



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009



Canada

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et intervention en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009 est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.snsd.gc.ca>

Also available in English under the title: Report from the National Diabetes System: Diabetes in Canada, 2009.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Division de la surveillance
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Agence de la santé publique du Canada
785, avenue Carling, IA : 6806B
Ottawa, Ontario K1A 0K9
CANADA
Courriel : infobase@phac-aspc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2009

Cat. : HP32-2/1-2009
ISBN : 978-1-100-50509-1

En ligne :
Cat. : HP32-2/1-2009F-PDF
ISBN : 978-1-100-92834-0

The background of the cover is a microscopic image of plant cells, showing a grid-like structure of cell walls. Numerous small, clear water droplets are scattered across the surface, some reflecting light. The overall color palette is light blue and green, with a soft, ethereal glow. At the top of the page, there are several overlapping, wavy lines in shades of blue and white, creating a decorative border.

Le diabète au Canada :
Rapport du Système national de
surveillance du diabète , 2009

Sommaire

Le diabète

- Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire ou d'utiliser l'insuline. Or, l'organisme a besoin de l'insuline pour transformer le glucose en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications et le décès prématuré. Cependant, les personnes atteintes de diabète peuvent toutefois prendre des mesures pour contrôler la maladie et ainsi réduire les risques de complications.

Le Système national de surveillance du diabète (SNSD)

- Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) est un réseau de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance du diabète soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada. Ce réseau a été créé pour élargir l'éventail des données disponibles au sujet du fardeau occasionné par le diabète au Canada afin que les gouvernements, les chercheurs, les professionnels de la santé et le grand public puissent prendre de meilleures décisions de santé publique ou personnelle. Le SNSD consulte régulièrement des groupes autochtones, des organisations non gouvernementales et des chercheurs pour améliorer et interpréter l'information du système.
- Le système de surveillance rassemble des données sur les résidents du Canada qui ont utilisé les services de santé canadiens. On présumait qu'une personne avait reçu un diagnostic lorsqu'il y avait suffisamment de données d'utilisation des services, en lien avec le diabète, pour cette personne. Plus précisément, on considérait qu'une personne était diabétique si elle avait eu, à l'intérieur d'une période de deux ans, au moins une hospitalisation ou deux actes facturés par un médecin avec un code de diabète.

Les faits saillants du SNSD

- Le présent rapport expose les plus récentes données disponibles pour l'année financière 2006-07, ainsi que certaines données de tendance temporelle pour la période de 2000-01 à 2006-07. Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles aux fins du présent rapport et celles du Québec n'étaient pas disponibles pour certaines statistiques, tel qu'indiqué dans les sections concernées.

Prévalence

- Le taux de prévalence du diabète ajusté selon l'âge a augmenté de 21 % entre 2002-03 et 2006-07.
- En 2006-07, approximativement deux millions de Canadiens et de Canadiennes âgés d'un an et plus, soit 6,2 % de la population ou environ 1 personne sur 16, avaient reçu un diagnostic de diabète (5,9 % des filles/femmes et 6,6 % des garçons/hommes).
- D'ici 2012, on prévoit que le nombre de Canadiens et de Canadiennes atteints du diabète sera d'environ 2,8 millions, ce qui représente une augmentation annuelle d'environ 6 % et un accroissement global d'environ 25 % par rapport à 2007. Après ajustement des taux de prévalence pour tenir compte des différences dans les structures d'âge des populations des provinces et des territoires, la prévalence du diabète était généralement plus élevée à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, et moins élevée dans l'Ouest (Alberta, Colombie-Britannique et Saskatchewan). Par ailleurs, alors que la prévalence du diabète en Ontario dépassait la moyenne nationale, celle du Québec était inférieure à cette moyenne. La prévalence de l'obésité au niveau provincial et territorial suivait la même tendance, les provinces de l'Ouest ayant des taux plus faibles que la moyenne nationale.¹

Incidence

- En 2006-07, le nombre de nouveaux cas de diabète était de 211 168, soit 6,7 pour 1 000 individus âgés d'un an et plus (6,1 pour 1 000 filles/femmes et 7,3 pour 1 000 garçons/hommes).
- Le taux de nouveaux cas de diabète ajusté selon l'âge a augmenté de près de 9 % entre 2002-03 et 2006-07. L'augmentation de l'obésité et du dépistage du diabète contribuent vraisemblablement à l'accroissement du nombre de personnes diagnostiquées chaque année.¹
- La prévalence ajustée selon l'âge augmente à un rythme trois fois plus rapide que l'incidence ajustée selon l'âge, ce qui indique une amélioration de la survie des personnes diabétiques. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les hommes et les femmes âgés de 40 à 69 ans.

Taux de mortalité²

- Parmi les adultes âgés de 20 ans et plus, les taux de mortalité chez les diabétiques étaient deux fois plus élevés que chez les non-diabétiques.
- Le diabète réduit l'espérance de vie des personnes de tous les âges. Par exemple, la réduction était en moyenne d'environ 9 ans chez les femmes de 20 à 39 ans atteintes du diabète, et d'environ 8 ans chez les hommes diabétiques du même groupe d'âge.

Utilisation des services de santé²

- Les adultes diabétiques de 20 à 49 ans ont consulté presque 2 fois plus souvent un médecin de famille, et 3 à 4 fois plus souvent un spécialiste, que les individus non diabétiques du même groupe d'âge.
- La durée des séjours à l'hôpital était plus longue chez les adultes atteints du diabète que chez ceux qui n'étaient pas atteints de la maladie. Le nombre de jours d'hospitalisation était en effet 5 à 6 fois plus élevé chez les adultes âgés de 20 à 29 ans atteints de diabète, et presque 5 fois plus élevé chez les adultes âgés de 35 à 49 ans atteints de diabète, comparativement aux adultes non diabétiques du même âge.
- Les enfants et les adolescents atteints du diabète ont consulté environ 5 fois plus souvent un spécialiste que les enfants et adolescents non diabétiques.
- Le nombre de jours d'hospitalisation chez les enfants et les adolescents atteints du diabète était environ 11 fois plus élevé que chez les enfants et adolescents non diabétiques.

Diabète et autres problèmes de santé

- Soixante-trois pour cent (63 %) des adultes atteints de diabète³ (1,3 million) avaient également reçu un diagnostic d'hypertension, soit 3 fois plus souvent que les adultes non diabétiques.
- Comparativement aux adultes non diabétiques, les adultes atteints de diabète⁴ ont présenté plus souvent, au cours d'une hospitalisation, d'autres problèmes de santé ayant fait l'objet d'un diagnostic ou d'un traitement, et ce :
 - environ 3 fois plus souvent pour une cardiopathie ischémique (incluant les crises cardiaques);
 - presque 4 fois plus souvent pour une insuffisance cardiaque;
 - environ 6 fois plus souvent pour une maladie rénale chronique;
 - presque 3 fois plus souvent pour un accident vasculaire cérébral (AVC);
 - presque 19 fois plus souvent pour l'amputation d'un membre inférieur.

Population des Premières nations de la Colombie-Britannique⁵

- La prévalence du diabète ajustée selon l'âge était de 6,7 % chez les membres des Premières nations âgés d'un an et plus, soit un taux environ 40 % plus élevé que celui observé chez les autres résidents de la Colombie-Britannique.
- Entre 2002-03 et 2006-07, la prévalence du diabète ajustée selon l'âge a augmenté d'environ 15,5 % chez les hommes et les femmes des Premières nations.

Introduction

Le diabète

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire ou d'utiliser l'insuline. Or, l'organisme a besoin de l'insuline pour transformer le glucose en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications et le décès prématuré. Cependant, les personnes atteintes de diabète peuvent prendre des mesures pour contrôler la maladie et ainsi réduire les risques de complications.

- **Le diabète de type 1** apparaît lorsque les cellules bêta du pancréas sont détruites par le système immunitaire et cessent de produire de l'insuline. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont absolument besoin d'un apport extérieur régulier d'insuline pour remplacer l'absence de sécrétion par le pancréas. Le diabète de type 1 se manifeste habituellement au cours de l'enfance ou de l'adolescence et on ne connaît à ce jour aucun moyen de le prévenir.
- **Le diabète de type 2** se développe quand l'organisme ne peut produire suffisamment d'insuline ou lorsqu'il est incapable de bien utiliser celle qu'il produit. Bien que ce type de diabète affecte généralement les personnes âgées de plus de 40 ans, on commence aussi à l'observer chez les jeunes adultes, les enfants et les adolescents.
- **Le diabète gestationnel** est une forme de diabète qui se manifeste chez les femmes pendant la grossesse et qui disparaît généralement après l'accouchement. Ce type de diabète survient dans environ 4 % de toutes les grossesses et il accroît le risque de développer le diabète de type 2.

Il est possible de réduire le risque de développer le diabète de type 2 en optant pour un mode de vie sain, notamment en mangeant sainement, en maintenant un poids santé et en faisant régulièrement de l'activité physique. Il est d'ailleurs reconnu qu'une perte de poids de 5 à 10 %, soit 4,5 à 9 kg environ (10 à 20 livres) chez une personne de 90 kg (200 livres), réduit significativement le risque de développer la maladie.

Le traitement de la maladie varie selon le type de diabète et peut comprendre la modification des habitudes de vie ou la prise de médicaments, dont l'insuline. L'activité physique régulière et le maintien d'un poids santé sont des facteurs importants pour un bon contrôle de la maladie. Pour réduire les risques de complications liées au diabète, il est nécessaire de contrôler à la fois la glycémie, la tension artérielle et les lipides sanguins. L'autogestion des soins de santé constitue également un élément essentiel de la prise en charge globale de la maladie. Un traitement efficace peut aider à prévenir ou à retarder bon nombre des problèmes de santé liés au diabète, comme les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, la cécité, la neuropathie (atteinte des nerfs), la crise cardiaque et l'accident vasculaire cérébral.

Système national de surveillance du diabète (SNSD)

- Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) est un réseau de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance du diabète soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada. Ce réseau a été créé pour élargir l'éventail des données disponibles au sujet du fardeau occasionné par le diabète au Canada afin que les gouvernements, les chercheurs, les professionnels de la santé et le grand public puissent prendre de meilleures décisions de santé publique ou personnelle. Le SNSD consulte régulièrement des groupes autochtones, des organisations non gouvernementales et des chercheurs pour améliorer et interpréter l'information du système.
- Le présent rapport rassemble les plus récentes données disponibles pour l'année financière 2006-07, ainsi que certaines données de tendance temporelle pour la période de 2000-01 à 2006-07. Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles aux fins du présent rapport et celles du Québec n'étaient pas disponibles pour certaines statistiques, tel qu'indiqué dans les sections concernées.
- Le système de surveillance rassemble les données sur les résidents du Canada qui ont utilisé les services de santé canadiens. Dans chaque province et territoire, la base de données du registre de l'assurance-maladie est jumelée au fichier de facturation des médecins ainsi qu'à celui des hospitalisations. On présupait ensuite qu'une personne avait reçu un diagnostic lorsqu'il y avait suffisamment de données d'utilisation des services, en lien avec le diabète, pour cette personne. Plus précisément, on considérait qu'une personne était diabétique si elle avait eu, à l'intérieur d'une période de deux ans, au moins une hospitalisation ou deux actes facturés par un médecin avec un code de diabète. La définition de cas du SNSD est conçue de manière à exclure les femmes atteintes de diabète gestationnel car ce type de diabète disparaît généralement après l'accouchement.
- L'utilisation des données administratives à des fins de surveillance, comme c'est le cas avec le SNSD, implique des compromis lorsqu'il s'agit de recenser les personnes atteintes d'une maladie donnée. Il faut en effet contrebalancer la possibilité de ne pas inclure dans le SNSD un individu qui a réellement été diagnostiqué (faux négatif), avec la possibilité d'identifier à tort un individu comme étant atteint de diabète alors qu'il ne l'est pas (faux positif). Des études de validation ont indiqué que la définition de cas utilisée par le SNSD permet de réduire au minimum à la fois le nombre de faux négatifs et le nombre de faux positifs afin de brosser un tableau relativement fiable du diabète au Canada. Par ailleurs, la base de données du SNSD ne peut inclure les personnes atteintes de diabète mais qui n'ont pas été diagnostiquées.
- Les diabètes de type 1 et de type 2 représentent respectivement environ 5 à 10 % et 90 à 95 % de la population totale atteinte de diabète.⁶ La base de données actuelle du SNSD ne permet toutefois pas de différencier le diabète de type 1 et le diabète de type 2 en raison des limites que présentent les données de facturation des médecins et les données du fichier des hospitalisations. On suppose donc que la base de données du SNSD reflète la même proportion de diabètes de type 1 et de type 2 que dans l'ensemble de la population.

