

La santé recherchée

Bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière

Volume 7 Numéro 1

Juin 2008



Le diabète sur la Côte-Nord 1999-2000 à 2004-2005

Présentation

Ce bulletin de « La santé recherchée » constitue le premier numéro¹ consacré au diabète sur la Côte-Nord. Nous y examinons la prévalence de la maladie au cours de la période 1999-2000 à 2004-2005, et ce, pour l'ensemble de la région et pour chacun des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Des comparaisons sont également faites avec la situation qui prévaut au Québec.

Introduction

Le diabète est une maladie chronique grave qui se caractérise par une concentration élevée de sucre dans le sang [17]. Cette maladie résulte de l'incapacité totale ou presque du corps de produire de l'insuline (type 1) ou d'utiliser adéquatement celle que le pancréas sécrète (type 2) [8,17,20,24]. L'insuline est une hormone dont la fonction consiste à convertir le glucose en énergie [24]. Si l'insuline est totalement absente ou fonctionne mal, le glucose demeure dans la circulation sanguine au lieu de pénétrer dans les cellules de l'organisme pour y être utilisé comme carburant [19]. Règle générale, on estime que 90 % des personnes diabétiques ont un diabète de type 2 et 10 % ont celui de type 1 [24]. Le diabète gestationnel (présent dans environ 4 % des grossesses) n'est pas considéré ici dans le calcul des taux de prévalence, car il disparaît habituellement après l'accouchement. Cependant, il est reconnu que les femmes ayant eu un diabète de grossesse courrent davantage de risques de souffrir ultérieurement de diabète de type 2 [17].

Le diabète de type 1 est généralement diagnostiqué chez les enfants et les jeunes adultes. Ses causes exactes sont mal connues, mais des recherches pointent vers le système immunitaire de l'organisme qui attaquerait et détruirait les cellules bêta du pancréas qui produisent l'insuline [19]. La génétique aurait aussi une part de responsabilité, car les antécédents familiaux accroissent le risque de développer la maladie. On ne connaît pas actuellement de facteurs de risque modifiables au diabète de type 1 [1].

Le diabète comporte son lot de complications. « Une glycémie toujours élevée peut causer des dommages à long terme et provoquer la dysfonction et la défaillance de divers organes comme les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins. Les complications qui touchent ces organes peuvent entraîner la mort » [24]. En moyenne, les diabétiques souffriraient également de 2,5 autres pathologies. Après 15 ans, on dénombrerait, en moyenne, quatre autres pathologies chez ces personnes [7]. Selon le Conseil canadien de la santé, les trois quarts des diabétiques sont atteints d'autres maladies chroniques [6].

1. Dans un bulletin ultérieur, nous aborderons les décès dus au diabète pour la période 2000-2003 ainsi que les hospitalisations liées à cette maladie pour les années 2003-2004 à 2005-2006.



Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les personnes qui font de l'embonpoint, qui sont obèses et chez les individus sédentaires [1,9]. Le risque s'accroît en fonction de l'importance du surplus de poids, de la durée de l'obésité et de l'accumulation de graisse abdominale [3,16,24]. Les personnes appartenant à certains groupes ethniques ou ethnoculturels (origines hispaniques, asiatiques, africaines, autochtones) seraient davantage prédisposées à développer la maladie [1,2,9]. Cette susceptibilité plus grande à voir émerger le diabète s'exprimerait surtout à la suite de changements dans les habitudes de vie, ce que certains appellent « l'occidentalisation » des modes de vie [10]. Par ailleurs, certaines habitudes comme le tabagisme peuvent aussi amener des complications du diabète [24]. En effet, le tabagisme augmente les risques de maladies cardiovasculaires, risques qui s'avèrent déjà plus élevés chez les personnes diabétiques [14].

La littérature sur le diabète fait également ressortir que les inégalités socioéconomiques constituent un facteur de risque du diabète. En d'autres termes, les personnes à faible revenu courent davantage de risque de développer la maladie [6,22-24]. Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par la présence plus marquée d'autres facteurs de risque au sein de ces populations (sédentarité, tabagisme, moins bonnes habitudes alimentaires, etc.). Les données disponibles pour la Côte-Nord ne nous permettent toutefois pas d'étudier la prévalence du diabète en fonction du statut socioéconomique.

Méthode

La prévalence du diabète a été calculée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La méthodologie utilisée par l'INSPQ pour dénombrer le nombre de personnes diabétiques repose sur le jumelage de trois fichiers médico-administratifs : le fichier d'inscription des personnes assurées (Régie de l'assurance-maladie du Québec), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ) ainsi que le fichier des admissions hospitalières en soins de courte durée MED-ECHO (ministère de la Santé et des Services sociaux).

Le code 250 de la neuvième classification internationale des maladies (CIM-9) sert à identifier les patients diabétiques. Pour être considérée comme diabétique, une personne doit avoir :

- deux diagnostics de diabète inscrits au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, à l'intérieur d'une période de deux ans; OU
- un diagnostic de diabète inscrit parmi les diagnostics principaux ou secondaires au fichier des admissions hospitalières; OU
- un diagnostic de diabète inscrit au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, suivi d'une hospitalisation avec le même diagnostic, à l'intérieur d'une période de deux ans.

Les tableaux accompagnant ce texte présentent deux mesures de la prévalence du diabète. En premier lieu, nous incluons la proportion brute. Elle a l'avantage de fournir une indication du fardeau réel de la maladie au sein de la population nord-côtierre. La seconde proportion se rapporte à une prévalence ajustée ou standardisée².

Il convient de garder à l'esprit que les données tirées des fichiers administratifs sous-estiment la prévalence réelle du diabète. En effet, les consultations de personnes diabétiques auprès de médecins payés à forfait ou à salaire ne sont pas incluses au fichier des services rémunérés à l'acte. En outre, certaines études mentionnent que le tiers de tous les cas de diabète existant au sein de la population canadienne et québécoise ne seraient pas diagnostiqués [1,13,19,21,24].

2. La standardisation permet de réduire au minimum les effets des différences dans les structures d'âge des populations des territoires de la région nord-côtierre et celle du Québec. Toute comparaison entre la Côte-Nord ou l'un de ses territoires et les résultats du Québec doit par conséquent se baser uniquement sur la prévalence ajustée. **Cependant, lorsqu'il est question de la prévalence selon les trois grands groupes d'âge, il s'agit d'une proportion brute.** L'INSPQ a procédé aux ajustements des prévalences brutes selon la structure d'âge (sexes réunis) de la population corrigée du Québec en 2001, en suivant la méthode de standardisation directe. Dans le cas de la Côte-Nord, afin de minimiser les écarts entre les mesures brutes et standardisées, l'INSPQ s'est servi de trois grands groupes d'âge (20-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus) plutôt que des groupes d'âge quinquennaux (20-24, 25-29, 30-34..., 85 et plus).



