

Le diabète au Nouveau-Brunswick

1998 - 2007

Bureau du médecin-hygiéniste en chef
Novembre 2010

Le diabète au Nouveau-Brunswick

1998 - 2007

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Novembre 2010

Le diabète au Nouveau-Brunswick : 1998-2007 est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf

Publié par :
Bureau du médecin-hygiéniste en chef
Ministère de la Santé du Nouveau Brunswick
C.P. 5100
Fredericton, Nouveau-Brunswick E3B 5G8
Canada

Novembre 2010

Couverture :
Communications Nouveau-Brunswick

Composition :
Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Imprimerie et reliure :
Service d'imprimerie, Approvisionnement et Services

This report is also available in English at:
http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-e.pdf

ISBN 978-1-55471-488-9

Dans ma réflexion sur le contenu du rapport intitulé *Le diabète au Nouveau-Brunswick : 1998-2007*, je ne peux m'empêcher de penser à cette parabole de la rivière souvent citée par les professionnels de la santé en raison de son message quant à une solution « en amont ». La parabole va comme suit : imaginez qu'une grande chute d'eau se jette dans une rivière torrentielle, laquelle traverse un petit village paisible. Au bas de cette chute d'eau se trouvent quelques villageois travaillant frénétiquement pour sauver les gens qui sont tombés dans la rivière et au bas de la chute, la plupart s'étant noyés. Les villageois s'organisent rapidement, installant des tours de surveillance et formant des équipes de sauveteurs capables de résister aux eaux vives et pouvant sauver les gens. Tous les jours, de plus en plus de gens flottent à la dérive dans la rivière et se font entraîner dans la chute d'eau. Un jour, un sauveteur lève les yeux et aperçoit un flot incessant de gens tombant en bas de la chute d'eau et décide d'aller voir en amont. L'un des sauveteurs lui crie : « Où vas-tu? Tant de gens ont besoin d'aide ici », ce à quoi l'homme répond : « Je vais voir en amont afin de découvrir pourquoi tant de gens tombent dans la rivière. »

Si nous établissons une corrélation entre les résultats de ce rapport sur le diabète et la parabole, sans doute bon nombre de Néo-Brunswickois sont tombés dans la rivière proverbiale - ayant été diagnostiqué avec le diabète. Les initiatives de surveillance du diabète correspondent aux tours de surveillance de la parabole. Les fournisseurs de soins de santé, les hôpitaux, les organismes communautaires du Nouveau-Brunswick ainsi que les membres de la famille correspondent aux nombreux sauveteurs experts, qui tirent les gens de la rivière, les traitent et leur prodiguent des soins.

Mais qu'en est-il de cette personne qui va en amont afin de découvrir la raison pour laquelle tout ces gens tombent dans la rivière et qui cherche à trouver des solutions pour les en empêcher? Beaucoup de travail a été réalisé à l'échelle nationale et internationale afin d'identifier les facteurs qui rendent les gens à risque pour le diabète. La littérature sur le sujet fait clairement état de facteurs qui accroissent manifestement le risque qu'une personne soit atteinte du diabète. Parmi ces facteurs de risque, on compte l'obésité, l'inactivité physique et le tabagisme. Comment pouvons-nous atténuer ces risques? À mon avis, chacun a son rôle à jouer et doit intervenir en amont, que ce soit dans le but d'exercer une influence sur la politique publique ou de satisfaire à une obligation personnelle d'examiner ses propres comportements en matière de santé. Plus particulièrement, je crois que nous devons redoubler d'efforts pour nous assurer que les Néo-Brunswickois optent pour un régime alimentaire

MESSAGE DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE EN CHEF

équilibré et sain et qu'ils y aient accès; nous devons également accroître notre niveau d'activité physique et continuer à travailler avec les jeunes afin de veiller à ce qu'ils ne commencent pas à fumer. À ce titre, je vous encourage à réfléchir à la façon dont vous pourriez influencer les politiques publiques saines visant à alléger le fardeau du diabète dans notre province. Je vous mets d'ailleurs au défi de le faire, que ce soit en modifiant vos propres comportements en matière de santé ou en participant au sein de votre collectivité ou des ministères gouvernementaux dans l'élaboration de politiques publiques saines.

En conclusion, j'aimerais exprimer ma sincère gratitude à toutes les personnes ayant participé à la production du présent rapport. Plus particulièrement, j'aimerais remercier BaoGang Fei, biostatisticien; Maurice Collette, agent de recherche scientifique; Wilfred Pilgrim, agent de recherche scientifique; et Kimberly Blinco, conseillère principale en programmes. Ces personnes ont accompli un travail exceptionnel dans la réalisation de ce rapport. Je les en remercie.

Soumis respectueusement,



D^r Eilish Cleary

Médecin-hygiéniste en chef

Le diabète est devenu l'une des principales causes de maladies et de décès prématurés au Canada, surtout à cause du risque accru de maladie cardiovasculaire. À chaque heure, plus de vingt Canadiennes et Canadiens reçoivent un diagnostic de diabète, et l'augmentation prévue de la prévalence de cette maladie a des conséquences cliniques, économiques et humaines considérables.¹

Selon un rapport sur le diabète⁵ publié en 2005 par l'Association canadienne du diabète, le taux de diabète non diagnostiqué pourrait atteindre les 30 %. Comme la prévalence du diabète et sa gravité augmentent avec l'âge, le vieillissement de la population viendra vraisemblablement alourdir, pour notre province et pour ses citoyens, le fardeau économique engendré par les conséquences du diabète.

Les diabétiques ont en général un bilan de santé plus lourd que ceux qui ne sont pas atteints du diabète, ce qui entraîne une utilisation relativement plus grande des services de santé³ et ajoute de la pression sur un réseau de soins de santé déjà surmené. Les frais hospitaliers constituent environ 50 % du total des coûts de prise en charge des diabétiques.⁴ D'ici à 2016, on estime à 198 millions de dollars par année le coût des soins de santé pour la population du Nouveau-Brunswick atteinte de diabète, une hausse de 66,4 % par rapport à l'an 2000.²

Le diabète de type 2 a été associé au vieillissement de la population, à la hausse spectaculaire de la prévalence de l'obésité et à un mode de vie plus sédentaire.^{6,7} Le nombre de Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses est en hausse, et ce, à un plus jeune âge. Parallèlement, le nombre de personnes qui sont physiquement inactifs est en hausse.

Il faut donc instaurer des mesures pour réduire le fardeau du diabète sur notre système de soins de santé tout en améliorant la santé de chacune des personnes atteintes de la maladie.

Le présent rapport fournit des statistiques descriptives sur le diabète dans la province du Nouveau-Brunswick, statistiques s'adressant surtout aux décideurs et aux professionnels de la santé qui œuvrent dans les domaines de la prévention et du contrôle du diabète. Le rapport n'a pas pour but d'expliquer les constatations ou d'en arriver à des conclusions qui vont plus loin que les seules données immédiates. Le rapport couvre la période de 1998-1999 à 2007-2008 et contient des

renseignements sur la prévalence, l'incidence, la mortalité et l'utilisation des services de santé pour le diabète, ainsi que sur le diabète gestationnel et les maladies concomitantes du diabète.

Les principales limites de ce rapport sont les suivantes : 1) le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) n'est pas en mesure de différencier le diabète de type 1 et celui de type 2, parce que la base de données du registre de l'Assurance-maladie ne distingue pas les différents types de diabète; 2) les facteurs de risque du diabète tels que l'obésité et l'inactivité physique ne sont pas saisis dans les bases de données administratives et n'ont donc pu être utilisés pour essayer d'expliquer certains des résultats; 3) les données se rapportent à l'ensemble des Néo-Brunswickois couverts par l'Assurance-maladie et n'ont pu être ventilées selon les ethnies telles que les Premières Nations que l'on considère plus à risque de souffrir du diabète.

EN BREF

Voici les principales constatations du rapport. Sauf indication contraire, les résultats se rapportent aux exercices financiers de 2003-2004 à 2007-2008.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

- En 2007-2008, 1 Néo-Brunswickois sur 13 vivait avec un diagnostic de diabète et on prévoit que d'ici à 2012-2013 cette proportion s'élèvera à 1 individu sur 10.
- Le taux de prévalence ajusté selon l'âge du diabète diagnostiqué était statistiquement plus élevé au Nouveau-Brunswick que la moyenne canadienne.
- 68% des Néo-Brunswickois avec un diagnostic de diabète étaient âgés de 50 à 79 ans.
- Le taux de prévalence sur cinq ans du diabète diagnostiqué était statistiquement plus élevé pour la période 2003-2004 à 2007-2008 comparativement à la période précédente de cinq ans, et ce, dans les tranches d'âge des 1-19 à 85+.
- Les taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés que le taux provincial dans les régions sanitaires 2 (région de Saint John), 5 (région de Campbellton) et 7 (région de Miramichi), et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 1 (région de Moncton) et 4 (région d'Edmundston).

