



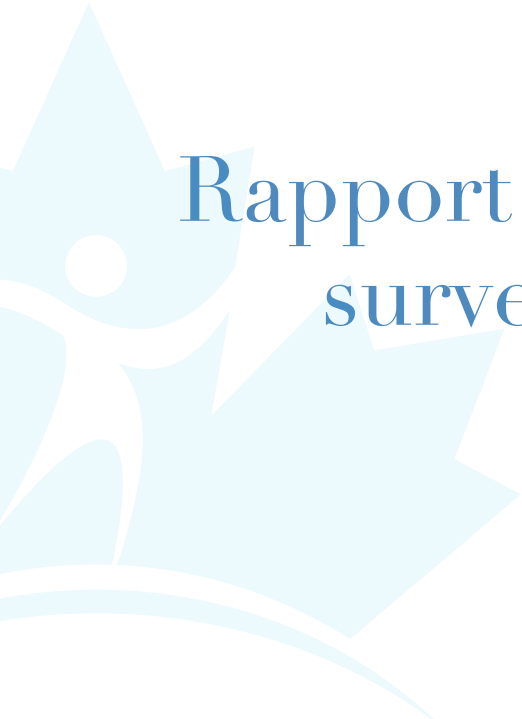
Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Le diabète au Canada :

Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2008



Canada 

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

— Agence de la santé publique du Canada

Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2008 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 Surveillance System: Diabetes in Canada, 2008

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. : HP32-2/1-2008
ISBN : 978-0-662-05874-8

En ligne :
Cat. : HP32-2/1-2008F-PDF
ISBN : 978-0-662-04519-9



Le diabète au Canada :
**Rapport du Système national de
surveillance du diabète, 2008**

Sommaire

Le diabète

- Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire ou d'utiliser l'insuline. L'organisme a besoin de l'insuline pour transformer le glucose en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications et le décès prématuré. 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. 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 sur le plan de la santé publique ou personnelle. Le SNSD regroupe le gouvernement fédéral et ceux des provinces et des territoires, de même que des organisations non gouvernementales, des groupes nationaux d'autochtones et des chercheurs.

Les faits saillants du SNSD

- En 2005-2006, approximativement 1,9 million de Canadiens et de Canadiennes, soit environ 1 individu sur 17, avaient reçu un diagnostic de diabète (5,9 % au total; 5,5 % chez les filles et les femmes et 6,2 % chez les garçons et les hommes).
- En 2005-2006, la prévalence¹ du diabète était moins élevée chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Les taux augmentaient avec l'âge, passant de 2 % chez les individus dans la trentaine, à 22 % (1 adulte sur 5) chez les personnes âgées de 75 à 79 ans.
- Après avoir ajusté² les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge parmi les provinces et les territoires, la prévalence¹ du diabète apparaissait généralement plus élevée dans les provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador) et moins élevée dans l'Ouest (Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique). Par ailleurs, alors que la prévalence¹ du diabète en Ontario était supérieure à la moyenne nationale, celle du Québec était inférieure à la moyenne. La prévalence de l'obésité au niveau provincial et territorial suit la même tendance : elle était plus élevée dans les provinces de l'Atlantique et moins élevée dans les provinces de l'Ouest.
- La prévalence¹ du diabète ajustée selon l'âge a augmenté de 22 % entre 2001-2002 et 2005-2006.
- D'ici 2011, on prévoit que le nombre de Canadiens et de Canadiennes atteints du diabète sera de 2,6 millions, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 7 % et un accroissement d'environ 33 % par rapport à 2006.
- En 2005-2006, le nombre de nouveaux cas de diabète a atteint 199 471, soit une proportion de 6,4 pour 1 000 personnes âgées d'un an et plus (5,9 pour 1 000 chez les filles et les femmes et 6,8 pour 1 000 chez les garçons et les hommes).

- Le risque de développer un diabète est plus élevé chez les personnes âgées de plus de 40 ans. L'arrivée de la génération du baby-boom dans les groupes d'âge plus avancé et l'augmentation de la prévalence¹ de l'obésité sont associées à la croissance de la prévalence du diabète et des taux d'incidence. De plus, le fait que la prévalence ajustée selon l'âge ait augmenté à un rythme 3 fois plus rapide que le taux d'incidence ajusté selon l'âge au cours de la même période indique que la croissance de la prévalence est également attribuable à l'amélioration de la survie chez les personnes atteintes de diabète.
- En 2005-2006, parmi les adultes âgés de 20 ans et plus, les taux de mortalité chez les individus atteints de diabète étaient 2 fois plus élevés que chez les individus non diabétiques.
- Le diabète réduit l'espérance de vie des personnes de tous les âges. Par exemple, en 2005-2006, les hommes et les femmes âgés de 25 à 39 ans atteints du diabète avaient une espérance de vie réduite d'environ 9 ans par rapport à celle des individus du même âge ne souffrant pas de la maladie.
- En 2005-2006, les jeunes adultes (20 à 49 ans) atteints de diabète ont consulté 2 fois plus souvent un médecin de famille et 2 à 3 fois plus souvent un spécialiste comparativement aux individus qui ne sont pas atteints de la maladie. Même dans les groupes les plus âgés, les individus atteints du diabète ont consulté un médecin environ 1,5 fois plus souvent que les individus ne souffrant pas de la maladie.
- En 2005-2006, comparativement aux adultes qui ne sont pas atteints de la maladie, les adultes diabétiques ont été hospitalisés :
 - 23 fois plus souvent pour une amputation d'un membre inférieur;
 - 7 fois plus souvent pour une néphropathie chronique;
 - 3 fois plus souvent pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires y compris l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, la crise cardiaque, la cardiopathie ischémique et l'accident vasculaire cérébral.

Diabète

- Le diabète est une maladie chronique caractérisée par l'incapacité de l'organisme à produire ou à utiliser l'insuline. L'organisme a besoin d'insuline pour transformer le glucose en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications et le décès prématuré. Les risques de complications peuvent toutefois être réduits en contrôlant la maladie.

Diabète de type 1

- 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. Or, l'organisme a besoin d'insuline en quantité suffisante pour bien fonctionner. Le diabète de type 1 se manifeste habituellement au cours de l'enfance ou à l'adolescence et on ne connaît à ce jour aucun moyen de le prévenir.

Diabète de type 2

- 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 enfants et les adolescents.

Diabète gestationnel

- Le diabète gestationnel est une forme de diabète qui se développe chez les femmes pendant la grossesse et qui disparaît après l'accouchement. Ce type de diabète se produit dans environ 4 % des grossesses et il accroît le risque de développer le diabète de type 2.

Réduire le risque de diabète

- Le risque de développer un diabète peut être réduit en optant pour de saines habitudes de vie, notamment en mangeant sainement, en maintenant un poids santé et en faisant régulièrement de l'activité physique. Il a été démontré qu'une perte de poids de 5% à 10%, soit 4,5 à 9 kilos (10 à 20 livres) pour une personne pesant 90 kilos (200 livres), réduit significativement le risque de développer la maladie.

Vivre avec le diabète

- Le traitement de la maladie varie selon le type de diabète. Il peut inclure une modification des habitudes de vie ou la prise de médicaments, incluant l'insuline. De plus, la pratique régulière d'activité physique 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 pour le diabète constitue aussi un élément essentiel dans la prise en charge globale de la maladie. Elle inclut des examens périodiques de dépistage des complications et le traitement rapide de celles-ci afin de freiner la progression de la maladie et de ses complications.

Systeme 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. 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 sur le plan de la santé publique ou personnelle. Le SNSD regroupe le gouvernement fédéral et ceux des provinces et des territoires, de même que des organisations non gouvernementales, des groupes nationaux d'autochtones et des chercheurs.
- 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. La base de données regroupe ainsi des données sur la santé qui sont présentées par année financière. Le présent rapport inclut les données les plus récentes des provinces et des territoires³ pour l'année financière 2005-2006.
- Cette base de données jumelée est utilisée pour identifier les individus atteints de diabète⁴ au moyen de la définition de cas validée du SNSD qui utilise les codes de la Classification internationale des maladies (CIM).
- Actuellement, la définition de cas du SNSD n'inclut pas les femmes atteintes d'un diabète gestationnel. De plus, en raison des limites des données de facturation des médecins et des données d'hospitalisations, les critères ne permettent pas de distinguer les diabètes de type 1 et de type 2.
- Pour enregistrer les données individuelles sur les hospitalisations, les hôpitaux utilisent désormais la dernière version de la Classification internationale des maladies (CIM-10-CA) qui prévoit des codes distincts pour les diabètes de type 1 et de type 2. On estime qu'avec le cumul des données enregistrées selon le nouveau système, et la validation de celles-ci, il sera éventuellement possible d'analyser et de présenter les taux reliés aux hospitalisations selon le type de diabète. Par exemple, les taux d'amputations pourront être calculés séparément pour les personnes atteintes d'un diabète de type 1 et celles qui ont un diabète de type 2.
- L'utilisation de 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 particulière. Il faut en effet contrebalancer la probabilité d'identifier à tort un individu comme étant atteint de diabète alors qu'il ne l'est pas (faux positif), avec la probabilité de ne pas inclure dans le SNSD un individu qui a réellement été diagnostiqué (faux négatif). 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 de faux positifs afin de brosser un tableau relativement fiable du diabète au Canada. De plus, il est possible que certaines personnes réellement atteintes de la maladie n'aient cependant jamais été diagnostiquées. L'estimation de ce nombre d'individus est à l'extérieur du cadre du SNSD.

