statistique Canada - estimation de juillet	2 941 849	2 980 366	3 016 521
Alberta	Dénombrement annuel SNSD	2 074 952	2 130 058	2 172 836
	Dénombrement de juillet SNSD	2 025 470	2 076 741	2 124 241
	Statistique Canada - estimation de juillet	2 004 598	2 062 669	2 110 691
Saskatchewan	Dénombrement annuel SNSD	738 042	745 309	752 753
	Dénombrement de juillet SNSD	711 309	718 880	726 971
	Statistique Canada - estimation de juillet	712 441	717 473	721 810
Manitoba	Dénombrement annuel SNSD	847 294	848 247	852 112
	Dénombrement de juillet SNSD	818 002	818 203	822 341
	Statistique Canada - estimation de juillet	812 180	815 330	820 391
Ontario	Dénombrement annuel SNSD	8 778 947	8 937 507	9 130 308
	Dénombrement de juillet SNSD	8 509 463	8 683 060	8 872 165
	Statistique Canada - estimation de juillet	8 250 541	8 369 816	8 491 836
Île-du-Prince- Édouard	Dénombrement annuel SNSD	105 044	104 340	105 019
	Dénombrement de juillet SNSD	99 669	100 323	101 094
	Statistique Canada - estimation de juillet	97 837	98 436	99 602
Nouvelle-Écosse	Dénombrement annuel SNSD	716 220	722 403	731 016
	Dénombrement de juillet SNSD	692 053	698 270	707 022
	Statistique Canada - estimation de juillet	691 021	695 177	700 854

Annexe H

ÉLÉMENTS DE DONNÉES DES FICHES RÉCAPITULATIVES INDIVIDUELLES ET ANNUELLES (FRIA)

Catégorie	Description	Nom
Caractéristique démographique		
	Âge au 31 mars de l'exercice	AGE
	Calculé au moyen de la date de naissance et de la date de fin d'année	
	Code d'identification personnel permanent	ID
	Code d'identification particulier à la personne en cause et permanent	
	Municipalité ou autre descripteur géographique établi par la province ou le territoire (facultatif)	MUN
	Province ou territoire	PT
	Sexe	SEX
	Exercice auquel les données s'appliquent	YEAR
Exposition		
	Jours-personnes d'observation avec le diabète pendant l'exercice en cours	DM_PDO
	Jours-personnes d'observation sans le diabète pendant l'exercice en cours	DM_PDON
	Jours-personnes d'observation	PDO
	Nombre total de jours pendant lesquels la personne avait droit à l'assurance-maladie dans la province ou le territoire pendant l'exercice en cours	
Information permettant de déterminer qu'il y a diabète		
	Date de congé de l'hôpital où le diabète a été consigné au nombre des trois premiers codes de diagnostic	D_DH3D
	Date du premier diagnostic de diabète tirée des données du médecin pendant l'exercice en cours	D_DMD1
	Date du deuxième diagnostic de diabète tirée des données du médecin pendant l'exercice en cours	D_DMD2
	Date du premier diagnostic de diabète tirée des données du médecin pendant l'exercice précédent	DM_DMD1
Date du cas		
	Date perpétuelle du cas de diabète	DM_CASE
Données sur les complications/comorbidités		
	<i>(NOTA : On ajoutera d'autres comorbidités à mesure que l'on précisera les définitions des cas.)</i>	
	Date du décès	DOD
Utilisation des services de santé		
	<i>(NOTA : On ajoutera d'autres mesures d'utilisation des services de santé à mesure que l'on précisera les définitions.)</i>	
	Jours de traitement – nombre de jours d'hospitalisation (non inclus dans les données courantes)	TDAY
Historique		
	Nombre de diagnostics médicaux pendant l'exercice en cours	D_CMD
	Nombre pluriannuel de diagnostics de diabète posés par un médecin	DM_CMD
	Année où l'on a observé pour la première fois le code d'identification/ première année pendant laquelle la personne a été observée au SNSD, dans la province ou le territoire	FIRSTYR
	Exercice pendant lequel la personne a reçu un diagnostic dans le contexte du SNSD	DM_YRCCS

Nota : Santé Canada est en mesure de fournir un faux fichier pour les chercheurs désireux de vérifier les codes SAS.

Annexe I

ESTIMATIONS DE LA POPULATION-TYPE DU CANADA - 1^{ER} JUILLET 1991

Sexe	Groupe d'âge	Population	Population de plus de 20 ans	Proportion de plus de 20 ans
Les deux	00-09	3 906 391		
	10-19	3 839 205		
	20-29	4 638 691	4 638 691	0,22767
	30-39	4 943 161	4 943 161	0,24262
	40-49	3 813 044	3 813 044	0,18715
	50-54	1 339 902	1 339 902	0,06576
	55-59	1 238 441	1 238 441	0,06078
	60-64	1 190 217	1 190 217	0,05842
	65-69	1 084 588	1 084 588	0,05323
	70-74	834 024	834 024	0,04093
	75-79	622 221	622 221	0,03054
	80-84	382 303	382 303	0,01876
	85+	287 877	287 877	0,01413
	Total	28 120 065	20 374 469	
Femmes	00-09	1 910 164		
	10-19	1 873 125		
	20-29	2 276 239	2 276 239	0,11172
	30-39	2 467 295	2 467 295	0,1211
	40-49	1 897 274	1 897 274	0,09312
	50-54	670 271	670 271	0,0329
	55-59	620 986	620 986	0,03048
	60-64	613 550	613 550	0,03011
	65-69	588 370	588 370	0,02888
	70-74	469 865	469 865	0,02306
	75-79	365 286	365 286	0,01793
	80-84	237 631	237 631	0,01166
	85+	198 419	198 419	0,00974
	Total	14 188 475	10 405 186	
Hommes	00-09	2 006 773		
	10-19	1 976 734		
	20-29	2 343 775	2 343 775	0,11503
	30-39	2 480 546	2 480 546	0,12175
	40-49	1 917 714	1 917 714	0,09412
	50-54	676 641	676 641	0,03321
	55-59	617 879	617 879	0,03033
	60-64	580 323	580 323	0,02848
	65-69	497 485	497 485	0,02442
	70-74	362 500	362 500	0,01779
	75-79	252 779	252 779	0,01241
	80-84	139 408	139 408	0,00684
	85+	85 869	85 869	0,00421
	Total	13 938 426	9 954 919	

Annexe J

VALIDATION

L'information diagnostique fournie par des données administratives est limitée parce qu'elle repose sur un seul contact avec le système de santé. Le SNSD utilise un algorithme plus complexe fondé sur de multiples contacts entre la personne qui a le diabète et les médecins et les hôpitaux. Le SNSD a donc besoin d'une définition de cas précise qu'il faut valider constamment. La validation du SNSD utilise une démarche systématique et l'on réalise différents aspects de la validation dans au moins deux provinces ou territoires pour démontrer les différences possibles selon l'administration.

- ▼ **Algorithme du SNSD** : une personne a le diabète lorsqu'on attribue un code représentant un diagnostic de diabète sucré à une visite à l'hôpital ou à deux consultations de médecin en deux ans.
- ▼ **Sensibilité** : la proportion des personnes ayant vraiment le diabète qui sont identifiées par l'algorithme du SNSD.
- ▼ **Spécificité** : la proportion des personnes qui n'ont vraiment pas le diabète et sont classées comme telles par l'algorithme du SNSD.
- ▼ **Valeur prédictive positive** : probabilité qu'une personne identifiée par l'algorithme du SNSD comme ayant le diabète ait vraiment le diabète. La sensibilité, la spécificité et la prévalence jouent sur ce facteur.

Étalon-or et administration

La définition du cas qu'utilise actuellement le SNSD repose sur des travaux de développement réalisés au Manitoba qui ont produit une sensibilité de plus de 95 % (on n'a pu évaluer la spécificité) en fonction de l'étalon-or que constitue la ressource d'éducation sur le diabète¹. Les premiers travaux de validation effectués en Alberta² et en Ontario³ ont utilisé l'Enquête nationale sur la santé de la population⁴ comme étalon-or. Les deux études ont conclu que l'on ne pouvait utiliser des données d'enquête autodéclarées comme étalon-or puisqu'elles sous-estiment le fardeau réel de la maladie dans la population.

D'autres projets de validation ont appuyé l'utilisation de l'algorithme du SNSD. Des études réalisées en Nouvelle-Écosse⁵ en Ontario⁶ et à l'Île-du-Prince-Édouard⁷ ont produit des mesures de sensibilité variant de 69 % en Nouvelle-Écosse à 83 % et 86 % à l'Île-du-Prince-Édouard et en Ontario respectivement. Les étalons-or conjuguèrent l'enquête sur la santé dans la province et le registre du Programme de soins du diabète en Nouvelle-Écosse, le registre du diabète à l'Île-du-Prince-Édouard et des dossiers médicaux en Ontario.

Au cours des trois mêmes études, les mesures de spécificité ont varié beaucoup moins : elles s'établissaient à 99 % en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard et à 97 % en Ontario. La valeur prédictive positive atteignait 80 % en Ontario et 78 % à l'Île-du-Prince-Édouard.

Des travaux de validation se poursuivent dans d'autres administrations. En Colombie-Britannique, le nombre d'ordonnances portant sur de l'insuline et des hypoglycémifiants oraux constitue l'étalon-or. Au Yukon, c'est le recours au Centre d'éducation sur le diabète et, au Québec, c'est l'utilisation des données cliniques.

Validité au fil du temps

L'étude réalisée à l'Île-du-Prince-Édouard a permis de constater que la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive sont stables sur de cinq à sept années de données chez les 25 ans et plus, et pour une série de créneaux séquentiels de données sur cinq ans⁷. Lorsqu'on utilise 10 années ou plus de données administratives, la spécificité et la valeur prédictive positive diminuent à mesure qu'il y a suraccumulation de cas de prévalence. La Nouvelle-Écosse étudie d'autres algorithmes pour y intégrer le concept de la probabilité cumulative du diabète.

Incidence par rapport à prévalence

Les nouveaux cas et les cas prévalents sont difficiles à distinguer au cours des premières années⁸. Plusieurs études ont constaté qu'il faut au moins cinq années de données avant de pouvoir obtenir des estimations stables de l'incidence^{7,9}. C'est pourquoi le premier rapport du SNSD n'inclut pas de taux d'incidence.

Populations spéciales

On n'a pas encore terminé la validation dans le cas des moins de 20 ans. L'étude initiale de plusieurs algorithmes portant sur le diabète de type 1 a produit des valeurs prédictives positives de moins de 40 %¹⁰. L'Île-du-Prince-Édouard et l'Ontario étudient aussi plusieurs algorithmes de détection du diabète chez les moins de 20 ans en se fondant sur le registre du diabète de

l'Île-du-Prince-Édouard et les abrégés de dossiers d'hôpitaux respectivement.

Les premiers travaux réalisés en Colombie-Britannique et en Ontario indiquent que l'augmentation de la prévalence chez les femmes, constatée au cours des années pendant lesquelles elles sont en âge de procréer, peut découler du codage erroné du diabète gestationnel. Un projet subventionné par des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) consiste à valider un algorithme d'élimination du diabète gestationnel fondé sur l'utilisation de résumés de dossiers provenant de maternités.

Ce projet assurera aussi la validation dans le cas des personnes qui ne bénéficient pas de la rémunération à l'acte : on se fondera sur les dossiers électroniques des patients et les données sur les demandes de paiement de médicaments. Au cours des travaux de validation menés dans des collectivités autochtones, on utilisera notamment la base de données sur le dépistage communautaire du diabète de Sandy Lake et la base de données du Réseau-Santé du diabète du Nord.