Résultats

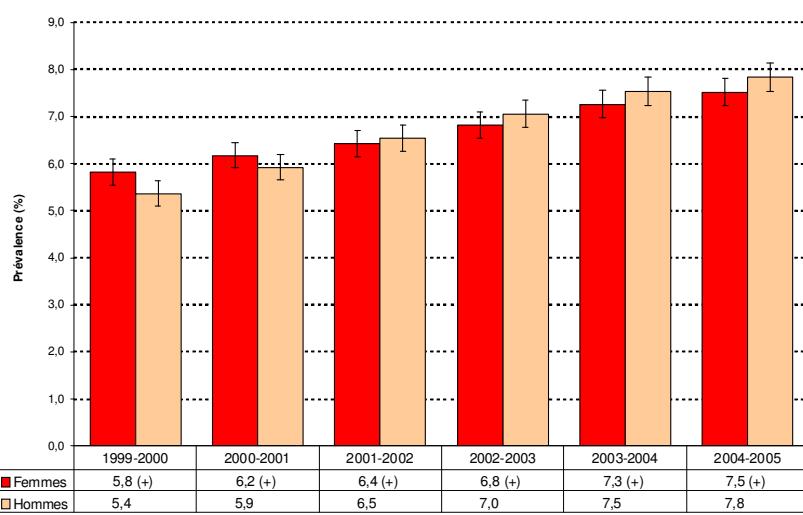
Prévalence du diabète chez les 20 ans et plus

En 2004-2005, la proportion ajustée du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 20 ans et plus sur la Côte-Nord se situe à 7,7 %, soit une valeur significativement supérieure à celle du Québec (6,5 %). Cette prévalence correspond à environ 5 400 personnes du même groupe d'âge. En 1999-2000, sur la Côte-Nord, la prévalence se chiffrait à 5,6 % comparativement à 5 % au Québec (tableau A1 en annexe).

Cette augmentation de la prévalence standardisée du diabète depuis 1999-2000 s'observe chez les femmes et chez les hommes, et ce, autant sur la Côte-Nord qu'au Québec. La prévalence ajustée de cette maladie chez les hommes nord-côtiers est passée de 5,4 % à 7,8 % (de 5,8 % à 7,5 % chez les femmes) durant la période 1999-2000 à 2004-2005. La croissance de la prévalence ajustée du diabète sur la Côte-Nord se révèle statistiquement significative pour les hommes et pour les femmes (figure 1).

Figure 1

Prévalence ajustée¹ du diabète diagnostiqué, selon le sexe, au sein de la population nord-côtierâgée de 20 ans et plus,
1999-2000 à 2004-2005



Source : Surveillance du diabète, INSPQ (2008)

1. Ajustée selon le structure d'âge, sexes réunis, de la population corrigée du Québec de 2001.

‡ L'intervalle de confiance à 95 % délimite une étendue de valeurs

susceptible d'inclure le taux de prévalence réel, et ce, 19 fois sur 20.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle des femmes du Québec (figure 2)

Au Québec, la prévalence ajustée du diabète au sein de la population masculine s'établit à 7,5 % en 2004-2005 en regard de 5,7 % en 1999-2000 (figure 2; tableau A2 en annexe). L'augmentation de la prévalence du diabète chez les femmes québécoises au cours de la même période s'avère un peu plus faible (de 4,4 % à 5,7 %).

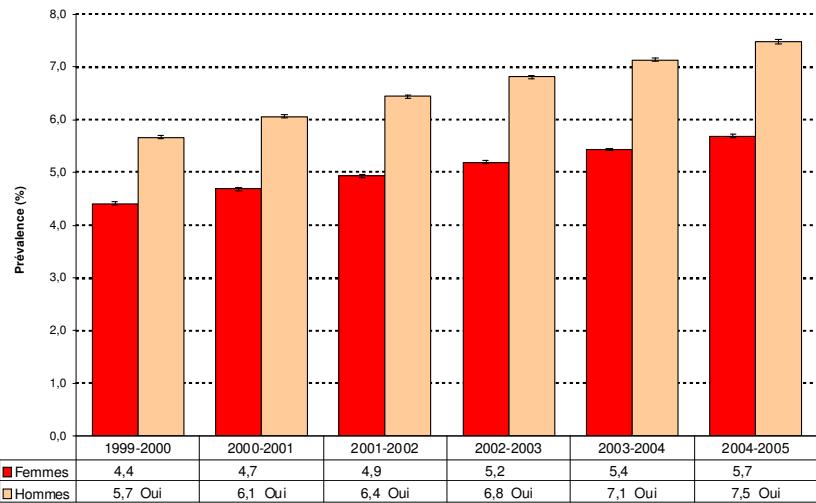
La figure 2 illustre que les hommes québécois connaissent une prévalence ajustée du diabète statistiquement supérieure à celle observée chez les femmes du Québec. En revanche, au plan statistique, les hommes nord-côtiers ne se démarquent pas des femmes de la région; les écarts constatés dans la prévalence ajustée du diabète entre les sexes demeurent insuffisants pour être significatifs³. En fait, on remarque même que, durant les années 1999-2000 et 2000-2001, les femmes tendent à être davantage touchées que les hommes par le diabète (figure 1 et tableau A2). Cette tendance s'inverse à partir de 2001-2002.

3. À la figure 1, pour chacune des années, on peut remarquer un chevauchement des intervalles de confiance associés aux estimations de la prévalence ajustée du diabète chez les hommes et les femmes (ces intervalles sont délimités par la barre d'erreur ‡). L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux de prévalence réel, et ce, 19 fois sur 20. Sans trop entrer dans des détails techniques, la comparaison des intervalles de confiance s'avère une méthode quelque peu conservatrice pour comparer deux mesures. Il peut arriver qu'une différence soit significative lorsque les intervalles se juxtaposent par leurs extrémités. La détecter requiert alors l'utilisation des formules mathématiques appropriées. Dans le cas présent, le recours à ces formules n'aurait rien changé aux constats dégagés. Il en est de même dans le cas des autres figures apparaissant dans ce texte.



Figure 2

Prévalence ajustée¹ du diabète diagnostiqué, selon le sexe, au sein de la population québécoise âgée de 20 ans et plus, 1999-2000 à 2004-2005



Source : Surveillance du diabète, INSPQ (2008)

1. Ajustée selon la structure d'âge, sexes réunis, de la population corrigée du Québec de 2001.

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

Oui : Valeur significativement plus élevée que celle des femmes.

Au Québec, comme au Canada, on compte un peu plus d'hommes que de femmes parmi les personnes diabétiques (données non présentées). Par contre, sur la Côte-Nord, au cours des années 1999-2000 et 2000-2001, tous âges confondus, les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à souffrir du diabète. C'est à partir de 2001-2002 que le nombre d'hommes aux prises avec cette maladie dépasse celui des femmes (tableau A3 et tableau 1). Ce constat diffère toutefois lorsqu'on poursuit l'analyse en fonction des groupes d'âge, comme nous le verrons dans un instant.

Prévalence du diabète selon l'âge et le sexe

La prévalence du diabète augmente avec l'âge. Ainsi, en 2004-2005, la proportion de résidents nord-côtiers diagnostiqués comme diabétiques est de 2 % chez les personnes de 20 à 44 ans, comparativement à 8,5 % pour les individus de 45 à 64 ans et à 22,2 % pour les personnes de 65 ans et plus (tableau A3). Ce phénomène s'observe tant chez les hommes que chez les femmes.