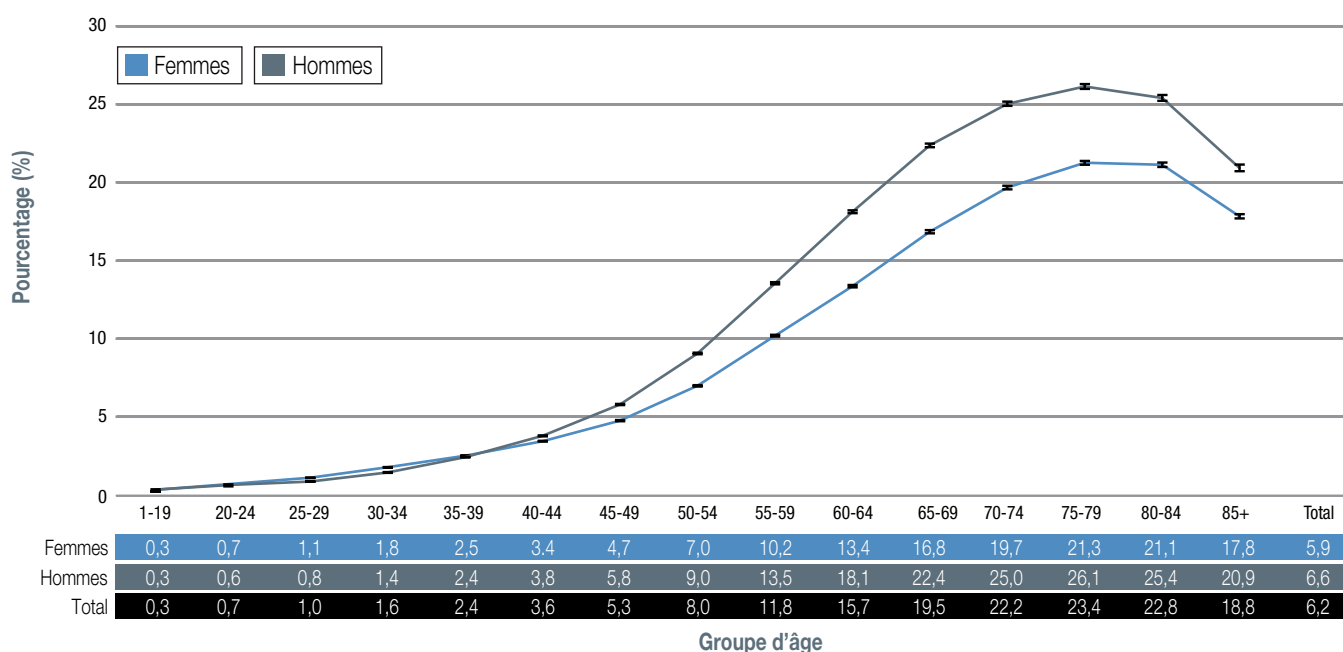
- Les modifications récentes apportées aux procédures de codification des données d'hospitalisation pourraient toutefois permettre d'améliorer le système à l'avenir. En effet, la dernière version du système de codification (CIM-10-CA) de la Classification internationale des maladies (CIM) utilisée par les hôpitaux pour saisir les données détaillées sur les hospitalisations prévoit des codes différents pour les diabètes de type 1 et de type 2. Ainsi, au fur et à mesure que les données des hôpitaux codifiées avec la CIM-10-CA s'accumuleront et seront validées, il sera éventuellement possible d'analyser et de rendre compte des taux associés aux hospitalisations selon le type de diabète. En outre, depuis 2006-07, les Normes nationales de codification de la CIM-10-CA et la CCI, 2009⁷ exigent que les provinces et les territoires incluent toute information relative aux patients diabétiques dans leurs données d'hospitalisation. Cette nouvelle pratique pourrait éventuellement permettre au SNSD d'identifier un plus grand nombre de personnes atteintes de diabète et de les repérer plus rapidement à partir des données d'hospitalisation. Un suivi sera effectué afin de déterminer l'effet de cette nouvelle exigence de codification sur l'ampleur des données recueillies par le système de surveillance.

Résultats – 2006-07

Personnes atteintes de diabète (prévalence)

- En 2006-07, après avoir ajusté les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge des populations des provinces et territoires, la prévalence ajustée du diabète a augmenté de 4 % par rapport à l'année précédente et de 21 %, de 2002-03 à 2006-07 ([Tableau 1](#) et [Figure 2](#)).
- Environ 2 millions de Canadiens et de Canadiennes d'un an et plus, ou environ 1 personne sur 16, étaient atteints de diabète (2 086 212 en tout, dont 993 805 filles/femmes et 1 092 407 garçons/hommes) ([Tableau 1](#)).
- La prévalence du diabète était de 6,2 % dans l'ensemble de la population canadienne (5,9 % des filles/femmes et 6,6 % des garçons/hommes) ([Tableaux 1](#) et [2](#)).
- Comme prévu, la prévalence du diabète était nettement plus faible chez les enfants et les adolescents (0,3 %) que chez les adultes (6,4 %). La prévalence augmentait avec l'âge parmi les adultes, passant de 2 % environ chez les individus dans la trentaine, à environ 23 % (ou 1 personne sur 5) chez les adultes de 75 à 79 ans ([Tableau 1](#), [Figures 1](#) et [3](#)).
- Après ajustement des données pour tenir compte des différences dans les structures d'âge des populations des provinces et territoires, la prévalence du diabète était plus élevée à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, et moins élevée dans l'Ouest (Alberta, Colombie-Britannique et Saskatchewan). Par ailleurs, alors que la prévalence du diabète en Ontario dépassait la moyenne nationale, celle du Québec était inférieure à cette moyenne. La prévalence de l'obésité suivait la même tendance, les provinces de l'Ouest ayant des taux plus faibles que la moyenne canadienne ([Figure 3](#)).¹

Figure 1. Taux de prévalence du diabète chez les individus âgés d'un an et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada,¹ 2006-07



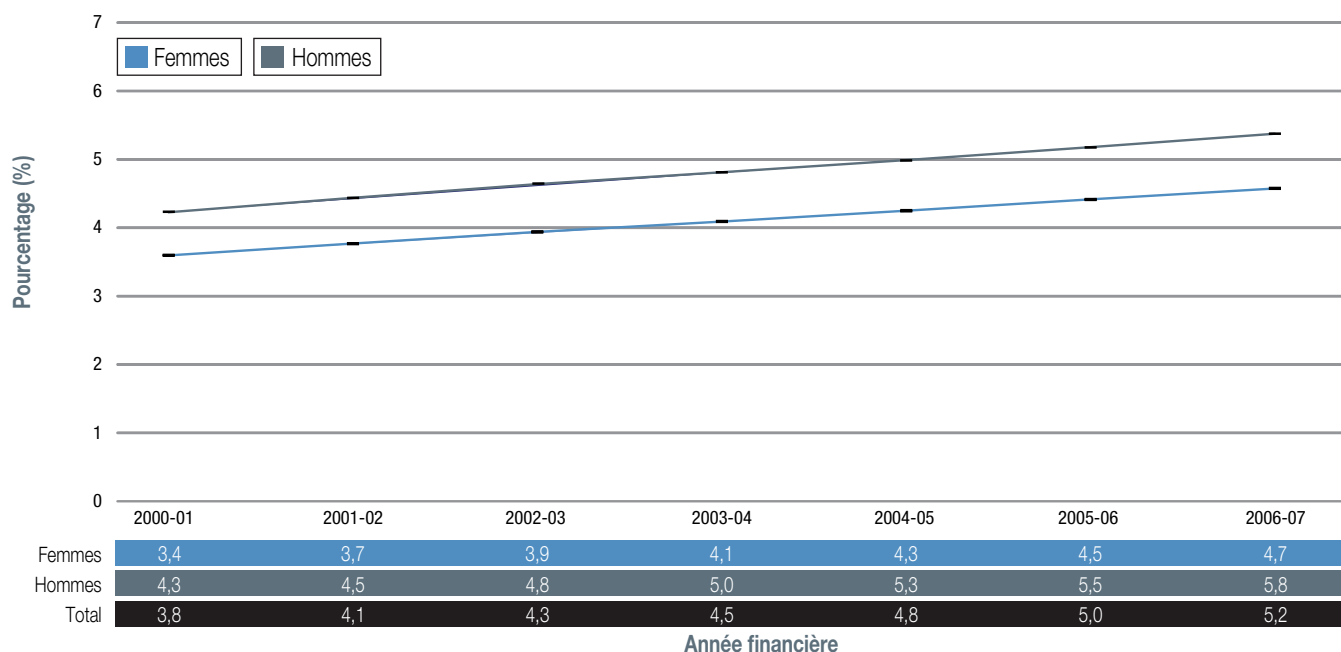
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.

Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009

Figure 2. Taux de prévalence ajustés selon l'âge¹ du diabète diagnostiqué chez les individus âgés d'un an et plus, selon le sexe, Canada,² 2000-01 à 2006-07

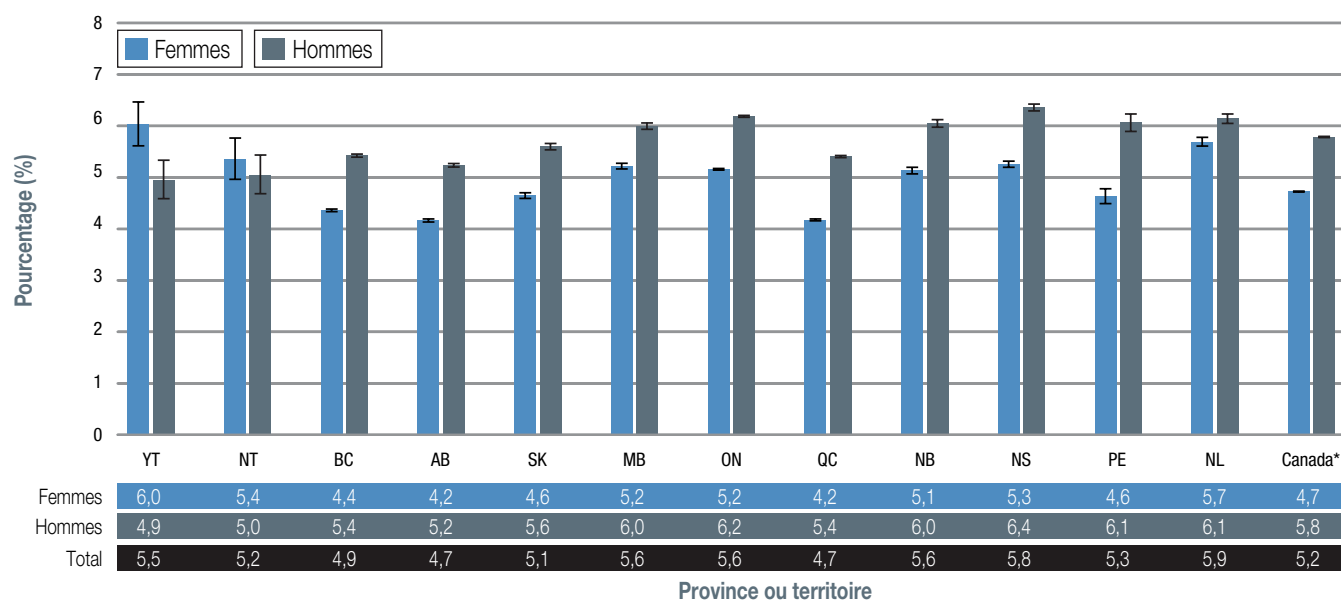


Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Nunavut. ² Chiffres arrondis à la centaine près.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.

Figure 3. Taux de prévalence ajusté selon l'âge¹ du diabète diagnostiqué chez les individus âgés d'un an et plus, selon le sexe, province et territoire, Canada,² 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.