Complications

Les complications du diabète sont aussi à l'étude, et l'on vise au début les comorbidités que constituent les maladies cardiovasculaires, cérébrales vasculaires, vasculaires périphériques, y compris les amputations des membres inférieurs, la rétinopathie et la dialyse. Il y a des projets en cours en Ontario¹¹, au Québec, au Manitoba et au Yukon. Un des projets subventionnés par les IRSC consistera à décrire la distribution des problèmes de comorbidité et l'Index de comorbidité de Charlson¹² chez les patients hospitalisés : on utilisera la base de données nationale sur la morbidité hospitalière tenue à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la base de données axée sur la

personne de Statistique Canada. On évaluera l'effet de comorbidités sur le séjour à l'hôpital, la réadmission à l'hôpital et la mortalité hospitalière. On décrira la distribution des problèmes de comorbidité dans la population canadienne en général en se fondant sur l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.

Utilisation des services de santé

On prévoit aussi des travaux sur l'utilisation des services de santé. La nécessité d'identifier avec précision les personnes qui ont le diabète et celles qui ne l'ont pas prendra de plus en plus d'importance à mesure que le SNSD se tournera vers la prise en charge du diabète.

Nouvelles initiatives avec les IRSC

Le SNSD et l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC ont collaboré récemment au financement d'une recherche sur les services de santé et la santé de la population qui porte sur le diabète. Chaque partenaire a fourni 250 000 \$ pour créer une subvention totale de 500 000 \$. Un appel de demande (AD) a été lancé en avril 2000. La validation des données (définition des cas de diabète, définition des cas de complications reliées au diabète et dépistage communautaire) et la recherche sur les services de santé et la santé de la population (qualité de vie, accès à des services de soins de santé reliés au diabète, analyse économique du fardeau imposé par le diabète) ont constitué des domaines de recherche admissibles.

Sept demandes ont été critiquées par un comité de pairs constitué de Canadiens et d'Américains et présidé par le Dr Sam Sheps de l'Université de la Colombie-Britannique. On a subventionné deux projets et l'on attend les rapports d'ici janvier 2005 :

- ▼ **Validation d'algorithmes de données administratives pour la surveillance du diabète dans des populations spéciales** (92 024 \$) par J. Hux, G. Booth, A. Hanley, T. To, D. Daneman, H. Lee, D. Feig
- ▼ **Évaluation de comorbidités et de complications par rapport aux résultats hospitaliers dans le cas du diabète chez les patients hospitalisés du Canada et dans les populations générales du Canada** (192 940 \$) par Y. Chen, R. Sigal

Références

1. Blanchard JF, Ludwig S, Wajda A, Dean H, Anderson K, Kendall O, Depew N. Incidence and prevalence of diabetes in Manitoba, 1986-1991. *Diabetes Care* 1996; 19 : 807-11.
2. Svenson L. *Assessment of the sensitivity and specificity of Alberta Health administrative data for diabetes surveillance. Report to SNSD Validation Working Group.* Edmonton : mars 1999.
3. Hux JE. *Using administrative data to define the prevalence of diabetes mellitus in Ontario. Report to SNSD Validation Working Group.* Toronto : IRSS, mars 1999.
4. Tambay JL, Catlin G. Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population *Rapports sur la santé* 1995; 7 : 31-43

5. LeBlanc J, Kephart G. *Assessment of the sensitivity and specificity of Nova Scotia administrative databases for detecting diabetes mellitus. Report to SNSD Validation Working Group*. Halifax : Service de recherche sur la santé de la population, janvier 1998.
6. Hux JE, Ivis F, Flintoft V, Bica A. Diabetes in Ontario: determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm. *Diabetes Care* 2002; 25(3) : 512-6.
7. Van Til L. *PEI Diabetes Validation Project, Report to SNSD Validation Working Group*. Charlottetown: Document Publishing Centre, mars 2001.
8. Young TK, Roos N, Hammerstrand MA. Estimated burden of diabetes mellitus in Manitoba according to health insurance claims: a pilot study. *J Assoc med can* 1991; 144(3) : 318-324.
9. Noseworthy T, Blanchard J, Campbell D, Chapman S, Clotey C, James R, Osei W, Svenson L. *Final report: demonstration of the proposed national diabetes surveillance system in the three Prairie provinces. Report to HISP*. Mars 2001.
10. Clayton D, Smith M, Dunbar P, Salisbury S, Kephart G, LeBlanc J. *Validity of the Diabetes Care Program of Nova Scotia database of new cases (DNC) of diabetes aged < 19 years in determining the incidence of type 1 Diabetes Mellitus in this population. Report to SNSD*. Halifax : Groupe de travail sur la validation, mai 2000.
11. *Diabetes in Ontario: an ICES practice atlas, 2003*. Disponible à : www.ICES.on.ca
12. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994; 47 : 1245-51.

Annexe K

PRÉVALENCE

Prévalence selon l'âge, l'exercice, le sexe et la province ou le territoire

Canada

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,7	0,4	0,8	0,5	0,9	0,5
Personnes ayant le diabète	14 820	9 041	16 454	9 806	17 494	10 562
Dénombrement annuel	1 997 477	2 024 463	1 994 491	2 023 346	1 997 640	2 029 248
30-39 Prévalence (%)	1,4	1,0	1,6	1,1	1,8	1,2
Personnes ayant le diabète	35 149	24 272	40 626	26 876	45 406	28 683
Dénombrement annuel	2 528 645	2 544 838	2 499 595	2 515 198	2 471 874	2 490 412
40-49 Prévalence (%)	2,2	2,6	2,4	2,9	2,6	3,0
Personnes ayant le diabète	49 607	60 160	56 787	67 338	62 695	72 785
Dénombrement annuel	2 289 110	2 289 206	2 348 501	2 349 403	2 410 680	2 412 997
50-54 Prévalence (%)	4,1	5,7	4,5	6,2	4,7	6,4
Personnes ayant le diabète	36 708	50 825	42 145	58 092	46 566	63 598
Dénombrement annuel	894 409	898 957	939 131	939 131	985 939	987 280
55-59 Prévalence (%)	6,0	8,3	6,5	9,0	6,8	9,5
Personnes ayant le diabète	41 374	56 480	46 626	64 048	50 981	70 751
Dénombrement annuel	690 681	684 001	720 363	714 799	750 683	746 490
60-64 Prévalence (%)	8,1	10,7	8,9	11,9	9,3	12,5
Personnes ayant le diabète	48 840	62 265	54 002	69 613	57 623	74 906
Dénombrement annuel	600 281	579 751	608 538	586 737	619 702	597 864
65-69 Prévalence (%)	10,2	12,9	11,0	14,1	11,5	14,9
Personnes ayant le diabète	58 906	69 132	63 593	75 923	66 893	80 829
Dénombrement annuel	579 798	535 662	579 565	539 503	579 176	540 838
70-74 Prévalence (%)	11,7	14,5	12,7	15,9	13,5	16,9
Personnes ayant le diabète	61 870	62 869	67 535	69 956	71 814	75 972
Dénombrement annuel	530 424	433 241	532 012	441 247	533 607	449 917
75-79 Prévalence (%)	12,1	14,8	13,2	16,3	14,2	17,4
Personnes ayant le diabète	52 132	45 497	59 504	52 428	65 349	57 856
Dénombrement annuel	432 184	306 934	449 659	321 181	461 785	331 731
80-84 Prévalence (%)	11,6	14,0	12,8	15,4	13,7	16,7
Personnes ayant le diabète	34 280	25 275	38 247	28 064	42 119	31 260
Dénombrement annuel	295 571	180 014	299 326	182 152	307 457	187 627
85+ Prévalence (%)	9,5	11,5	10,6	12,8	11,5	13,8
Personnes ayant le diabète	26 337	14 213	30 647	16 685	35 044	18 956
Dénombrement annuel	276 946	123 232	290 099	130 019	305 043	137 462
Total* Prévalence (%)	4,1	4,5	4,6	5,0	4,9	5,4
Personnes ayant le diabète	460 023	480 029	516 166	538 829	561 984	586 158
Dénombrement annuel	11 115 526	10 600 299	11 261 280	10 745 676	11 423 586	10 911 866
Total Canada	479 346	500 193	537 848	561 463	585 590	610 780

* administrations participantes

** total estimé en fonction de la prévalence du SNSD et corrigé pour tenir compte des 4,2 % de la population canadienne vivant au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador (recensement de 2001)

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Territoire du Yukon

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,9	0,4	1,2	0,5	1,1	0,6
∨ Personnes ayant le diabète	23	9	28	12	25	12
∨ Dénombrement annuel	2 495	2 468	2 384	2 263	2 292	2 117
30-39 Prévalence (%)	1,0	0,6	1,3	0,7	1,4	0,7
∨ Personnes ayant le diabète	34	21	41	20	44	21
∨ Dénombrement annuel	3 347	3 292	3 198	3 056	3 060	2 830
40-49 Prévalence (%)	1,7	1,5	1,9	1,7	1,9	1,7
∨ Personnes ayant le diabète	52	51	59	58	60	54
∨ Dénombrement annuel	3 062	3 386	3 110	3 318	3 134	3 267
50-54 Prévalence (%)	3,9	4,9	4,5	5,0	4,6	5,2
∨ Personnes ayant le diabète	38	62	47	65	51	67
∨ Dénombrement annuel	985	1 273	1 036	1 295	1 111	1 299
55-59 Prévalence (%)	4,8	6,4	4,5	6,2	5,7	6,0
∨ Personnes ayant le diabète	28	52	28	53	37	55
∨ Dénombrement annuel	582	817	618	851	647	922
60-64 Prévalence (%)	7,5	5,7	10,4	7,2	10,0	8,5
∨ Personnes ayant le diabète	31	30	43	39	42	48
∨ Dénombrement annuel	413	527	414	542	421	567
65-69 Prévalence (%)	9,3	11,2	7,0	10,9	8,1	10,1
∨ Personnes ayant le diabète	28	47	21	46	26	43
∨ Dénombrement annuel	300	421	300	422	322	424
70-74 Prévalence (%)	7,3	10,6	14,1	12,2	17,2	14,7
∨ Personnes ayant le diabète	14	25	27	33	35	43
∨ Dénombrement annuel	192	236	191	270	203	293
75-79 Prévalence (%)	12,1	9,8	9,7	7,9	9,3	10,7
∨ Personnes ayant le diabète	17	13	15	11	14	16
∨ Dénombrement annuel	140	133	155	140	151	150
80+ Prévalence (%)	6,1	9,7	7,6	10,6	9,4	14,6
∨ Personnes ayant le diabète	9	10	13	12	17	18
∨ Dénombrement annuel	148	103	170	113	181	123
Total Prévalence (%)	2,3	2,5	2,8	2,8	3,0	3,1
∨ Personnes ayant le diabète	274	320	322	349	351	377
∨ Dénombrement annuel	11 664	12 656	11 576	12 270	11 522	11 992