Contrairement à l'ensemble de la province, les personnes de 65 ans et plus représentent moins de 50 % des personnes diabétiques adultes. En revanche, depuis 2000-2001, on note sur la Côte-Nord une hausse de la proportion des 65 ans et plus sur le total des personnes diabétiques (de 39,4 % à 43,1 %). Au Québec, cette proportion demeure stable autour de 51 % durant la même période (données non présentées).

Par ailleurs, en termes relatifs, le nombre de personnes diabétiques âgées de 65 ans et plus au Québec s'est accru à peu près dans les mêmes proportions que celui enregistré chez les 20 à 64 ans (environ 46 % et 48 % respectivement) (données non présentées). Sur la Côte-Nord, ce nombre est passé de 1 422 à 2 333 au cours des années 1999-2000 à 2004-2005 pour les personnes de 65 ans et plus (+ 64 %). Pendant ce temps, les 20 à 64 ans ont vu le nombre d'individus diabétiques passer de 2 186 à 3 084 (+ 41,1 %).

En poursuivant l'analyse de la distribution par groupes d'âge de l'ensemble des personnes diabétiques, on s'aperçoit que le pourcentage moyen de la classe des 20 à 44 ans se révèle plus grande sur la Côte-Nord qu'au Québec (14,8 % c. 9,4 %). Or, dans la population en général âgée de 20 ans et plus, la part des 20 à 44 ans sur la Côte-Nord (51 %) est similaire à celle du Québec (49 %). Les adultes d'âge mûr, soit les 45 à 64 ans, constituent environ 44 % des résidents nord-côtiers atteints de diabète, comparativement à 39 % dans le cas du Québec. Dans la population en général, durant toute la période retenue dans cette étude, 36 % de la population nord-côtier âgée de 20 ans et plus se retrouve dans la catégorie des 45 à 64 ans. Au Québec, cette proportion se chiffre à 34 % en moyenne (données non présentées).



Tous âges confondus, le nombre d'hommes diabétiques dépasse légèrement celui des femmes depuis 2001-2002 comme nous venons de le voir. Cependant, une analyse plus fine des données du tableau A3 (en annexe), selon le groupe d'âge, permet de nuancer cette affirmation. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 1. Celui-ci présente la répartition, en pourcentage, des personnes diabétiques en fonction du sexe et du groupe d'âge.

Tableau 1

**Répartition (%) des personnes diabétiques selon le sexe par groupe d'âge,
Côte-Nord, 1999-2000 à 2004-2005**

Années	20 à 44 ans		45 à 64 ans		65 ans et +		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1999-2000	46,8	53,2	53,1	46,9	43,7	56,3	48,4	51,6
2000-2001	45,8	54,2	53,9	46,1	45,0	55,0	49,0	51,0
2001-2002	46,6	53,4	54,7	45,3	47,1	52,9	50,4	49,6
2002-2003	47,4	52,6	54,8	45,2	47,7	52,3	50,8	49,2
2003-2004	46,4	53,6	55,3	44,7	47,9	52,1	50,9	49,1
2004-2005	46,4	53,6	55,2	44,8	48,1	51,9	51,0	49,0

Source : Surveillance du diabète (Institut national de santé publique du Québec), 2008

Il en ressort nettement que les femmes représentent la majorité des personnes diabétiques de la Côte-Nord chez les 20 à 44 ans, et ce, durant toutes les années de la période. La proportion de femmes parmi les personnes diabétiques âgées de 20 à 44 ans demeure relativement stable autour de 53 % à 54 % depuis 1999-2000. Les femmes comptent aussi plus de la moitié des individus diabétiques chez les 65 ans et plus. Cependant, le pourcentage de femmes diminue constamment depuis 1999-2000 au sein de ce groupe d'âge. Celui-ci est en effet passé de 56,3 % à 51,9 %.

Au Québec, les hommes constituent la majorité des personnes diabétiques de 20 ans et plus; leur proportion varie de 51,1 % à 52,1 % durant les années 1999-2000 à 2004-2005. La perspective change lorsqu'on considère les groupes d'âge. En effet, on retrouve une majorité de femmes chez les diabétiques de 65 ans et plus (54,1 % en 1999-2000 et 52,5 % en 2004-2005). La proportion d'hommes n'excède que très légèrement celle des femmes chez les 20 à 44 ans pour chacune des années de la période (écart maximal de 1,6 %; écart minimal de 0,6 %). Par contre, la situation s'avère tout à fait particulière au sein du groupe des 45 à 64 ans. À chaque année, la proportion d'hommes parmi les individus diabétiques de ce groupe d'âge ne descend jamais en-dessous de 58 %. Cette proportion demeure stable entre 58 % et 59 % (données non présentées).

Prévalence du diabète au sein des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) de la Côte-Nord

Pour l'examen de la prévalence ajustée du diabète diagnostiqué au sein de la population âgée de 20 ans et plus résidant dans les territoires de réseaux locaux, deux années ont été retenues : 1999-2000 et 2004-2005. La figure 3 illustre les résultats obtenus.

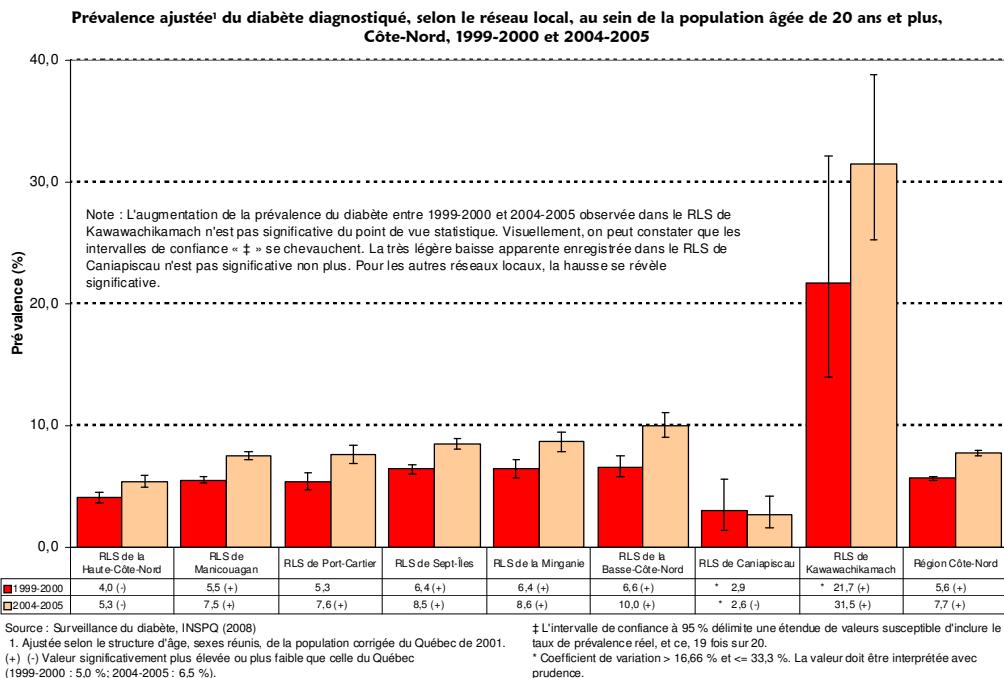
Au regard des réseaux locaux, la prévalence ajustée du diabète, observée en 2004-2005, varie de 2,6 % à 31,5 %. Au sein de la communauté naskapie, pratiquement un adulte de 20 ans et plus sur trois serait touché par le diabète, comparativement à environ un sur cinq (21,7 %) en 1999-2000.