YT : Yukon, NT : Territoires du Nord-Ouest, BC : Colombie-Britannique, AB : Alberta, SK : Saskatchewan, MB : Manitoba, ON : Ontario, QC : Québec, NB : Nouveau-Brunswick, NS : Nouvelle-Écosse, PE : Île-du-Prince-Édouard, NL : Terre-Neuve-et-Labrador

Tableau 1. Nombre de cas et taux (%) de prévalence et d'incidence du diabète, pour 1000 personnes, selon le groupe d'âge, l'année et le sexe, Canada, *
2002-03 et 2006-07

Diabète chez les adultes âgés de 20 ans et plus														
2002-03			2003-04			2004-05			2005-06			2006-07		
Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*
Prévalence brute - pourcentage, nombre de cas et population														
%	6,0	6,4	6,3	7,2	6,8	6,7	7,6	7,2	7,1	8,1	7,6	7,5	8,6	8,0
cas	734 932	1 540 001	790 679	866 603	1 657 282	850 277	931 602	1 781 879	914 258	1 001 914	1 916 172	982 241	1 079 754	2 061 995
pop	12 341 930	24 134 536	12 537 082	11 996 925	24 534 007	12 729 881	12 189 561	24 919 442	12 930 898	12 387 986	25 318 884	13 152 159	12 601 762	25 753 921
Incidence brute - taux pour 1 000 personnes, nombre de cas et population														
1,000	7,1	7,8	7,0	8,2	7,6	7,3	8,6	7,9	7,6	9,0	8,3	7,9	9,6	8,7
cas	83 403	177 636	82 188	91 790	173 978	87 667	97 284	184 951	92 419	108 224	195 643	96 713	111 191	207 904
pop	11 690 401	11 081 770	11 828 591	11 222 112	23 050 703	11 967 271	11 355 243	23 322 514	12 109 059	11 489 296	23 598 355	12 266 631	11 633 199	23 899 830
Diabète chez les filles et garçons de 1 à 19 ans														
2002-03			2003-04			2004-05			2005-06			2006-07		
Filles	Garçons	Total*	Filles	Garçons	Total*	Filles	Garçons	Total*	Filles	Garçons	Total*	Filles	Garçons	Total*
Prévalence brute - pourcentage, nombre de cas et population														
%	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
cas	9 954	10 873	10 470	11 385	21 855	10 887	11 798	22 685	11 216	12 233	23 449	11 564	12 663	24 217
pop	3 790 661	3 989 667	3 779 267	3 976 342	7 755 609	3 767 099	3 962 531	7 729 630	3 760 553	3 955 205	7 715 758	3 758 650	3 962 951	7 711 601
Incidence brute - taux pour 1 000 personnes, nombre de cas et population - Canada														
1,000	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
cas	1 543	1 639	1 593	1 650	3 243	1 518	1 621	3 139	1 521	1 690	3 211	1 582	1 682	3 264
pop	3 782 250	3 980 433	3 770 390	3 966 607	7 736 997	3 757 730	3 962 354	7 710 084	3 750 858	3 944 662	7 695 520	3 748 668	3 941 980	7 690 648
Diabète chez l'ensemble des individus âgés d'un an et plus														
2002-03			2003-04			2004-05			2005-06			2006-07		
Femmes	Hommes	Canada*	Femmes	Hommes	Canada*	Femmes	Hommes	Canada*	Femmes	Hommes	Canada*	Femmes	Hommes	Canada*
Prévalence brute - pourcentage pour 1 000 personnes, nombre de cas et population - Canada														
%	4,6	5,2	4,9	5,5	5,2	5,2	5,8	5,5	5,5	6,2	5,9	5,9	6,6	6,2
cas	744 886	815 942	801 149	877 988	1 679 137	861 164	943 400	1 804 564	925 474	1 014 147	1 939 621	993 805	1 092 407	2 086 212
pop	16 132 591	15 782 273	16 316 349	15 973 267	32 289 616	16 496 980	16 152 092	32 649 072	16 691 451	16 343 191	33 034 642	16 910 809	16 554 713	33 465 522
Incidence brute - taux pour 1 000 personnes, nombre de cas et population - Canada														
1,000	5,5	6,4	5,9	6,2	5,8	5,7	6,5	6,1	5,9	6,8	6,4	6,1	7,3	6,7
cas	84 946	95 872	83 781	93 440	177 221	89 185	98 905	188 090	93 940	104 914	198 854	98 295	112 873	211 168
pop	15 472 651	15 062 203	15 598 981	15 188 719	30 787 700	15 725 001	15 307 597	31 032 598	15 859 917	15 433 958	31 293 875	16 015 299	15 575 179	31 590 478

Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD, fournis par les provinces et les territoires, avril 2009
*Données non disponibles pour le Nunavut.

Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009

Tableau 2. Taux de prévalence et d'incidence et nombre de cas de diabète diagnostiqué selon le sexe et le groupe d'âge, Canada,* 2006-07

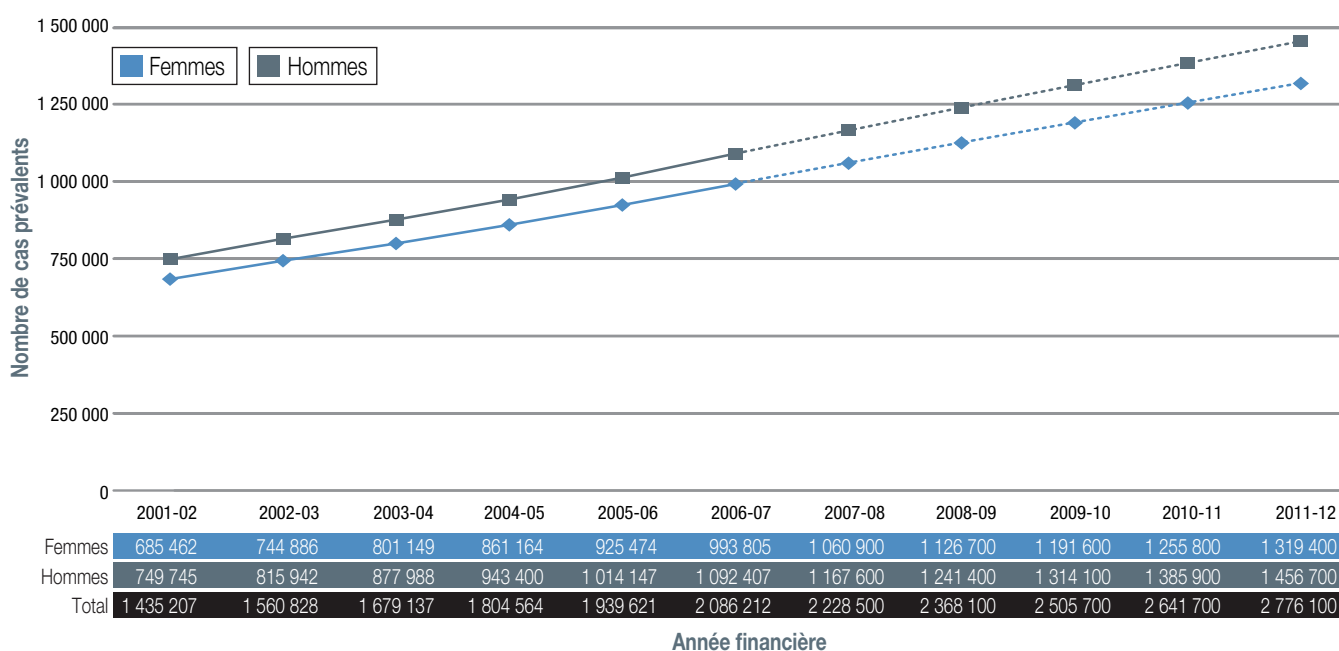
Groupe d'âge		Prévalence (%)			Incidence (pour mille)		
		Femmes	Hommes	Canada*	Femmes	Hommes	Canada*
1-19	Taux bruts	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
	Cas	11 564	12 653	24 217	1 582	1 682	3 264
	Population	3 758 650	3 952 951	7 711 601	3 748 668	3 941 980	7 690 648
20-24	Taux bruts	0,7	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7
	Cas	7 756	7 233	14 989	924	727	1 651
	Population	1 118 706	1 154 031	2 272 737	1 111 874	1 147 525	2 259 399
25-29	Taux bruts	1,1	0,8	1	1,4	1,1	1,3
	Cas	12 287	9 487	21 774	1 632	1 195	2 827
	Population	1 136 351	1 131 680	2 268 031	1 125 696	1 123 388	2 249 084
30-34	Taux bruts	1,7	1,4	1,6	2,4	2,2	2,3
	Cas	20 111	16 242	36 353	2 715	2 511	5 226
	Population	1 149 220	1 144 965	2 294 185	1 131 824	1 131 234	2 263 058
35-39	Taux bruts	2,5	2,4	2,4	3,2	3,8	3,5
	Cas	30 712	29 764	60 476	3 867	4 665	8 532
	Population	1 231 521	1 237 898	2 469 419	1 204 676	1 212 799	2 417 475
40-44	Taux bruts	3,4	3,8	3,6	4,4	5,8	5,1
	Cas	48 055	53 511	101 566	6 028	7 940	13 968
	Population	1 404 160	1 419 310	2 823 470	1 362 133	1 373 739	2 735 872
45-49	Taux bruts	4,7	5,8	5,3	6,2	8,5	7,3
	Cas	66 366	81 059	147 425	8 279	11 288	19 567
	Population	1 400 517	1 404 849	2 805 366	1 342 430	1 335 078	2 677 508
50-54	Taux bruts	7	9	8	9	12,3	10,6
	Cas	86 774	111 594	198 368	10 530	13 950	24 480
	Population	1 244 669	1 234 522	2 479 191	1 168 425	1 136 878	2 305 303
55-59	Taux bruts	10,2	13,5	11,8	12,6	17,2	14,8
	Cas	110 886	145 642	256 528	12 454	16 242	28 696
	Population	1 089 324	1 075 714	2 165 038	990 892	946 314	1 937 206
60-64	Taux bruts	13,4	18,1	15,7	15,3	21,4	18,2
	Cas	111 975	148 467	260 442	11 288	14 663	25 951
	Population	838 580	819 559	1 658 139	737 893	685 755	1 423 648
65-69	Taux bruts	16,8	22,4	19,5	18,8	25,7	22
	Cas	110 805	138 108	248 913	10 464	12 631	23 095
	Population	657 957	617 542	1 275 499	557 616	492 065	1 049 681
70-74	Taux bruts	19,7	25	22,2	20,1	26,2	22,9
	Cas	112 022	127 253	239 275	9 367	10 259	19 626
	Population	569 572	508 323	1 077 895	466 917	391 329	858 246
75-79	Taux bruts	21,3	26,1	23,4	20,1	24,9	22,1
	Cas	107 259	105 468	212 727	8 138	7 614	15 752
	Population	504 721	403 535	908 256	405 600	305 681	711 281
80-84	Taux bruts	21,1	25,4	22,8	18,6	23,6	20,5
	Cas	85 792	66 850	152 642	6 076	4 741	10 817
	Population	406 117	263 105	669 222	326 401	200 996	527 397
85+	Taux bruts	17,8	20,9	18,8	14,8	18,4	15,9
	Cas	71 441	39 076	110 517	4 951	2 765	7 716
	Population	400 744	186 729	587 473	334 254	150 418	484 672
Canada	Taux bruts	5,9	6,6	6,2	6,1	7,2	6,7
	Cas	993 805	1 092 407	2 086 212	98 295	112 873	211 168
	Population	16 910 809	16 554 713	33 465 522	16 015 299	15 575 179	31 590 478

Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009
*Données non disponibles pour le Nunavut.

Projections de la prévalence⁸

- D'ici 2012, on prévoit que le nombre de Canadiens et de Canadiennes âgés d'un an et plus atteints de diabète sera d'environ 2,8 millions, soit une augmentation annuelle moyenne de 6 % et une augmentation de 25 % par rapport à 2007 (Figure 4).
- D'ici 2012, plus du tiers des personnes atteintes de diabète (38 %) seront âgées de 55 à 69 ans, et ce en raison du risque accru de développer la maladie après 40 ans (Figures 5 et 6). Ce risque augmentera avec l'arrivée de la génération du baby boom dans les groupes d'âge plus avancé et l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans ces groupes d'âge.¹
- D'ici 2012, près de 28 000 enfants et adolescents seront atteints de diabète de type 1 ou de type 2, ce qui représente une augmentation globale d'environ 10 % par rapport à 2007 (Figures 5 et 6).