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4
▽ Personnes ayant le diabète	12	11	9	14	10	14
▽ Dénombrement annuel	3 843	3 764	3 659	3 639	3 525	3 460
30-39 Prévalence (%)	1,0	0,8	1,1	0,9	1,0	0,9
▽ Personnes ayant le diabète	42	38	46	39	42	38
▽ Dénombrement annuel	4 384	4 524	4 263	4 339	4 107	4 149
40-49 Prévalence (%)	2,4	2,3	2,5	2,8	2,4	3,0
▽ Personnes ayant le diabète	75	80	80	104	77	108
▽ Dénombrement annuel	3 175	3 550	3 251	3 664	3 236	3 644
50-54 Prévalence (%)	4,1	5,3	5,5	5,3	6,1	5,6
▽ Personnes ayant le diabète	39	68	55	70	66	78
▽ Dénombrement annuel	961	1 272	1 002	1 320	1 074	1 381
55-59 Prévalence (%)	6,2	6,9	6,5	8,6	7,0	9,2
▽ Personnes ayant le diabète	40	54	43	71	46	76
▽ Dénombrement annuel	646	786	658	822	660	829
60-64 Prévalence (%)	6,2	9,1	7,5	8,9	7,9	11,1
▽ Personnes ayant le diabète	25	47	32	47	34	57
▽ Dénombrement annuel	405	515	424	526	432	512
65-69 Prévalence (%)	9,2	7,3	8,0	10,2	8,7	13,7
▽ Personnes ayant le diabète	27	28	25	39	28	54
▽ Dénombrement annuel	292	382	311	384	321	395
70-74 Prévalence (%)	12,0	9,7	14,6	9,3	13,6	8,8
▽ Personnes ayant le diabète	26	23	31	24	29	23
▽ Dénombrement annuel	216	237	212	257	214	261
75-79 Prévalence (%)	9,6	4,1	9,2	6,5	12,6	8,0
▽ Personnes ayant le diabète	13	6	14	9	20	11
▽ Dénombrement annuel	136	147	153	139	159	137
80+ Prévalence (%)	11,7	4,3	11,4	4,8	11,7	6,2
▽ Personnes ayant le diabète	23	7	22	8	21	10
▽ Dénombrement annuel	197	161	193	165	179	162
Total Prévalence (%)	2,3	2,4	2,5	2,8	2,7	3,1
▽ Personnes ayant le diabète	322	362	357	425	373	469
▽ Dénombrement annuel	14 255	15 338	14 126	15 255	13 907	14 930

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Nunavut

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2
∨ Personnes ayant le diabète	5	4	8	5	7	7
∨ Dénombrement annuel	3 068	2 994	2 978	2 953	2 965	2 899
30-39 Prévalence (%)	0,4	0,2	0,5	0,3	0,6	0,4
∨ Personnes ayant le diabète	12	6	13	9	17	12
∨ Dénombrement annuel	2 726	2 913	2 887	3 011	2 967	3 113
40-49 Prévalence (%)	0,9	0,8	1,1	1,0	0,8	1,2
∨ Personnes ayant le diabète	14	16	17	20	13	25
∨ Dénombrement annuel	1 523	1 894	1 588	1 926	1 678	2 008
50-54 Prévalence (%)	0,9	1,6	1,4	2,1	2,2	2,3
∨ Personnes ayant le diabète	5	11	8	16	14	18
∨ Dénombrement annuel	555	689	582	761	624	797
55-59 Prévalence (%)	1,8	2,6	1,4	3,0	2,0	4,0
∨ Personnes ayant le diabète	7	12	6	15	9	21
∨ Dénombrement annuel	396	454	435	495	441	525
60-64 Prévalence (%)	1,8	2,5	2,3	3,2	3,3	4,7
∨ Personnes ayant le diabète	5	8	7	11	11	18
∨ Dénombrement annuel	282	325	309	342	338	384
65-69 Prévalence (%)	1,7	4,4	1,7	3,3	2,9	3,3
∨ Personnes ayant le diabète	3	8	3	7	6	8
∨ Dénombrement annuel	174	182	181	209	208	239
70+ Prévalence (%)	–	–	–	–	–	–
∨ Personnes ayant le diabète	–	–	–	–	–	–
∨ Dénombrement annuel	207	261	236	293	266	318
Total Prévalence (%)	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1
∨ Personnes ayant le diabète	54	69	69	89	85	116
∨ Dénombrement annuel	8 931	9 712	9 196	9 990	9 487	10 283

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Colombie-Britannique

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,7	0,4	0,8	0,5	0,8	0,5
∨ Personnes ayant le diabète	1 933	1 133	2 132	1 173	2 182	1 187
∨ Dénombrement annuel	270 437	259 333	265 240	253 392	259 727	249 203
30-39 Prévalence (%)	1,4	0,9	1,6	1,0	1,8	1,0
∨ Personnes ayant le diabète	4 699	2 922	5 412	3 200	6 000	3 302
∨ Dénombrement annuel	336 203	326 758	330 789	320 456	325 439	315 659
40-49 Prévalence (%)	1,9	2,4	2,2	2,6	2,3	2,7
∨ Personnes ayant le diabète	6 187	7 653	7 126	8 502	7 779	8 974
∨ Dénombrement annuel	320 842	318 016	327 697	322 650	333 202	326 834
50-54 Prévalence (%)	3,7	4,9	4,1	5,5	4,3	5,7
∨ Personnes ayant le diabète	4 572	6 195	5 307	7 183	5 827	7 857
∨ Dénombrement annuel	122 324	125 209	129 066	131 339	136 696	138 518
55-59 Prévalence (%)	5,6	7,6	6,0	8,2	6,3	8,6
∨ Personnes ayant le diabète	5 213	7 194	5 837	8 096	6 368	8 877
∨ Dénombrement annuel	93 051	94 513	97 474	98 937	101 746	103 361
60-64 Prévalence (%)	7,5	10,1	8,2	11,1	8,6	11,6
∨ Personnes ayant le diabète	5 965	8 037	6 671	8 998	7 102	9 601
∨ Dénombrement annuel	79 218	79 842	80 861	81 131	82 776	82 649
65-69 Prévalence (%)	9,3	12,0	10,1	13,3	10,7	14,1
∨ Personnes ayant le diabète	7 073	9 026	7 701	10 065	8 108	10 675
∨ Dénombrement annuel	75 947	75 272	75 881	75 544	75 645	75 715
70-74 Prévalence (%)	10,4	13,0	11,5	14,4	12,3	15,3
∨ Personnes ayant le diabète	7 421	8 041	8 164	9 033	8 693	9 794
∨ Dénombrement annuel	71 069	61 627	70 726	62 561	70 888	63 989
75-79 Prévalence (%)	10,4	13,3	11,4	14,7	12,4	15,8
∨ Personnes ayant le diabète	6 402	6 196	7 310	7 180	8 050	7 831
∨ Dénombrement annuel	61 812	46 485	64 063	48 745	64 924	49 604
80-84 Prévalence (%)	9,7	12,8	10,9	14,1	11,6	15,2
∨ Personnes ayant le diabète	4 133	3 631	4 695	4 013	5 129	4 487
∨ Dénombrement annuel	42 815	28 376	43 233	28 460	44 404	29 452
85+ Prévalence (%)	7,8	10,5	8,6	11,6	9,4	12,7
∨ Personnes ayant le diabète	3 022	2 059	3 521	2 439	4 118	2 851
∨ Dénombrement annuel	38 534	19 680	40 953	21 045	43 743	22 492
Total Prévalence (%)	3,7	4,3	4,2	4,8	4,5	5,2
∨ Personnes ayant le diabète	56 620	62 087	63 876	69 882	69 356	75 436
∨ Dénombrement annuel	1 512 252	1 435 111	1 525 983	1 444 260	1 539 190	1 457 476

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Alberta

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,7	0,4	0,7	0,4	0,7	0,5
∨ Personnes ayant le diabète	1 435	899	1 506	997	1 531	1 067
∨ Dénombrement annuel	211 313	214 861	217 036	221 584	219 957	224 898
30-39 Prévalence (%)	1,3	0,8	1,5	0,9	1,6	1,0
∨ Personnes ayant le diabète	3 345	1 990	3 796	2 278	4 072	2 464
∨ Dénombrement annuel	255 273	254 359	253 954	253 221	251 360	250 403
40-49 Prévalence (%)	1,9	2,2	2,1	2,4	2,3	2,5
∨ Personnes ayant le diabète	4 212	5 060	4 895	5 759	5 464	6 275
∨ Dénombrement annuel	224 025	232 598	233 818	242 682	242 758	251 586
50-54 Prévalence (%)	3,5	4,8	3,8	5,3	4,1	5,5
∨ Personnes ayant le diabète	2 815	3 901	3 241	4 633	3 668	5 075
∨ Dénombrement annuel	79 535	81 890	84 473	86 827	89 716	92 439
55-59 Prévalence (%)	5,2	7,1	5,7	7,7	5,9	8,3
∨ Personnes ayant le diabète	3 072	4 308	3 518	4 919	3 852	5 537
∨ Dénombrement annuel	59 178	60 619	62 129	63 743	65 020	66 879
60-64 Prévalence (%)	6,9	9,1	7,4	10,2	7,9	10,8
∨ Personnes ayant le diabète	3 441	4 592	3 782	5 235	4 112	5 672
∨ Dénombrement annuel	50 135	50 528	51 347	51 384	52 368	52 511
65-69 Prévalence (%)	8,7	10,9	9,5	12,0	9,8	12,7
∨ Personnes ayant le diabète	4 069	5 006	4 478	5 607	4 622	5 955
∨ Dénombrement annuel	46 741	45 919	47 037	46 586	47 349	46 915
70-74 Prévalence (%)	9,8	12,6	10,8	13,7	11,4	14,5
∨ Personnes ayant le diabète	3 999	4 465	4 444	5 042	4 788	5 514
∨ Dénombrement annuel	40 647	35 539	41 314	36 798	41 923	38 057
75-79 Prévalence (%)	10,0	12,8	11,1	14,2	11,8	15,4
∨ Personnes ayant le diabète	3 391	3 259	3 904	3 748	4 208	4 145
∨ Dénombrement annuel	34 051	25 392	35 198	26 371	35 524	26 890
80-84 Prévalence (%)	9,7	12,4	10,5	13,8	11,3	14,7
∨ Personnes ayant le diabète	2 299	1 887	2 525	2 137	2 782	2 332
∨ Dénombrement annuel	23 631	15 181	24 030	15 534	24 651	15 816
85+ Prévalence (%)	8,4	10,7	9,3	11,7	10,1	13,1
∨ Personnes ayant le diabète	1 878	1 182	2 194	1 334	2 454	1 517
∨ Dénombrement annuel	22 468	11 069	23 599	11 393	24 250	11 566
Total Prévalence (%)	3,2	3,6	3,6	3,9	3,8	4,2
∨ Personnes ayant le diabète	33 956	36 549	38 283	41 689	41 553	45 553
∨ Dénombrement annuel	1 046 997	1 027 955	1 073 935	1 056 123	1 094 876	1 077 960

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Saskatchewan

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,7	0,5	0,8	0,5	0,8	0,5
∨ Personnes ayant le diabète	514	360	557	378	574	410
∨ Dénombrement annuel	70 067	73 352	70 732	74 573	71 723	75 634
30-39 Prévalence (%)	1,3	1,0	1,5	1,2	1,6	1,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 039	818	1 140	928	1 220	968
∨ Dénombrement annuel	78 278	78 569	76 710	77 495	74 991	75 994
40-49 Prévalence (%)	2,5	2,7	2,7	3,0	2,8	3,0
∨ Personnes ayant le diabète	1 804	1 998	2 018	2 266	2 131	2 370
∨ Dénombrement annuel	71 597	74 458	73 739	76 556	75 911	78 590
50-54 Prévalence (%)	4,5	5,7	4,8	6,2	4,8	6,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 180	1 556	1 327	1 771	1 400	1 902
∨ Dénombrement annuel	26 197	27 120	27 554	28 410	28 969	29 979
55-59 Prévalence (%)	6,2	8,0	6,6	8,8	6,9	9,0
∨ Personnes ayant le diabète	1 349	1 726	1 476	1 950	1 561	2 065
∨ Dénombrement annuel	21 720	21 592	22 220	22 283	22 670	22 912
60-64 Prévalence (%)	7,6	10,3	8,4	11,2	8,7	11,4
∨ Personnes ayant le diabète	1 535	2 049	1 686	2 206	1 755	2 267
∨ Dénombrement annuel	20 287	19 904	20 105	19 733	20 200	19 802
65-69 Prévalence (%)	8,8	12,0	9,4	13,1	9,9	13,5
∨ Personnes ayant le diabète	1 791	2 353	1 881	2 520	1 963	2 562
∨ Dénombrement annuel	20 321	19 558	20 074	19 267	19 781	18 971
70-74 Prévalence (%)	10,8	13,6	11,5	14,8	11,8	15,5
∨ Personnes ayant le diabète	2 139	2 372	2 261	2 558	2 292	2 672
∨ Dénombrement annuel	19 855	17 394	19 720	17 310	19 403	17 234
75-79 Prévalence (%)	10,9	14,6	12,0	16,1	12,5	16,6
∨ Personnes ayant le diabète	1 981	2 035	2 175	2 274	2 262	2 345
∨ Dénombrement annuel	18 168	13 926	18 089	14 108	18 070	14 148
80-84 Prévalence (%)	10,9	14,2	11,7	15,2	12,0	16,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 560	1 359	1 681	1 457	1 752	1 566
∨ Dénombrement annuel	14 298	9 579	14 353	9 606	14 599	9 596
85+ Prévalence (%)	9,0	12,0	9,9	13,4	10,5	14,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 278	906	1 475	1 039	1 627	1 152
∨ Dénombrement annuel	14 277	7 525	14 911	7 761	15 519	8 057
Total Prévalence (%)	4,3	4,8	4,7	5,3	4,9	5,5
∨ Personnes ayant le diabète	16 170	17 532	17 677	19 347	18 537	20 279
∨ Dénombrement annuel	375 065	362 977	378 207	367 102	381 836	370 917