La figure 3 démontre que cette prévalence a augmenté de façon significative dans tous les réseaux locaux entre 1999-2000 et 2004-2005, sauf dans les RLS de Kawawachikamach et de Caniapiscau. Dans le RLS de Kawawachikamach, malgré l'importance apparente de la hausse de la prévalence (de 21,7 % à 31,5 %), celle-ci n'est pas significative. On peut s'en rendre compte immédiatement par le fait que les intervalles de confiance (délimités par la marque « † ») se recoupent. En ce qui concerne le RLS de Caniapiscau, la prévalence enregistrée en 2004-2005 est demeurée à peu près la même que celle de 1999-2000. Pour 2004-2005, le RLS de Caniapiscau (2,6 %) et celui de la Haute-Côte-Nord (5,3 %) affichent une prévalence du diabète significativement plus faible que le taux québécois (6,5 %). En 1999-2000, la prévalence ajustée du diabète était également plus faible dans le RLS de la Haute-Côte-Nord qu'au Québec (4,0 % c. 5,0 %). Tous les autres territoires de réseaux locaux connaissent une prévalence du diabète plus élevée que le Québec en 1999-2000 et en 2004-2005, sauf



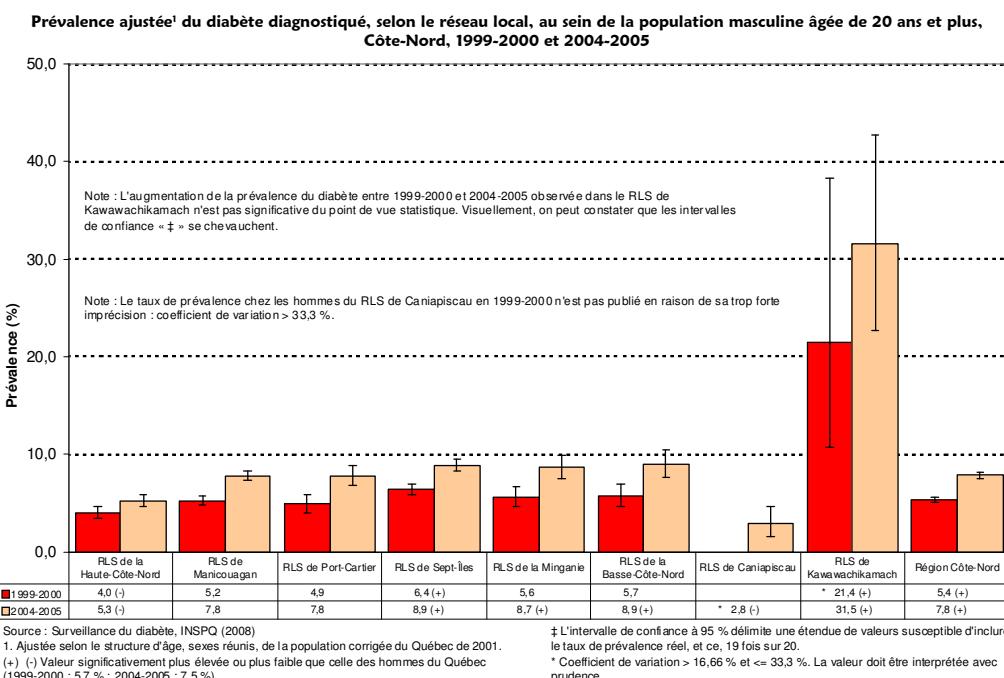
dans le cas du RLS de Port-Cartier où la prévalence de la maladie en 1999-2000 se compare statistiquement à celle du Québec (5,3 % c. 5,0 %).

Figure 3



L'augmentation de la prévalence du diabète chez les hommes durant la même période s'avère significative dans tous les réseaux locaux, exception faite de Kawawachikamach (figure 4). Dans ce RLS, l'écart constaté ne se révèle pas significatif. En revanche, on peut certes parler d'une tendance à la hausse (de 21,4 % à 31,5 %). Concernant le RLS de Caniapiscau, il s'avère impossible de statuer à propos d'un changement, car le taux de 1999 ne peut être publié en raison de sa forte imprécision (coefficient de variation > 33,3 %).

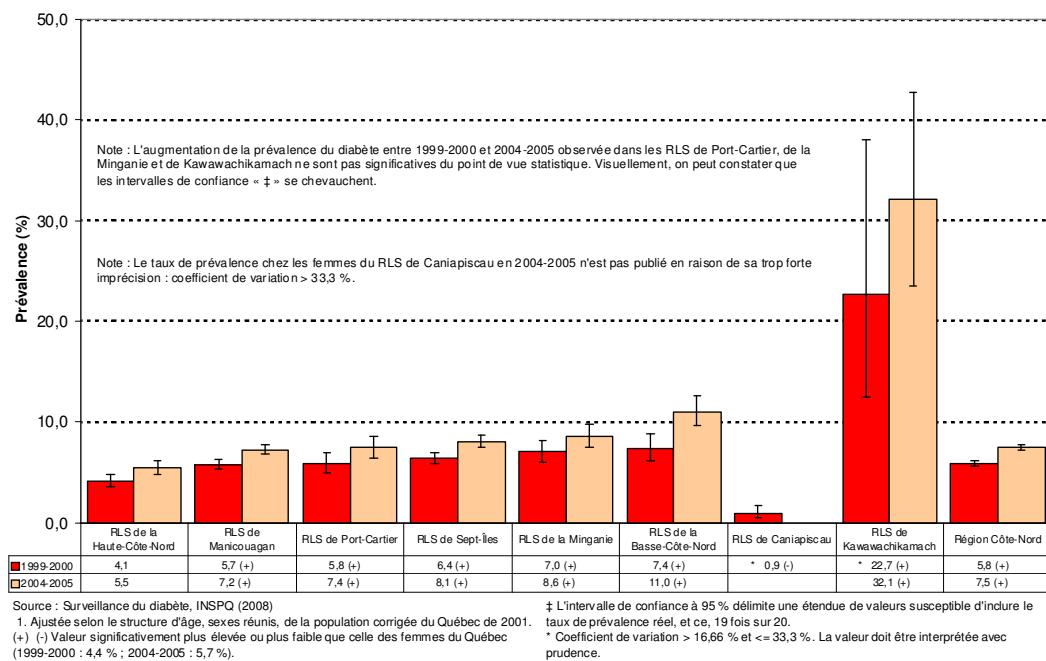
Figure 4



En 2004-2005, deux RLS voient leur population masculine de 20 ans et plus afficher un taux de prévalence du diabète diagnostiqué inférieur à celui des hommes québécois (7,5 %) : il s'agit des RLS de la Haute-Côte-Nord (5,3 %) et de Caniapiscau (2,8 %). Au cours de la même année, les taux de prévalence de la maladie chez les hommes des RLS de Manicouagan (7,8 %) et de Port-Cartier (7,8 %) demeurent comparables à celui des hommes du Québec. Dans les autres RLS, les hommes diabétiques sont proportionnellement plus nombreux que ceux du Québec.