Figure 4. Nombre de cas de diabète observés et projetés chez les individus âgés d'un an et plus, selon le sexe, Canada¹ - Observés : 2001-02 à 2006-07, Projetés : 2007-08 à 2011-12²

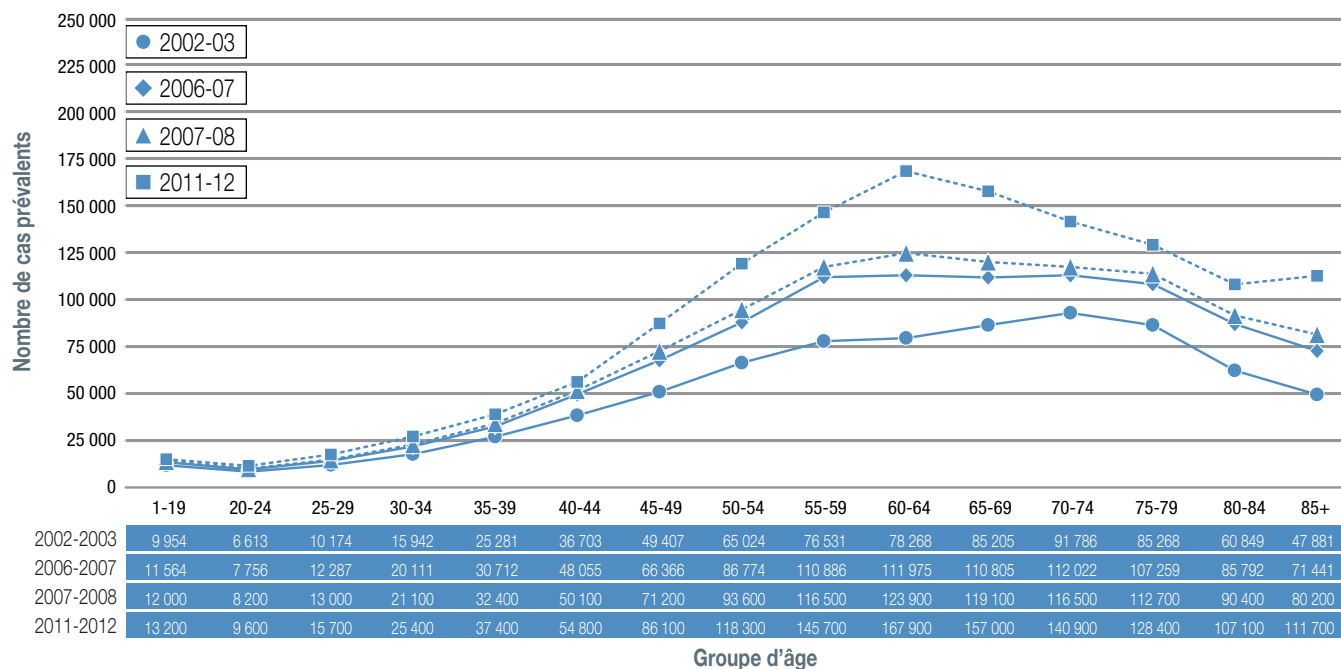


Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Nunavut. ² Chiffres arrondis à la centaine près.

Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009

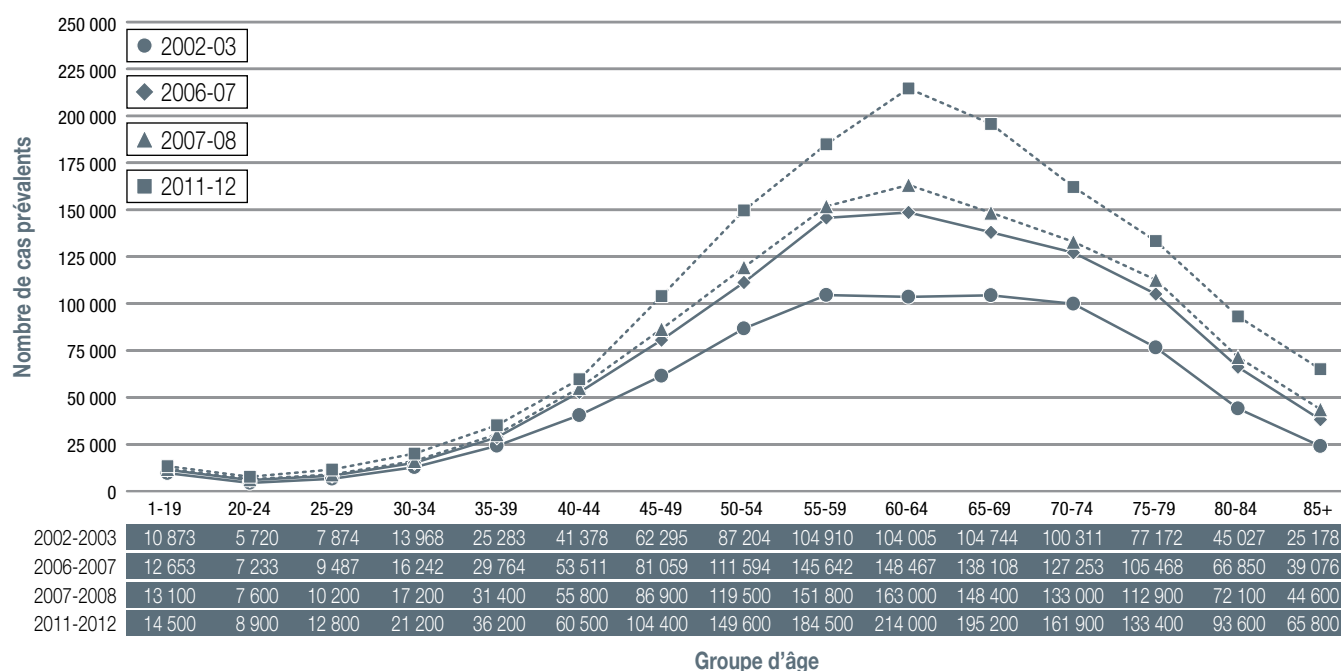
Figure 5. Nombre de cas de diabète observés et projetés chez les filles et les femmes âgées d'un an et plus, selon le groupe d'âge, Canada¹ - Observés : 2002-03, 2006-07, Projectés : 2007-08, 2011-12²



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Nunavut. ² Chiffres arrondis à la centaine près.

Figure 6. Nombre de cas de diabète observés et projetés chez les garçons et les hommes âgés d'un an et plus, selon le groupe d'âge, Canada¹ - Observés : 2002-03, 2006-07, Projectés : 2007-08, 2011-12²



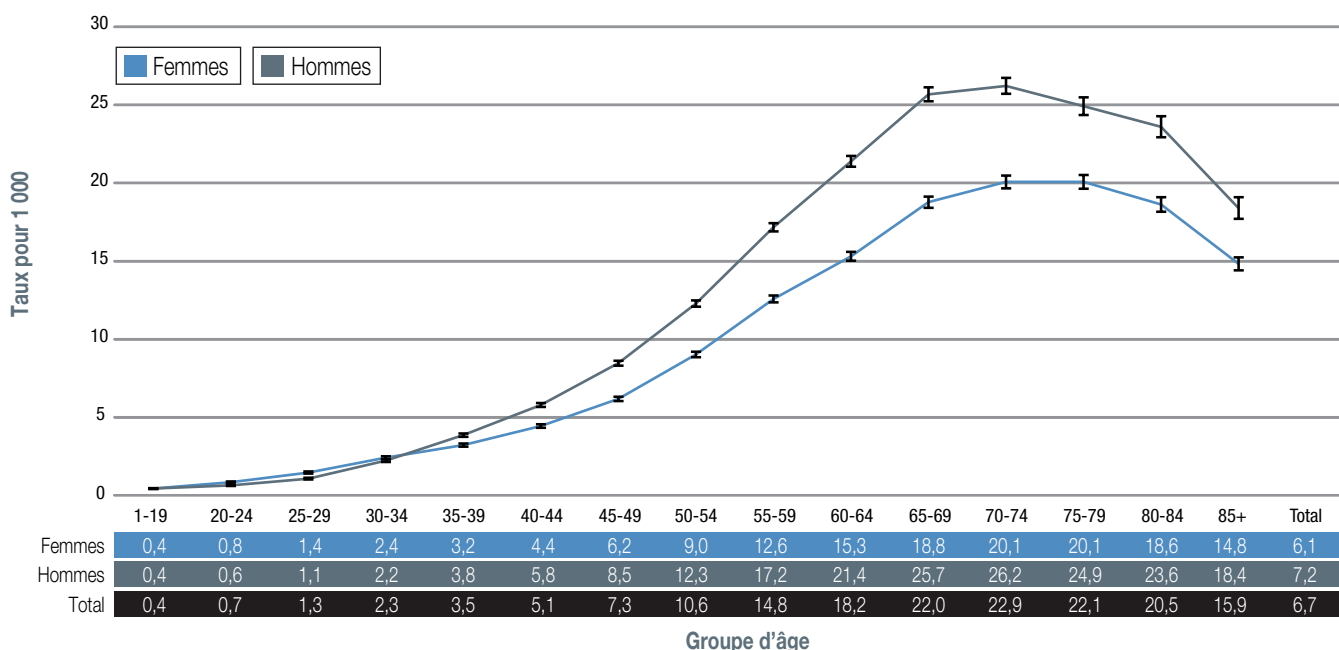
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Nunavut. ² Chiffres arrondis à la centaine près.

Nouveaux cas de diabète (incidence)

- En 2006-07, le nombre de nouveaux cas de diabète atteignait 211 168 parmi les personnes âgées d'un an et plus, soit un taux d'incidence de 6,7 pour 1 000 individus (6,1 pour 1 000 filles/femmes et 7,3 pour 1 000 garçons/hommes) (Tableaux 1, 2 et Figure 7).
- Les taux d'incidence du diabète étaient nettement plus faibles chez les enfants et les adolescents (0,4 pour 1 000) que chez les adultes (8,7 pour 1 000). Ces taux grimpaient en flèche après 45 ans, pour atteindre un sommet chez les hommes et les femmes âgées de 70 à 74 ans.
- Les taux d'incidence (0,4 pour 1 000) du diabète de type 1 et de type 2 chez les enfants et les adolescents sont demeurés stables entre 2004-05 et 2006-07, alors que le nombre de nouveaux cas passait de 3 140 à 3 260 au cours de la même période (Tableau 1).
- Alors que les taux d'incidence du diabète étaient plus élevés chez les femmes en âge de procréer que chez les hommes du même âge, les taux étaient nettement plus élevés chez les hommes à partir de 40 ans.
- Le taux d'incidence du diabète ajusté selon l'âge a augmenté de près de 9 % entre 2002-03 et 2006-07 (Figure 8). L'augmentation de l'obésité et du dépistage du diabète contribuent vraisemblablement à l'accroissement du taux d'incidence.¹ Par ailleurs, la croissance de l'incidence explique une partie de la hausse de la prévalence mais elle n'est pas le seul facteur. En effet, la prévalence ajustée selon l'âge augmente à un rythme 3 fois plus rapide que le taux d'incidence ajusté selon l'âge, indiquant une amélioration de la survie des personnes atteintes de diabète.

Figure 7. Taux d'incidence du diabète diagnostiqué chez les individus âgés d'un an et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada,¹ 2006-07



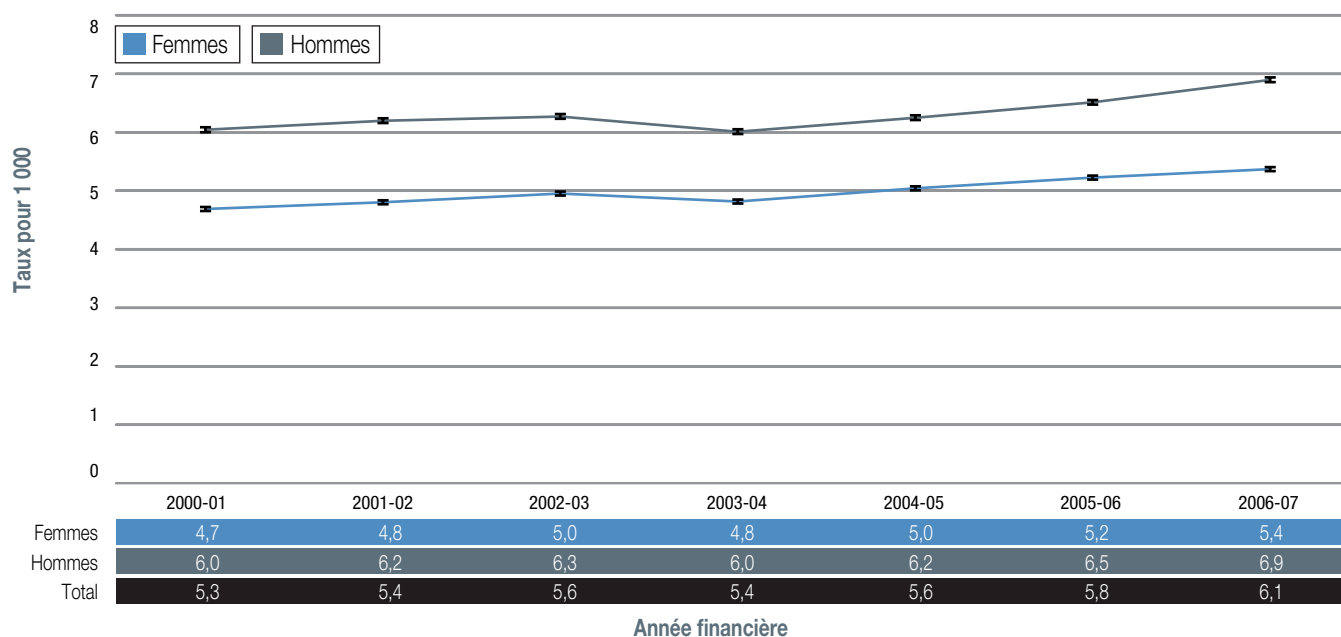
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux d'incidence réel 19 fois sur 20.