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Manitoba

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,9	0,6	1,0	0,6	1,1	0,7
∨ Personnes ayant le diabète	700	460	786	514	834	566
∨ Dénombrement annuel	80 186	82 008	79 363	80 620	78 756	80 164
30-39 Prévalence (%)	1,8	1,4	2,1	1,5	2,3	1,7
∨ Personnes ayant le diabète	1 671	1 267	1 860	1 388	2 035	1 510
∨ Dénombrement annuel	92 502	93 839	90 320	91 553	88 651	89 507
40-49 Prévalence (%)	3,2	3,3	3,6	3,7	3,9	3,8
∨ Personnes ayant le diabète	2 738	2 862	3 100	3 190	3 407	3 399
∨ Dénombrement annuel	85 419	85 772	86 488	86 854	87 865	88 498
50-54 Prévalence (%)	5,9	6,7	6,5	7,4	6,8	8,0
∨ Personnes ayant le diabète	1 948	2 256	2 253	2 591	2 463	2 910
∨ Dénombrement annuel	33 130	33 561	34 737	34 971	36 482	36 334
55-59 Prévalence (%)	7,7	8,8	8,3	9,7	8,9	10,5
∨ Personnes ayant le diabète	2 011	2 245	2 228	2 576	2 464	2 908
∨ Dénombrement annuel	26 057	25 639	26 831	26 585	27 616	27 757
60-64 Prévalence (%)	9,7	11,6	10,5	12,7	11,3	13,5
∨ Personnes ayant le diabète	2 185	2 560	2 410	2 819	2 602	3 006
∨ Dénombrement annuel	22 564	22 087	22 847	22 217	23 011	22 319
65-69 Prévalence (%)	11,0	13,0	12,2	14,5	13,0	15,9
∨ Personnes ayant le diabète	2 492	2 707	2 697	3 008	2 842	3 252
∨ Dénombrement annuel	22 634	20 801	22 137	20 690	21 818	20 474
70-74 Prévalence (%)	11,9	14,4	13,0	15,6	13,8	16,9
∨ Personnes ayant le diabète	2 648	2 615	2 838	2 830	2 974	3 045
∨ Dénombrement annuel	22 316	18 151	21 835	18 103	21 477	18 068
75-79 Prévalence (%)	11,6	13,6	12,7	15,5	14,1	16,7
∨ Personnes ayant le diabète	2 322	1 951	2 623	2 254	2 912	2 467
∨ Dénombrement annuel	20 065	14 305	20 590	14 524	20 647	14 742
80-84 Prévalence (%)	10,9	12,6	11,9	14,0	13,2	15,2
∨ Personnes ayant le diabète	1 635	1 188	1 771	1 308	1 971	1 406
∨ Dénombrement annuel	14 956	9 401	14 907	9 326	14 931	9 252
85+ Prévalence (%)	8,3	11,3	9,3	12,2	10,2	13,0
∨ Personnes ayant le diabète	1 235	793	1 430	896	1 649	992
∨ Dénombrement annuel	14 871	7 030	15 408	7 341	16 131	7 612
Total Prévalence (%)	5,0	5,1	5,5	5,7	6,0	6,1
∨ Personnes ayant le diabète	21 585	20 904	23 996	23 374	26 153	25 461
∨ Dénombrement annuel	434 700	412 594	435 463	412 784	437 385	414 727

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Ontario

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,8	0,5	0,9	0,5	1,0	0,6
∨ Personnes ayant le diabète	6 431	3 919	7 271	4 333	7 976	4 789
∨ Dénombrement annuel	803 717	811 280	802 624	811 191	806 980	816 213
30-39 Prévalence (%)	1,5	1,1	1,8	1,2	2,1	1,3
∨ Personnes ayant le diabète	15 877	11 268	18 740	12 635	21 587	13 813
∨ Dénombrement annuel	1 041 079	1 049 639	1 041 354	1 049 776	1 044 054	1 053 776
40-49 Prévalence (%)	2,4	2,9	2,7	3,2	2,9	3,4
∨ Personnes ayant le diabète	21 542	26 387	25 003	29 703	28 382	33 165
∨ Dénombrement annuel	910 722	903 353	938 173	932 730	970 112	967 532
50-54 Prévalence (%)	4,3	6,1	4,8	6,6	5,2	7,1
∨ Personnes ayant le diabète	15 547	21 778	17 999	25 064	20 567	28 135
∨ Dénombrement annuel	358 099	359 875	377 273	378 637	397 842	397 832
55-59 Prévalence (%)	6,2	8,6	6,9	9,4	7,4	10,2
∨ Personnes ayant le diabète	17 370	23 717	19 863	27 038	22 142	30 381
∨ Dénombrement annuel	278 154	274 985	289 115	286 576	300 782	299 148
60-64 Prévalence (%)	8,5	11,2	9,3	12,4	9,9	13,3
∨ Personnes ayant le diabète	20 783	26 464	23 115	29 635	25 167	32 416
∨ Dénombrement annuel	244 012	235 378	248 977	239 437	253 989	244 360
65-69 Prévalence (%)	10,4	13,3	11,3	14,5	12,2	15,7
∨ Personnes ayant le diabète	24 455	29 009	26 639	31 799	28 741	34 616
∨ Dénombrement annuel	235 200	218 307	235 546	220 042	236 375	220 972
70-74 Prévalence (%)	11,6	14,5	12,7	15,9	13,7	17,2
∨ Personnes ayant le diabète	25 494	26 243	27 828	29 282	30 182	32 353
∨ Dénombrement annuel	219 417	180 479	219 469	183 787	220 157	187 789
75-79 Prévalence (%)	11,8	14,8	13,0	16,3	14,1	17,6
∨ Personnes ayant le diabète	20 650	18 710	24 053	21 837	26 969	24 581
∨ Dénombrement annuel	175 561	126 807	185 093	134 200	191 826	139 554
80-84 Prévalence (%)	11,2	13,9	12,3	15,3	13,4	16,4
∨ Personnes ayant le diabète	12 990	10 042	14 468	11 153	16 338	12 567
∨ Dénombrement annuel	115 960	72 173	117 382	73 096	121 752	76 412
85+ Prévalence (%)	9,1	11,1	10,1	12,4	11,1	13,2
∨ Personnes ayant le diabète	10 373	5 578	12 089	6 585	13 956	7 514
∨ Dénombrement annuel	114 589	50 161	119 715	53 314	125 895	56 956
Total Prévalence (%)	4,3	4,7	4,7	5,3	5,2	5,7
∨ Personnes ayant le diabète	191 512	203 115	217 068	229 064	242 007	254 330
∨ Dénombrement annuel	4 496 510	4 282 437	4 574 721	4 362 786	4 669 764	4 460 544

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Québec

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,7	0,4	0,7	0,4	0,8	0,4
∨ Personnes ayant le diabète	3 189	1 800	3 514	1 915	3 691	2 035
∨ Dénombrement annuel	475 195	497 742	474 044	497 579	475 725	499 548
30-39 Prévalence (%)	1,2	0,8	1,4	0,8	1,5	0,9
∨ Personnes ayant le diabète	7 237	4 967	8 260	5 288	9 051	5 445
∨ Dénombrement annuel	622 102	643 339	605 247	625 992	587 489	609 707
40-49 Prévalence (%)	1,9	2,3	2,0	2,5	2,1	2,6
∨ Personnes ayant le diabète	10 853	13 508	12 087	14 959	12 864	15 554
∨ Dénombrement annuel	582 749	582 294	593 300	594 166	603 472	604 835
50-54 Prévalence (%)	3,7	5,4	4,0	5,8	4,1	5,9
∨ Personnes ayant le diabète	8 745	12 703	9 829	14 124	10 323	14 831
∨ Dénombrement annuel	237 477	233 163	246 411	241 913	254 727	250 252
55-59 Prévalence (%)	5,6	8,2	5,9	8,8	6,0	9,1
∨ Personnes ayant le diabète	10 363	14 669	11 461	16 537	12 214	17 800
∨ Dénombrement annuel	184 089	178 038	192 971	186 877	201 947	195 242
60-64 Prévalence (%)	7,9	10,7	8,6	11,8	8,8	12,3
∨ Personnes ayant le diabète	12 597	15 791	13 776	17 568	14 223	18 609
∨ Dénombrement annuel	160 168	148 175	159 959	148 314	162 379	151 241
65-69 Prévalence (%)	10,5	13,4	11,1	14,4	11,4	14,9
∨ Personnes ayant le diabète	16 390	18 080	17 393	19 696	17 720	20 368
∨ Dénombrement annuel	156 747	135 102	156 639	136 432	155 663	136 432
70-74 Prévalence (%)	12,8	15,9	13,7	17,2	14,2	18,0
∨ Personnes ayant le diabète	17 485	16 407	18 998	18 178	19 809	19 397
∨ Dénombrement annuel	136 795	103 446	138 577	105 847	139 496	107 751
75-79 Prévalence (%)	14,3	16,7	15,4	18,3	16,1	19,1
∨ Personnes ayant le diabète	14 823	11 176	16 673	12 795	18 087	14 026
∨ Dénombrement annuel	103 934	66 912	107 952	70 050	112 331	73 472
80-84 Prévalence (%)	14,1	15,9	15,5	17,4	16,4	19,0
∨ Personnes ayant le diabète	9 886	5 890	11 131	6 563	11 985	7 310
∨ Dénombrement annuel	70 256	36 929	71 659	37 733	72 900	38 509
85+ Prévalence (%)	12,3	13,7	13,6	15,4	14,7	16,3
∨ Personnes ayant le diabète	7 246	3 005	8 414	3 569	9 558	4 000
∨ Dénombrement annuel	58 827	21 928	61 660	23 114	64 998	24 505
Total Prévalence (%)	4,3	4,5	4,7	4,9	4,9	5,2
∨ Personnes ayant le diabète	118 814	117 996	131 536	131 192	139 525	139 375
∨ Dénombrement annuel	2 788 339	2 647 068	2 808 419	2 668 017	2 831 127	2 691 494