Figure 5

Prévalence ajustée¹ du diabète diagnostiqué, selon le réseau local, au sein de la population féminine âgée de 20 ans et plus, Côte-Nord, 1999-2000 et 2004-2005



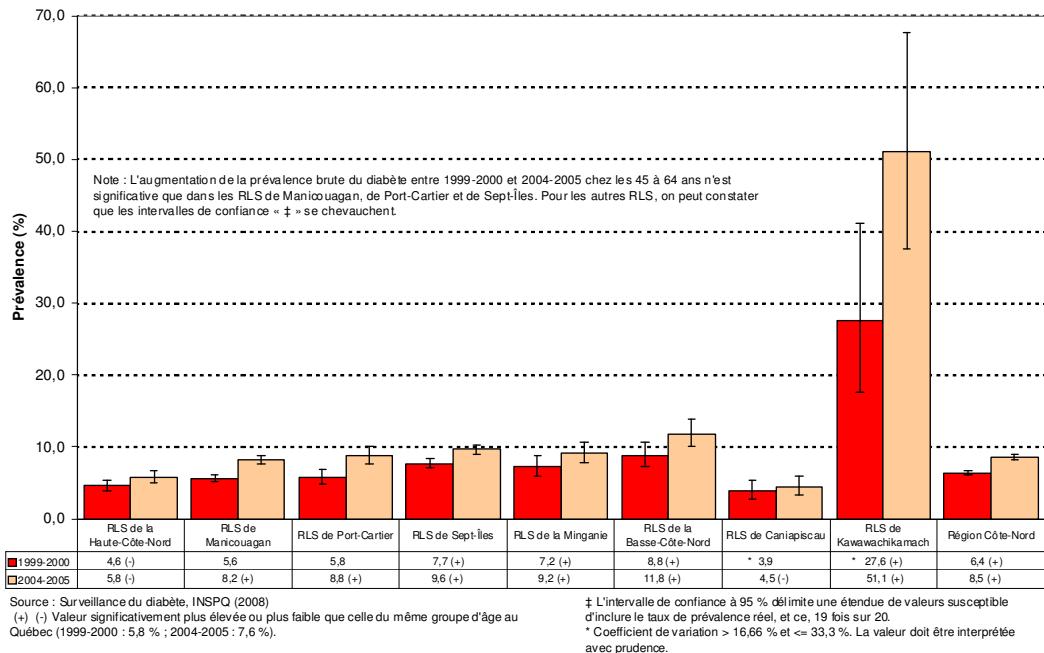
La prévalence du diabète diagnostiqué au sein de la population féminine des réseaux locaux nord-côtiers est représentée à la figure 5. La forte imprécision du taux observé chez les femmes du RLS de Caniapiscau en 2004-2005 nous empêche de le publier. Dans tous les autres réseaux locaux, hormis celui de la Haute-Côte-Nord, les femmes sont davantage touchées par le diabète en 2004-2005 que celles du Québec (5,7 %). La population féminine résidant sur le territoire du RLS de la Haute-Côte-Nord enregistre un taux de diabète (5,5 %) similaire à celui des femmes québécoises.

Les femmes de tous les réseaux locaux ont vu leur taux de prévalence du diabète s'élever significativement, exception faite de celles des RLS de Port-Cartier et de Kawawachikamach où les augmentations se révèlent insuffisantes pour conclure à une réelle différence. La croissance significative la plus substantielle se situe dans le RLS de la Basse-Côte-Nord (de 7,4 % à 11,0 %; le nombre de cas passant de 132 à 204).

Les figures 6 et 7 font état de l'évolution, par réseau local, de la prévalence brute du diabète au sein des groupes d'âge suivants : 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Dans tous les réseaux locaux, on peut observer une hausse significative ou une tendance à la hausse de la prévalence de la maladie entre 1999-2000 et 2004-2005 chez les individus âgés de 45 à 64 ans. La situation de Kawawachikamach à cet égard s'avère préoccupante. Alors que le nombre de personnes de la tranche d'âge 45-64 ans a augmenté d'environ 8 %, le nombre de personnes diabétiques a doublé (données non présentées); ce qui se traduit par une croissance de 85 % du taux de prévalence brute du diabète (de 27,6 % à 51,1 %).

Figure 6

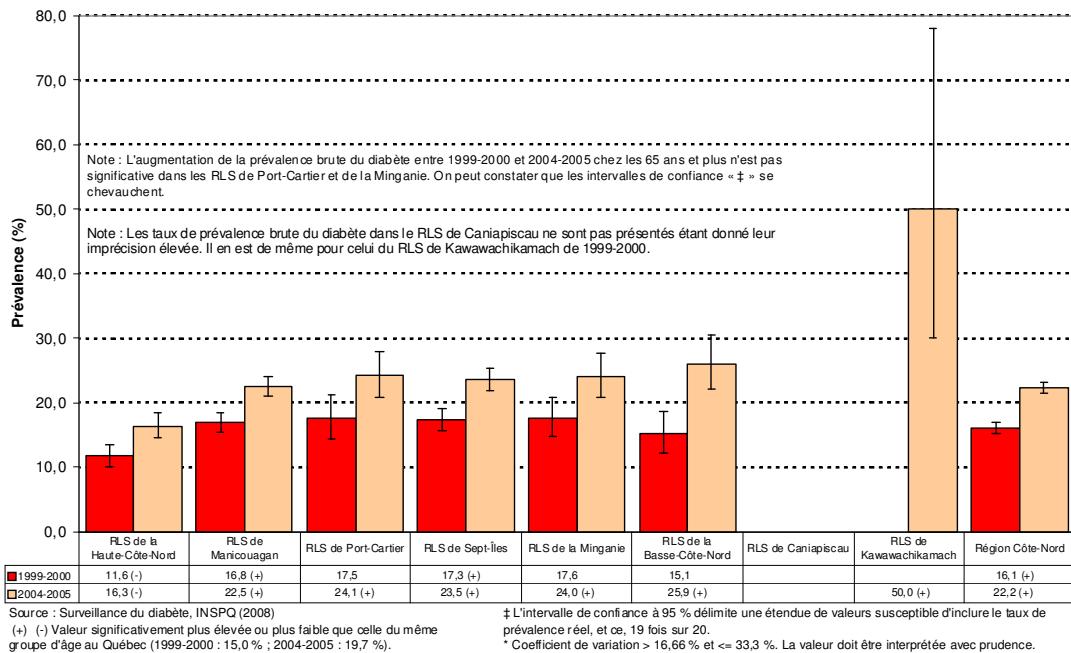
Prévalence brute du diabète diagnostiqué, selon le réseau local, au sein de la population âgée de 45 à 64 ans, Côte-Nord, 1999-2000 et 2004-2005



Chez les 65 ans et plus, la prévalence s'est accrue de façon significative à peu près partout durant la période étudiée, sauf dans le cas des RLS de Port-Cartier et de la Minganie, où l'augmentation s'avère insuffisante pour se révéler significative sur le plan statistique. Pour ces RLS, on peut toutefois affirmer que la tendance est à la hausse. On ne peut se prononcer dans les cas des RLS de Caniapiscau et de Kawawachikamach puisque certains taux ne peuvent être diffusés en raison de leur trop grande imprécision (figure 7).