Individus atteints du diabète (prévalence⁵)

Individus âgés d'un an et plus

- En 2005-2006, approximativement 1,9 million de Canadiens et de Canadiennes âgés d'un an et plus, soit environ une personne sur 17, avaient reçu un diagnostic de diabète (1 939 247 cas au total, 925 523 chez les filles et les femmes et 1 013 724 chez les garçons et les hommes). La prévalence⁵ chez les Canadiens et les Canadiennes était de 5,9 % au total (5,5 % des filles et des femmes et 6,2 % des garçons et des hommes) (Tableaux 1 et 2).

Tableau 1. Nombre de cas et taux de prévalence (%) et d'incidence (pour 1 000 personnes) selon le groupe d'âge, l'année, et le sexe Canada*, 2001-2002 à 2005-2006

		2001-2002			2002-2003			2003-2004			2004-2005			2005-2006		
		Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*	Femmes	Hommes	Total*
		Diabète chez les adultes âgés de 20 ans et plus														
		Prévalence (pourcentage - nombre de cas - population)														
%		5,6	6,4	6,0	6,8	6,3	7,2	6,8	6,7	7,7	7,2	7,1	7,6	7,1	8,1	7,6
cas		679 816	742 727	1 422 543	807 984	1 546 415	2 354 400	869 128	1 663 021	2 522 149	933 963	1 787 309	2 711 272	914 006	1 001 105	1 915 111
pop.		12 173 768	11 627 576	23 801 344	11 813 939	24 175 896	35 989 835	11 999 980	24 548 073	36 548 000	12 738 242	24 925 183	37 663 425	12 938 339	12 385 139	25 323 478
		Incidence (taux pour 1 000 personnes - nombre de nouveaux cas - population)														
1 000		6,8	8,3	7,6	8,5	7,8	8,2	8,2	7,5	8,6	7,9	7,7	8,3	7,7	9,0	8,3
cas		79 207	90 969	170 176	93 978	177 251	311 229	82 000	173 541	255 541	87 655	184 651	272 306	92 812	103 401	196 213
pop.		11 573 159	10 975 818	22 548 977	11 099 933	22 806 732	33 806 732	11 836 200	23 058 693	34 894 932	11 972 551	23 322 725	34 645 551	12 117 145	11 487 435	23 604 580
		Diabète chez les filles et les garçons de 1 à 19 ans														
		Prévalence (pourcentage - nombre de cas - 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	0,3
cas		9 722	10 543	20 265	11 226	21 454	32 680	10 765	22 531	33 296	11 192	23 384	34 576	11 517	12 619	24 136
pop.		3 805 331	4 003 789	7 809 120	3 994 556	7 790 113	11 784 669	3 782 946	9 979 336	13 764 000	3 770 368	7 735 466	10 510 832	3 763 695	3 957 862	7 721 557
		Incidence (taux pour 1 000 personnes - nombre de nouveaux cas - population)														
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	0,4
cas		1 561	1 596	3 157	1 673	3 247	6 520	1 621	3 314	6 635	1 542	3 189	6 371	1 539	1 719	3 258
pop.		3 797 170	3 994 842	7 792 012	3 985 003	7 771 906	16 356 568	3 773 802	7 743 065	16 499 832	3 760 718	7 715 271	16 466 103	3 753 717	3 946 962	7 700 679
		Diabète chez l'ensemble des individus âgés d'un an et plus														
		Prévalence (pourcentage - nombre de cas - population)														
%		4,3	4,8	4,6	5,2	4,9	5,5	5,2	5,2	5,9	5,5	5,5	5,9	5,5	6,2	5,9
cas		689 538	753 270	1 442 808	819 210	1 567 869	2 387 079	804 658	1 685 552	2 490 210	864 538	1 810 693	2 625 231	925 523	1 013 724	1 939 247
pop.		15 979 099	15 631 365	31 610 464	15 808 495	31 966 009	47 776 513	16 331 039	32 310 355	48 606 864	16 508 610	32 660 649	49 115 449	16 702 034	16 343 001	33 045 035
		Incidence (taux pour 1 000 personnes - nombre de nouveaux cas - population) au Canada														
1 000		5,3	6,2	5,7	6,3	5,9	6,1	5,4	5,7	6,5	6,1	6,1	6,8	5,9	6,8	6,4
cas		80 768	92 565	173 333	95 651	180 498	300 196	83 621	176 855	280 516	89 197	188 040	300 537	94 351	105 120	199 471
pop.		15 370 329	14 970 660	30 340 989	15 084 936	30 578 638	47 776 513	15 610 002	30 801 658	48 606 864	15 733 269	31 037 996	49 115 449	15 870 862	15 434 397	31 305 259

Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008.
*Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.

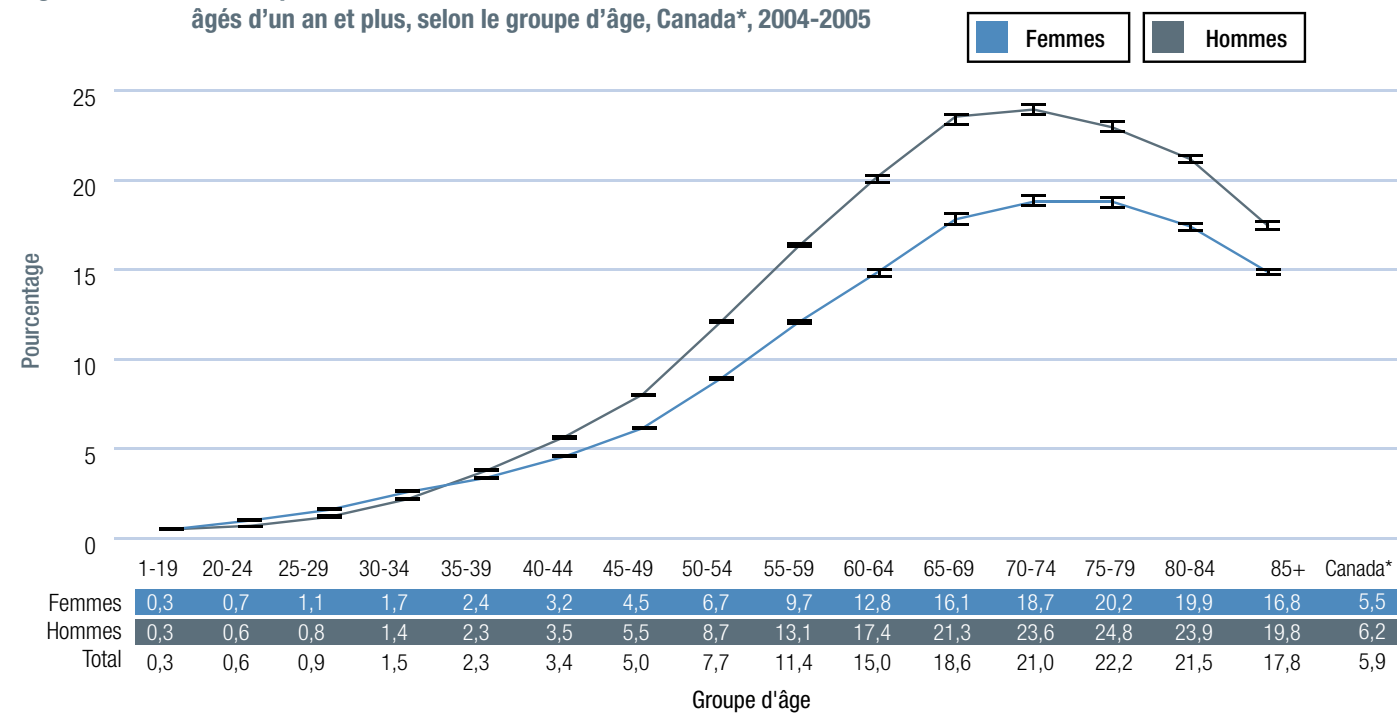
Tableau 2. Prévalence et incidence du diabète selon le sexe et le groupe d'âge, Canada*, 2005-2006