- Chez les femmes de 30 à 69 ans et les hommes de 40 à 69 ans, les taux d'incidence du diabète dépassaient les taux de mortalité (toutes causes confondues) des individus diabétiques (Figures 7 et 9). Si cette tendance se maintient, la prévalence du diabète continuera d'augmenter.

Figure 8. Taux d'incidence ajustés selon l'âge¹ du diabète diagnostiqué chez les individus âgés d'un an et plus, selon le sexe, Canada,² 2000-01 à 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

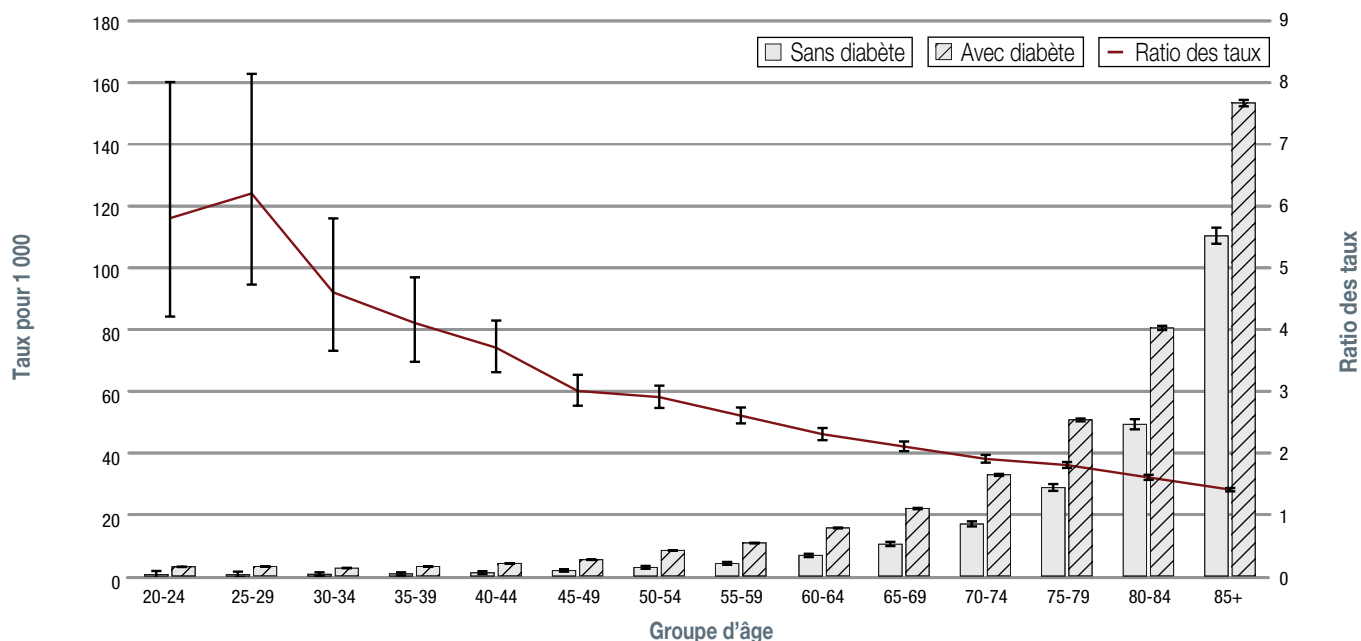
¹ Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. ² Données non disponibles pour le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux d'incidence réel 19 fois sur 20.

Taux de mortalité²

- Globalement, les taux de mortalité étaient deux fois plus élevés chez les personnes atteintes de diabète que chez celles qui ne l'étaient pas.
- Les différences dans les taux de mortalité des personnes atteintes ou non de diabète étaient plus élevées parmi les groupes d'âge les plus jeunes. Les taux de mortalité étaient quatre à six fois plus élevés chez les adultes de 20 à 44 ans atteints de diabète que chez les individus non diabétiques du même âge. Chez les adultes de 45 à 79 ans, les taux étaient deux à trois fois plus élevés chez les individus atteints de diabète (Figure 9).
- Le diabète réduit significativement l'espérance de vie à tous les âges. Dans le groupe d'âge des 20 à 39 ans, les femmes atteintes du diabète avaient en moyenne une espérance de vie réduite d'environ 9 ans, tandis que les hommes diabétiques voyaient leur espérance de vie réduite d'environ 8 ans (Figure 10).
- Dans le groupe d'âge des 1 à 19 ans, l'espérance de vie était réduite de 10 ans à la fois chez les filles et les garçons atteints du diabète (Figure 10). Ce résultat pourrait même être une sous-estimation, car des études réalisées aux États-Unis ont montré que le diabète de type 1 était associé à une réduction de l'espérance de vie d'environ 15 ans.⁹

Figure 9. Taux de décès toutes causes confondues et ratios de taux chez les hommes et les femmes atteints de diabète âgés de 20 ans et plus et chez les hommes et les femmes non atteints de diabète, Canada,¹ 2006-07

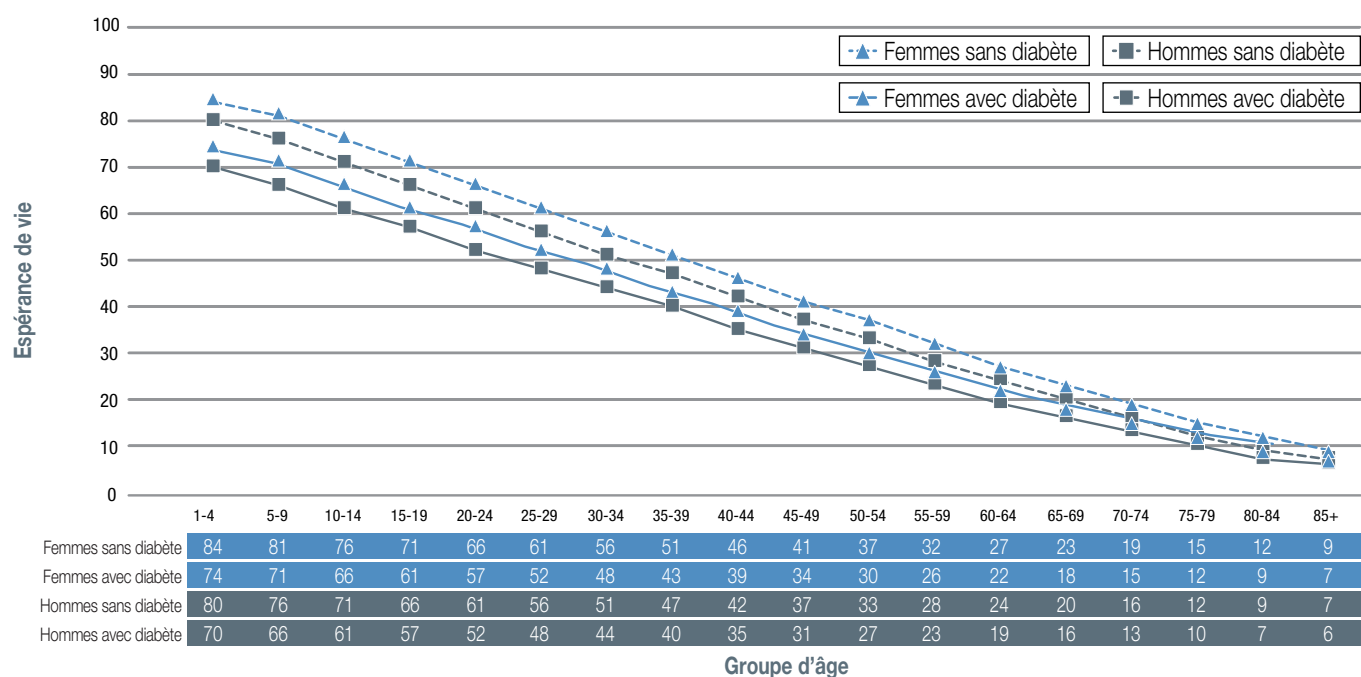


Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD, fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Québec et le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite la plage de valeurs susceptible d'inclure le ratio de décès réel 19 fois sur 20.

Figure 10. Espérance de vie chez les individus avec et sans diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada,¹ 2004-05 à 2006-07



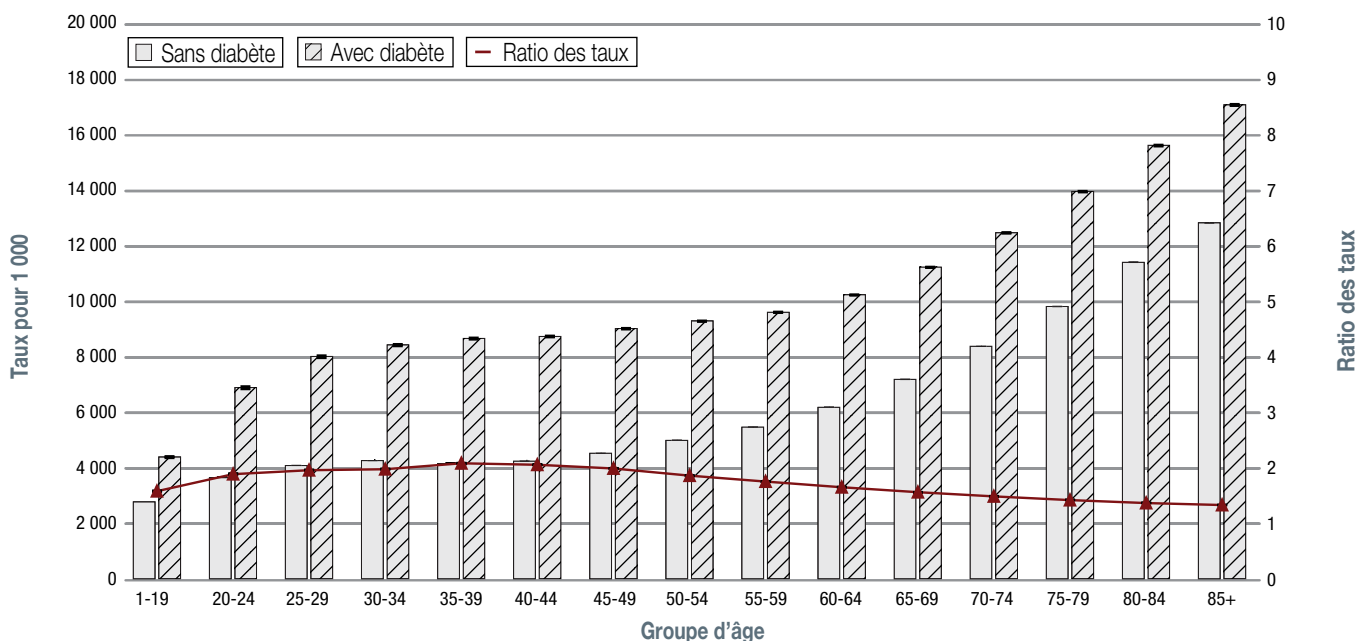
Source : Agence de la fonction publique du Canada, fichiers de données SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Québec et le Nunavut.