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Île-du-Prince-Édouard

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,8	0,7	0,9	0,7	0,9	0,8
▽ Personnes ayant le diabète	77	74	86	77	87	77
▽ Dénombrement annuel	10 151	10 574	9 891	10 305	9 723	10 134
30-39 Prévalence (%)	1,0	1,1	1,3	1,3	1,4	1,2
▽ Personnes ayant le diabète	119	125	145	144	155	133
▽ Dénombrement annuel	11 520	11 264	11 100	10 917	10 834	10 757
40-49 Prévalence (%)	1,9	2,7	2,3	3,1	2,3	3,3
▽ Personnes ayant le diabète	204	287	250	330	252	356
▽ Dénombrement annuel	10 805	10 671	10 701	10 560	10 894	10 673
50-54 Prévalence (%)	3,9	5,6	4,2	6,4	4,5	6,1
▽ Personnes ayant le diabète	172	247	193	293	218	296
▽ Dénombrement annuel	4 355	4 415	4 583	4 603	4 864	4 872
55-59 Prévalence (%)	5,7	8,0	6,6	8,5	6,4	9,3
▽ Personnes ayant le diabète	185	261	225	291	228	325
▽ Dénombrement annuel	3 252	3 279	3 398	3 415	3 564	3 493
60-64 Prévalence (%)	6,9	8,8	8,0	10,8	8,9	11,4
▽ Personnes ayant le diabète	200	250	234	311	264	342
▽ Dénombrement annuel	2 900	2 840	2 915	2 880	2 953	2 987
65-69 Prévalence (%)	9,2	13,3	10,7	14,3	10,7	14,2
▽ Personnes ayant le diabète	243	338	284	364	288	367
▽ Dénombrement annuel	2 639	2 537	2 643	2 548	2 697	2 581
70-74 Prévalence (%)	10,6	14,5	11,6	16,5	12,0	17,3
▽ Personnes ayant le diabète	256	296	281	344	291	361
▽ Dénombrement annuel	2 424	2 039	2 418	2 079	2 426	2 081
75-79 Prévalence (%)	12,1	14,8	13,6	16,7	13,6	17,7
▽ Personnes ayant le diabète	281	236	310	264	299	288
▽ Dénombrement annuel	2 313	1 592	2 276	1 585	2 198	1 627
80-84 Prévalence (%)	11,5	13,9	13,5	16,0	15,1	16,2
▽ Personnes ayant le diabète	203	147	238	168	271	165
▽ Dénombrement annuel	1 759	1 061	1 760	1 050	1 800	1 016
85+ Prévalence (%)	9,2	9,2	9,5	11,5	10,2	13,6
▽ Personnes ayant le diabète	167	77	177	99	198	122
▽ Dénombrement annuel	1 817	837	1 854	859	1 948	897
Total Prévalence (%)	3,9	4,6	4,5	5,3	4,7	5,5
▽ Personnes ayant le diabète	2 107	2 338	2 423	2 685	2 551	2 832
▽ Dénombrement annuel	53 935	51 109	53 539	50 801	53 901	51 118

Prévalence selon l'âge, l'exercice et le sexe

Nouvelle-Écosse

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
20-29 Prévalence (%)	0,7	0,6	0,8	0,6	0,9	0,6
∨ Personnes ayant le diabète	501	372	557	388	577	398
∨ Dénombrement annuel	67 005	66 087	66 540	65 247	66 267	64 978
30-39 Prévalence (%)	1,3	1,1	1,5	1,3	1,5	1,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 074	850	1 173	947	1 183	977
∨ Dénombrement annuel	81 231	76 342	79 773	75 382	78 922	74 517
40-49 Prévalence (%)	2,6	3,1	2,8	3,3	2,9	3,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 926	2 258	2 152	2 447	2 266	2 505
∨ Dénombrement annuel	75 191	73 214	76 636	74 297	78 418	75 530
50-54 Prévalence (%)	5,3	6,7	5,8	7,1	5,8	7,2
∨ Personnes ayant le diabète	1 647	2 048	1 886	2 282	1 969	2 429
∨ Dénombrement annuel	30 791	30 490	32 414	32 015	33 834	33 577
55-59 Prévalence (%)	7,4	9,6	7,9	10,3	8,1	10,6
∨ Personnes ayant le diabète	1 736	2 242	1 941	2 502	2 060	2 706
∨ Dénombrement annuel	23 556	23 279	24 514	24 215	25 590	25 422
60-64 Prévalence (%)	10,4	12,4	11,0	13,6	11,1	14,0
∨ Personnes ayant le diabète	2 073	2 437	2 246	2 744	2 311	2 870
∨ Dénombrement annuel	19 897	19 630	20 380	20 231	20 835	20 532
65-69 Prévalence (%)	12,4	14,7	13,1	16,0	13,4	16,5
∨ Personnes ayant le diabète	2 335	2 530	2 471	2 772	2 549	2 929
∨ Dénombrement annuel	18 803	17 181	18 816	17 379	18 997	17 720
70-74 Prévalence (%)	13,7	17,0	15,2	18,6	15,7	19,4
∨ Personnes ayant le diabète	2 386	2 380	2 658	2 630	2 715	2 767
∨ Dénombrement annuel	17 406	13 969	17 449	14 102	17 298	14 250
75-79 Prévalence (%)	14,1	17,1	15,1	18,3	15,9	18,9
∨ Personnes ayant le diabète	2 252	1 913	2 427	2 053	2 528	2 143
∨ Dénombrement annuel	15 949	11 157	16 029	11 229	15 897	11 314
80-84 Prévalence (%)	13,3	15,7	14,6	17,5	15,3	19,1
∨ Personnes ayant le diabète	1 553	1 119	1 713	1 252	1 862	1 407
∨ Dénombrement annuel	11 672	7 125	11 772	7 145	12 194	7 363
85+ Prévalence (%)	9,9	12,5	11,3	14,2	11,9	15,3
∨ Personnes ayant le diabète	1 126	608	1 335	716	1 473	799
∨ Dénombrement annuel	11 377	4 868	11 792	5 046	12 339	5 222
Total Prévalence (%)	5,0	5,5	5,5	6,0	5,6	6,3
∨ Personnes ayant le diabète	18 609	18 757	20 559	20 733	21 493	21 930
∨ Dénombrement annuel	372 878	343 342	376 115	346 288	380 591	350 425

Annexe L

MORTALITÉ

Mortalité selon l'âge, l'exercice, le sexe et la province ou le territoire

Canada

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	26	25	20	18	20	25
	- population	14 815	9 037	16 446	9 801	17 487	10 555
	Sans diabète						
- décès	618	1 727	541	1 627	560	1 595	
- population	1 979 594	2 012 432	1 975 067	2 010 592	1 977 188	2 015 794	
Ratio du taux de mortalité	5,62	3,22	4,44	2,27	4,04	2,99	
30-39	Diabète						
	- décès	77	110	72	89	102	117
	- population	35 137	24 266	40 613	26 867	45 389	28 671
	Sans diabète						
- décès	1 309	2 785	1 222	2 479	1 186	2 414	
- population	2 490 782	2 517 659	2 456 095	2 485 320	2 423 518	2 458 628	
Ratio du taux de mortalité	4,17	4,10	3,56	3,32	4,59	4,16	
40-49	Diabète						
	- décès	238	413	247	464	283	515
	- population	49 593	60 144	56 770	67 318	62 682	72 760
	Sans diabète						
- décès	2 856	4 563	2 814	4 196	2 902	4 505	
- population	2 237 994	2 227 168	2 290 143	2 280 159	2 346 320	2 338 229	
Ratio du taux de mortalité	3,76	3,35	3,54	3,75	3,65	3,67	
50-54	Diabète						
	- décès	308	573	338	560	357	597
	- population	36 703	50 814	42 137	58 076	46 552	63 580
	Sans diabète						
- décès	2 117	3 307	2 161	3 181	2 209	3 261	
- population	857 151	847 454	896 412	883 254	938 763	922 903	
Ratio du taux de mortalité	3,40	2,89	3,33	2,68	3,26	2,66	
55-59	Diabète						
	- décès	486	949	528	899	548	1 031
	- population	41 367	56 468	46 620	64 033	50 972	70 730
	Sans diabète						
- décès	2 584	4 110	2 600	3 920	2 661	3 987	
- population	648 918	627 079	673 308	650 271	699 270	675 235	
Ratio du taux de mortalité	2,95	2,56	2,93	2,33	2,83	2,47	
60-64	Diabète						
	- décès	817	1 558	845	1 523	877	1 637
	- population	48 835	62 257	53 995	69 602	57 612	74 888
	Sans diabète						
- décès	3 495	5 525	3 238	5 249	3 284	5 218	
- population	551 164	517 169	554 234	516 793	561 752	522 592	
Ratio du taux de mortalité	2,64	2,34	2,68	2,15	2,60	2,19	
65-69	Diabète						
	- décès	1 461	2 474	1 423	2 645	1 515	2 608
	- population	58 903	69 124	63 590	75 916	66 887	80 821
	Sans diabète						
- décès	5 264	8 605	4 885	7 994	4 798	7 632	
- population	520 721	466 356	515 794	463 378	512 081	459 778	
Ratio du taux de mortalité	2,45	1,94	2,36	2,02	2,42	1,94	

* administrations participantes

** total estimé en fonction de la prévalence du SNSD et corrigé pour tenir compte des 4,2 % de la population canadienne vivant au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador (recensement de 2001)

Canada (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
70-74						
Diabète						
- décès	2 379	3 382	2 303	3 624	2 340	3 688
- population	61 868	62 867	67 530	69 954	71 808	75 969
Sans diabète						
- décès	7 481	11 049	7 227	10 470	7 166	10 326
- population	468 469	370 250	464 381	371 160	461 677	373 804
Ratio du taux de mortalité	2,41	1,80	2,19	1,84	2,10	1,76
75-79						
Diabète						
- décès	2 976	3 685	3 138	4 061	3 383	4 367
- population	52 132	45 495	59 504	52 425	65 349	57 853
Sans diabète						
- décès	10 653	12 790	10 244	12 577	10 303	12 348
- population	379 997	261 361	390 094	268 666	396 378	273 785
Ratio du taux de mortalité	2,04	1,66	2,01	1,65	1,99	1,67
80-84						
Diabète						
- décès	3 045	3 117	3 286	3 310	3 420	3 556
- population	34 279	25 275	38 245	28 063	42 117	31 259
Sans diabète						
- décès	13 095	12 724	12 482	12 218	12 332	11 450
- population	261 256	154 702	261 043	154 046	265 298	156 320
Ratio du taux de mortalité	1,77	1,50	1,80	1,49	1,75	1,55
85+						
Diabète						
- décès	4 459	2 826	4 892	3 245	5 364	3 461
- population	26 337	14 213	30 647	16 685	35 044	18 956
Sans diabète						
- décès	30 729	16 691	30 287	16 604	30 270	16 618
- population	250 580	108 997	259 416	113 307	269 955	118 473
Ratio du taux de mortalité	1,38	1,30	1,37	1,33	1,37	1,30
Total*						
Diabète						
- décès	16 272	19 112	17 092	20 438	18 209	21 602
- population	459 969	479 960	516 097	538 740	561 899	586 042
Sans diabète						
- décès	80 201	83 876	77 701	80 515	77 671	79 354
- population	10 646 626	10 110 627	10 735 987	10 196 946	10 852 200	10 315 541
Ratio du taux de mortalité	4,70	4,80	4,58	4,80	4,53	4,79
Total Canada						
Diabète						
- décès**	16 955	19 915	17 810	21 296	18 974	22 509

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Territoire du Yukon

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-64	Diabète						
	- décès	*	*	*	*	*	
	- population	206	225	246	247	259	257
	Sans diabète						
- décès	21	34	16	40	19	48	
- population	10 678	11 538	10 514	11 078	10 406	10 745	
Ratio du taux de mortalité	*	*	*	*	*	*	
65+	Diabète						
	- décès	11		*		12	
	- population	474		520		548	
	Sans diabète						
- décès	65		54		73		
- population	17 931		17 640		17 456		
Ratio du taux de mortalité	6,4		*		5,24		
Total	Diabète						
	- décès	7	6	6	4	5	11
	- population	274	320	322	349	351	377
	Sans diabète						
- décès	39	62	46	69	42	88	
- population	11 390	12 336	11 254	11 921	11 171	11 615	
Ratio du taux de mortalité	7,46	3,73	4,56	1,98	3,79	3,85	