Groupe d'âge		Prévalence			Incidence		
		Femmes	Hommes	Canada*	Femmes	Hommes	Canada*
1-19	Taux	0,3%	0,3%	0,3%	0,4 par 1 000	0,4 par 1 000	0,4 par 1 000
	Cas	11 517	12 619	24 136	1 539	1 719	3 258
	Population	3 763 695	3 957 862	7 721 557	3 753 717	3 946 962	7 700 679
20-24	Taux	0,7%	0,6%	0,7%	0,9 par 1,000	0,6 par 1,000	0,7 par 1 000
	Cas	7 598	7 002	14 600	947	702	1 649
	Population	1 109 116	1 141 060	2 250 176	1 102 465	1 134 760	2 237 225
25-29	Taux	1,1%	0,8%	0,9%	1,5 par 1 000	1,1 par 1 000	1,3 par 1 000
	Cas	11 852	9 134	20 986	1 705	1 202	2 907
	Population	1 112 207	1 110 782	2 222 989	1 102 060	1 102 850	2 204 910
30-34	Taux	1,7%	1,4%	1,5%	2,5 par 1 000	2,1 par 1 000	2,3 par 1 000
	Cas	19 309	15 660	34 969	2 854	2 436	5 290
	Population	1 148 564	1 146 417	2 294 981	1 132 109	1 133 193	2 265 302
35-39	Taux	2,4%	2,3%	2,3%	3,3 par 1 000	3,7 par 1 000	3,5 par 1 000
	Cas	29 332	28 452	57 784	4 021	4 475	8 496
	Population	1 232 181	1 238 665	2 470 846	1 206 870	1 214 688	2 421 558
40-44	Taux	3,2%	3,5%	3,4%	4,5 par 1 000	5,6 par 1 000	5,0 par 1 000
	Cas	45 648	50 677	96 325	6 178	7 765	13 943
	Population	1 424 866	1 438 552	2 863 418	1 385 396	1 395 640	2 781 036
45-49	Taux	4,5%	5,5%	5,0%	6,1 par 1 000	8,0 par 1 000	7,0 par 1 000
	Cas	61 948	76 030	137 978	7 972	10 528	18 500
	Population	1 371 505	1 374 094	2 745 599	1 317 529	1 308 592	2 626 121
50-54	Taux	6,7%	8,7%	7,7%	8,9 par 1 000	12,1 par 1 000	10,5 par 1 000
	Cas	80 817	104 145	184 962	10 160	13 332	23 492
	Population	1 206 207	1 194 864	2 401 071	1 135 550	1 104 051	2 239 601
55-59	Taux	9,8%	13,1%	11,4%	12,1 par 1 000	16,4 par 1 000	14,2 par 1 000
	Cas	102 897	136 277	239 174	11 713	15 099	26 812
	Population	1 055 657	1 043 827	2 099 484	964 473	922 649	1 887 122
60-64	Taux	12,8%	17,4%	15,0%	14,9 par 1 000	20,3 par 1 000	17,5 par 1 000
	Cas	101 272	134 699	235 971	10 509	13 238	23 747
	Population	794 194	775 120	1 569 314	703 431	653 659	1 357 090
65-69	Taux	16,1%	21,3%	18,6%	17,9 par 1 000	23,7 par 1 000	20,6 par 1 000
	Cas	102 877	127 548	230 425	9 751	11 438	21 189
	Population	638 283	597 836	1 236 119	545 157	481 726	1 026 883
70-74	Taux	18,7%	23,7%	21,0%	18,9 par 1 000	24,1 par 1 000	21,3 par 1 000
	Cas	106 303	119 143	225 446	8 874	9 509	18 383
	Population	567 927	503 867	1 071 794	470 498	394 233	864 731
75-79	Taux	20,2%	24,8%	22,0%	18,9 par 1 000	23,1 par 1 000	22,2 par 1 000
	Cas	100 892	97 325	198 217	7 677	6 990	14 667
	Population	499 898	392 536	892 434	406 683	302 201	708 884
80-84	Taux	20,0%	23,9%	21,5%	17,5 par 1 000	21,3 par 1 000	18,9 par 1 000
	Cas	79 695	60 641	140 336	5 680	4 202	9 882
	Population	399 484	254 013	653 497	325 469	197 574	523 043
85+	Taux	16,8%	19,8%	17,8%	14,9 par 1 000	17,5 par 1 000	15,7 par 1 000
	Cas	63 566	34 372	97 938	4 771	2 485	7 256
	Population	378 250	173 506	551 756	319 455	141 619	461 074
Canada	Taux	5,5%	6,2%	5,9%	5,9 par 1 000	6,8 par 1 000	6,4 par 1 000
	Cas	925 523	1 013 724	1 939 247	94 351	105 120	199 471
	Population	16 702 034	16 343 001	33 045 035	15 870 862	15 434 397	31 305 259

Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008.
*Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.

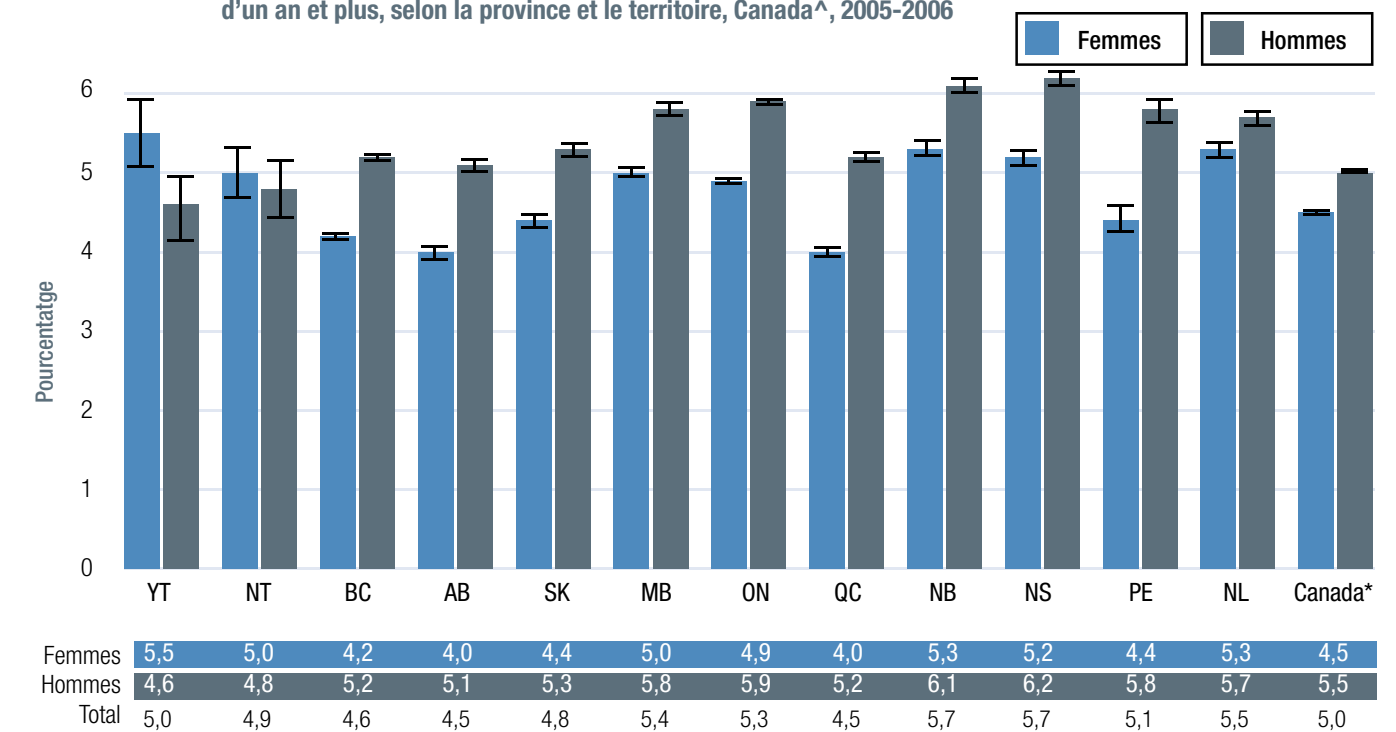
- Comme prévu, et à l'instar des années précédentes, la prévalence⁵ du diabète en 2005-2006 était beaucoup plus faible chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. La prévalence augmentait avec l'âge, passant de 2 % chez les individus dans la trentaine, à environ 22 % (1 adulte sur 5) chez les 75 à 79 ans (Figure 1 et Tableau 2).
- Après avoir ajusté⁶ les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge parmi les provinces et les territoires, la prévalence⁵ du diabète apparaissait généralement plus élevée dans les provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador) et moins élevée dans l'Ouest (Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique). Par ailleurs, alors que la prévalence du diabète en Ontario était supérieure à la moyenne nationale, celle du Québec était inférieure à la moyenne (Figure 2). La prévalence de l'obésité dans les provinces et les territoires suit la même tendance : elle était plus élevée dans les provinces de l'Atlantique et moins élevée dans les provinces de l'Ouest.
- Après avoir ajusté⁶ les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge au fil du temps, la prévalence⁵ du diabète a augmenté de 22 % entre 2001-2002 et 2005-2006 (Figure 3).