- Les taux de prévalence et d'incidence du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les groupes d'âge plus avancés.
- En moyenne, 4 887 nouveaux cas de diabète ont été diagnostiqués dans la province chaque année et les deux tiers de ces cas étaient âgés de 45 à 74 ans.
- Les taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés que le taux provincial dans les régions sanitaires 5, 6 (région de Bathurst/Péninsule acadienne) et 7.
- Le taux de mortalité ajusté selon l'âge des adultes avec un diagnostic de diabète était deux fois plus élevé que celui des adultes non diabétiques.

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

- Environ 1 consultation de médecins de famille sur 4 par des personnes âgées de 65 ans et plus concernait un cas de diabète.
- Le taux de consultations de médecins de famille était 1,7 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.
- Environ 3 consultations de spécialistes sur 10 par des personnes âgées de 60 à 84 ans concernaient un cas de diabète.
- Le taux de consultations de spécialistes était 2,4 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.
- Les diabétiques étaient 3,3 fois plus susceptibles d'être hospitalisés et ils ont séjourné à l'hôpital environ 3,4 fois plus longtemps que les non-diabétiques.
- Les diabétiques ont compté pour environ 27 % du total des journées de soins hospitaliers.

MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Pourcentage des hospitalisations de personnes atteintes de certaines maladies concomitantes du diabète impliquant quelqu'un chez qui on a diagnostiqué le diabète :

- maladie cardiovasculaire – 33,8 %
- néphropathie chronique – 52,2 %
- amputation d'un membre inférieur – 64,2 %

Comparativement à la population générale, les personnes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient environ :

- 3 fois plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une maladie cardiovasculaire;
- 7 fois plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une néphropathie chronique;
- 15 fois plus susceptibles d'être hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur.

DIABÈTE GESTATIONNEL

- Le diabète gestationnel a été diagnostiqué dans 3,6 % à 4,2 % des grossesses.
- Le taux d'incidence ajusté selon l'âge du diabète de type 2 était statistiquement plus élevé chez les femmes ayant déjà été diagnostiqué avec un diabète gestationnel (12,4 cas pour 1 000 habitants) que chez les femmes de la population générale (5,4 cas pour 1 000 habitants).
- Environ 1 femme sur 9 âgée de 20 à 39 ans lorsque diagnostiquée pour la première fois avec un diabète gestationnel fut atteinte du diabète de type 2 dans les cinq ans qui ont suivi, alors que 1 sur 5 fut atteinte de diabète dans les neuf ans qui ont suivi.

DIABÈTE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

- En 2007-2008, environ 620 enfants et adolescents du Nouveau-Brunswick vivaient avec un diabète diagnostiqué, une hausse de 12 % par rapport à 2002-2003.
- La prévalence du diabète diagnostiqué chez les enfants et les adolescents du Nouveau-Brunswick était en hausse.
- En moyenne, 78 nouveaux cas de diabète ont été diagnostiqués chaque année chez les Néo-Brunswickois âgés de 1 an à 19 ans.

RÉSUMÉ	iii
INTRODUCTION	1
Section 1. MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Sources des données	4
1.2 Définitions de cas	6
1.3 Préparation des données	6
1.4 Traitement des données	7
1.5 Définitions utiles aux calculs	7
1.6 Signification statistique	12
1.7 Précision des mesures	12
1.8 Ajustement des taux selon l'âge	12
1.9 Limites	12
1.10 Confidentialité	14
Section 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE	15
2.1 Prévalence	17
2.1.1 Pourcentage de la population du Nouveau-Brunswick vivant avec un diagnostic de diabète en 2007-2008	17
2.1.2 Comparaison des taux de prévalence du diabète diagnostiqué avec d'autres provinces et territoires du Canada, 2006-2007	17
2.1.3 Taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008	18
2.1.4 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	18
2.1.5 Comparaison des taux de prévalence sur cinq ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008	19
2.1.6 Taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2007-2008	20
2.1.7 Projections de la prévalence du diabète diagnostiqué de 2008-2009 à 2012-2013.....	21

TABLE DES MATIÈRES

2.2	Incidence	21
2.2.1	Nombre moyen de nouveaux cas de diabète diagnostiqués par année, 2003-2004 à 2007-2008	21
2.2.2	Taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008	22
2.2.3	Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	22
2.2.4	Comparaison des taux d'incidence sur cinq ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008	23
2.2.5	Taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	24
2.3	Mortalité	25
2.3.1	Taux de mortalité chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	25
2.3.2	Taux de mortalité ajustés selon l'âge chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	26
2.3.3	Espérance de vie des Néo-Brunswickois selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	27
Section 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ		29
3.1	Consultations auprès de médecins de famille	30
3.1.1	Nombre annuel moyen de consultations auprès de médecins de famille selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	30
3.1.2	Taux de consultations auprès des médecins de famille, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	30
3.1.3	Répartition des consultations auprès de médecins de famille selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	31
3.1.4	Taux ajustés selon l'âge des consultations auprès de médecins de famille, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	32

TABLE DES MATIÈRES

3.2	Consultations auprès de spécialistes.....	33
3.2.1	Nombre annuel moyen de consultations auprès de spécialistes, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	33
3.2.2	Taux de consultations auprès de spécialistes, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	33
3.2.3	Répartition des consultations auprès de spécialistes selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	35
3.2.4	Taux ajustés selon l'âge des consultations auprès de spécialistes, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	35
3.3	Congés de l'hôpital	36
3.3.1	Pourcentage moyen des personnes hospitalisées comptant au moins deux congés d'hôpital au cours d'un exercice financier, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	36
3.3.2	Taux ajustés selon l'âge des congés d'hôpital, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	38
3.4	Journées de soins hospitaliers.....	39
3.4.1	Nombre annuel moyen de journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008.....	39
3.4.2	Taux des journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	39
3.4.3	Répartition des journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	41
3.4.4	Taux ajustés selon l'âge des journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008.....	41

Section 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE	43
4.1 Répartition des hospitalisations de personnes souffrant de maladies concomitantes du diabète, selon l'état diabétique et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	44
4.2 Ratios des taux comparant les personnes avec un diabète diagnostiqué aux autres personnes non diabétiques qui ont été hospitalisées souffrant de maladies concomitantes du diabète, 2003-2004 à 2007-2008	45
4.3 Maladie cardiovasculaire	46
4.3.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	46
4.3.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	47
4.4 Insuffisance cardiaque	48
4.4.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	48
4.4.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	49
4.5 Cardiopathie ischémique	51
4.5.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	51
4.5.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	52
4.6 Infarctus aigu du myocarde	53
4.6.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	53

4.6.2	Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	54
4.7	Hypertension artérielle	56
4.7.1	Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	56
4.7.2	Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	57
4.8	Accident cérébrovasculaire	58
4.8.1	Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	58
4.8.2	Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	59
4.9	Amputation d'un membre inférieur	60
4.9.1	Proportion de personnes hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008.....	61
4.9.2	Proportion de Néo-Brunswickois hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur, selon l'état diabétique, 2003-2004 à 2007-2008	62
4.10	Néphropathie chronique.....	63
4.10.1	Proportion de personnes hospitalisées souffrant de néphropathie chronique selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008.....	63
4.10.2	Proportion de personnes hospitalisées souffrant de néphropathie chronique selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008	64
4.10.3	Insuffisance rénale	66
4.10.3.1	Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	66

4.10.3.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008.....	67
---	----

Section 5. LE DIABÈTE GESTATIONNEL..... 69

5.1 Taux de diabète gestationnel selon l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008	70
5.2 Taux de diabète gestationnel selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2007-2008	70
5.3 Taux d'incidence du diabète ajustés selon l'âge chez les femmes chez qui on avait déjà diagnostiqué le diabète gestationnel, 2003-2004 à 2007-2008	71
5.4 Pourcentage des femmes atteintes de diabète gestationnel qui ont souffert du diabète dans les neuf ans après le premier diagnostic, selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2007-2008	71