Figure 7

Prévalence brute du diabète diagnostiqué, selon le réseau local, au sein de la population âgée de 65 ans et plus, Côte-Nord, 1999-2000 et 2004-2005



Conclusion

Le diabète constitue un problème de santé publique très important dont l'ampleur risque de s'accroître encore davantage à l'avenir, non seulement en raison du vieillissement de la population, mais aussi de la présence de certains des principaux facteurs de risque modifiables associés au diabète de type 2 : hausse des taux d'embonpoint et d'obésité ainsi que l'augmentation de la sédentarité [1].

À l'échelle mondiale, d'après certaines estimations, le nombre de personnes diabétiques, chez les adultes de 20 ans et plus, pourrait s'élever à 300 millions en 2025, comparativement à 135 millions en 1995. La grande part de l'augmentation (+ 170 %, soit de 84 à 228 millions) surviendrait dans les pays en voie de développement où, parallèlement, on établirait à 82 % la croissance prévue de la population adulte. La prévalence du diabète se chiffrerait à 4,9 % en 2025 en comparaison de 3,3 % en 1995 (+ 48 %). Globalement, pour les pays industrialisés (ceux d'Europe et d'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon), on prévoit une hausse de 42 % du nombre de personnes diabétiques (de 51 à 72 millions) en regard d'une croissance de 11 % des effectifs de la population adulte. La prévalence du diabète passerait ainsi de 6 % à 7,6 % (+ 27 %) [15].

L'Agence de santé publique du Canada parle du diabète comme d'une maladie « sociétale », puisque les facteurs de risque du diabète de type 2 sont, écrit-elle, « (...) profondément ancrés dans le tissu social des collectivités canadiennes ». Elle fait le constat qu'en dépit de tous les efforts investis dans la prévention de la maladie, les facteurs de risque de diabète et le nombre d'individus atteints ne cessent d'augmenter [1]. L'aspect « sociétal » de la maladie pourrait, en partie, s'appliquer dans les pays en voie de développement. En effet, des auteurs avancent l'hypothèse que le phénomène de « mondialisation » auquel on assiste depuis les 20 dernières années contribuerait à « uniformiser les modes de vie [basés] sur un modèle qui favorise l'accroissement de l'obésité et de la sédentarité » [10].

Nous avons vu que la région nord-côtière doit elle aussi composer avec une augmentation de la prévalence du diabète. Rappelons que le taux ajusté de prévalence du diabète, chez les individus de 20 ans et plus, a connu une hausse significative au cours de la période 1999-2000 à 2004-2005 (de 5,6 % à 7,7 %). Le Québec subit le même phénomène, quoique de façon moins marquée. Son taux ajusté de prévalence de la maladie est passé de 5 % à 6,5 % durant cette période.

Les constats dégagés au regard de la prévalence du diabète diagnostiqué au sein de la communauté naskapie concordent avec ceux relatifs à d'autres communautés autochtones du Canada et d'ailleurs dans le monde, lesquelles seraient aux prises avec des taux de prévalence du diabète de trois à cinq fois plus élevés que les populations non autochtones [1]. La prévalence élevée de la maladie dans les communautés autochtones n'est donc pas spécifique au Canada et au Québec [4]. Il s'agirait toutefois d'un phénomène plutôt récent puisqu'on le rencontrait très rarement avant les années 1950 [12].

Le diabète peut engendrer des complications graves. À long terme, on estime qu'une forte proportion des diabétiques devra faire face à au moins une de ces complications suivantes : maladies cardiovasculaires, maladies vasculaires cérébrales (accident vasculaire cérébral), néphropathie (y compris l'insuffisance rénale), problèmes pouvant conduire à l'amputation des membres inférieurs, rétinopathie (pouvant résulter en une cécité), etc. À titre d'exemple, on avance qu'à peu près toutes les personnes souffrant de diabète de type 1 et 60 % des diabétiques de type 2 présentent une rétinopathie de gravité variable après 20 ans de diabète [1]. Le diabète constitue d'ailleurs la première cause de cécité dans les pays industrialisés. Il est aussi considéré comme la première cause d'amputation non traumatique [5].

La maladie a aussi un impact important sur la qualité de vie de la personne en termes de contraintes qu'elle amène (obligation constante de surveiller l'apport alimentaire, de prendre des médicaments, de surveiller la glycémie, de planifier les activités quotidiennes pouvant influer sur le contrôle de la maladie, etc.) [1].

Des études ont démontré que l'on peut prévenir ou, à tout le moins, retarder l'apparition du diabète de type 2 en agissant sur des facteurs de risque modifiables comme la surcharge pondérale et la



sédentarité^[11,25]. En d'autres termes, une saine alimentation et l'activité physique régulière jouent un rôle positif pour prévenir l'apparition de la maladie chez les individus non atteints, ou encore, ses complications chez les personnes déjà atteintes.

De nombreuses voix se font entendre sur l'urgence d'agir sur ce problème de santé qui, affirment-elles, sera celui du XXI^e siècle. En 1999, le gouvernement fédéral canadien a lancé la « Stratégie canadienne sur le diabète ». Il devait y injecter 115 millions \$ sur cinq ans afin de mettre en place des stratégies de prévention reconnues efficaces pour prévenir ou contrôler la maladie. Le programme comporte aussi un volet s'adressant particulièrement aux Autochtones et aux Inuits et, enfin, un dernier volet visant à instaurer un système canadien de surveillance du diabète auquel le Québec participe, à l'instar des autres gouvernements provinciaux et territoriaux. Le système fédéral vise à permettre aux provinces et aux territoires de produire des données comparables. Parallèlement, l'Institut national de santé publique du Québec a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de développer un système de surveillance du diabète⁴.

Du côté du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux, il n'existe pas, à notre connaissance, de stratégie préventive ou de programmes concernant spécifiquement le problème du diabète de type 2. Néanmoins, cette maladie fait tout de même l'objet des préoccupations de la santé publique. En effet, le diabète partage des facteurs de risque modifiables avec d'autres maladies. Dans ce contexte, les programmes destinés à agir sur l'un ou l'autre de ces facteurs de risque, comme l'obésité, ou à promouvoir l'activité physique par exemple, sont certes susceptibles de contribuer à réduire son incidence ou sa prévalence. Pour les personnes déjà atteintes, ces programmes peuvent permettre d'éviter ou de retarder l'apparition de complications majeures. Au regard de la catégorie plus générale des maladies chroniques, le Programme national de santé publique du Québec (PNSP) se donne comme objectif pour 2012 de limiter l'augmentation de la prévalence du diabète dans la population âgée de 20 ans et plus à 30 %^[18], de réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.

Au regard de l'adoption de saines habitudes de vie pouvant jouer un rôle sur la prévention du diabète, le PNSP vise entre autres à :

- augmenter la proportion de personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments;
- augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes quotidiennement;
- augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique^[18].

Soulignons, en terminant, que selon le PNSP, la santé publique a certes un rôle central à jouer, mais il insiste aussi sur l'importance d'une collaboration des autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et sur celles des principaux partenaires (les milieux de l'éducation et des transports, l'industrie agroalimentaire, l'environnement, le monde du travail, etc.) pour réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité de certaines maladies chroniques, dont le diabète.