Figure 1. Taux de prévalence du diabète chez les femmes et les hommes âgés d'un an et plus, selon le groupe d'âge, Canada*, 2004-2005



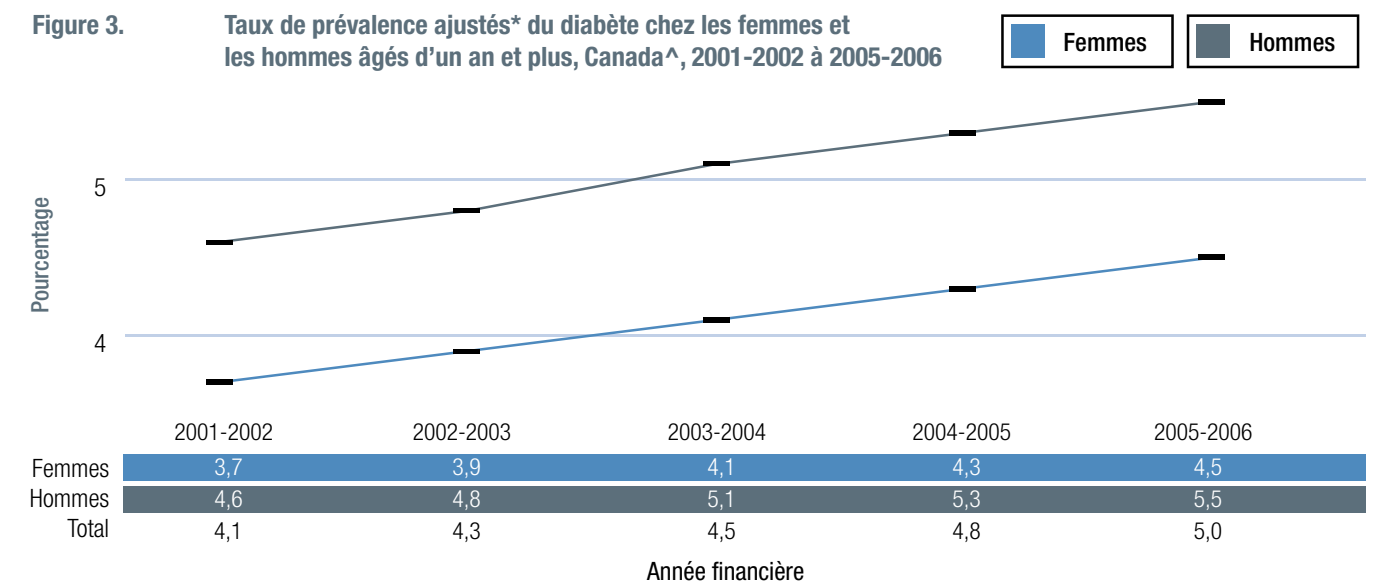
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
‡L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.

Figure 2. Taux de prévalence ajustés* du diabète chez les femmes et les hommes âgés d'un an et plus, selon la province et le territoire, Canada^, 2005-2006



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
^ Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
‡L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.
*Ajustés selon la structure par âge de la population canadienne de 1991
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

Figure 3. Taux de prévalence ajustés* du diabète chez les femmes et les hommes âgés d'un an et plus, Canada^, 2001-2002 à 2005-2006



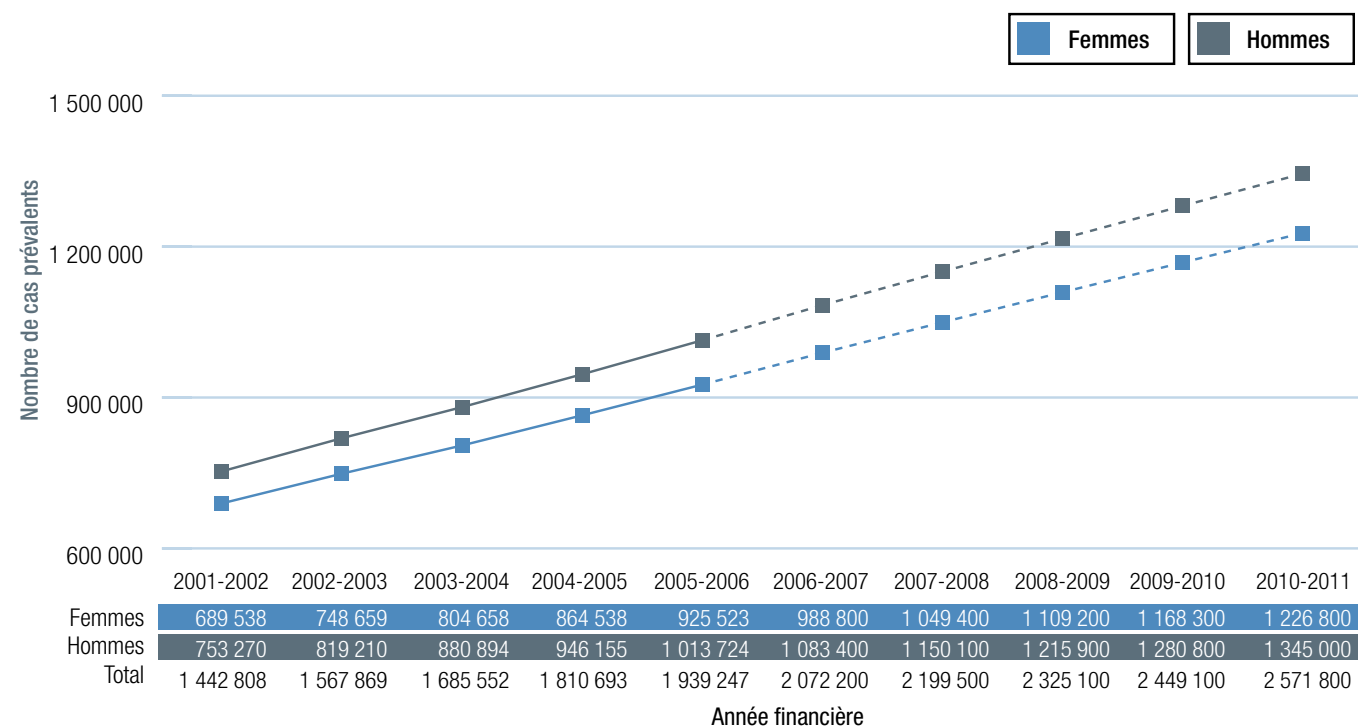
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Ajustés selon la structure par âge de la population canadienne de 1991
^ Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
‡L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel 19 fois sur 20.

Projections de la prévalence^{5,7}

Individus âgés d'un an et plus

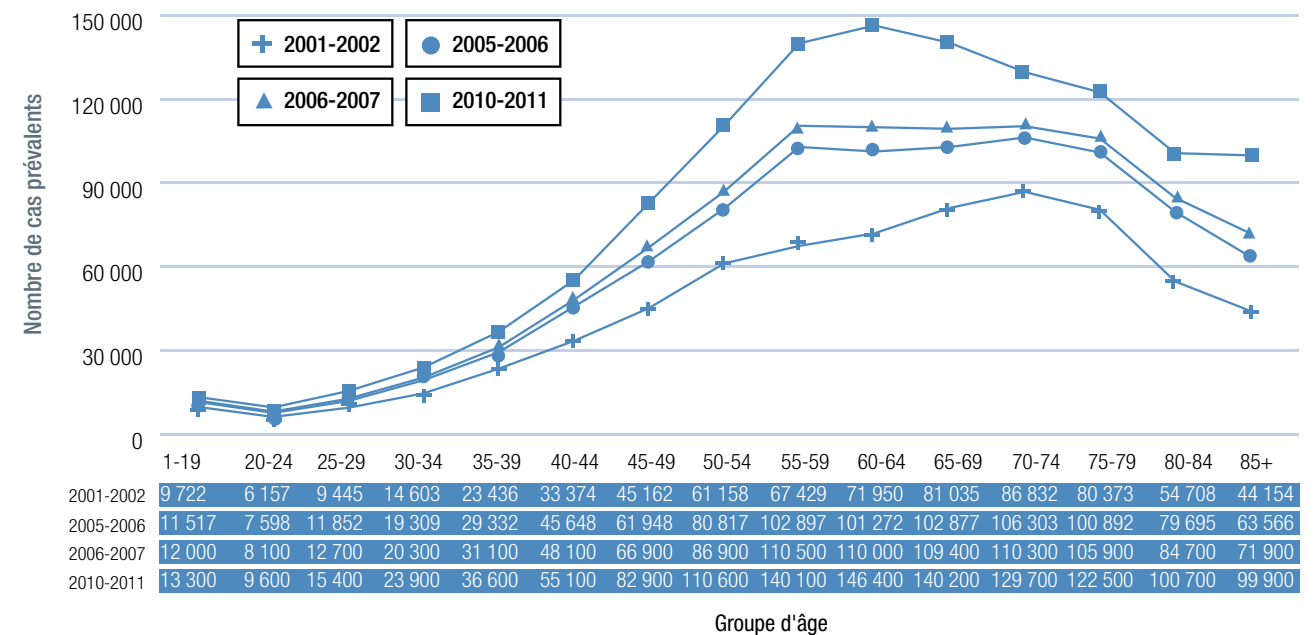
- D'ici 2011, on prévoit que le nombre de Canadiens et de Canadiennes atteints de diabète atteindra 2,6 millions, soit une augmentation annuelle moyenne d'environ 7 % et une augmentation de 33 % par rapport à 2006 (Figure 4).
- En raison de l'arrivée de la génération du baby-boom dans les groupes d'âge plus avancé et de l'accroissement de la prévalence⁵ de l'obésité, on prévoit que d'ici 2010-2011 le tiers (35 %) des individus atteints de diabète auront entre 50 et 64 ans (Figures 5 et 6).