Section 6. LE DIABÈTE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS 73

6.1 Prévalence.....	74
6.1.1 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008	74
6.1.2 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	74
6.1.3 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008.....	75
6.2 Incidence	76
6.2.1 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008	76
6.2.2 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008	76
6.2.3 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008.....	77

RÉFÉRENCES	79
-------------------------	-----------

ANNEXES	81
----------------------	-----------

Annexe 1a-1b	Nombre de cas prévalents et taux de prévalence du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge, le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008.....	81
Annexe 2a-2f	Nombre de cas prévalents, taux de prévalence bruts et taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008.....	83
Annexe 3a-3b	Nombre de cas incidents et taux d'incidence du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge, le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008.....	85
Annexe 4a-4f	Nombre de cas incidents, taux d'incidence bruts et taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008	87
Annexe 5a	Répartition en pourcentage des cas prévalents de diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	89
Annexe 5b	Répartition en pourcentage des cas incidents de diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	89
Annexe 6	Taux d'incidence et de prévalence du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008.....	90

TABLE DES MATIÈRES

Annexe 7	Taux d'incidence et de prévalence du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	91
Annexe 8	Taux de mortalité chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	92
Annexe 9a-9f	Taux de mortalité bruts et taux de mortalité ajustés selon l'âge chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008.....	93
Annexe 10	Taux bruts et taux ajustés selon l'âge des congés d'hôpital chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et l'exercice financier, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008	96
Annexe 11	Répartition des personnes âgées de 1 an et plus comptant plusieurs congés d'hôpital par année, selon le nombre annuel moyen de congés d'hôpital, l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	97
Annexe 12	Répartition des personnes âgées de 20 ans et plus comptant plusieurs congés d'hôpital par année associés à certaines maladies concomitantes du diabète, selon le nombre annuel moyen des congés d'hôpital, l'état diabétique et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	98
Annexe 13	Pondérations en fonction de la structure d'âge de la population-type du Canada recensée en 1991	99
Annexe 14	Spécifications de vérification des maladies.....	99

TABLE DES MATIÈRES

Annexe 15	Spécifications de vérification de l'amputation d'un membre inférieur	99
Annexe 16	Taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2007-2008	100
Annexe 17	Répartition des personnes ayant un diabète diagnostiqué, Nouveau-Brunswick, 2007-2008.....	101
LISTE DES TABLEAUX		103
LISTE DES FIGURES		103
GLOSSAIRE		113

Le diabète est devenu l'une des principales causes de maladies et de décès prématurés au Canada, surtout à cause du risque accru de maladie cardiovasculaire. À chaque heure, plus de vingt Canadiennes et Canadiens reçoivent un diagnostic de diabète et l'augmentation prévue de la prévalence de cette maladie a des conséquences cliniques, économiques et humaines considérables.¹

On prévoit que la proportion de diabétiques par rapport à l'ensemble de la population canadienne passera de 4,2 % en 2000 à 7,3 % en 2010, puis à 9,9 % en 2020. Si la tendance actuelle se maintient, tant le nombre de diabétiques que les coûts des soins de santé augmenteront de plus de 70 % au Canada entre l'an 2000 et 2016. L'augmentation des coûts se fera surtout ressentir dans les tranches d'âge de 55 à 69 ans et celle des 80 ans et plus où se manifesteront les plus importantes augmentations du nombre de diabétiques.²

Le Modèle canadien des coûts du diabète indique que le fardeau économique du diabète au Canada devrait atteindre les 12,2 milliards de dollars en 2010, ce qui correspond à une augmentation de 5,9 milliards par rapport à l'an 2000, alors que les coûts de la maladie devraient enregistrer une autre hausse de 4,7 milliards de dollars d'ici à 2020.¹ Cela correspond à une augmentation de plus de 10 milliards par rapport à l'an 2000, alors que le nombre de Canadiens chez qui on a diagnostiqué le diabète aura presque triplé au cours de cette période de 20 ans.

Les diabétiques ont en général un bilan de santé plus lourd que ceux qui ne sont pas atteints du diabète, ce qui entraîne une utilisation relativement plus grande des services de santé³ et ajoute de la pression sur un réseau de soins de santé déjà surmené.

Les frais hospitaliers constituent environ 50 % du total des coûts de prise en charge des diabétiques.⁴ D'ici à 2016, on estime à 198 millions de dollars par année le coût des soins de santé pour la population du Nouveau-Brunswick atteinte de diabète, une hausse de 66,4 % par rapport à 2000.²

Selon un rapport sur le diabète⁵ publié en 2005 par l'Association canadienne du diabète, le taux de diabète non diagnostiqué pourrait atteindre les 30 %. Comme la prévalence du diabète et sa gravité augmentent avec l'âge, le vieillissement de la population viendra vraisemblablement alourdir, pour notre province et pour ses citoyens, le fardeau économique engendré par les conséquences du diabète.

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 a été associé au vieillissement de la population, à la montée en flèche de la prévalence de l'obésité et à un mode de vie plus sédentaire.^{6,7} Le nombre de Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses est en hausse, et ce, à un plus jeune âge. Parallèlement, le nombre de personnes qui sont physiquement inactifs est en hausse. Il faut donc passer à l'action dans cette province pour réduire le fardeau du diabète sur notre système de soins de santé tout en améliorant la santé de chacune des personnes atteintes de la maladie.

Le présent rapport fournit des statistiques descriptives sur le diabète dans la province du Nouveau-Brunswick, statistiques s'adressant surtout aux décideurs et aux professionnels de la santé qui œuvrent dans les domaines de la prévention et du contrôle du diabète. Le rapport n'a pas pour but d'expliquer les constatations ou d'en arriver à des conclusions qui vont plus loin que les seules données immédiates.

Le rapport couvre la période de 1998-1999 à 2007-2008 et contient des renseignements sur la prévalence, l'incidence, la mortalité et l'utilisation des services de santé pour le diabète, ainsi que sur le diabète gestationnel et les maladies concomitantes du diabète.

SECTION 1. MÉTHODOLOGIE

CONTEXTE

Autrefois appelé Système national de surveillance du diabète (SNSD), le Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) est un réseau de collaboration entre les systèmes de surveillance des maladies chroniques des provinces et des territoires qui a été mis au point (et qui est soutenu) par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en partenariat avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, des organismes non gouvernementaux, des cliniciens et des chercheurs. Le SNSMC se sert des bases de données administratives pour assurer une surveillance passive des maladies chroniques. Les données sont traitées à l'échelle des provinces et des territoires et envoyées à l'ASPC en tant que données agrégées aux fins de comparaison nationale et pour d'autres études. À l'heure actuelle, le SNSMC englobe le diabète et l'hypertension artérielle, et d'autres maladies chroniques y seront ajoutées à l'avenir. Dans ce rapport, on s'est servi de la version 2010 du SNSMC pour analyser les données.

1.1 Sources des données

Dans ce rapport, nous utilisons les sources de données suivantes :

Registre d'inscription de l'Assurance-maladie pour les résidents : Registre qui contient des données démographiques au sujet de tous les Néo-Brunswickois inscrits auprès du régime de l'assurance-maladie. Les champs dont se sert le SNSMC sont notamment le numéro d'assurance-maladie, la date de naissance, la date de décès, le sexe et la région sanitaire de résidence.

Base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie : Dans cette base de données, le SNSMC se sert des champs de texte où sont inscrits les motifs de consultation, les diagnostics ou les services déclarés par les médecins, ainsi que des champs qui contiennent les numéros d'assurance-maladie et les spécialisations des médecins.

Base de données sur les congés des patients hospitalisés : La Base de données sur les congés des patients (BDGP) recueille auprès des établissements médicaux des renseignements relatifs aux soins actifs, aux chirurgies d'un jour, aux soins aux malades chroniques et à la réadaptation.⁶ Le SNSMC se sert des champs suivants : le numéro d'assurance-maladie, la date d'admission à l'hôpital et la date de sortie, les actes et interventions médicaux, ainsi que les diagnostics. Pour les exercices financiers de 1995-1996 à 2002-2003, les codes de la CIM-9-MC⁹ ont été utilisés, tant pour les champs relatifs aux actes que pour les champs de diagnostic, alors que, pour la période allant de 2003-2004 à 2007-2008, les codes de la CIM-10-CA^{10,11} ont été utilisés pour les champs de diagnostic et ceux de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) – le système de classification qui accompagne la CIM-10-CA – ont été utilisés pour les champs associés aux actes et interventions.