Utilisation des services de santé²

- Comparativement aux individus qui n'ont pas le diabète, les jeunes adultes (20 à 49 ans) atteints de la maladie ont consulté presque deux fois plus souvent un médecin de famille (Figure 11) et trois à quatre fois plus souvent un spécialiste (Figure 12). Même chez les groupes les plus âgés, les individus atteints du diabète ont consulté un médecin ou un spécialiste environ une fois et demi plus souvent que les individus ne souffrant pas de diabète.
- Les adultes atteints de diabète ont passé plus de jours à l'hôpital que les adultes non diabétiques. Chez les adultes diabétiques âgés de 20 à 29 et de 35 à 49 ans, les durées d'hospitalisation étaient respectivement cinq à six fois plus élevées et presque cinq fois plus élevées que les durées d'hospitalisation des adultes non diabétiques. Chez les adultes de plus de 50 ans, la durée d'hospitalisation était deux à quatre fois plus élevée que celle des adultes non diabétiques (Figure 13).
- Les enfants et les adolescents atteints du diabète ont consulté 1,6 fois plus souvent un médecin de famille (Figure 11) et environ cinq fois plus souvent un spécialiste (Figure 12) que les enfants et adolescents non diabétiques.
- Le nombre de jours d'hospitalisation chez les enfants et les adolescents atteints du diabète était 11 fois plus élevé que chez les enfants et les adolescents non diabétiques (Figure 13).

Figure 11. Ratio des taux des consultations auprès des médecins de famille chez les individus âgés d'un an et plus atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge, Canada,¹ 2006-07

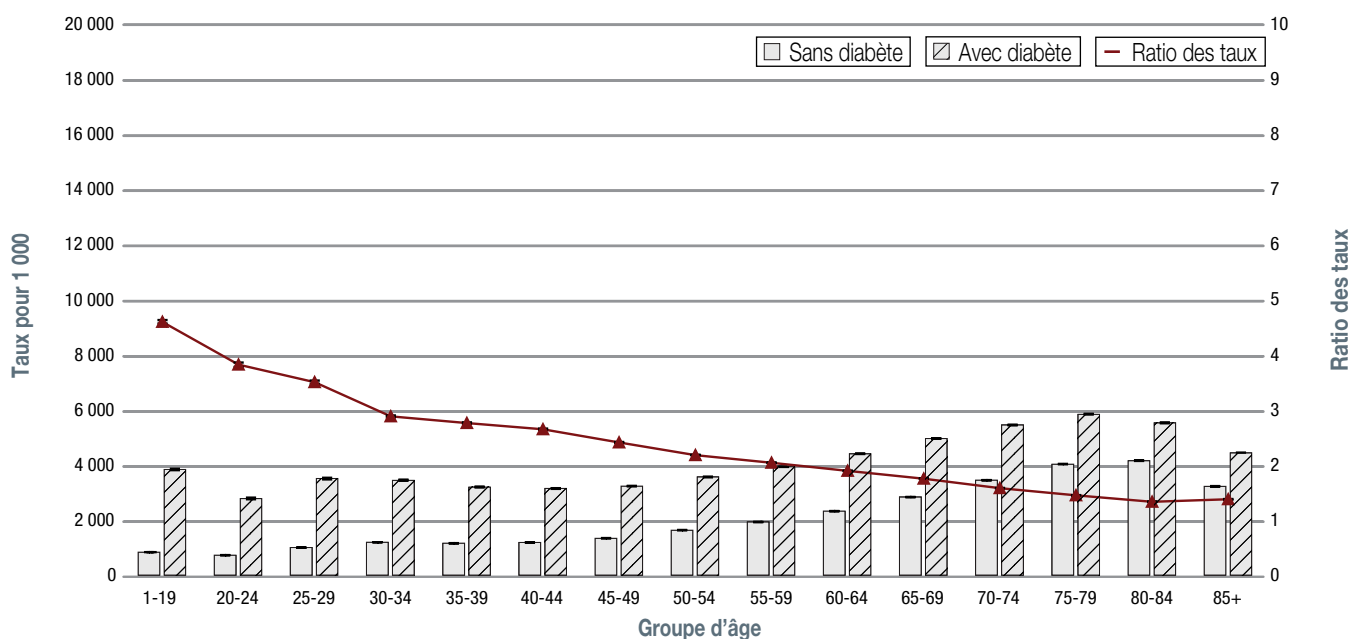


Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Québec et le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le ratio de taux réel 19 fois sur 20.

Figure 12. Ratio de taux des consultations auprès de spécialistes chez les individus âgés d'un an et plus, atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge, Canada,¹ 2006-07

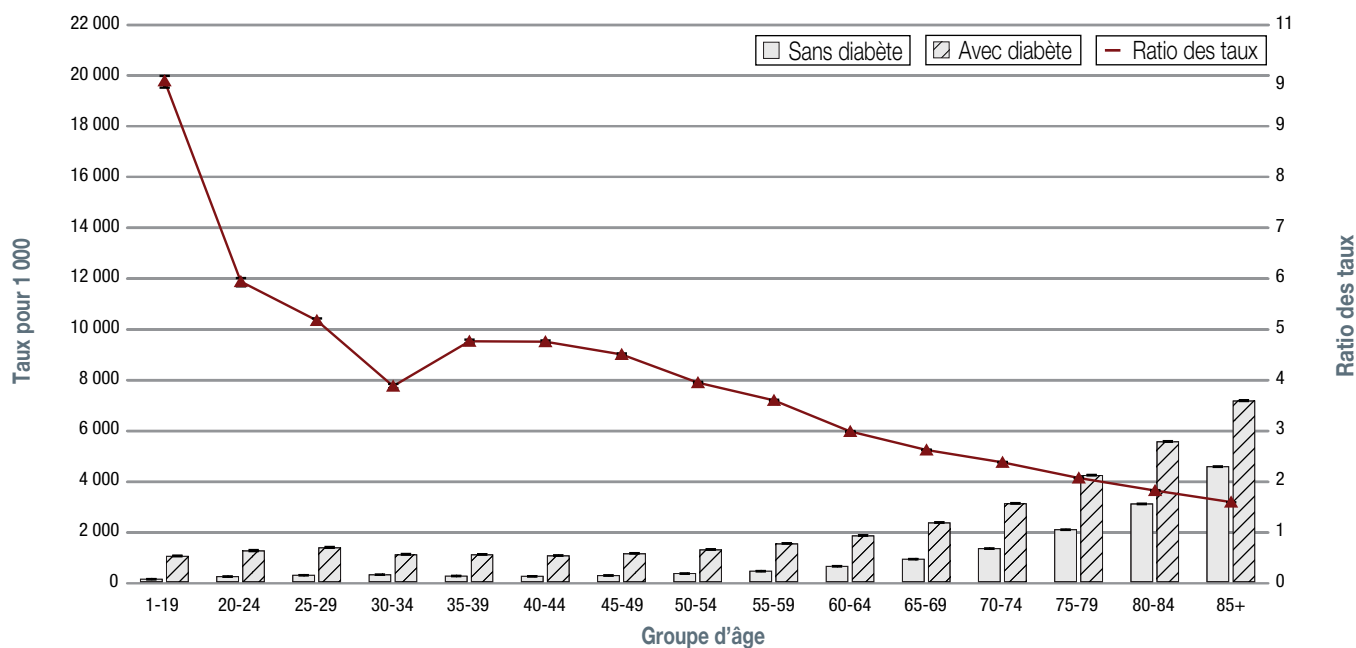


Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Québec et le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le ratio de taux réel 19 fois sur 20.

Figure 13. Ratio des taux d'hospitalisation chez les individus âgés d'un an et plus, atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge, Canada,¹ 2006-07



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹ Données non disponibles pour le Québec et le Nunavut.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le ratio de taux réel 19 fois sur 20.

Autres problèmes de santé

Les personnes atteintes de diabète développent souvent d'autres problèmes de santé associés au diabète. Le SNSD effectue actuellement le suivi de sept complications liées au diabète : hypertension, cardiopathie ischémique, crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde), insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique, accident vasculaire cérébral et amputation d'un membre inférieur. À l'exception de l'hypertension, toutes ces maladies sont suivies à partir des données sur les hospitalisations.

Puisque les personnes diabétiques ne sont pas toujours hospitalisées pour ces problèmes de santé, la mesure obtenue à partir des données d'hospitalisation est vraisemblablement une sous-estimation de la fréquence de ces complications. Le SNSD a donc produit des données sur l'hypertension et compte le faire pour d'autres problèmes de santé à l'aide des données de facturation des médecins et des données sur les hospitalisations, en suivant la même méthode que celle utilisée pour la surveillance du diabète.

La définition de cas utilisée pour l'hypertension était la suivante : une ou plusieurs hospitalisations ou au moins deux demandes de remboursement de médecin pour l'hypertension à l'intérieur d'une période de deux ans.

- L'hypertension a été diagnostiquée trois fois plus souvent chez les adultes³ atteints de diabète que chez les adultes non diabétiques. Le nombre d'adultes diabétiques également atteints d'hypertension était de 1 307 188, ce qui représente une proportion de 63 %.
- Comparativement aux adultes non diabétiques, les adultes⁴ atteints de diabète ont présenté plus souvent, au cours d'une hospitalisation, d'autres problèmes de santé ayant fait l'objet d'un diagnostic ou d'un traitement (**Tableau 3**), et ce :
 - environ 3 fois plus souvent pour une cardiopathie ischémique (93 691 adultes) et une crise cardiaque (sous-catégorie de la cardiopathie ischémique [26 895 adultes]);
 - presque 4 fois plus souvent pour une insuffisance cardiaque (49 665 adultes);
 - environ 6 fois plus souvent pour une maladie rénale chronique (40 341 adultes);
 - presque 3 fois plus souvent pour un accident vasculaires cérébral (23 912 adultes);
 - presque 19 fois plus souvent pour l'amputation d'un membre inférieur (3 001 adultes).

Tableau 3. Ratios des taux¹ d'hospitalisations avec inscription d'un autres problème de santé,² comparant les adultes avec diabète et ceux qui ne le ont pas; nombre d'adultes avec diabète hospitalisés avec un autre problème de santé et proportion parmi les adultes avec diabète (de la plus élevée et la plus faible), Canada,³ 2006-07

Autres problèmes de santé	Ratios des taux	Adultes avec diabète hospitalisés avec d'autres problèmes de santé	Proportion (%) de tous les adultes avec diabète
Cardiopathie ischémique	3,5	93 691	4,5
- Crise cardiaque ⁴ (infarctus aigu du myocarde)	3,3	26 895	1,3
Insuffisance cardiaque	3,9	49 665	2,4
Maladie rénale chronique	6,5	40 341	2,0
Accident vasculaire cérébral	2,7	23 912	1,2
Amputation d'un membre inférieur	18,6	3 001	0,2
Individus avec diabète		2 061 995	100,0

Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires, avril 2009

¹Données : ratios des taux ajustés selon l'âge. Les données du Québec n'étaient pas disponibles pour les statistiques sur les ratios des taux, mais ont été incluses dans le nombre d'adultes avec diabète qui avaient d'autres problèmes de santé. ²Les autres de problèmes de santé étaient les suivants : cardiopathie ischémique, crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde), insuffisance cardiaque (infarctus du myocarde), maladie rénale chronique, accident vasculaire cérébral et amputations des membres inférieurs. Une personne avec diabète hospitalisée avec plus d'un problème de santé était comptée une fois dans chacune des catégories. ³Données non disponibles pour le Nunavut. ⁴Lorsque plus d'une hospitalisation est saisie dans la catégorie de la crise cardiaque, une personne avec diabète n'est comptée qu'une fois dans la catégorie générale de la cardiopathie ischémique.