Figure 4. Nombre de cas de diabète observés et projetés* chez les femmes et les hommes âgés d'un an et plus, Canada[^]. Observés : 2001-2002 à 2005-2006 - Projetés ; 2006-2007 à 2010-2011



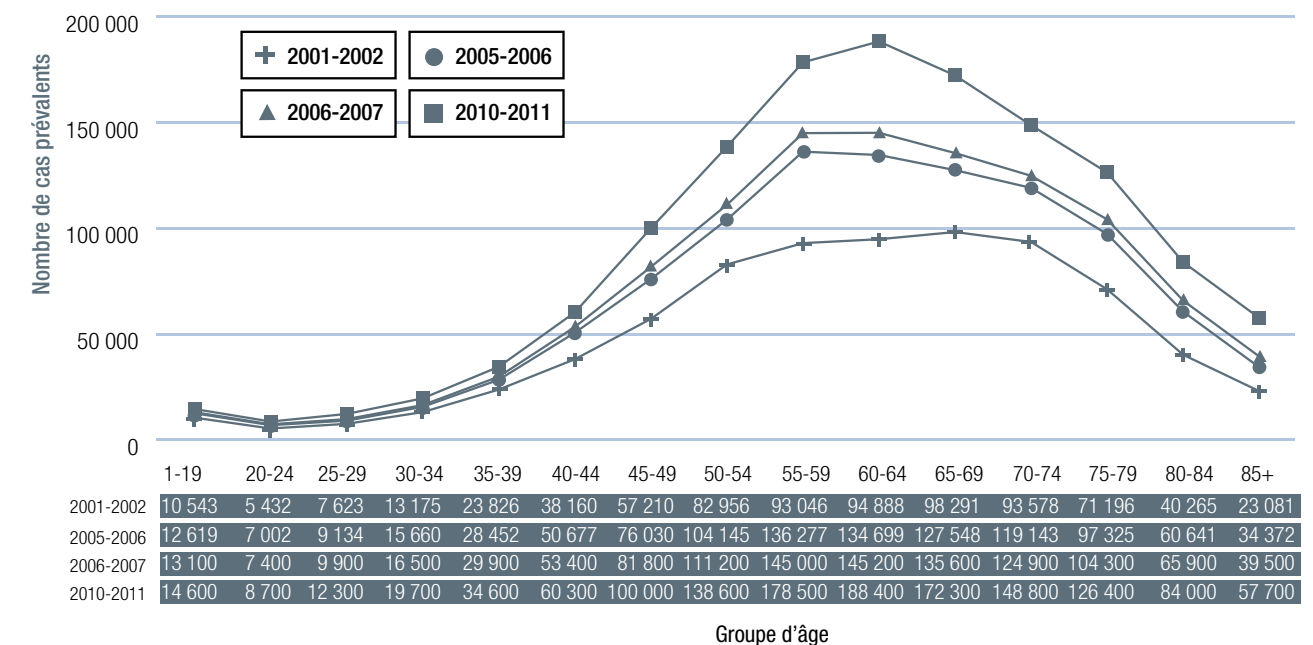
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Les chiffres ont été arrondis à la centaine près.
^Les nombres de cas prévalents n'étaient pas disponibles pour le Nunavut.

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, Canada[^]. Observés : 2001-2002, 2005-2006 - Projetés : 2006-2007 et 2010-2011



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Les chiffres ont été arrondis à la centaine près.
^Les nombres de cas prévalents n'étaient pas disponibles pour le Nunavut.

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, Canada[^]. Observés : 2001-2002, 2005-2006 - Projetés : 2006-2007 et 2010-2011



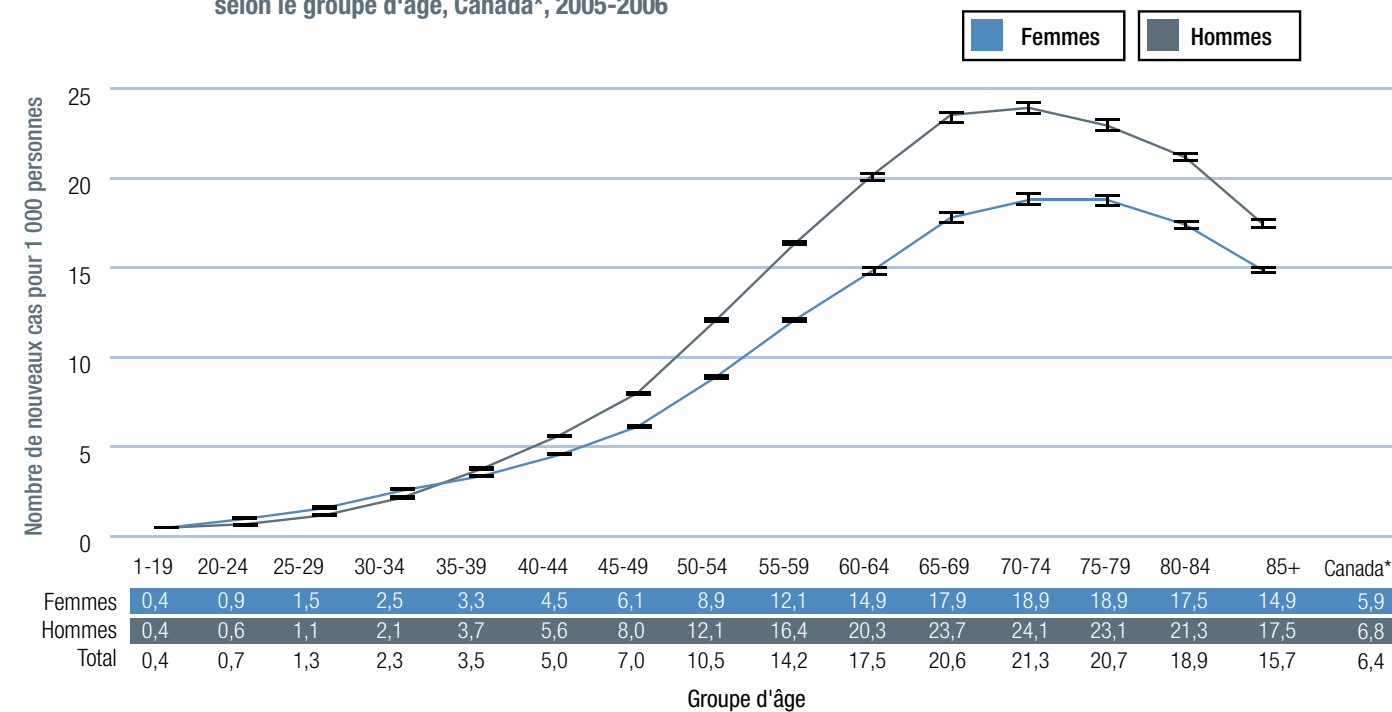
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Les chiffres ont été arrondis à la centaine près.
^Les nombres de cas prévalents n'étaient pas disponibles pour le Nunavut.

Nouveaux cas de diabète (incidence⁸)

Individus âgés d'un an et plus

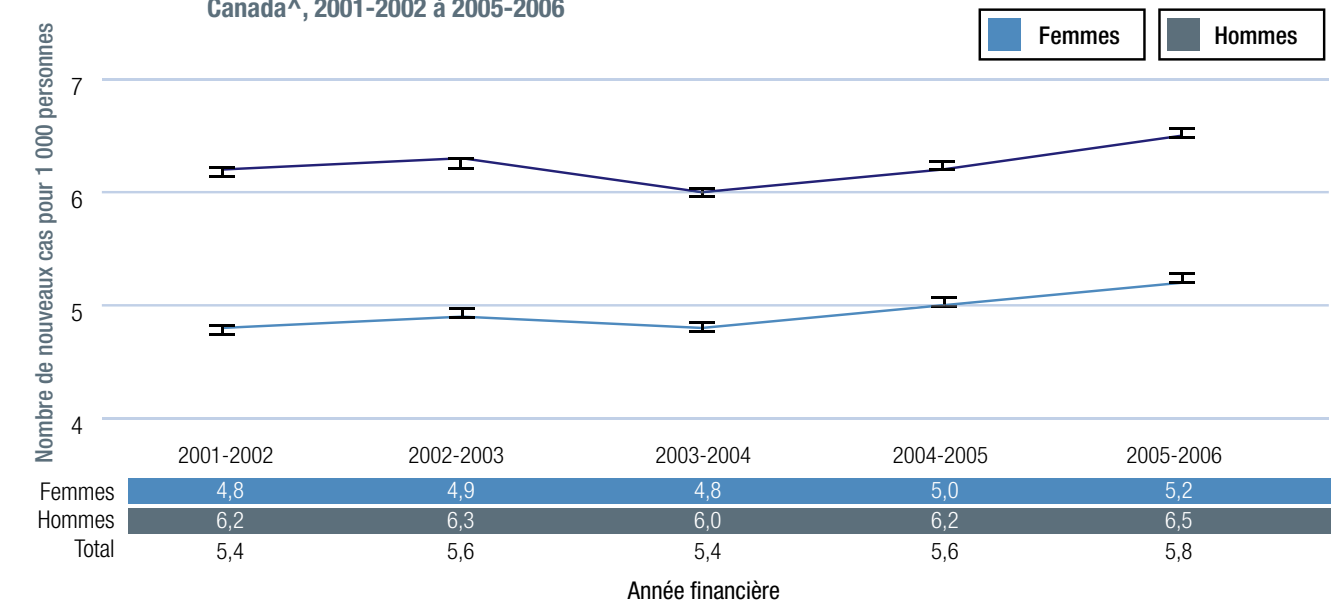
- En 2005-2006, le nombre de nouveaux cas de diabète a atteint 199 471, ce qui représente un taux d'incidence⁸ de 6,4 pour 1 000 personnes âgées d'un an et plus (5,9 pour 1 000 chez les filles et les femmes et 6,8 pour 1 000 chez les garçons et les hommes) (Tableaux 1, 2 et Figure 7).
- En 2005-2006, les taux d'incidence⁸ du diabète étaient plus faibles chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Les taux augmentaient par ailleurs en flèche après l'âge de 45 ans pour atteindre un sommet chez les hommes et les femmes âgés de 70 à 74 ans. Les taux étaient significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes à partir de l'âge de 40 ans (Tableau 2 et Figure 7).
- Après avoir ajusté⁶ les taux pour tenir compte des différences dans les structures d'âge au fil du temps, les taux d'incidence⁸ du diabète ont augmenté de 7 % entre 2001-2002 et 2005-2006 (Figure 8). Cette augmentation des taux d'incidence ajustés est probablement le reflet de la croissance de la prévalence⁵ de l'obésité. De plus, le fait que la prévalence ajustée selon l'âge ait augmenté à un rythme 3 fois plus rapide que le taux d'incidence ajusté selon l'âge au cours de la même période indique que la croissance de la prévalence est également attribuable à l'amélioration de la survie chez les personnes atteintes de diabète.