Base de données des statistiques de l'état civil : Les accouchements sont consignés comme actes d'état civil dans la base de données des statistiques de l'état civil et ils comprennent les naissances vivantes et les mortinaissances survenues chez les femmes du Nouveau-Brunswick.

Les trois premières bases de données administratives sont tenues par le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et on les a liées en se servant des numéros d'assurance-maladie cryptés. Pour calculer les taux et les autres

SECTION 1. MÉTHODOLOGIE

statistiques, on a extrait les données démographiques relatives aux résidents âgés de 1 an et plus du registre d'inscription de l'Assurance-maladie pour les résidents. Les enregistrements sur le diabète ont été extraits de la base de données des demandes de remboursement des médecins et des données sur les soins actifs de la BDCP. Les taux d'hospitalisation associés aux maladies concomitantes du diabète ont été calculés à l'aide des données sur les soins actifs de la BDCP.

Pour obtenir le nombre de grossesses, on a extrait les données sur les accouchements de la base de données des statistiques de l'état civil tenue par Service Nouveau-Brunswick.

Le rapport présente de l'information sur le diabète et sur les maladies qui lui sont concomitantes pour les exercices financiers allant de 1998-1999 à 2007-2008. Le lecteur devra faire preuve de circonspection en comparant les résultats à ceux du rapport précédent¹² pour les raisons suivantes :

- Les codes de la CIM consignés dans la BDCP sont passés des codes de la CIM-9-MC à ceux de la CIM-10-CA en 2003-2004.
- Avant 2003-2004, les hospitalisations et les journées de soins hospitaliers n'étaient pas différenciées en fonction des niveaux de soins (soins actifs, soins aux malades chroniques, réadaptation, etc.). Les résultats du présent rapport ne se rapportent qu'aux soins actifs.
- La définition de cas de diabète n'est pas la même que celle du premier rapport en ce sens que : a) elle englobe la population âgée de 1 à 19 ans et b) la date de diagnostic utilisée dans le SNSMC pour les cas de diabète non hospitalisés correspond à la date de diagnostic du plus récent des deux premiers diagnostics rendus au cours d'une période de deux ans.
- Pour calculer les ratios des taux, on s'est servi dans le présent rapport des taux ajustés selon l'âge plutôt que des taux bruts.

1.2 Définitions de cas

1.2.1 Diabète* : Dans le SNSMC, toute personne âgée d'au moins 1 an et ayant un numéro d'assurance-maladie valide a été reconnue comme cas de diabète (selon les renseignements relatifs au diagnostic saisis dans la BDCP ou dans la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie) :

- si au moins une hospitalisation fut associée au code 250 de la CIM-9-MC ou au code E10, E11, E13 ou E14 de la CIM-10-CA dans l'un des champs de diagnostic – la date d'admission à l'hôpital ayant été retenue comme date du cas (de diabète);
ou
- s'il y a eu, au cours d'une période de deux ans, deux demandes de remboursement de médecins à l'Assurance-maladie ou plus dans le cadre duquel le diabète fut consigné parmi les diagnostics – la date la plus récente associée à un diagnostic de diabète ayant été retenue comme date du cas.

1.2.2 Diabète sucré gestationnel : On définit comme cas de diabète sucré gestationnel (DSG) : a) une diabétique qui correspond à la définition susmentionnée (section 1.2.1) dont la date de diagnostic se situe dans les 120 jours précédant ou les 90 jours suivant une admission à l'hôpital associée à une grossesse ou b) un cas de DSG repéré dans la BDCP ou dans la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie.

1.3 Préparation des données

Les champs de diagnostic de la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie sont en texte descriptif. Le SNSMC exige que les données soient consignées avec des codes de la CIM-9-MC ou de la CIM-10-CA. Pour ce faire, un ensemble de mots clés et d'abréviations tant en français qu'en anglais a servi à identifier les enregistrements comportant un diagnostic de diabète. On a utilisé SAS^{MD} (logiciel d'analyse statistique) pour effectuer cette tâche.

*Ne comprend pas le diabète sucré gestationnel (DSG).

1.4 Traitement des données

Le logiciel du SNSMC (version 2010) fonctionne sur le SAS^{MD} qui a aussi été fourni par l'ASPC et adapté pour le Nouveau-Brunswick. On a alimenté le logiciel avec les données des exercices financiers de 1995-1996 à 2007-2008 pour calculer les taux de prévalence, d'incidence et de mortalité associés au diabète, ainsi que les congés d'hôpital, les journées de soins hospitaliers, les consultations de médecin et le nombre de personnes hospitalisées pour cause de maladies concomitantes du diabète.

1.5 Définitions utiles aux calculs

1.5.1 Taux de prévalence : Proportion de la population atteinte de la maladie au cours d'une période donnée.

$$\text{Taux de prévalence (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de cas diagnostiqués au cours de l'exercice financier (cas prévalents)}}{\text{Nombre total de personnes couvertes par l'assurance-maladie au cours de cet exercice financier}} \times 1\,000$$

Le taux de prévalence pour 1 000 habitants sur cinq ans est la somme des cas prévalents de chacun des exercices financiers divisée par la somme de la population de chacun des exercices financiers, le quotient étant ensuite multiplié par 1 000.

$$\text{Taux de prévalence sur 5 ans (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Prév1} + \text{Prév2} + \text{Prév3} + \text{Prév4} + \text{Prév5}}{\text{Pop1} + \text{Pop2} + \text{Pop3} + \text{Pop4} + \text{Pop5}} \times 1\,000$$

1.5.2 Taux d'incidence : Proportion de la population chez qui on a diagnostiqué un nouveau cas de la maladie pendant une période donnée. Dans le présent rapport, le taux d'incidence pour 1 000 habitants désigne le nombre total de nouveaux cas diagnostiqués au cours d'un exercice financier donné divisé par la population totale à risque au cours de cette année, le quotient étant ensuite multiplié par 1 000.

$$\text{Taux d'incidence (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de nouveaux cas diagnostiqués (cas incidents) au cours de l'exercice financier}}{\text{Population totale couverte par l'assurance-maladie - (cas prévalents - cas incidents) au cours de l'exercice financier}} \times 1\,000$$

SECTION 1. MÉTHODOLOGIE

Le taux d'incidence pour 1 000 habitants sur cinq ans désigne la somme des nouveaux cas au cours de la période de cinq ans divisée par la somme de la population à risque dans chacun des exercices financiers, le quotient étant ensuite multiplié par 1 000.

$$\text{Taux d'incidence sur 5 ans (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de nouveaux cas au cours de la période de 5 ans}}{(\text{Pop1} + \text{Pop2} + \text{Pop3} + \text{Pop4} + \text{Pop5}) \text{ à risque}} \times 1\,000$$

1.5.3 Taux de mortalité : Le taux de mortalité des personnes diabétiques (ou non) désigne le nombre total d'individus chez qui on a diagnostiqué (ou non) le diabète qui sont décédées, toutes causes confondues, pour 1 000 habitants diabétiques (ou non) au cours d'un exercice financier donné.

$$\text{Taux de mortalité (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de décès, toutes causes confondues, chez les diabétiques (ou non-diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}}{\text{Nombre total de personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}} \times 1\,000$$

Le taux de mortalité sur cinq ans des personnes chez qui on a diagnostiqué le diabète (ou non) désigne le nombre total de décès, toutes causes confondues, de personnes diabétiques (ou non) au cours de la période de cinq ans divisé par la somme des cas prévalents (ou des personnes non diabétiques) de chaque exercice financier, le quotient étant ensuite multiplié par 1 000.

$$\text{Taux de mortalité sur 5 ans (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de décès chez les cas prévalents (ou chez les personnes non diabétiques) au cours de la période de cinq ans}}{\text{Prév1} + \text{Prév2} + \text{Prév3} + \text{Prév4} + \text{Prév5} \text{ (ou Pop1} + \text{Pop2} + \text{Pop3} + \text{Pop4} + \text{Pop5 non diabétiques)}} \times 1\,000$$

Le ratio des taux de mortalité associés au diabète désigne le taux de mortalité, toutes causes confondues, des personnes diabétiques au cours d'une période donnée divisé par le taux de mortalité, toutes causes confondues, des personnes non diabétiques au cours de la même période.

$$\text{Ratio des taux de mortalité} = \frac{\text{Taux de mortalité des personnes diabétiques}}{\text{Taux de mortalité des personnes non diabétiques}}$$

1.5.4 Espérance de vie : Nombre d'années de vie qui devraient rester à une personne après un certain âge en fonction des taux de mortalité. Dans le présent rapport, on a utilisé l'espérance de vie pour comparer le nombre d'années de vie restant aux personnes diabétiques et aux personnes non diabétiques. Le SNSMC se sert de la méthode Chiang¹³ pour générer des tableaux de survie pour la population diabétique et la population non diabétique.