* cellule supprimée

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Territoires du Nord-Ouest

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000			
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes		
20-64	Diabète							
	- décès	*	*	*	*	*		
	- population	233	298	265	345	275	371	
	Sans diabète							
	- décès	35	72	44	77	25	37	
- population	13 181	14 113	12 992	13 965	12 759	13 604		
	Ratio du taux de mortalité		*	*	*	*		
65+	Diabète							
	- décès	9		11		*		
	- population	563		651		704		
	Sans diabète							
	- décès	113		117		67		
- population	20 329		20 313		20 036			
	Ratio du taux de mortalité		2,88	2,93	*	*		
Total	Diabète							
	- décès	10	4	9	5	7	2	
	- population	322	362	357	425	373	469	
	Sans diabète							
	- décès	70	130	93	137	52	79	
- population	13 933	14 976	13 769	14 830	13 534	14 461		
	Ratio du taux de mortalité		6,18	1,27	3,73	1,27	4,88	0,78

* cellule supprimée

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Colombie-Britannique

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	0	0	0	5	0	0
	- population	1 933	1 133	2 132	1 173	2 182	1 187
	Sans diabète						
- décès	91	310	66	188	61	166	
- population	268 504	258 200	263 108	252 219	257 545	248 016	
Ratio du taux de mortalité	0	0	0	5,72	0	0	
30-39	Diabète						
	- décès	8	16	8	7	10	9
	- population	4 699	2 922	5 412	3 200	6 000	3 302
	Sans diabète						
- décès	217	457	152	286	132	280	
- population	331 504	323 836	325 377	317 256	319 439	312 357	
Ratio du taux de mortalité	2,6	3,88	3,16	2,43	4,03	3,04	
40-49	Diabète						
	- décès	24	45	20	35	27	57
	- population	6 187	7 653	7 126	8 502	7 779	8 974
	Sans diabète						
- décès	410	638	372	536	320	521	
- population	314 655	310 363	320 571	314 148	325 423	317 860	
Ratio du taux de mortalité	2,98	2,86	2,42	2,41	3,53	3,88	
50-54	Diabète						
	- décès	36	64	32	56	35	53
	- population	4 572	6 195	5 307	7 183	5 827	7 857
	Sans diabète						
- décès	281	456	279	373	256	378	
- population	117 752	119 014	123 759	124 156	130 869	130 661	
Ratio du taux de mortalité	3,3	2,7	2,67	2,6	3,07	2,33	
55-59	Diabète						
	- décès	54	112	52	94	49	107
	- population	5 213	7 194	5 837	8 096	6 368	8 877
	Sans diabète						
- décès	343	538	322	464	335	448	
- population	87 838	87 319	91 637	90 841	95 378	94 484	
Ratio du taux de mortalité	2,65	2,53	2,54	2,27	2,19	2,54	
60-64	Diabète						
	- décès	89	167	86	153	81	178
	- population	5 965	8 037	6 671	8 998	7 102	9 601
	Sans diabète						
- décès	405	654	395	597	393	591	
- population	73 253	71 805	74 190	72 133	75 674	73 048	
Ratio du taux de mortalité	2,7	2,28	2,42	2,05	2,2	2,29	
65-69	Diabète						
	- décès	140	279	145	301	143	286
	- population	7 073	9 026	7 701	10 065	8 108	10 675
	Sans diabète						
- décès	663	1 094	613	968	569	883	
- population	68 874	66 246	68 180	65 479	67 537	65 040	
Ratio du taux de mortalité	2,06	1,87	2,09	2,02	2,09	1,97	

Colombie-Britannique (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	245	402	239	390	250	448
	- population	7 421		8 164	9 033	8 693	9 794
	Sans diabète		8 041		1 306		1 249
	- décès	931	1 436	921	1 306	854	1 249
- population	63 648	53 586	62 562	53 528	62 195	54 195	
Ratio du taux de mortalité	2,26	1,87	1,99	1,77	2,09	1,98	
75-79	Diabète						
	- décès	356	443	330	517	387	566
	- population	6 402	6 196	7 310	7 180	8 050	7 831
	Sans diabète		1 679		1 700		1 598
	- décès	1 450	1 679	1 361	1 700	1 353	1 598
- population	55 410	40 289	56 753	41 565	56 874	41 773	
Ratio du taux de mortalité	2,12	1,72	1,88	1,76	2,02	1,89	
80-84	Diabète						
	- décès	336	412	378	430	390	465
	- population	4 133	3 631	4 695	4 013	5 129	4 487
	Sans diabète		1 761		1 722		1 671
	- décès	1 849	1 761	1 617	1 722	1 655	1 671
- population	38 682	24 745	38 538	24 447	39 275	24 965	
Ratio du taux de mortalité	1,70	1,59	1,92	1,52	1,80	1,55	
85+	Diabète						
	- décès	489	388	505	449	595	482
	- population	3 022	2 059	3 521	2 439	4 118	2 851
	Sans diabète		2 436		2 496		2 583
	- décès	3 913	2 436	3 998	2 496	3 950	2 583
- population	35 512	17 621	37 432	18 606	39 625	19 641	
Ratio du taux de mortalité	1,47	1,36	1,34	1,37	1,45	1,29	
Total	Diabète						
	- décès	1 777	2 328	1 795	2 437	1 967	2 651
	- population	56 620	62 087	63 876	69 882	69 356	75 436
	Sans diabète		11 459		10 636		10 368
	- décès	10 553	11 459	10 096	10 636	9 878	10 368
- population	1 455 632	1 373 024	1 462 107	1 374 378	1 469 834	1 382 040	
Ratio du taux de mortalité	4,33	4,49	4,07	4,51	4,22	4,68	

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Alberta

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	0	0	0	0	0	
	- population	1 435	899	1 506	997	1 531	1 067
	Sans diabète						
	- décès	80	201	76	197	68	193
- population	209 878	213 962	215 530	220 587	218 426	223 831	
	Ratio du taux de mortalité	0	0	0	0	0	
30-39	Diabète						
	- décès	12	6	10	7	8	12
	- population	3 345	1 990	3 796	2 278	4 072	2 464
	Sans diabète						
	- décès	149	312	131	295	118	258
- population	251 928	252 369	250 158	250 943	247 288	247 939	
	Ratio du taux de mortalité	6,07	2,44	5,03	2,61	4,12	4,68
40-49	Diabète						
	- décès	21	32	26	48	25	42
	- population	4 212	5 060	4 895	5 759	5 464	6 275
	Sans diabète						
	- décès	262	468	268	424	288	452
- population	219 813	227 538	228 923	236 923	237 294	245 311	
	Ratio du taux de mortalité	4,18	3,07	4,54	4,66	3,77	3,63
50-54	Diabète						
	- décès	15	29	21	41	34	34
	- population	2 815	3 901	3 241	4 633	3 668	5 075
	Sans diabète						
	- décès	174	274	215	280	197	275
- population	76 720	77 989	81 232	82 194	86 048	87 364	
	Ratio du taux de mortalité	2,35	2,12	2,45	2,6	4,05	2,13
55-59	Diabète						
	- décès	34	62	34	44	38	59
	- population	3 072	4 308	3 518	4 919	3 852	5 537
	Sans diabète						
	- décès	226	355	223	341	227	363
- population	56 106	56 311	58 611	58 824	61 168	61 342	
	Ratio du taux de mortalité	2,75	2,28	2,54	1,54	2,66	1,80
60-64	Diabète						
	- décès	60	113	57	89	61	119
	- population	3 441	4 592	3 782	5 235	4 112	5 672
	Sans diabète						
	- décès	300	490	265	460	270	450
- population	46 694	45 936	47 565	46 149	48 256	46 839	
	Ratio du taux de mortalité	2,71	2,31	2,71	1,71	2,65	2,18
65-69	Diabète						
	- décès	92	157	82	178	99	168
	- population	4 069	5 006	4 478	5 607	4 622	5 955
	Sans diabète						
	- décès	456	708	378	673	412	673
- population	42 672	40 913	42 559	40 979	42 727	40 960	
	Ratio du taux de mortalité	2,12	1,81	2,06	1,93	2,22	1,72

Alberta (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	140	182	148	233	133	216
	- population	3 999	4 465	4 444	5 042	4 788	5 514
	Sans diabète						
	- décès	617	844	517	882	596	872
- population	36 648	31 074	36 870	31 756	37 135	32 543	
Ratio du taux de mortalité	2,08	1,50	2,38	1,66	1,73	1,46	
75-79	Diabète						
	- décès	187	238	201	248	192	314
	- population	3 391	3 259	3 904	3 748	4 208	4 145
	Sans diabète						
	- décès	838	1 036	757	977	819	970
- population	30 660	22 133	31 294	22 623	31 316	22 745	
Ratio du taux de mortalité	2,02	1,56	2,13	1,53	1,74	1,78	
80-84	Diabète						
	- décès	182	210	184	209	205	256
	- population	2 299	1 887	2 525	2 137	2 782	2 332
	Sans diabète						
	- décès	1 050	1 026	964	1 013	988	972
- population	21 332	13 294	21 505	13 397	21 869	13 484	
Ratio du taux de mortalité	1,61	1,44	1,63	1,29	1,63	1,52	
85+	Diabète						
	- décès	293	239	347	234	366	268
	- population	1 878	1 182	2 194	1 334	2 454	1 517
	Sans diabète						
	- décès	2 501	1 588	2 400	1 472	2 464	1 499
- population	20 590	9 887	21 405	10 059	21 796	10 049	
Ratio du taux de mortalité	1,28	1,26	1,41	1,2	1,32	1,18	
Total	Diabète						
	- décès	1 036	1 268	1 110	1 331	1 161	1 488
	- population	33 956	36 549	38 283	41 689	41 553	45 553
	Sans diabète						
	- décès	6 653	7 302	6 194	7 014	6 447	6 977
- population	1 013 041	991 406	1 035 652	1 014 434	1 053 323	1 032 407	
Ratio du taux de mortalité	4,65	4,71	4,85	4,62	4,56	4,83	

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Saskatchewan

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	0	0	0	0	0	
	- population	514	360	557	378	574	410
	Sans diabète						
	- décès	35	68	25	90	33	77
- population	69 553	72 992	70 175	74 195	71 149	75 224	
	Ratio du taux de mortalité	0	0	0	0	0	
30-39	Diabète						
	- décès	0	0	0	0	0	
	- population	1 039	818	1 140	928	1 220	968
	Sans diabète						
	- décès	52	115	52	88	52	100
- population	77 239	77 751	75 570	76 567	73 771	75 026	
	Ratio du taux de mortalité	0	0	0	0	0	
40-49	Diabète						
	- décès	6	16	10	15	14	16
	- population	1 804	1 998	2 018	2 266	2 131	2 370
	Sans diabète						
	- décès	108	156	107	145	98	166
- population	69 793	72 460	71 721	74 290	73 780	76 220	
	Ratio du taux de mortalité	2,15	3,72	3,32	3,39	4,95	3,1
50-54	Diabète						
	- décès	13	16	9	22	14	32
	- population	1 180	1 556	1 327	1 771	1 400	1 902
	Sans diabète						
	- décès	67	109	62	111	76	131
- population	25 017	25 564	26 227	26 639	27 569	28 077	
	Ratio du taux de mortalité	4,11	2,41	2,87	2,98	3,63	3,61
55-59	Diabète						
	- décès	14	30	28	31	23	34
	- population	1 349	1 726	1 476	1 950	1 561	2 065
	Sans diabète						
	- décès	73	120	84	156	94	133
- population	20 371	19 866	20 744	20 333	21 109	20 847	
	Ratio du taux de mortalité	2,9	2,88	4,68	2,07	3,31	2,58
60-64	Diabète						
	- décès	30	52	31	50	28	59
	- population	1 535	2 049	1 686	2 206	1 755	2 267
	Sans diabète						
	- décès	134	216	111	179	112	214
- population	18 752	17 855	18 419	17 527	18 445	17 535	
	Ratio du taux de mortalité	2,73	2,1	3,05	2,22	2,63	2,13
65-69	Diabète						
	- décès	48	92	49	90	53	98
	- population	1 791	2 353	1 881	2 520	1 963	2 562
	Sans diabète						
	- décès	191	301	188	288	168	279
- population	18 530	17 205	18 193	16 747	17 818	16 409	
	Ratio du taux de mortalité	2,60	2,23	2,52	2,08	2,86	2,25