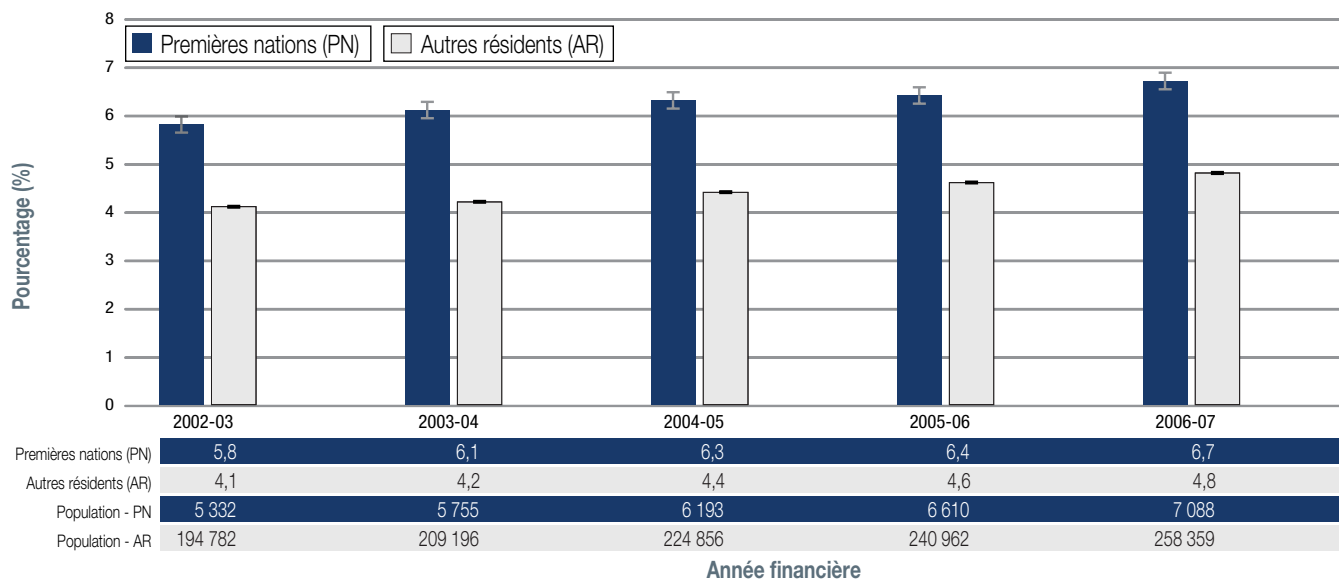
Le diabète chez les membres des Premières nations de la Colombie-Britannique

Le SNSD a tenu à favoriser et à faciliter la collaboration entre les Autochtones et les provinces et les territoires de façon à ce qu'ensemble, nous puissions mieux comprendre et suivre les données sur l'ampleur du diabète dans ces collectivités. L'expérience de la Colombie-Britannique est un exemple réussi de cette approche. Un partenariat a été formé entre le ministère de la Santé de la province, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), Santé Canada et le First Nations Leadership Council. Ainsi, les données de près de 168 000 membres des Premières nations résidant en Colombie-Britannique et incluses soit dans le fichier de vérification d'état (SVF) ou dans le fichier d'admissibilité du Medical Services Plan de la Colombie-Britannique, ont été analysées. Les résultats ont été présentés dans le rapport annuel Provincial Health Officer's Annual Report 2007.¹⁰ Ce groupe des Premières nations représentait environ 4 % de l'ensemble de la population de la Colombie-Britannique.

Prévalence du diabète⁵

- La prévalence du diabète ajustée selon l'âge était de 6,7 % chez les Premières nations, comparativement à 4,8 % chez les autres résidents de la Colombie-Britannique (Figure 14). Comme l'indiquait un rapport antérieur,¹¹ le taux de prévalence chez les membres des Premières nations demeure environ 40 % plus élevé que chez les autres résidents.
- Entre 2002-03 et 2006-07, la prévalence du diabète ajustée selon l'âge a augmenté d'environ 15,5 % chez les hommes et les femmes des Premières nations (Figure 14).
- Les membres des Premières nations sont atteints du diabète à un plus jeune âge. De plus, à partir de 30 à 39 ans, et ce dans tous les groupes d'âge, le taux de diabète était plus élevé que celui des autres résidents de la Colombie-Britannique (Figure 15).

Figure 14. Taux de prévalence ajustés selon l'âge¹ du diabète diagnostiqué² chez les membres des Premières nations³ âgés d'un an et plus, et les autres résidents, Colombie-Britannique, 2002-03 à 2006-07



Source : Population Health Surveillance and Epidemiology, Ministère de la Vie saine et du Sport, 2008. Pathways to Health and Healing-2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia URL: <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/annual.html>

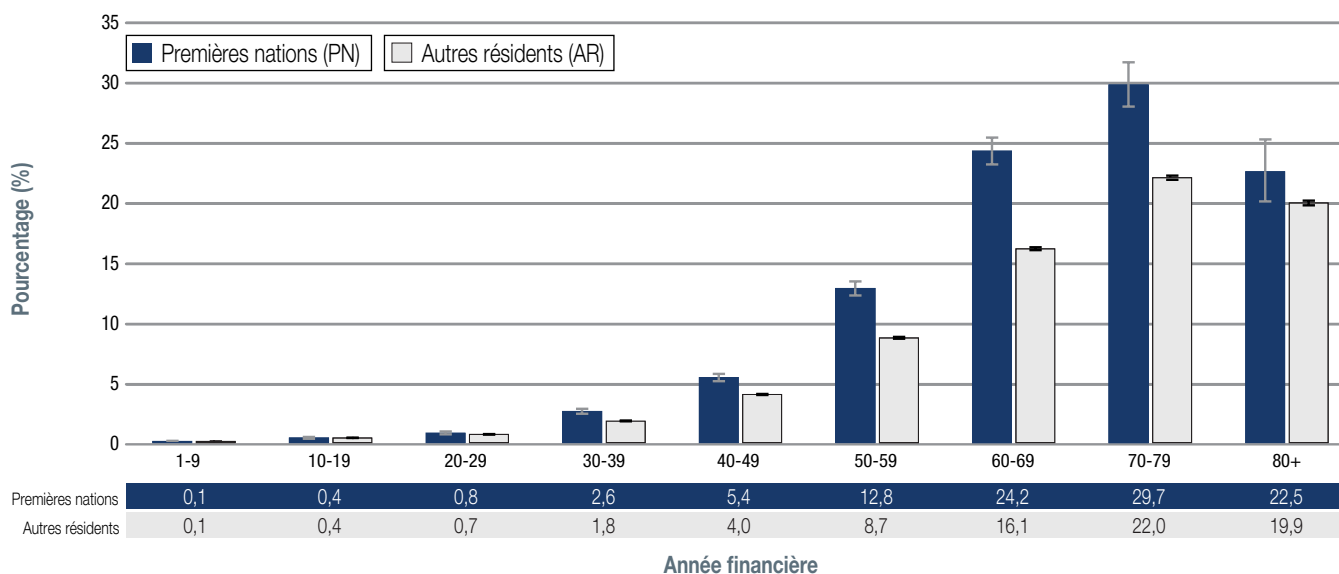
Note : Les totaux incluent les individus dont le sexe n'est pas connu.

¹ Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. ² Consulter le rapport sur les méthodes du SNSD pour en savoir plus sur la modification de la définition de cas utilisée en Colombie-Britannique aux fins de l'étude. ³ 167 782 membres des Premières nations vivant en Colombie-Britannique et inclus dans le Système de vérification du statut à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. † L'intervalle de confiance à 95% délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux réel 19 fois sur 20.

Le taux de prévalence chez les membres des Premières nations âgés de 60 à 69 ans était même plus élevé que les taux des autres résidents de la Colombie-Britannique âgés de 70 à 79 ans et de 80 ans et plus.

- La prévalence chez les femmes des Premières nations était plus élevée que chez les hommes. Ce résultat est l'inverse de ce que l'on observe chez les autres résidents de la Colombie-Britannique où le taux de prévalence était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Figure 16). Il est possible qu'une partie de cet écart puisse s'expliquer par le fait que les hommes atteints de diabète auraient moins de chances d'être diagnostiqués que les femmes. En effet, la prévalence plus élevée de problèmes cardiovasculaires (cardiopathie ischémique et accident vasculaire cérébral) chez les hommes favoriserait la fréquence plus élevée de codes de diagnostics reliés à ces maladies, au détriment des codes relatifs au diabète, dans les fichiers utilisés pour la surveillance.
- La prévalence du diabète était beaucoup plus élevée chez les femmes des Premières nations de la Colombie-Britannique que chez les autres femmes de la province et cet écart était beaucoup plus marqué que celui observé entre les hommes des Premières nations et les hommes du reste de la province.

Figure 15. Taux de prévalence du diabète diagnostiqué¹ chez les individus des Premières nations² âgés d'un an et plus, et chez les autres résidents, Colombie-Britannique, 2006-07



Source : Population Health Surveillance and Epidemiology, Ministère de la Vie saine et du Sport, 2008. Pathways to Health and Healing-2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia URL: <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/annual.html>

Note : Les totaux incluent les personnes dont le sexe n'est pas connu.

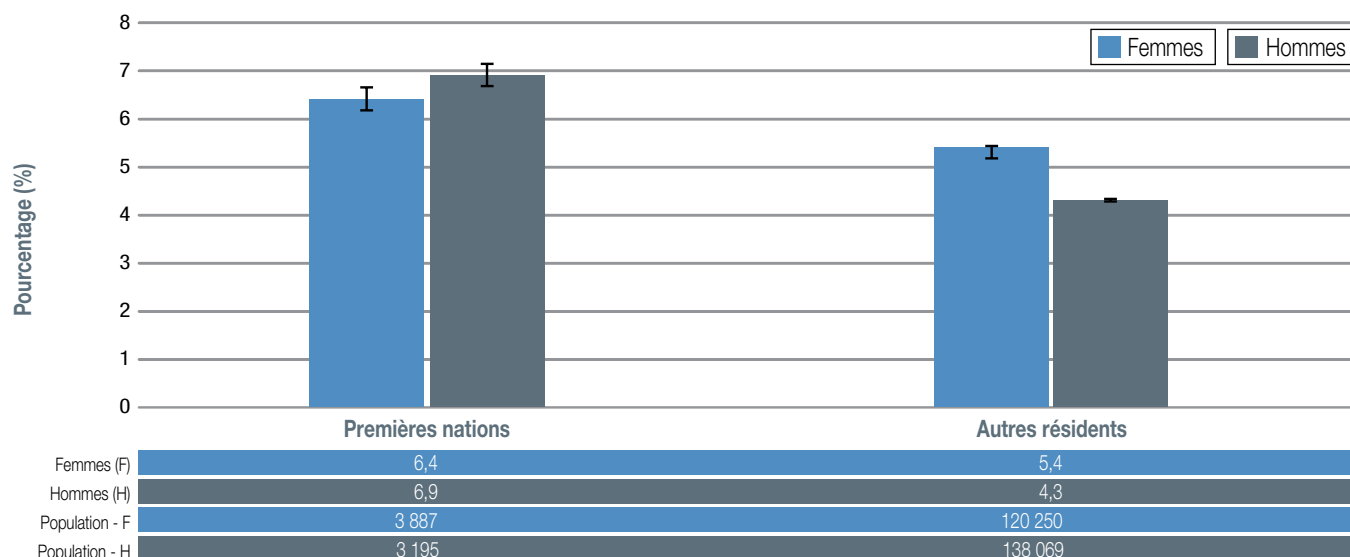
¹ Consulter le rapport sur les méthodes du SNSD pour en savoir plus sur la modification de la définition de cas utilisée en Colombie-Britannique aux fins de l'étude. ² 167 782 membres des Premières nations vivant en Colombie-Britannique et inclus dans le Système de vérification du statut à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux réel 19 fois sur 20.

Mortalité

- Au cours de la même période, le taux de mortalité chez les membres des Premières nations atteints de diabète était près de deux fois plus élevé que celui des membres des Premières nations non atteints par la maladie (Figure 17).

Figure 16. Taux de prévalence ajustés selon l'âge¹ du diabète diagnostiqué² chez les individus des Premières nations³ âgés d'un an et plus, et chez les autres résidents, Colombie-Britannique, 2006-07

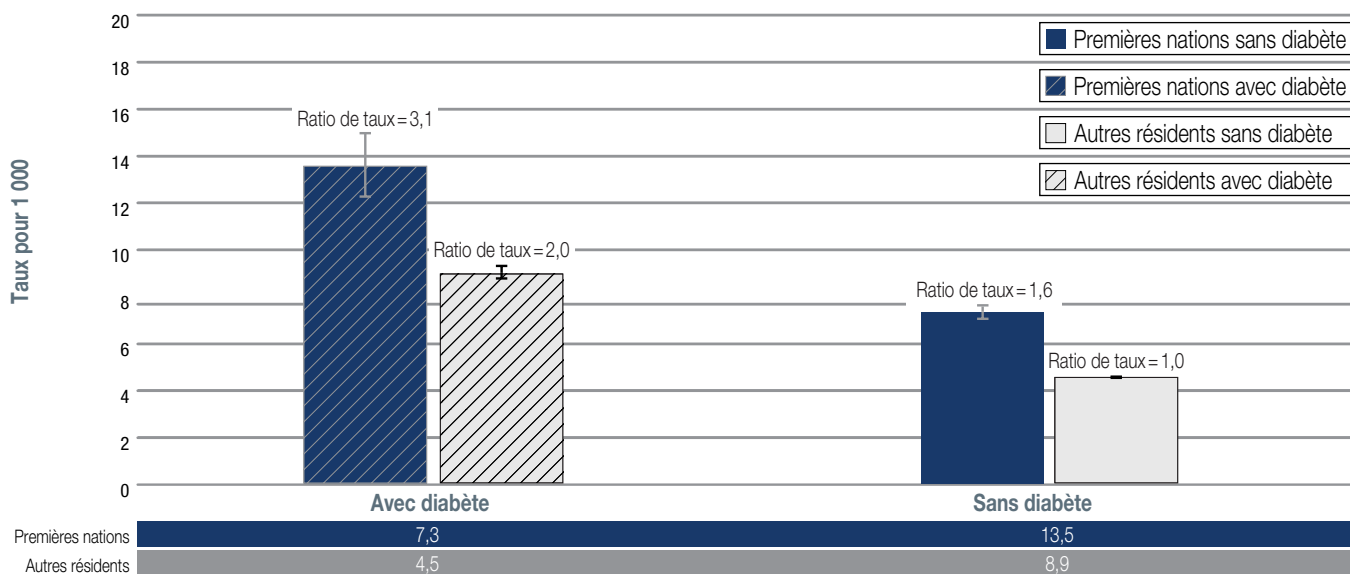


Source : Population Health Surveillance and Epidemiology, Ministère de la Vie saine et du Sport, 2008. Pathways to Health and Healing-2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia URL: <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/annual.html>

Note : Les totaux incluent les individus dont le sexe n'est pas connu.