1.5.5 Taux de congés d'hôpital : Dans le présent document, le taux de congés d'hôpital chez les personnes diabétiques (ou non diabétiques) désigne le nombre total de fois que des patients hospitalisés quittent l'hôpital après avoir obtenu leur congé, avoir été transféré à un autre établissement ou être décédé au cours d'un exercice financier, divisé par le nombre total de personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué, le quotient étant ensuite multiplié par 1 000.

$$\text{Taux de congés d'hôpital (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de congés d'hôpital chez les diabétiques (ou non-diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}}{\text{Nombre total de personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}} \times 1\,000$$

La proportion de personnes hospitalisées atteintes de maladies concomitantes du diabète a été calculée comme suit :

$$\text{Proportion de diabétiques (ou non-diabétiques) hospitalisés et atteints d'une maladie concomitante du diabète (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de diabétiques (ou non-diabétiques) hospitalisés et atteints de la maladie concomitante du diabète comptant au moins un congé d'hôpital au cours de l'exercice financier indiqué}}{\text{Nombre total de personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}} \times 1\,000$$

On s'est servi de tous les champs relatifs aux diagnostics et aux actes possibles pour trouver dans la base de données les congés d'hôpital de personnes souffrant de maladies concomitantes du diabète. Lorsque plus d'une maladie concomitante fut consignée dans l'une des catégories principales des maladies cardiovasculaires (par exemple cardiopathie ischémique, hypertension artérielle et maladie cérébrovasculaire), le cas fut compté qu'une seule fois sous la catégorie « maladies cardiovasculaires ». De la même façon, les cas d'infarctus du myocarde furent comptés qu'une seule fois dans la catégorie plus grande des « cardiopathies ischémiques ».

SECTION 1. MÉTHODOLOGIE

La proportion moyenne sur cinq ans de personnes hospitalisées atteintes d'une des maladies concomitantes du diabète a été calculée comme suit :

$$\text{Proportion moyenne sur 5 ans de personnes hospitalisées atteintes d'une maladie concomitante du diabète (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Somme des personnes diabétiques (ou non diabétiques) hospitalisées au cours de chacun des exercices financiers, ayant un diagnostic d'une certaine maladie concomitante du diabète et comptant au moins un congé d'hôpital}}{\text{Somme des personnes diabétiques (ou non diabétiques) de chacun des exercices financiers}} \times 1\,000$$

Le ratio des proportions de personnes hospitalisées atteintes d'une maladie concomitantes du diabète a été calculé comme suit :

$$\text{Ratio des proportions de personnes diabétiques et non diabétiques hospitalisées atteintes d'une des maladies concomitantes du diabète} = \frac{\text{Proportion de diabétiques hospitalisés et atteints d'une certaine maladie concomitante du diabète}}{\text{Proportion de non-diabétiques hospitalisés et atteints d'une certaine maladie concomitante du diabète}}$$

1.5.6 Utilisation des services de santé : L'utilisation des services de santé a été mesurée par l'examen du nombre total de consultations auprès de médecins de famille et de spécialistes, de même que du nombre total de journées de soins hospitaliers.

Le taux de consultations auprès de médecins de famille (ou de spécialistes) par des personnes diabétiques (ou non diabétiques) a été calculé de la manière suivante :

$$\text{Taux de consultations de médecins de famille ou de spécialistes (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de consultations auprès de médecins de famille (ou de spécialistes) par des personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}}{\text{Nombre total de personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}} \times 1\,000$$

Le taux de consultations auprès de médecins de famille (ou de spécialistes) sur cinq ans a été calculé comme suit :

$$\text{Taux de consultations sur 5 ans (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de consultations auprès de médecins de famille (ou de spécialistes) par des personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de la période de cinq ans}}{\text{Somme du nombre de diabétiques (ou non-diabétiques) de chacun des exercices financiers}} \times 1\,000$$

SECTION 1. MÉTHODOLOGIE

Le ratio des taux de consultations auprès de médecins de famille (ou de spécialistes) associées au diabète a été calculé de la manière suivante :

$$\text{Ratio des taux de consultations auprès de médecins de famille (ou de spécialistes)} = \frac{\text{Taux de consultations chez les diabétiques}}{\text{Taux de consultations chez les non-diabétiques}}$$

Le taux de journées de soins hospitaliers pour les personnes diabétiques (ou non diabétiques) a été calculé de la manière suivante :

$$\text{Taux de journées de soins hospitaliers (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Nombre total de journées de soins hospitaliers pour les diabétiques (ou non-diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}}{\text{Nombre total de personnes diabétiques (ou non diabétiques) au cours de l'exercice financier indiqué}} \times 1\,000$$

Le taux sur cinq ans des journées de soins hospitaliers pour les personnes diabétiques (ou non diabétiques) a été calculé de la manière suivante :

$$\text{Taux sur 5 ans des journées de soins hospitaliers (pour 1 000 habitants)} = \frac{\text{Somme des journées de soins hospitaliers pour les diabétiques (ou non-diabétiques) de chacun des exercices financiers}}{\text{Somme du nombre de diabétiques (ou non-diabétiques) de chacun des exercices financiers}} \times 1,000$$

Le ratio des taux de journées de soins hospitaliers associées au diabète a été calculé comme suit :

$$\text{Ratio des taux de journées de soins hospitaliers associés au diabète} = \frac{\text{Taux des journées de soins hospitaliers pour les diabétiques au cours de l'exercice financier indiqué}}{\text{Taux des journées de soins hospitaliers pour les non-diabétiques au cours de l'exercice financier indiqué}}$$

1.5.7 Taux de diabète gestationnel : Le taux de diabète sucré gestationnel (DSG) désigne la proportion de cas de DSG par rapport au nombre de grossesses ayant mené à des naissances vivantes ou à des mortinaissances, exprimée en pourcentage.

$$\text{Taux de DSG (\%)} = \frac{\text{Nombre total de cas de DSG au cours de la période indiquée pour des grossesses ayant mené à des naissances vivantes ou à des mortinaissances}}{\text{Nombre total de grossesses ayant mené à des naissances vivantes ou à des mortinaissances au cours de la période indiquée}} \times 100$$

1.5.8 Courbe de survie associée au diabète gestationnel : On a eu recours à une courbe de survie pour mesurer la proportion de femmes ayant souffert de DSG qui ont été atteintes de diabète de type 2 dans les 5 à 9 ans suivant leur premier diagnostic de DSG. On s'est servi de tableaux de survie pour préparer la courbe de survie en utilisant des intervalles de 3 mois.

1.6 Signification statistique

On a fixé la signification statistique à une valeur p inférieure à 0,05 ou lorsque deux intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas. Cela ne suppose pas nécessairement une différence importante ni une différence ayant une signification pratique.

1.7 Précision des mesures

Le coefficient de variation (CV) a été utilisé pour mesurer la précision des estimations (taux et proportions). Un CV d'une valeur entre 0,0 et 16,5 % fut considéré une estimation précise; une valeur allant de 16,6 à 33,3 % veut dire que l'estimation fut moins précise, mais que l'on peut s'en servir avec circonspection; un CV de 33,4 % ou plus fut considéré une estimation n'étant pas assez fiable pour la publier dans le rapport.

1.8 Ajustement des taux selon l'âge

La méthode d'ajustement direct selon l'âge a été utilisée pour annuler l'influence des différentes structures d'âge des territoires. La population-type dont on s'est servi est la répartition de la population canadienne de 1991 tirée des estimations postcensitaires définitives. Les intervalles de confiance de 95 % des taux ajustés selon l'âge ont été calculés à l'aide d'une distribution gamma inverse quand le taux était supérieur à 0.^{14,15}

1.9 Limites

L'absence d'un système de codage normalisé pour le champ de diagnostic de la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie a posé des difficultés. Comme on l'aborde dans la section « Préparation des données », une autre méthode de repérage des enregistrements sur le diabète a dû être élaborée. Le champ à texte descriptif utilisé pour le diagnostic dans la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie contenait des renseignements sur les patients rédigés dans des styles différents qui ont pu être mal interprétés et causer des problèmes lors

SECTION 1. MÉTHODOLOGIE

de l'épuration des données. De plus, certains enregistrements ont pu être omis à cause de fautes de frappe ou si le champ de texte fut laissé vide.