Figure 7. Taux d'incidence du diabète chez les femmes et les hommes âgés d'un an et plus, selon le groupe d'âge, Canada*, 2005-2006



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
‡L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux d'incidence réel 19 fois sur 20

Figure 8. Taux d'incidence ajustés du diabète* chez les femmes et les hommes âgés d'un an et plus, Canada^, 2001-2002 à 2005-2006



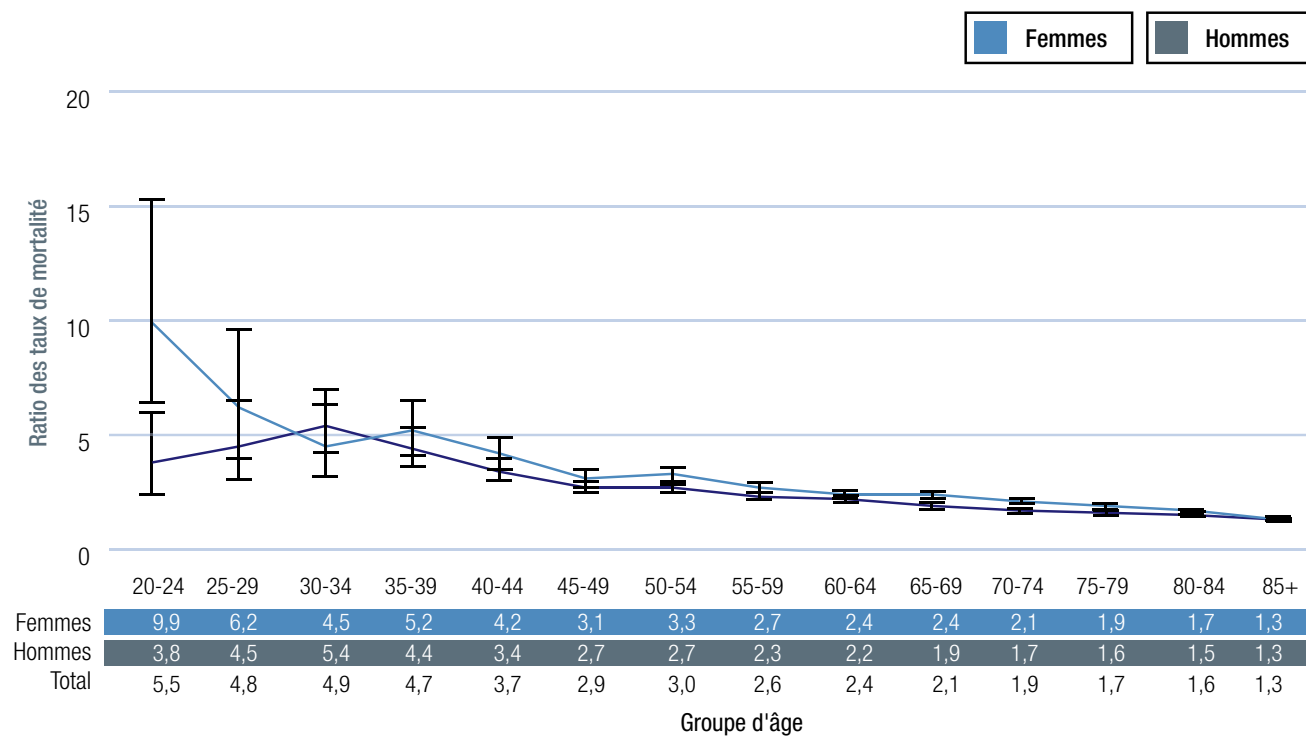
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
*Ajustés selon la structure par âge de la population canadienne de 1991
^Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
‡L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux d'incidence réel 19 fois sur 20.

Décès parmi les personnes atteintes du diabète (mortalité⁹)

Adultes âgés de 20 ans et plus

- En 2005-2006, parmi l'ensemble des adultes âgés de 20 ans et plus, les taux de mortalité étaient 2 fois plus élevés chez les personnes atteintes de diabète que chez celles qui ne l'étaient pas.
- L'écart dans les taux de mortalité entre les personnes atteintes ou non de diabète était plus élevé dans les groupes d'âge les plus jeunes. Les taux de mortalité chez les jeunes adultes (20-44 ans) atteints de diabète étaient 4 à 6 fois plus élevés que ceux des individus qui n'étaient pas atteints de la maladie. Chez les adultes âgés de 45 à 79 ans, ces taux de mortalité étaient 2 à 3 fois plus élevés chez les individus atteints de diabète (Figure 9).

Figure 9. Ratios des taux de mortalité chez les femmes et les hommes, âgés de 20 ans et plus, atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge, Canada[^], 2005-2006

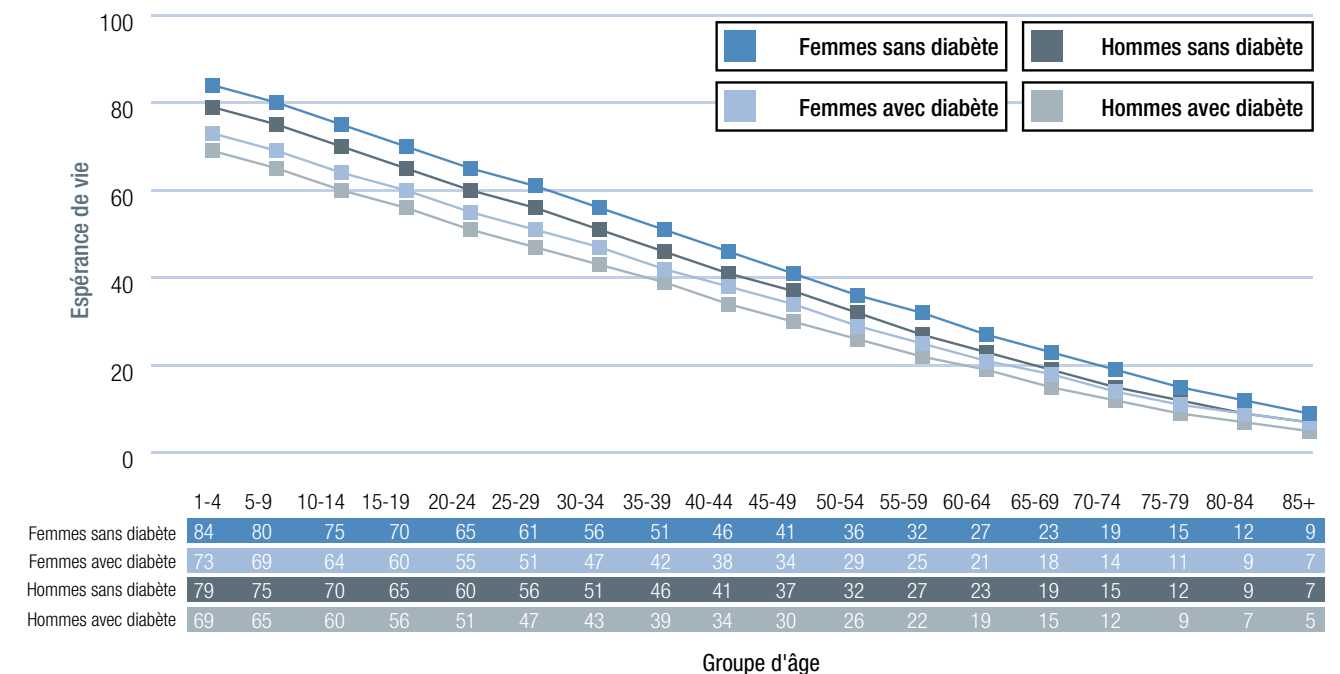


Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
[^]Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
[‡]L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de ratio réel 19 fois sur 20.

Espérance de vie chez les personnes atteintes de diabète

- Le diabète réduit l'espérance de vie des personnes de tous les âges. Par exemple, en 2005-2006, les hommes et les femmes âgés de 25 à 39 ans et atteints du diabète avaient une espérance de vie réduite d'environ 8 ans par rapport à celle des individus du même âge ne souffrant pas de la maladie (Figure 10).
- Comparativement aux jeunes du même âge qui n'avaient pas la maladie, les garçons et les filles (1 à 19 ans) atteints de diabète avaient une espérance de vie réduite de 10 à 11 ans en 2005-2006 (Figure 10).