Saskatchewan (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	83	132	83	157	82	161
	- population	2 139	2 372	2 261	2 558	2 292	2 672
	Sans diabète						
	- décès	262	432	282	435	256	410
- population	17 716	15 022	17 459	14 752	17 111	14 562	
Ratio du taux de mortalité	2,62	1,94	2,27	2,08	2,39	2,14	
75-79	Diabète						
	- décès	104	139	106	184	116	208
	- population	1 981	2 035	2 175	2 274	2 262	2 345
	Sans diabète						
	- décès	464	583	378	609	406	541
- population	16 187	11 891	15 914	11 834	15 808	11 803	
Ratio du taux de mortalité	1,83	1,39	2,05	1,57	2	1,94	
80-84	Diabète						
	- décès	121	138	119	151	130	192
	- population	1 560	1 359	1 681	1 457	1 752	1 566
	Sans diabète						
	- décès	575	629	531	638	557	576
- population	12 738	8 220	12 672	8 149	12 847	8 030	
Ratio du taux de mortalité	1,72	1,33	1,69	1,32	1,71	1,71	
85+	Diabète						
	- décès	185	163	236	194	238	210
	- population	1 278	906	1 475	1 039	1 627	1 152
	Sans diabète						
	- décès	1 523	966	1 564	1 016	1 558	1 019
- population	12 999	6 619	13 436	6 722	13 892	6 905	
Ratio du taux de mortalité	1,24	1,23	1,37	1,24	1,3	1,24	
Total	Diabète						
	- décès	604	778	671	894	698	1 010
	- population	16 170	17 532	17 677	19 347	18 537	20 279
	Sans diabète						
	- décès	3 484	3 695	3 384	3 755	3 410	3 646
- population	358 895	345 445	360 530	347 755	363 299	350 638	
Ratio du taux de mortalité	3,85	4,15	4,04	4,28	4,01	4,79	

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Manitoba

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	0	0	0	0	0	
	- population	700	460	786	514	834	566
	Sans diabète						
	- décès	31	79	32	82	38	80
- population	79 486	81 548	78 577	80 106	77 922	79 598	
Ratio du taux de mortalité	0	0	0	0	0	0	
30-39	Diabète						
	- décès	7	0	0	5	9	0
	- population	1 671	1 267	1 860	1 388	2 035	1 510
	Sans diabète						
	- décès	52	102	61	104	64	93
- population	90 831	92 572	88 460	90 165	86 616	87 997	
Ratio du taux de mortalité	7,32	0	0	3,12	5,99	0	
40-49	Diabète						
	- décès	13	17	16	38	20	28
	- population	2 738	2 862	3 100	3 190	3 407	3 399
	Sans diabète						
	- décès	106	161	92	147	119	198
- population	82 681	82 910	83 388	83 664	84 458	85 099	
Ratio du taux de mortalité	3,7	3,06	4,68	6,78	4,17	3,54	
50-54	Diabète						
	- décès	13	22	21	31	22	33
	- population	1 948	2 256	2 253	2 591	2 463	2 910
	Sans diabète						
	- décès	76	117	85	109	101	133
- population	31 182	31 305	32 484	32 380	34 019	33 424	
Ratio du taux de mortalité	2,74	2,61	3,56	3,55	3,01	2,85	
55-59	Diabète						
	- décès	22	39	34	37	26	61
	- population	2 011	2 245	2 228	2 576	2 464	2 908
	Sans diabète						
	- décès	96	158	120	160	111	156
- population	24 046	23 394	24 603	24 009	25 152	24 849	
Ratio du taux de mortalité	2,74	2,57	3,13	2,16	2,39	3,34	
60-64	Diabète						
	- décès	43	54	48	74	37	84
	- population	2 185	2 560	2 410	2 819	2 602	3 006
	Sans diabète						
	- décès	123	196	154	256	142	192
- population	20 379	19 527	20 437	19 398	20 409	19 313	
Ratio du taux de mortalité	3,26	2,1	2,64	1,99	2,04	2,81	
65-69	Diabète						
	- décès	71	98	62	112	69	101
	- population	2 492	2 707	2 697	3 008	2 842	3 252
	Sans diabète						
	- décès	200	332	205	325	189	361
- population	20 142	18 094	19 440	17 682	18 976	17 222	
Ratio du taux de mortalité	2,87	1,97	2,18	2,03	2,44	1,48	

Manitoba (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	106	117	114	148	84	164
	- population	2 648	2 615	2 838	2 830	2 974	3 045
	Sans diabète						
	- décès	280	433	313	446	287	444
- population	19 668	15 536	18 997	15 273	18 503	15 023	
Ratio du taux de mortalité	2,81	1,61	2,44	1,79	1,82	1,82	
75-79	Diabète						
	- décès	123	139	152	183	162	177
	- population	2 322	1 951	2 623	2 254	2 912	2 467
	Sans diabète						
	- décès	474	628	535	598	460	621
- population	17 743	12 354	17 967	12 270	17 735	12 275	
Ratio du taux de mortalité	1,98	1,4	1,95	1,67	2,14	1,42	
80-84	Diabète						
	- décès	140	141	142	167	152	146
	- population	1 635	1 188	1 771	1 308	1 971	1 406
	Sans diabète						
	- décès	640	656	627	683	603	596
- population	13 321	8 213	13 136	8 018	12 960	7 846	
Ratio du taux de mortalité	1,78	1,49	1,68	1,5	1,66	1,37	
85+	Diabète						
	- décès	214	148	195	180	235	191
	- population	1 235	793	1 430	896	1 649	992
	Sans diabète						
	- décès	1 591	916	1 706	995	1 623	968
- population	13 636	6 237	13 978	6 445	14 482	6 620	
Ratio du taux de mortalité	1,49	1,27	1,12	1,3	1,27	1,32	
Total	Diabète						
	- décès	752	775	784	975	816	985
	- population	21 585	20 904	23 996	23 374	26 153	25 461
	Sans diabète						
	- décès	3 669	3 778	3 930	3 905	3 737	3 842
- population	413 115	391 690	411 467	389 410	411 232	389 266	
Ratio du taux de mortalité	3,92	3,84	3,42	4,16	3,43	3,92	

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Ontario

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	11	13	12	8	11	15
	- population	6 431	3 919	7 271	4 333	7 976	4 789
	Sans diabète						
	- décès	188	485	169	481	170	473
- population	797 286	807 361	795 353	806 858	799 004	811 424	
Ratio du taux de mortalité	7,25	5,52	7,77	3,1	6,48	5,37	
30-39	Diabète						
	- décès	27	42	27	42	44	55
	- population	15 877	11 268	18 740	12 635	21 587	13 813
	Sans diabète						
	- décès	443	934	440	841	427	819
- population	1 025 202	1 038 371	1 022 614	1 037 141	1 022 467	1 039 963	
Ratio du taux de mortalité	3,94	4,14	3,35	4,1	4,88	5,06	
40-49	Diabète						
	- décès	91	170	101	168	108	204
	- population	21 542	26 387	25 003	29 703	28 382	33 165
	Sans diabète						
	- décès	1 014	1 579	1 001	1 386	1 012	1 536
- population	889 180	876 966	913 170	903 027	941 730	934 367	
Ratio du taux de mortalité	3,7	3,58	3,69	3,69	3,54	3,74	
50-54	Diabète						
	- décès	124	239	134	224	135	264
	- population	15 547	21 778	17 999	25 064	20 567	28 135
	Sans diabète						
	- décès	806	1 177	773	1 118	896	1 212
- population	342 552	338 097	359 274	353 573	377 275	369 697	
Ratio du taux de mortalité	3,39	3,15	3,46	2,83	2,76	2,86	
55-59	Diabète						
	- décès	168	364	225	334	223	408
	- population	17 370	23 717	19 863	27 038	22 142	30 381
	Sans diabète						
	- décès	972	1 475	946	1 376	1 004	1 463
- population	260 784	251 268	269 252	259 538	278 640	268 767	
Ratio du taux de mortalité	2,59	2,61	3,22	2,33	2,8	2,47	
60-64	Diabète						
	- décès	324	623	327	620	358	633
	- population	20 783	26 464	23 115	29 635	25 167	32 416
	Sans diabète						
	- décès	1 369	2 046	1 242	1 946	1 282	1 940
- population	223 229	208 914	225 862	209 802	228 822	211 944	
Ratio du taux de mortalité	2,54	2,4	2,57	2,26	2,54	2,13	
65-69	Diabète						
	- décès	560	982	580	1 010	622	1 007
	- population	24 455	29 009	26 639	31 799	28 741	34 616
	Sans diabète						
	- décès	2 018	3 175	1 879	2 950	1 890	2 809
- population	210 745	189 298	208 907	188 243	207 634	186 356	
Ratio du taux de mortalité	2,39	2,02	2,42	2,03	2,38	1,93	

Ontario (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	966	1 372	904	1 429	931	1 476
	- population	25 494	26 243	27 828	29 282	30 182	32 353
	Sans diabète						
	- décès	3 027	4 316	2 779	4 039	2 878	4 017
- population	193 923	154 236	191 641	154 505	189 975	155 436	
Ratio du taux de mortalité	2,43	1,87	2,24	1,87	2,04	1,77	
75-79	Diabète						
	- décès	1 156	1 499	1 252	1 619	1 327	1 734
	- population	20 650	18 710	24 053	21 837	26 969	24 581
	Sans diabète						
	- décès	4 147	4 943	4 137	4 848	4 231	4 891
- population	154 911	108 097	161 040	112 363	164 857	114 973	
Ratio du taux de mortalité	2,09	1,75	2,03	1,72	1,92	1,66	
80-84	Diabète						
	- décès	1 217	1 226	1 243	1 309	1 317	1 363
	- population	12 990	10 042	14 468	11 153	16 338	12 567
	Sans diabète						
	- décès	4 965	4 796	4 842	4 521	4 777	4 393
- population	102 970	62 131	102 914	61 943	105 414	63 845	
Ratio du taux de mortalité	1,94	1,58	1,83	1,61	1,78	1,58	
85+	Diabète						
	- décès	1 793	1 097	1 952	1 308	2 103	1 351
	- population	10 373	5 578	12 089	6 585	13 956	7 514
	Sans diabète						
	- décès	12 367	6 316	11 843	6 253	12 166	6 386
- population	104 216	44 583	107 626	46 729	111 939	49 442	
Ratio du taux de mortalité	1,46	1,39	1,47	1,48	1,39	1,39	
Total	Diabète						
	- décès	6 437	7 627	6 757	8 071	7 179	8 510
	- population	191 512	203 115	217 068	229 064	242 007	254 330
	Sans diabète						
	- décès	31 316	31 242	30 051	29 759	30 733	29 939
- population	4 304 998	4 079 322	4 357 653	4 133 722	4 427 757	4 206 214	
Ratio du taux de mortalité	4,62	4,9	4,51	4,89	4,27	4,7	