Le SNSMC n'a pas été en mesure de différencier le diabète de type 1 et celui de type 2 parce que la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie ne distingue pas les différents types de diabète.

Les facteurs de risque du diabète tels que l'obésité et l'inactivité physique ne sont pas consignés dans les bases de données administratives et on n'a donc pas pu s'en servir pour essayer d'expliquer certaines des constatations.

On a extrait les données pour l'ensemble des Néo-Brunswickois ayant un numéro d'assurance-maladie valide et on n'a pas pu les ventiler selon les ethnies telles que les Premières Nations que l'on considère plus à risque de souffrir du diabète.

Contrairement aux médecins rémunérés à l'acte qui présentent leurs demandes de remboursement directement à l'Assurance-maladie, certains médecins salariés détaillent leurs services au moyen de la facturation pro forma. Les données des demandes de remboursement ne comprenaient donc pas tous les renseignements relatifs au diagnostic exigés par le SNSMC.

Les diabétiques non diagnostiqués n'ont pas été consignés dans la BDCP ni dans la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie. Par conséquent, ces cas de diabète n'ont pas été comptés dans le SNSMC, ce qui a entraîné la sous-estimation des taux de prévalence et d'incidence.

Parmi les données utilisées pour produire ce rapport, il y a eu des enregistrements (environ 1 %) où les renseignements relatifs à la région sanitaire de résidence étaient soit absents, soit inconnus. Ces cas n'ont été inclus que dans les données provinciales. L'effet de cette incohérence a toutefois été jugé minime, les taux régionaux s'en voyant légèrement gonflés.

On a extrait des données de la base de données des statistiques de l'état civil, de la BDCP et de la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie pour calculer les taux de grossesse. Les naissances vivantes et les mortinaissances Néo-Brunswickoises qui sont

survenues à l'extérieur des hôpitaux agréés, des centres de services médicaux et des centres de santé communautaire de la province, ainsi que les avortements thérapeutiques pratiqués à l'extérieur de la province, ceux pratiqués dans des cliniques privées et les avortements spontanés ou les autres pertes fœtales n'ont pas été inclus dans les données.

1.10 Confidentialité

Pour s'assurer que les personnes ne peuvent être identifiées, on a attribué à chaque personne un numéro d'assurance-maladie unique crypté qui ne sera jamais attribué à quelqu'un d'autre, même si la personne devait décéder ou quitter la province. Cette méthode de cryptage a été utilisée pour chacun des quatre ensembles de données (c'est-à-dire la base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie, la BDCP, le registre d'inscription de l'Assurance-maladie pour les résidents et la base de données des statistiques de l'état civil) de sorte que les bases de données ont pu être liées grâce aux numéros d'assurance-maladie cryptés.

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 2007-2008, 1 Néo-Brunswickois sur 13 vivait avec un diagnostic de diabète et on prévoit que d'ici à 2012-2013 cette proportion s'élèvera à 1 individu sur 10.
- Le taux de prévalence ajusté selon l'âge du diabète diagnostiqué était statistiquement plus élevé au Nouveau-Brunswick que la moyenne canadienne.
- 68 % des Néo-Brunswickois avec un diagnostic de diabète étaient âgés de 50 à 79 ans.
- Le taux de prévalence selon l'âge sur cinq ans du diabète diagnostiqué était statistiquement plus élevé pour la période 2003-2004 à 2007-2008 comparativement à la période précédente de cinq ans, et ce, dans les tranches d'âge des 1-19 à 85+.
- Les taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés que le taux provincial dans les régions sanitaires 2 (région de Saint John), 5 (région de Campbellton) et 7 (région de Miramichi), et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 1 (région de Moncton) et 4 (région d'Edmundston).
- Les taux de prévalence et d'incidence du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les groupes d'âge plus avancés.
- En moyenne, 4 887 nouveaux cas de diabète ont été diagnostiqués dans la province chaque année et les deux tiers (67%) de ces cas étaient âgés de 45 à 74 ans.
- Les taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés que le taux provincial dans les régions sanitaires 5, 6 (région de Bathurst/ Péninsule acadienne) et 7.
- Le taux de mortalité ajusté selon l'âge des adultes diabétiques était deux fois plus élevé que celui des adultes non diabétiques.

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

CONTEXTE

Selon le Système national de surveillance du diabète, environ 2 millions de Canadiens âgés de 1 an et plus vivaient avec un diagnostic de diabète en 2006-2007.¹⁶ Cela correspond à environ 1 Canadien sur 16 (6,2 %), soit 6,6 % des hommes et 5,9 % des femmes. D'ici à 2012, on prévoit que le nombre de Canadiens chez qui on a diagnostiqué le diabète augmentera jusqu'à près de 2,8 millions, ce qui correspond à une augmentation globale d'environ 25 % par rapport aux chiffres de 2007 (soit une augmentation de 6 % par année). Les adultes canadiens âgés de 20 ans et plus qui sont atteints de diabète sont deux fois plus susceptibles de mourir prématurément que les non-diabétiques et sont aussi plus susceptibles d'avoir d'autres problèmes de santé. Dans la présente section, on décrit la prévalence et l'incidence du diabète, ainsi que la mortalité et l'espérance de vie des Néo-Brunswickois chez qui on a diagnostiqué le diabète.

2.1 Prévalence

La prévalence du diabète est le nombre de personnes qui sont atteintes du diabète dans la population au cours d'une période donnée; elle comprend à la fois les nouveaux cas et les cas déjà existants de diabète, mais ne comprend pas les personnes qui sont décédées.

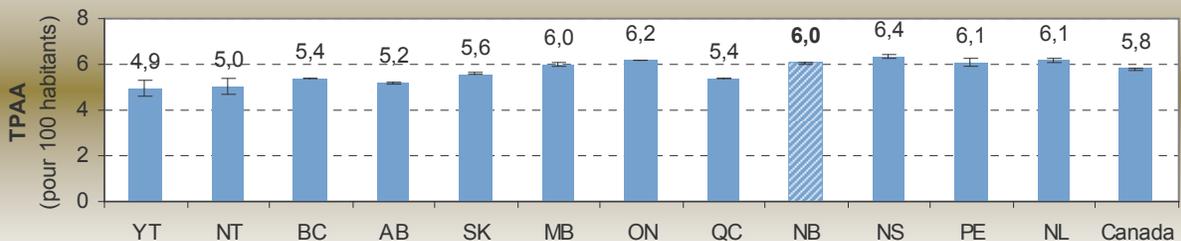
2.1.1 Pourcentage de la population du Nouveau-Brunswick vivant avec un diagnostic de diabète en 2007-2008

En 2007-2008, 1 Néo-Brunswickois sur 13 âgé de 1 an et plus vivait avec un diagnostic de diabète (7,8 %, soit 29 047 hommes, et 7,2 %, soit 27 396 femmes). Environ 68 % de ces cas étaient âgés de 50 à 79 ans (voir annexe 5a).

2.1.2 Comparaison des taux de prévalence du diabète diagnostiqué avec d'autres provinces et territoires du Canada, 2006-2007

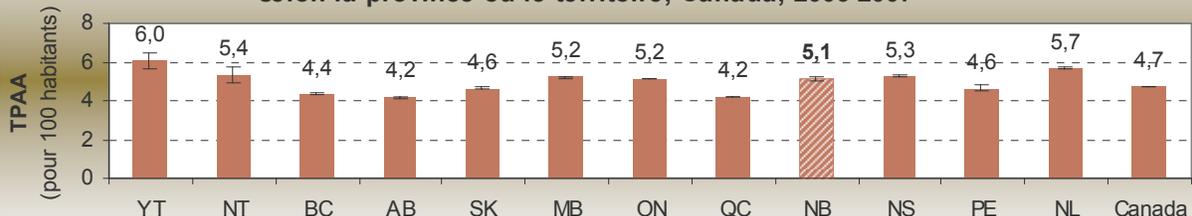
Selon une récente publication de l'ASPC¹⁶, en 2006-2007 le Nouveau-Brunswick et le Manitoba enregistraient le 5^e taux le plus élevé de prévalence ajusté selon l'âge (TPAA) du diabète diagnostiqué chez les hommes canadiens (TPAA = 6,0 %), alors que les femmes du Nouveau-Brunswick se classaient au 7^e rang (TPAA = 5,1 %) comparativement aux autres parties du Canada (figures 1 et 2).