Figure 10. Espérance de vie chez les femmes et les hommes atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge, Canada*, 2003-2004 to 2005-2006



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
 *Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.

Utilisation des services de santé

Le nombre de visites chez le médecin (médecins de famille et spécialistes) et la durée d'hospitalisation (jours) sont deux mesures qui permettent d'évaluer l'utilisation des services de santé.

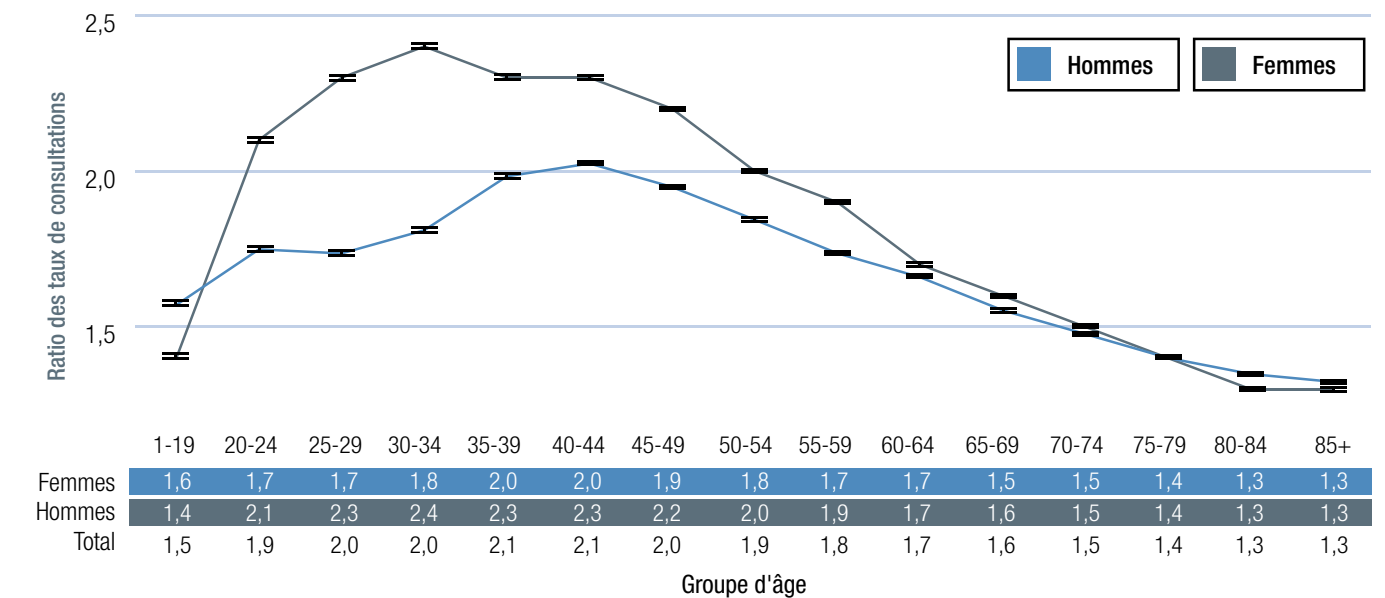
Adultes âgés de 20 ans et plus

- Comparativement aux individus qui ne sont pas atteints de la maladie, les jeunes adultes (20 à 49 ans) atteints de diabète ont consulté environ 2 fois plus souvent un médecin de famille (Figure 11) et 2 à 3 fois plus souvent un spécialiste en 2005-2006 (Figure 12). Même chez les groupes les plus âgés, les individus atteints du diabète ont consulté un médecin environ 1,5 fois plus souvent que les individus ne souffrant pas de diabète.
- Au cours de l'année 2005-2006, les adultes atteints de diabète ont passé plus de jours à l'hôpital que les individus ne souffrant pas de la maladie. Dans le cas des adultes diabétiques, âgés de 20 à 29 ans et de 35 à 54 ans, qui ont été hospitalisés, la durée de séjour à l'hôpital était 4 à 6 fois plus élevée que celle des individus non diabétiques. Chez les personnes âgées de plus de 54 ans, le ratio des jours d'hospitalisation comparant les individus atteints de diabète et ceux qui ne l'étaient pas variait de 2 à 3 (Figure 13).

Enfants et adolescents âgés de 1 à 19 ans

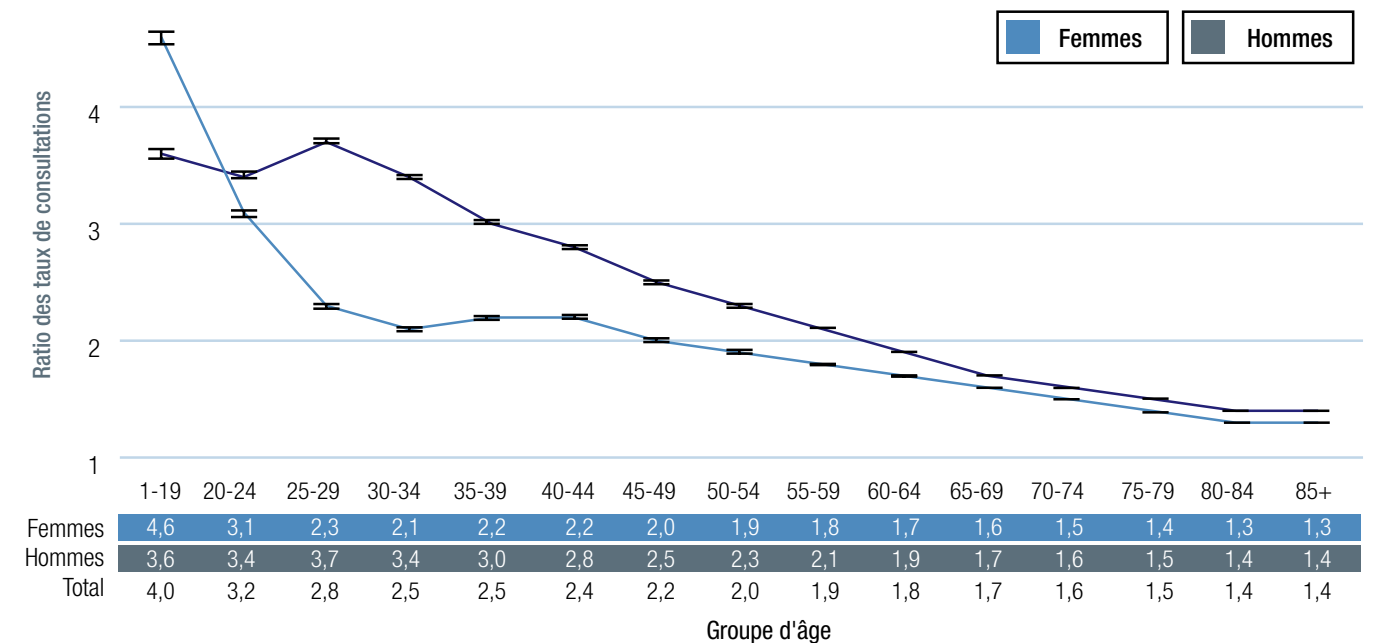
- Comparativement aux jeunes du même âge qui ne sont pas atteints de la maladie, les enfants et les adolescents diabétiques ont consulté environ 1,5 fois plus souvent un médecin de famille (Figure 11) et 4 fois plus souvent un spécialiste (Figure 12) en 2005-2006.
- Au cours de l'année 2005-2006, chez les enfants et les adolescents atteints de diabète (1 à 19 ans), le nombre de jours d'hospitalisation était 8 à 11 fois plus élevé que chez les jeunes ne souffrant pas de la maladie (Figure 13).

Figure 11. Ratios des taux de consultations auprès de médecins de famille chez les individus âgés d'un an et plus atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada[^], 2005-2006



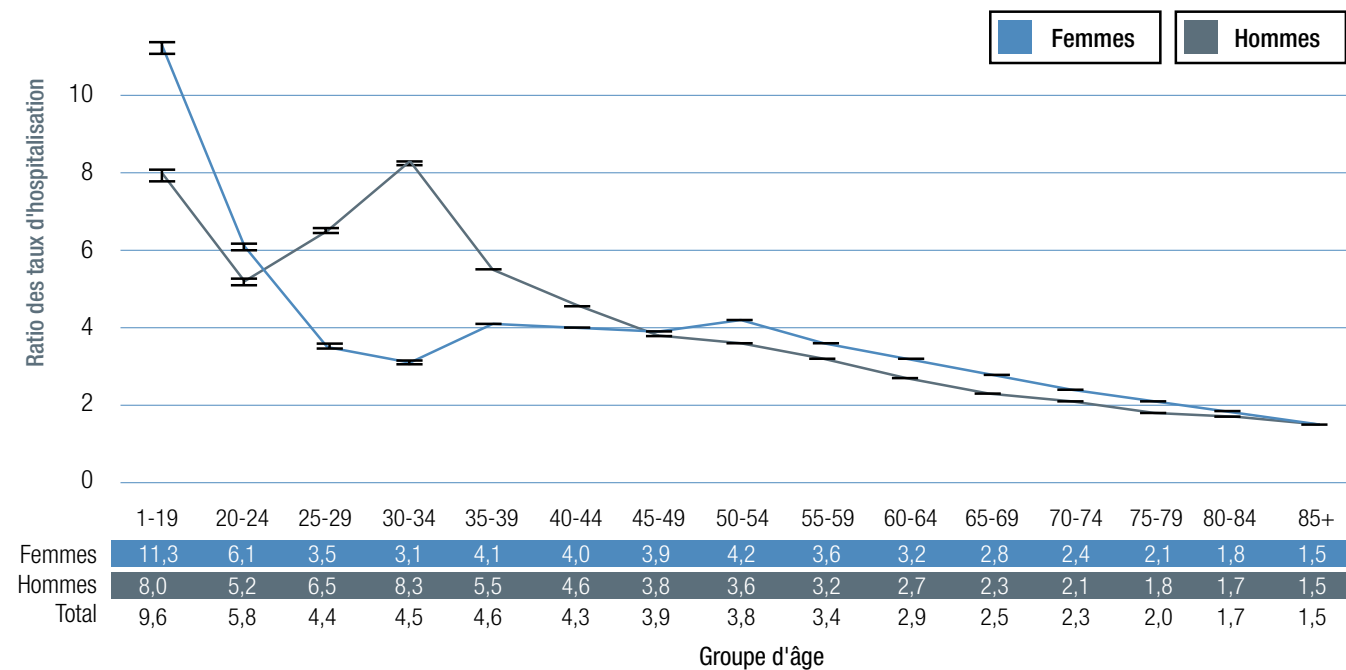
Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
[^]L'analyse n'inclut pas les données du Québec; les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
[‡]L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de ratio réel 19 fois sur 20.