**Yves Therriault, Ph. D.
Agent de planification,
programmation et de recherche**

4. Sans entrer dans des détails trop techniques, il existe des différences dans les deux registres. Le système fédéral inclut l'ensemble des personnes assurées en vertu des registres d'assurance-maladie des provinces, tandis que le Québec n'inclut que les personnes diabétiques. Le dénominateur utilisé par le Québec dans le calcul de la prévalence repose sur les perspectives démographiques (au 1^{er} juillet de chaque année). Comme l'explique Valérie Émond de l'INSPQ^[8], les perspectives démographiques ont le double avantage d'être bien établies et ajustées pour tenir compte du sous-dénombrement de certains groupes de la population. Les critères pour définir une personne comme diabétique dans le registre sont cependant les mêmes. Ils sont mentionnés au début de notre étude.



Éléments de réflexion pour la planification

De nombreux établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux ont mis en place des cliniques du diabète qui offrent différents services aux personnes atteintes : évaluation de l'état de santé de la personne; évaluation de ses connaissances, de son environnement et de son réseau de soutien; enseignement théorique sur le diabète; enseignement pratique relativement à l'alimentation, l'utilisation du glucomètre, l'injection de l'insuline, le contrôle de la maladie; consultations individuelles avec différents professionnels de la santé, etc.

La région nord-côtière compte des cliniques du diabète dans la plupart des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de son territoire. Quatre associations affiliées à Diabète Québec offrent différents services aux personnes diabétiques sur la Côte-Nord : à Les Escoumins, Baie-Comeau, Port-Cartier et Sept-Îles. Leurs coordonnées se retrouvent sur le site de Diabète Québec au www.diabete.qc.ca.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et la Direction de santé publique conviennent que la lutte aux maladies chroniques est une priorité incontournable. La prévention y occupera une place importante en insistant sur le développement d'environnements propices à de saines habitudes de vie. Les aliments santé et les occasions d'activités physiques devront être disponibles. Nous aurons à informer notre population sur les avantages d'adopter un comportement sain.

En ce qui concerne le diabète, nous collaborerons avec les associations pour supporter leurs interventions. En rendant accessible le dépistage au niveau de nos services de 1^{re} ligne, nous aurons à accroître les services conseils à cette nouvelle clientèle. Le défi est grand si l'on considère qu'il s'agit de 400 à 500 nouvelles personnes de plus chaque année, mais il doit être relevé puisque nous devons simultanément prévenir la maladie et traiter adéquatement les diabétiques pour qu'ils aient une meilleure qualité de vie.

**Lise Boivin, Inf. B.Sc.
Agente de planification,
programmation et de recherche**

**Raynald Cloutier, m.d.
Directeur de santé publique**

Références

1. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète. *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : synthèse de la recherche et des collaborations*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2005, 80 p.
2. ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Une stratégie nationale sur le diabète : Un investissement dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 2004, 21 p.
3. ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Groupe de travail provincial sur la problématique du poids. *Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à l'action*, Québec, 4^e trimestre, 2005, 57 p., Annexes.
4. BOSTON P., S. JORDAN, E. MACNAMARA, et autres. *La recherche active participative comme moyen de comprendre la façon dont les Autochtones du Canada perçoivent la hausse de l'incidence du diabète*, Maladies chroniques au Canada, 1997, 18(1), 6-14.
5. CHIASSON J-L. *La prévention du diabète est-elle possible ?* [Conférence] Journées annuelles de diabétologie de l'Hôtel-Dieu de Paris, Flammarion Médecine-Sciences, Mai 2003.
6. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Rapport sur les résultats de santé - importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète*, Toronto, Mars 2007, 70 p.
7. DUPONT M.A. *Le diabète, un défi de santé publique : Montréal et ses CSSS, 2003-2004*, Montréal, Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.
8. ÉMOND V. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 16 p.
9. ÉMOND V., et L. ROCHELLE. *La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 16 p.
10. FONTBONNE A., F. FAVIER, et L. PAPOZ. *Le diabète de type 2 dans le monde : Analyse d'une épidémie*, [Conférence] Journées annuelles de diabétologie de l'Hôtel-Dieu de Paris, Flammarion Médecine-Sciences, Mai 2003.



11. GAUTHIER J.-F., F. MAUVAIS-JARVIS, et E. SOBNGWI. *Effets métaboliques de l'activité physique chez le diabétique de type 2*, [Conférence] Journées annuelles de diabétologie de l'Hôtel-Dieu de Paris, Flammarion Médecine-Sciences, Mai 2004.
12. HANLEY A.J., S.B. HARRIS, M. MAMAKESICK, et autres. *Complications of Type 2 Diabetes Among Aboriginal Canadians: Increasing the Understanding of Prevalence and Risk Factors*, Canadian Journal of Diabetes, 2003, 27(4), 455-463.
13. HU J., A.-M. UGNAT, et C. WATERS. *Tendances des taux de mortalité associés au diabète sucré au Canada, 1986-2000*, Maladies chroniques au Canada, Hiver 2005, 26(1), 27-32.
14. JAMES R., T. KUE YOUNG, C.A. MUSTARD, et J. BLANCHARD. *La santé des diabétiques au Canada*, Health Reports, 1997, 9(3), 53-59.
15. KING H., Aubert R.E., et W.H. HERMAN. *Global Burden of Diabetes, 1995-2025*, Diabetes Care, 1998, 21(9), September, 1414-1431.
16. LEMOINE O., D. LESAGE, C. LEROUX et autres. *L'utilisation des services de santé par les diabétiques montréalais en 2003-2004*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal - Direction de santé publique/Institut national de santé publique du Québec, 2006.
17. MILLAR W.J., et T. KUE YOUNG. *Tracking diabetes : Prevalence, incidence and risk factors*, Health Reports, May 2003, 14(3), 35-47.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale de la santé publique. *Programme National de Santé Publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, 103 p.
19. MURPHY K., S. CONNOR GORBER, et A. O'DWYER. *Description des états de santé au Canada : Diabète*, Ottawa : Statistique Canada (no 82-619-MIF2005002 au catalogue, Collection : Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada), 2005, 23 p.
20. NOISEUX M. *Diabète : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 - Fiches de résultats pour la Montérégie*, Direction de la santé publique de la Montérégie, 2006.
21. OUHOUMMANE N., et V. ÉMOND. *Hospitalisations et décès après infarctus aigu du myocarde chez les personnes diabétiques : mesures produites dans le cadre du développement du système québécois de surveillance du diabète*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 16 p.
22. RABI D.M., A.L. EDWARDS, D.A. SOUTHERN, et autres. *Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services*, BMC Health Services Research, October 2006, 6 (Article 124).
23. RABI D.M., A.L. EDWARDS, L.W. SVENSON, et autres. *Clinical and medication profiles stratified by household income in patients referred for diabetes care*, Cardiovascular Diabetology, March 2007, 6(11).
24. SANTÉ CANADA, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. *Le diabète au Canada*, Ottawa, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique; 2002.
25. TUOMILEHTO J., et J. LINDSTRÖM. *Les principaux essais de prévention du diabète de type 2 ont maintenant confirmé que le diabète de type 2 peut être prévenu par des changements de mode de vie*, [Conférence] Journées Annuelles de Diabétologie de l'Hôtel-Dieu de Paris, Flammarion Médecine-Sciences, Mai 2003.