Figure 1. Taux de prévalence (pour 100 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les hommes âgés de 1 an et plus, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Figure 2. Taux de prévalence (pour 100 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les femmes âgées de 1 an et plus, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

2.1.3 Taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008

Au cours de la période de 1998-1999 à 2007-2008, le TPAA de Néo-Brunswickois vivant avec un diagnostic de diabète est passé de 37,5 à 62,8 pour 1 000 habitants chez les hommes et de 32,6 à 53,0 pour 1 000 habitants chez les femmes (figure 3).

Figure 3. Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008



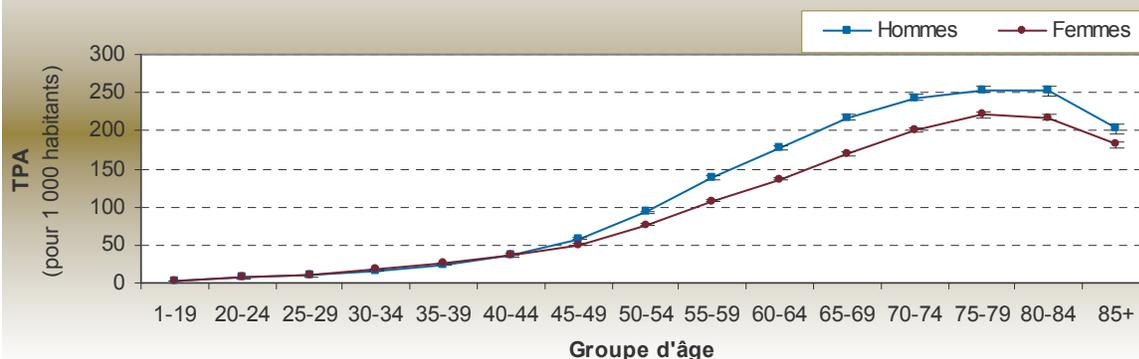
[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

2.1.4 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de cinq ans allant de 2003-2004 à 2007-2008, le taux de prévalence selon l'âge (TPA) du diabète diagnostiqué a augmenté avec l'âge chez les deux sexes jusqu'à la tranche d'âge des 75 à 79 ans, puis a diminué dans les groupes d'âge plus avancés; 1 homme sur 4 et 1 femme sur 5 âgés de 70 à 84 ans vivaient avec un diagnostic de diabète (figure 4). Les TPA du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans la tranche d'âge des 20 à 24 ans, ainsi que dans les tranches d'âge allant des 40 à 44 ans aux 85 ans et plus; les TPA étaient statistiquement moins élevés chez les hommes que chez les femmes dans la tranche d'âge des 30 à 34 ans.

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

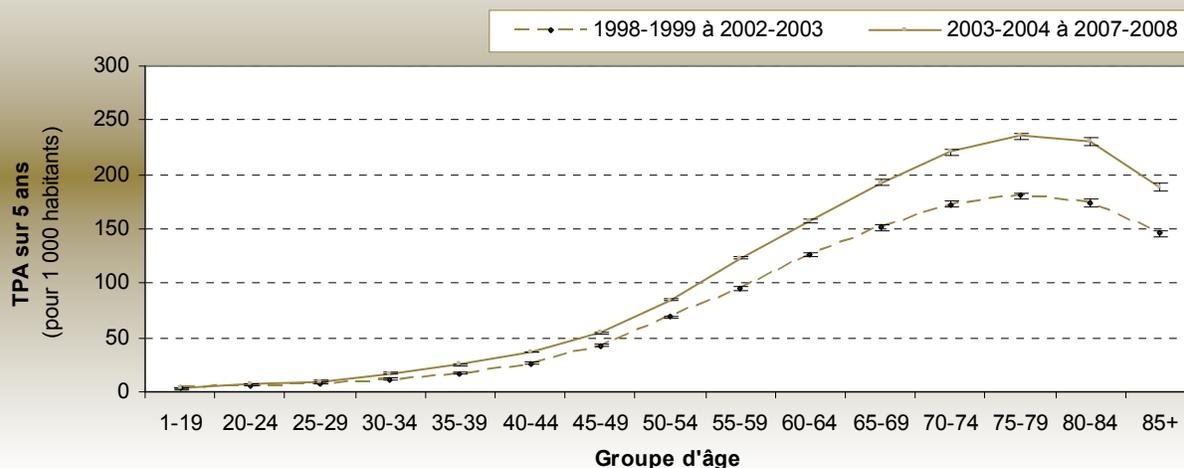
Figure 4. Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



2.1.5 Comparaison des taux de prévalence sur cinq ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008

Le TPA sur cinq ans du diabète diagnostiqué était statistiquement plus élevé pour la période de 2003-2004 à 2007-2008 que pour la période allant de 1998-1999 à 2002-2003, et ce, dans toutes les tranches d'âge. Cela signifie que, dans chaque tranche d'âge, un plus grand nombre de personnes vivaient avec un diagnostic de diabète au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008 qu'au cours des cinq années précédentes (figure 5).

Figure 5. Comparaison des taux de prévalence (pour 1 000 habitants) sur 5 ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008

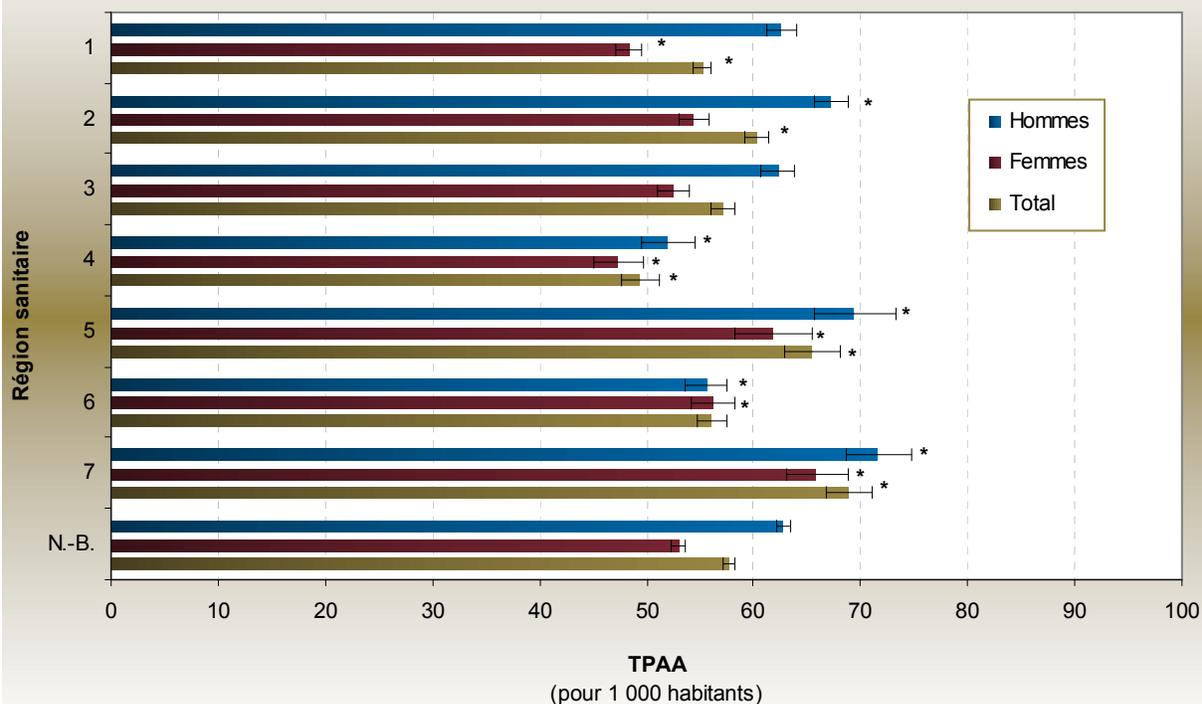


SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

2.1.6 Taux de prévalence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2007-2008

Au cours de l'exercice financier 2007-2008, les TPAA du diabète diagnostiqué chez les hommes étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 2, 5 et 7, et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 4 et 6 comparativement au taux provincial de 62,8 cas pour 1 000 habitants (figure 6). Chez les femmes, les TPAA du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 5, 6 et 7, et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 1 et 4 comparativement au taux provincial de 53,0 cas pour 1 000 habitants. Quand on regroupe les deux sexes, les TPAA étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 2, 5 et 7, et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 1 et 4 comparativement au taux provincial de 57,7 cas pour 1 000 habitants. Les TPAA étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les régions sanitaires 1, 2, 3 et 5 et statistiquement non significatives dans les autres régions sanitaires.