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Québec

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	15	12	8	5	9	10
	- population	3 189	1 800	3 514	1 915	3 691	2 035
	Sans diabète						
- décès	161	501	135	494	150	542	
- population	472 006	495 942	470 530	495 664	472 034	497 513	
Ratio du taux de mortalité	13,79	6,6	7,93	2,62	7,67	4,51	
30-39	Diabète						
	- décès	18	39	26	28	23	36
	- population	7 237	4 967	8 260	5 288	9 051	5 445
	Sans diabète						
- décès	350	743	342	772	345	754	
- population	614 865	638 372	596 987	620 704	578 438	604 262	
Ratio du taux de mortalité	4,37	6,75	5,49	4,26	4,26	5,3	
40-49	Diabète						
	- décès	74	121	66	138	82	152
	- population	10 853	13 508	12 087	14 959	12 864	15 554
	Sans diabète						
- décès	840	1 357	859	1 375	947	1 416	
- population	571 896	568 786	581 213	579 207	590 608	589 281	
Ratio du taux de mortalité	4,64	3,75	3,69	3,89	3,98	4,07	
50-54	Diabète						
	- décès	100	178	108	170	104	154
	- population	8 745	12 703	9 829	14 124	10 323	14 831
	Sans diabète						
- décès	613	1 005	651	1 022	596	980	
- population	228 732	220 460	236 582	227 789	244 404	235 421	
Ratio du taux de mortalité	4,27	3,07	3,99	2,68	4,13	2,49	
55-59	Diabète						
	- décès	176	294	141	317	167	322
	- population	10 363	14 669	11 461	16 537	12 214	17 800
	Sans diabète						
- décès	737	1 260	784	1 244	778	1 247	
- population	173 726	163 369	181 510	170 340	189 733	177 442	
Ratio du taux de mortalité	4	2,6	2,85	2,62	3,33	2,57	
60-64	Diabète						
	- décès	232	504	265	474	257	488
	- population	12 597	15 791	13 776	17 568	14 223	18 609
	Sans diabète						
- décès	994	1 688	930	1 565	950	1 611	
- population	147 571	132 384	146 183	130 746	148 156	132 632	
Ratio du taux de mortalité	2,73	2,50	3,02	2,25	2,82	2,16	
65-69	Diabète						
	- décès	483	776	436	840	469	836
	- population	16 390	18 080	17 393	19 696	17 720	20 368
	Sans diabète						
- décès	1 486	2 595	1 428	2 445	1 367	2 304	
- population	140 357	117 022	139 246	116 736	137 943	116 064	
Ratio du taux de mortalité	2,78	1,94	2,44	2,04	2,67	2,07	

Québec (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	754	1 032	715	1 122	741	1 064
	- population	17 485	16 407	18 998	18 178	19 809	19 397
	Sans diabète						
	- décès	2 052	3 118	2 084	2 949	1 990	2 903
- population	119 310	87 039	119 579	87 669	119 687	88 354	
Ratio du taux de mortalité	2,51	1,76	2,16	1,83	2,25	1,67	
75-79	Diabète						
	- décès	919	1 064	961	1 156	1 047	1 189
	- population	14 823	11 176	16 673	12 795	18 087	14 026
	Sans diabète						
	- décès	2 805	3 312	2 635	3 282	2 597	3 143
- population	89 111	55 736	91 279	57 255	94 244	59 446	
Ratio du taux de mortalité	1,97	1,6	2	1,58	2,1	1,6	
80-84	Diabète						
	- décès	902	850	1 061	891	1 053	943
	- population	9 886	5 890	11 131	6 563	11 985	7 310
	Sans diabète						
	- décès	3 404	3 229	3 310	3 068	3 188	2 681
- population	60 370	31 039	60 528	31 170	60 915	31 199	
Ratio du taux de mortalité	1,62	1,39	1,74	1,38	1,68	1,5	
85+	Diabète						
	- décès	1 288	666	1 430	754	1 588	800
	- population	7 246	3 005	8 414	3 569	9 558	4 000
	Sans diabète						
	- décès	7 299	3 619	7 383	3 532	7 032	3 413
- population	51 581	18 923	53 246	19 545	55 440	20 505	
Ratio du taux de mortalité	1,26	1,16	1,23	1,17	1,31	1,2	
Total	Diabète						
	- décès	4 961	5 536	5 217	5 895	5 540	5 994
	- population	118 814	117 996	131 536	131 192	139 525	139 375
	Sans diabète						
	- décès	20 741	22 427	20 541	21 748	19 940	20 994
- population	2 669 525	2 529 072	2 676 883	2 536 825	2 691 602	2 552 119	
Ratio du taux de mortalité	5,37	5,29	5,17	5,24	5,36	5,23	

Source de données sur le nombre de décès chez les non-diabétiques : Registre des événements démographiques du Québec (1997, 1998, 1999 et 2000). Les données tirées du fichier des décès de 2000 sont préliminaires.

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Île-du-Prince-Édouard

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-64	Diabète						
	- décès	*	*	*	*	*	
	- population	957	1 244	1 133	1 446	1 204	1 529
	Sans diabète						
- décès	62	123	63	112	73	114	
- population	42 026	41 799	41 455	41 234	41 628	41 387	
Ratio du taux de mortalité	*	*	*	*	*	*	
65-69	Diabète						
	- décès	8	11	7	11	6	12
	- population	243	338	284	364	288	367
	Sans diabète						
- décès	28	47	25	41	17	39	
- population	2 396	2 199	2 359	2 184	2 409	2 214	
Ratio du taux de mortalité	2,82	1,52	2,33	1,61	2,95	1,86	
70-74	Diabète						
	- décès	0	15	12	19	10	16
	- population	256	296	281	344	291	361
	Sans diabète						
- décès	36	56	38	61	33	51	
- population	2 168	1 743	2 137	1 735	2 135	1 720	
Ratio du taux de mortalité	0	1,58	2,4	1,57	2,22	1,49	
75-79	Diabète						
	- décès	16	21	12	19	12	17
	- population	281	236	310	264	299	288
	Sans diabète						
- décès	44	75	56	73	52	74	
- population	2 032	1 356	1 966	1 321	1 899	1 339	
Ratio du taux de mortalité	2,63	1,61	1,36	1,3	1,47	1,07	
80-84	Diabète						
	- décès	12	8	15	24	25	20
	- population	203	147	238	168	271	165
	Sans diabète						
- décès	75	78	82	92	67	78	
- population	1 556	914	1 522	882	1 529	851	
Ratio du taux de mortalité	1,23	0,64	1,17	1,37	2,11	1,32	
85+	Diabète						
	- décès	30	7	23	13	26	24
	- population	167	77	177	99	198	122
	Sans diabète						
- décès	220	120	187	109	212	128	
- population	1 650	760	1 677	760	1 750	775	
Ratio du taux de mortalité	1,35	0,58	1,17	0,92	1,08	1,19	
Total	Diabète						
	- décès	66	62	69	98	84	102
	- population	2 107	2 338	2 423	2 685	2 551	2 832
	Sans diabète						
- décès	465	499	451	488	454	484	
- population	51 828	48 771	51 116	48 116	51 350	48 286	
Ratio du taux de mortalité	3,49	2,59	3,23	3,6	3,72	3,59	

* cellule supprimée

Mortalité selon l'âge, l'exercice et le sexe

Nouvelle-Écosse

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
20-29	Diabète						
	- décès	0	0	0	0	0	
	- population	501	372	557	388	577	398
	Sans diabète						
	- décès	26	52	24	52	26	48
- population	66 504	65 715	65 983	64 859	65 690	64 580	
	Ratio du taux de mortalité	0	0	0	0	0	
30-39	Diabète						
	- décès	5	7	0	0	8	5
	- population	1 074	850	1 173	947	1 183	977
	Sans diabète						
	- décès	41	86	36	66	39	78
- population	80 157	75 492	78 600	74 435	77 739	73 540	
	Ratio du taux de mortalité	9,10	7,23	0	0	13,48	4,83
40-49	Diabète						
	- décès	7	11	8	21	6	16
	- population	1 926	2 258	2 152	2 447	2 266	2 505
	Sans diabète						
	- décès	95	161	91	133	93	162
- population	73 265	70 956	74 484	71 850	76 152	73 025	
	Ratio du taux de mortalité	2,80	2,15	3,04	4,64	2,17	2,88
50-54	Diabète						
	- décès	7	24	12	15	13	26
	- population	1 647	2 048	1 886	2 282	1 969	2 429
	Sans diabète						
	- décès	77	139	78	137	66	118
- population	29 144	28 442	30 528	29 733	31 865	31 148	
	Ratio du taux de mortalité	1,61	2,40	2,49	1,43	3,19	2,83
55-59	Diabète						
	- décès	17	48	14	35	22	34
	- population	1 736	2 242	1 941	2 502	2 060	2 706
	Sans diabète						
	- décès	112	159	91	143	88	147
- population	21 820	21 037	22 573	21 713	23 530	22 716	
	Ratio du taux de mortalité	1,91	2,83	1,79	2,12	2,86	1,94
60-64	Diabète						
	- décès	38	44	30	56	48	67
	- population	2 073	2 437	2 246	2 744	2 311	2 870
	Sans diabète						
	- décès	132	191	112	204	111	187
- population	17 824	17 193	18 134	17 487	18 524	17 662	
	Ratio du taux de mortalité	2,48	1,63	2,16	1,75	3,47	2,20
65-69	Diabète						
	- décès	56	78	61	101	51	97
	- population	2 335	2 530	2 471	2 772	2 549	2 929
	Sans diabète						
	- décès	209	328	157	281	178	265
- population	16 468	14 651	16 345	14 607	16 448	14 791	
	Ratio du taux de mortalité	1,89	1,38	2,57	1,89	1,85	1,85

Nouvelle-Écosse (suite)

Groupe d'âge	1997/1998		1998/1999		1999/2000		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
70-74	Diabète						
	- décès	85	126	85	124	107	138
	- population	2 386	2 380	2 658	2 630	2 715	2 767
	Sans diabète						
	- décès	263	397	285	333	261	356
- population	15 020	11 589	14 791	11 472	14 583	11 483	
	Ratio du taux de mortalité	2,03	1,55	1,66	1,62	2,20	1,61
75-79	Diabète						
	- décès	113	141	124	134	137	160
	- population	2 252	1 913	2 427	2 053	2 528	2 143
	Sans diabète						
	- décès	423	519	369	472	372	493
- population	13 697	9 244	13 602	9 176	13 369	9 171	
	Ratio du taux de mortalité	1,62	1,31	1,88	1,27	1,95	1,39
80-84	Diabète						
	- décès	129	132	140	129	148	171
	- population	1 553	1 119	1 713	1 252	1 862	1 407
	Sans diabète						
	- décès	531	535	488	470	493	475
- population	10 119	6 006	10 059	5 893	10 332	5 956	
	Ratio du taux de mortalité	1,58	1,32	1,68	1,29	1,67	1,52
85+	Diabète						
	- décès	165	117	200	113	212	135
	- population	1 126	608	1 335	716	1 473	799
	Sans diabète						
	- décès	1 302	715	1 184	713	1 251	608
- population	10 251	4 260	10 457	4 330	10 866	4 423	
	Ratio du taux de mortalité	1,15	1,15	1,32	0,96	1,25	1,23
Total	Diabète						
	- décès	622	728	674	728	752	849
	- population	18 609	18 757	20 559	20 733	21 493	21 930
	Sans diabète						
	- décès	3 211	3 282	2 915	3 004	2 978	2 937
- population	354 269	324 585	355 556	325 555	359 098	328 495	
	Ratio du taux de mortalité	3,69	3,84	4,00	3,81	4,22	4,33