¹ Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. ² Consulter le rapport sur les méthodes du SNSD pour en savoir plus sur la modification de la définition de cas utilisée en Colombie-Britannique aux fins de l'étude. ³ 167 782 membres des Premières nations vivant en Colombie-Britannique et inclus dans le Système de vérification du statut à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. ‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux réel 19 fois sur 20.

Figure 17. Taux de mortalité toutes causes confondues du diabète diagnostiqué¹ chez les individus des Premières nations², âgés d'un an et plus, et chez les autres résidents, Colombie-Britannique, 2002-03 à 2006-07



Source : Population Health Surveillance and Epidemiology, Ministère de la Vie saine et du Sport, 2008. Pathways to Health and Healing-2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia URL: <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/annual.html>

Note : Les totaux incluent les individus dont le sexe n'est pas connu.

¹ Consulter le rapport sur les méthodes du SNSD pour en savoir plus sur la modification de la définition de cas utilisée en Colombie-Britannique aux fins de l'étude. ² 167 782 membres des Premières nations vivant en Colombie-Britannique et inclus dans le Système de vérification du statut à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux réel 19 fois sur 20.

Plans d'avenir du SNSD

Le SNSD constitue une précieuse source d'information sur le diabète au Canada. Les travaux à venir incluront notamment les suivants :

- poursuivre le travail avec les organisations des Premières nations, des Métis et des Inuits, en vue de produire d'autres données du SNSD spécifiques aux populations autochtones. L'analyse et l'interprétation de ces données, de même que la production de rapports à jour, permettront de mieux comprendre le diabète dans ces communautés;
- augmenter l'éventail des données disponibles sur le diabète et les problèmes de santé qui y sont associés, et ce, à la fois chez les adultes, les enfants et les adolescents. La publication d'un rapport sur l'hypertension au Canada est d'ailleurs prévue pour le printemps 2010;
- Explorer les possibilités d'utiliser les données des hôpitaux codifiées selon la CIM-10-CA, de même que les données pharmaceutiques, pour différencier les diabètes de type 1 et de type 2; et,
- continuer de favoriser une approche standardisée afin de maintenir la qualité des données à un niveau élevé.

Notes

1. Agence de la santé publique du Canada. Obésité au Canada : Aperçu, 2009. URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/oc/index-fra.php>
2. Données non disponibles pour le Québec.
3. Les données du Québec n'étaient pas disponibles pour le calcul du ratio des taux de prévalence de l'hypertension. Aux fins du calcul du nombre de personnes atteintes d'hypertension dans l'ensemble du Canada, les nombres de personnes pour le Québec ont été estimés.
4. Les données du Québec n'étaient pas disponibles pour les calculs des ratios des taux. Toutefois, les nombres de personnes diabétiques au Québec, ayant présenté d'autres problèmes de santé, ont été inclus dans les nombres correspondants pour l'ensemble du Canada.
5. Le diabète fait référence à la définition de cas modifiée du SNSD et utilisée en Colombie-Britannique aux fins de la présente étude. Pour en savoir davantage, consulter le document sur les méthodes du SNSD.
6. Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Deuxième édition. URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/français/05contents-fra.php>
7. Institut canadien d'information sur la santé. Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI, 2009. URL : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=RC_382_f
8. Ces statistiques ont été calculées à partir des projections de population de Statistique Canada et en prenant pour hypothèse que les taux futurs d'incidence et de mortalité du SNSD demeurent constants.
9. Panzram G, Epidemiologic data on excess mortality and life expectancy in insulin dependent diabetes mellitus-critical review. *Exp Clin Endocrinol*, 83:93-100, 1984.
10. Colombie-Britannique. Provincial Health Officer. (2009) Pathways to Health and Healing – 2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia. Provincial Health Officer's Annual Report 2007. Victoria, BC : Ministère de la Vie saine et du Sport. URL : <http://www.hls.gov.bc.ca/pho/annual.html>
11. Agence de la santé publique du Canada. Le diabète au Canada : Faits saillants du Système national de surveillance du diabète, 2004-05, 2008. URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/dicSNSD-dacsnsd-04-05/index-fra.php>

Glossaire

Diabète : Le système de surveillance rassemble les données sur les résidents du Canada qui ont utilisé les services de santé canadiens. On présupait ensuite qu'une personne avait reçu un diagnostic lorsqu'il y avait suffisamment de données d'utilisation des services, en lien avec le diabète, pour cette personne. Plus précisément, on considérait qu'une personne était diabétique si elle avait eu, à l'intérieur d'une période de deux ans, au moins une hospitalisation ou deux actes facturés par un médecin avec un code de diabète.

Hypertension : Une surveillance de l'hypertension a également été effectuée à partir de la définition de cas retenue pour identifier les individus ayant reçu un diagnostic. L'exigence minimale pour satisfaire cette définition était d'avoir eu, à l'intérieur d'une période de deux ans, au moins une hospitalisation ou deux actes facturés par un médecin avec un code spécifique à l'hypertension.

Prévalence : Proportion d'individus qui sont atteints de diabète à un moment donné au cours de la période d'observation.

Taux ajusté selon l'âge : On ajuste les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge des populations au fil du temps ou entre les différentes provinces et territoires. Pour en savoir davantage, consulter le rapport sur les méthodes du SNSD.

Incidence : Nombre de nouveaux cas de diabète diagnostiqués durant l'année.

Taux d'incidence : Taux de nouveaux cas de diabète diagnostiqués parmi les individus à risque durant l'année.

Variation annuelle estimée en pourcentage : Le changement annuel en pourcentage se base sur l'analyse de la régression log linéaire $(e^{0.07003} - 1) \times 100 = 7,2$.

Faux négatifs : Individus qui ne répondent pas à la définition de cas du SNSD mais qui ont reçu un diagnostic de diabète. La proportion possible de faux négatifs a été évaluée par les études de validation du SNSD.

Faux positifs : Individus qui répondent à la définition de cas du SNSD alors qu'ils ne sont pas atteints du diabète. La proportion possible de faux positifs a été évaluée par les études de validation du SNSD.

Normes canadiennes de codification : Depuis 2006-07, les Normes canadiennes de codification pour la CIM-10-CA et la CCI de 2009⁷ exigent que toutes les provinces et les territoires incluent les données sur les patients atteints de diabète dans leurs données d'hospitalisation. Cette nouvelle pratique pourrait permettre au SNSD de recenser plus de personnes atteintes de diabète et de repérer plus rapidement ces cas à partir des données d'hospitalisation. On assurera un suivi à ce sujet pour déterminer l'effet de cette nouvelle pratique sur les données recueillies par le système de surveillance.

Système de vérification de statut (SVS) : Le Registre des Indiens est une liste des personnes inscrites comme Indien ou ayant le statut d'Indien (selon la définition de Loi sur les Indiens) que tient le ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada. Les renseignements sur les caractéristiques démographiques de la population des Indiens sont mis à jour régulièrement par les administrateurs des conseils de bandes et sont publiés chaque année. La population des Indiens inscrits a certains droits qui peuvent comprendre des avantages relatifs au logement dans les réserves, à l'éducation, ainsi que l'exonération des impôts fédéraux, provinciaux et territoriaux dans certaines situations. Le SVS contient des renseignements sur l'ensemble de la population des Indiens inscrits au Canada et un sous-ensemble des variables du Registre des Indiens. Le SVS est géré par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Pour en savoir davantage, consulter le rapport sur les méthodes du SNSD.

Remerciements

Le SNSD est dirigé par le groupe de travail sur la surveillance des maladies chroniques et des traumatismes du Réseau pancanadien de santé publique. Il comprend les organismes suivants :

Santé et Mieux-être de l'Alberta
Ministère de la Vie saine et du Sport de la Colombie-Britannique
Institut canadien d'information sur la santé
Instituts de recherche en santé du Canada-Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète
Gouvernement du Nunavut
Gouvernement du Yukon
Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Institut national de santé publique du Québec
Santé Manitoba
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée l'Ontario – Ministère de Promotion de la santé
Ministère de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard
Agence de la santé publique du Canada
Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Statistique Canada

Les membres du groupe de travail scientifique du SNSD ont fourni des conseils éclairés :

Shazhan Ahmed, Children's Hospital, Colombie-Britannique
Gillian Booth, St. Michael's Hospital, Université de Toronto
Kayla Collins, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Hasan Hutchinson/Paul Belanger, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada
Jeffrey Johnson (coprésident), École de la santé publique, Université de l'Alberta
Isabelle Larocque, Institut national de santé publique du Québec
Rolf Puchtinger, Direction des maladies chroniques, Santé et Vie saine Manitoba
Indra Pulcins, Institut canadien d'information sur la santé
Kim Reimer (coprésident), Prévention et Promotion de la santé, Ministère de la Vie saine et du Sport, Colombie-Britannique

Mark Smith, Centre for Health Policy/Centre de la politique de santé du Manitoba

Larry Svenson, Surveillance de la santé publique et Santé environnementale, Santé et Mieux être de l'Alberta

Ellen Toth, Département de médecine, Université de l'Alberta

Linda Van Til, Direction de la recherche d'Anciens Combattants Canada

Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences

La qualité des données et l'expertise en matière de vérification sont fournies par les membres du groupe de travail technique du SNSD :

Fred Ackah, Santé et Mieux-être Alberta

Jill Casey, Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Connie Cheverie, Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Wendy Fonseca-Holt, Direction des maladies chroniques, Santé et Vie saine Manitoba

Janice Hawkey, Santé Saskatchewan

Alexander Kopp, Institute of Clinical and Evaluative Services

Pat McCrea, Ministère de la Vie saine et du Sport de la Colombie-Britannique

Robin Read, Programme de soins du diabète de la Nouvelle-Écosse

Louis Rochette, Institut national de santé publique du Québec

Anthony Leamon, Santé de la population, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Khokan Sikdar, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Mike Tribes, Santé et Services sociaux, Gouvernement du Yukon

Bao Gang Fei, Ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick

Paul Tchouaffi, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Information et recherche sur la santé, Iqaluit, Nunavut

Le comité consultatif sur la surveillance du diabète, présidé par l'Association canadienne du diabète, conseille l'ASPC en matière de surveillance du diabète au Canada.

Évaluation et bon de commande

Veillez nous aider à améliorer cette publication. Vos commentaires sur le contenu de ce rapport serviront à préparer les prochaines éditions. Veuillez remplir et retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

Notre adresse postale : Division de la surveillance
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
785, avenue Carling, IA : 6806B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
CANADA
Courriel : infobase@phac-aspc.gc.ca

1. **Avez-vous trouvé le rapport intéressant?** Oui Non

2. **Dans l'affirmative, qu'est-ce qui vous a le plus intéressé?** _____

3. **Dans la négative, quels éléments n'ont pas été utiles?** _____

4. **Quelles sont vos suggestions pour améliorer ce rapport ?** _____

5. **Raison de l'intérêt pour le rapport. Veuillez cocher toutes les cases pertinentes.**

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Membre du public | <input type="checkbox"/> Décideur | <input type="checkbox"/> Épidémiologiste | <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Membre d'une organisation non gouvernementale | | | <input type="checkbox"/> Médias |
| <input type="checkbox"/> Membre d'une organisation gouvernementale | | | <input type="checkbox"/> Chercheur |
| <input type="checkbox"/> Administrateur de la santé/Enseignement | | | <input type="checkbox"/> Étudiant |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |

Oui, veuillez m'envoyer un exemplaire de la prochaine édition du rapport.

Nom : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province/Territoire/État : _____

Code postal : _____

Pays : _____