Comité de rédaction :

© Nicole Boudreau
Directrice de la planification et des ressources informationnelles

© Raynald Cloutier, m.d.
Directeur de santé publique

© Cynthia Desrosiers
Traitement de texte et mise en page

© Sandra Morin
Adjointe à la présidente-directrice générale

© Yves Therriault, Ph.D.
Agent de planification, programmation et de recherche
et
Responsable du bulletin «*La santé recherchée*»

Rédaction de la section
« Éléments de réflexion pour la planification »

© Lise Boivin, Inf.B.Sc.
Agente de planification, programmation et de recherche

© Raynald Cloutier, m.d.
Directeur de santé publique

Disponible sur le site internet de l'Agence :

 www.agencesante09.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1703-4620

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord



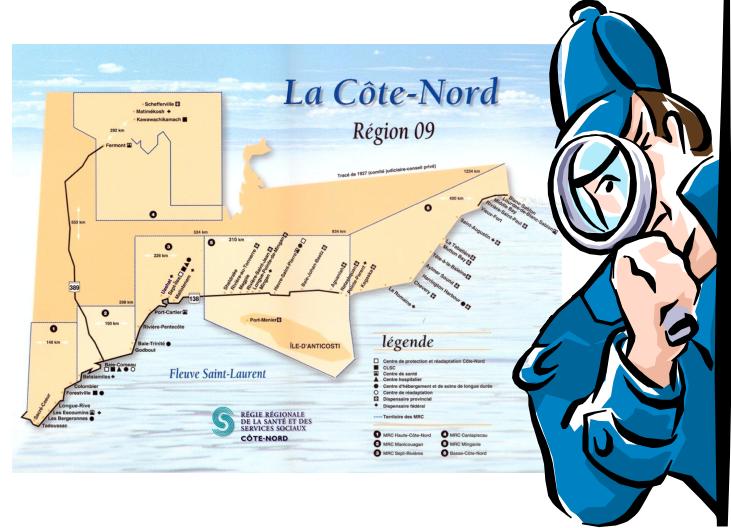


Tableau A1

**Prévalence du diabète diagnostiqué au sein de la population âgée de 20 ans et plus,
Côte-Nord et province de Québec, 1999-2000 et 2004-2005**

Année	Population 20 ans et plus (Côte-Nord)	Nombre estimé de personnes diabétiques	Prévalence brute (%) Côte-Nord	Prévalence brute (%) Québec	Prévalence ajustée ¹ (%) Côte-Nord	Prévalence ajustée (%) (Québec)
1999-2000	74 432	3 608	4,8	4,9	5,6 (+)	5,0
2000-2001	74 091	3 981	5,4	5,3	6,1 (+)	5,3
2001-2002	73 679	4 350	5,9	5,6	6,5 (+)	5,6
2002-2003	73 405	4 726	6,4	6,0	6,9 (+)	5,9
2003-2004	73 089	5 122	7,0	6,4	7,4 (+)	6,2
2004-2005	72 827	5 417	7,4	6,8	7,7 (+)	6,5

1. Ajustée selon la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec de 2001.

Source : Surveillance du diabète (Institut national de santé publique du Québec), 2008

(+) Prévalence significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05 %.

Tableau A2

**Prévalence, selon le sexe, du diabète diagnostiqué au sein de la population âgée de 20 ans et plus,
Côte-Nord et province de Québec, 1999-2000 et 2004-2005**

Année	Sexe	Population 20 ans et plus (Côte-Nord)	Nombre estimé de personnes diabétiques	Prévalence brute (%) Côte-Nord	Prévalence brute (%) Québec	Prévalence ajustée ¹ (%) Côte-Nord	Prévalence ajustée (%) (Québec)
1999-2000	Femmes	36 282	1 862	5,1	4,6	5,8 (+)	4,4
	Hommes	38 150	1 746	4,6	5,1	5,4	5,7
2000-2001	Femmes	36 194	2 030	5,6	5,0	6,2 (+)	4,7
	Hommes	37 897	1 951	5,1	5,6	5,9	6,1
2001-2002	Femmes	36 064	2 159	6,0	5,3	6,4 (+)	4,9
	Hommes	37 615	2 191	5,8	6,0	6,5	6,4
2002-2003	Femmes	35 918	2 326	6,5	5,7	6,8 (+)	5,2
	Hommes	37 487	2 400	6,4	6,4	7,0	6,8
2003-2004	Femmes	35 772	2 515	7,0	6,0	7,3 (+)	5,4
	Hommes	37 317	2 607	7,0	6,8	7,5	7,1
2004-2005	Femmes	35 636	2 655	7,5	6,4	7,5 (+)	5,7
	Hommes	37 191	2 762	7,4	7,3	7,8	7,5

1. Ajustée selon la structure d'âge, sexes réunis, de la population du Québec de 2001.

Source : Surveillance du diabète (Institut national de santé publique du Québec), 2008

(+) Prévalence significativement plus élevée que celle du Québec, au seuil de 0,05 %.

Tableau A3

**Nombre de cas et prévalence brute (%) du diabète diagnostiqué selon le groupe d'âge et le sexe
au sein de la population nord-côtière âgée de 20 ans et plus**
Années 1999-2000 et 2004-2005

Groupe	Années												
	1999-2000		2000-2001		2001-2002		2002-2003		2003-2004		2004-2005		
	Nombre ¹	Prévalence (%)		Nombre ¹	Prévalence (%)		Nombre ¹	Prévalence (%)		Nombre ¹	Prévalence (%)	Nombre ¹	Prévalence (%)
Femmes													
20-44	316	1,6	344	1,8	358	1,9	366	2,0	390	2,2	379	2,3	
45-64	746	6,3	793	6,5	867	6,9	939	7,4	999	7,7	1 066	8,0	
65 et plus	800	17,1	893	18,1	934	18,4	1 021	19,5	1 126	20,9	1 210	21,7	
Sous-total	1 862	5,1	2 030	5,6	2 159	6,0	2 326	6,5	2 515	7,0	2 655	7,4	
Hommes													
20-44	278	1,3	291	1,4	313	1,6	330	1,8	337	1,8	328	1,9	
45-64	846	6,4	928	6,9	1 047	7,6	1 139	8,1	1 234	8,6	1 311	9,0	
65 et plus	622	14,9	732	17,0	831	18,6	931	20,2	1 036	21,8	1 123	22,8	
Sous-total	1 746	4,6	1 951	5,1	2 191	5,8	2 400	6,4	2 607	7,0	2 762	7,4	
Sexes réunis													
20-44	594	1,5	635	1,6	671	1,8	696	1,9	727	2,0	707	2,0	
45-64	1 592	6,4	1 721	6,7	1 914	7,3	2 078	7,8	2 233	8,2	2 377	8,5	
65 et plus	1 422	16,1	1 625	17,6	1 765	18,5	1 952	19,8	2 162	21,3	2 333	22,2	
Total	3 608	4,8	3 981	5,4	4 350	5,9	4 726	6,4	5 122	7,0	5 417	7,4	

1. Nombre estimé de personnes diabétiques.

Source : Surveillance du diabète (Institut national de santé publique du Québec), 2008