Figure 12. Ratios des taux de consultations auprès de spécialistes chez les individus âgés d'un an et plus, atteints ou non de diabète, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada[^], 2005-2006



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
[^]L'analyse n'inclut pas les données du Québec; les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
[‡]L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de ratio 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 et le sexe, Canada[^], 2005-2006



Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en août 2008
[^]L'analyse n'inclut pas les données du Québec; les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.
[‡]L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de ratio réel 19 fois sur 20.

Autres problèmes de santé¹⁰

Actuellement, le SNSD produit des statistiques sur huit problèmes de santé qui sont la cause d'hospitalisations courantes chez les individus atteints de diabète. Il s'agit de la néphropathie chronique, de l'amputation d'un membre inférieur ainsi que des maladies cardiovasculaires dont l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, la crise cardiaque et l'accident vasculaire cérébral.

Adultes âgés de 20 ans et plus

- En 2005-2006, les maladies cardiovasculaires représentaient le problème de santé le plus fréquent chez les individus atteints de diabète et hospitalisés (environ 9 %) (Tableau 3).
- Comparativement aux adultes qui n'étaient pas atteints de la maladie, les adultes (20 ans et plus) diabétiques étaient hospitalisés¹¹ (Table 3) :
 - 23 fois plus souvent pour une amputation d'un membre inférieur;
 - 7 fois plus souvent pour une néphropathie chronique;
 - 3 fois plus souvent pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires;
 - 4 fois plus souvent pour de l'hypertension, de l'insuffisance cardiaque,
 - 3 fois plus souvent pour une crise cardiaque, une cardiopathie ischémique et un accident vasculaire cérébral.

Tableau 3. Nombres et proportions d'individus diabétiques hospitalisés pour certaines affections comorbides*
 Ratios des taux ** d'hospitalisations comparant les individus atteints ou non de diabète
 Femmes et hommes âgés de 20 ans et plus, Canada[^], 2005-2006

Affections comorbides*	Hospitalisations liées aux affections comorbides chez les individus diabétiques		Ratio des taux d'hospitalisations
	Nombre	Pourcentages	
Maladies cardiovasculaires***	131 102	8,8%	3,1
Hypertension	72 845	4,9%	3,9
Cardiopathie ischémique	57 726	3,9%	3,3
Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)	19 847	1,3%	3,2
Insuffisance cardiaque	35 343	2,4%	3,7
Accident vasculaire cérébral (maladie cérébrovasculaire)	16 553	1,1%	2,7
Néphropathie chronique	26 120	1,7%	7,1
Amputations d'un membre inférieur****	2 657	0,2%	23,0
Nombre total d'individus atteints de diabète	1 495 676		

Source : Agence de la santé publique du Canada, fichiers de données du SNSD fournis par les provinces et les territoires en septembre 2008

*Les affections comorbides spécifiques étaient les suivantes : maladies cardiovasculaires, hypertension, cardiopathie ischémique, infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque, maladie cérébrovasculaire, néphropathie chronique, et amputations d'un membre inférieur. Les individus ayant été hospitalisés une ou plusieurs fois pour des raisons de comorbidité ne sont comptés qu'une seule fois dans chaque catégorie.

**Ratios des taux ajustés selon l'âge. Les taux sont ajustés selon la structure par âge de la population canadienne de 1991.

[^] L'analyse n'inclut pas les données du Québec; les données du Nunavut n'étaient pas disponibles.

*** Un individu atteint de diabète est compté seulement une fois dans le cas d'une ou de plusieurs hospitalisations classées dans la catégorie des maladies cardiovasculaires (hypertension, cardiopathie ischémique, infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque ou maladie cérébrovasculaire).

****Les amputations d'un membre inférieur causées par des traumatismes ou un cancer ne sont pas comprises.

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 amorcé avec différentes communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, en vue de produire des 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;
- étudier la possibilité d'utiliser la 10^e version de la Classification internationale des maladies (CIM-10-CA) afin de distinguer les différents types de diabète dans les données des hospitalisations et les données pharmaceutiques;
- adopter une approche systématique, commune à l'ensemble des provinces et des territoires, pour évaluer, améliorer et documenter la qualité des données.

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, 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
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
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
Programme de soins du diabète du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario - Ministère de la Promotion de la santé
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard
Agence de la santé publique du Canada
Santé Saskatchewan
Statistique Canada

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

Gillian Booth, Hôpital St. Michael, 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 canadiens de recherche en santé
Jeffrey Johnson, École de la santé publique, Université de l'Alberta
Isabelle Larocque, Institut national de santé publique du Québec
Marty Pearce et Kara McDonald, conseillers auprès du ministère de la Vie saine et du Sport, Colombie-Britannique
Rolf Puchtinger, Direction des maladies chroniques, Santé et Vie saine Manitoba
Indra Pulcins, Institut canadien d'information sur la santé
Kim Reimer, Prévention et promotion de la santé, Ministère de la Vie saine et du Sport, Colombie-Britannique
Mark Smith, Université de Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Baiju Shah/Shazhan Ahmed, Institut de recherche en services de santé (Ontario)
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

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 de l'Alberta
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, Institut de recherche en services de santé
Pat McCrea, ministère de la Vie saine et du Sport (Colombie-Britannique)
Robin Read, Programme du soin 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 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
Rowena Tervo, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
Paul Tchouaffi, ministère de la Santé et des Services sociaux, Information et recherche sur la santé, Iqaluit, (Nunavut)

Récemment constitué, le comité consultatif sur la surveillance du diabète est présidé par l'Association canadienne du diabète. Il conseille l'ASPC en matière de surveillance du diabète au Canada.

Références

- 1 La prévalence représente la proportion d'individus atteints du diabète à un moment donné au cours de la période d'observation.
- 2 Pour en savoir davantage sur la méthode d'ajustement selon l'âge citée dans le présent rapport, consultez le site Web www.snsd.gc.ca.
- 3 Les données du Nunavut n'étaient pas disponibles en 2008. Elles ne sont donc pas incluses dans le présent rapport.
- 4 Pour le reste du rapport, le diabète fait référence à la définition de cas utilisée par le SNSD pour identifier les individus qui ont reçu un diagnostic de diabète.
- 5 La prévalence représente la proportion d'individus atteints du diabète à un moment donné au cours de la période d'observation.
- 6 Pour en savoir davantage sur la méthode d'ajustement selon l'âge citée dans le présent rapport, consultez le site Web www.snsd.gc.ca.
- 7 Ces statistiques ont été établies à partir de projections de populations provenant de Statistique Canada et de l'hypothèse selon laquelle l'incidence établie par le SNSD et les taux de mortalité demeurent constants dans le temps.
- 8 L'incidence représente la proportion d'individus nouvellement diagnostiqués avec le diabète au cours de l'année.
- 9 Taux ajustés selon l'âge.
- 10 Ces problèmes de santé réfèrent à certaines affections comorbides enregistrées au cours des hospitalisations. Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée par le SNSD, consultez le site Web www.snsd.gc.ca.
- 11 Ratios des taux selon le groupe d'âge.

Évaluation et bon de commande

Veillez nous aider à améliorer la présente publication. Vos commentaires sur le contenu de ce rapport serviront à préparer les éditions futures. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire et de nous le retourner, d'ici le 8 mai 2009.

Notre adresse postale est : 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

- 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, qu'est-ce qui n'a pas été utile?** _____

- 4) **Donnez des suggestions pour l'amélioration du rapport** _____

- 5) **Raison de l'intérêt pour le rapport (veuillez cocher toutes les cases pertinentes)**
 Épidémiologiste Décideur Administrateur de la santé/Enseignement Membre du public
 Médias Membre d'une organisation non gouvernementale Membre d'un organisme gouvernemental
 Chercheur Étudiant Professionnel de la santé Autre

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

Nom : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province/Territoire/État : _____ Code postal : _____