Figure 6. Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

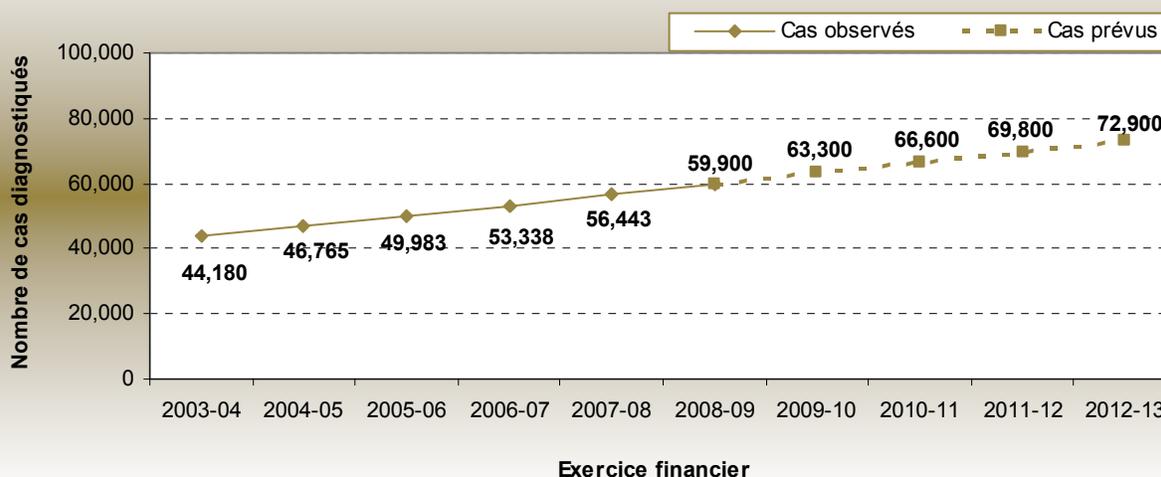
* Le taux de la région sanitaire est statistiquement différent du taux provincial à un niveau de confiance de 95 %.

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

2.1.7 Projections de la prévalence du diabète diagnostiqué de 2008-2009 à 2012-2013

On prévoit que d'ici à 2012-2013 un total de 72 900 Néo-Brunswickois vivront avec un diagnostic de diabète, soit une augmentation de 29 % par rapport à 2007-2008 (figure 7).

Figure 7. Nombre de cas de diabète diagnostiqués chez les personnes âgées de 1 an et plus et projections, selon l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2012-2013



2.2 Incidence

L'incidence du diabète correspond au nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans la population au cours d'une période donnée.

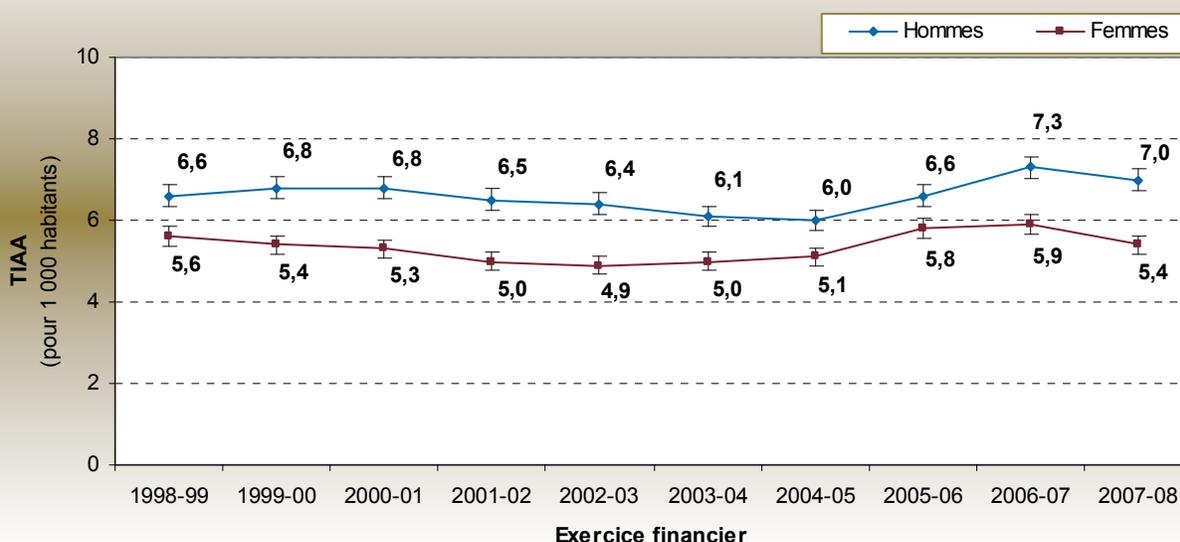
2.2.1 Nombre moyen de nouveaux cas de diabète diagnostiqués par année, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, on a diagnostiqué en moyenne 4 887 nouveaux cas de diabète chaque année chez les Néo-Brunswickois âgés de 1 an et plus; les deux tiers (67 %) de ces cas étaient des personnes qui avaient entre 45 et 74 ans au moment du diagnostic (voir annexe 5b).

2.2.2 Taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008

Au cours de la période de dix ans allant de 1998-1999 à 2007-2008, les taux d'incidence ajustés selon l'âge (TIAA) du diabète diagnostiqué au Nouveau-Brunswick oscillaient entre 6,0 et 7,3 pour 1 000 habitants chez les hommes et entre 4,9 et 5,9 pour 1 000 habitants chez les femmes. Les taux étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans chacun des exercices financiers (figure 8).

Figure 8. Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008



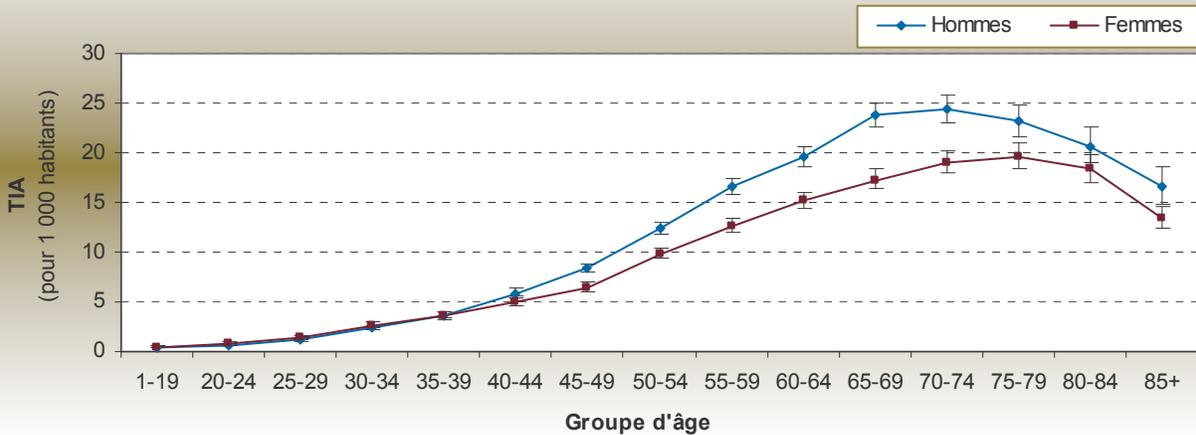
[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

2.2.3 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les taux d'incidence selon l'âge (TIA) du diabète diagnostiqué ont augmenté avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux les plus élevés étaient dans la tranche d'âge des 70 à 74 ans chez les hommes (24,4 nouveaux cas pour 1 000 habitants) et dans la tranche d'âge des 75 à 79 ans chez les femmes (19,7 nouveaux cas pour 1 000 habitants) (figure 9). Les TIA étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant du groupe des 40 à 44 ans à celui des 75 à 79 ans, ainsi que le groupe des 85 ans et plus. Les différences entre les taux des autres tranches d'âge étaient statistiquement non significatives.

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

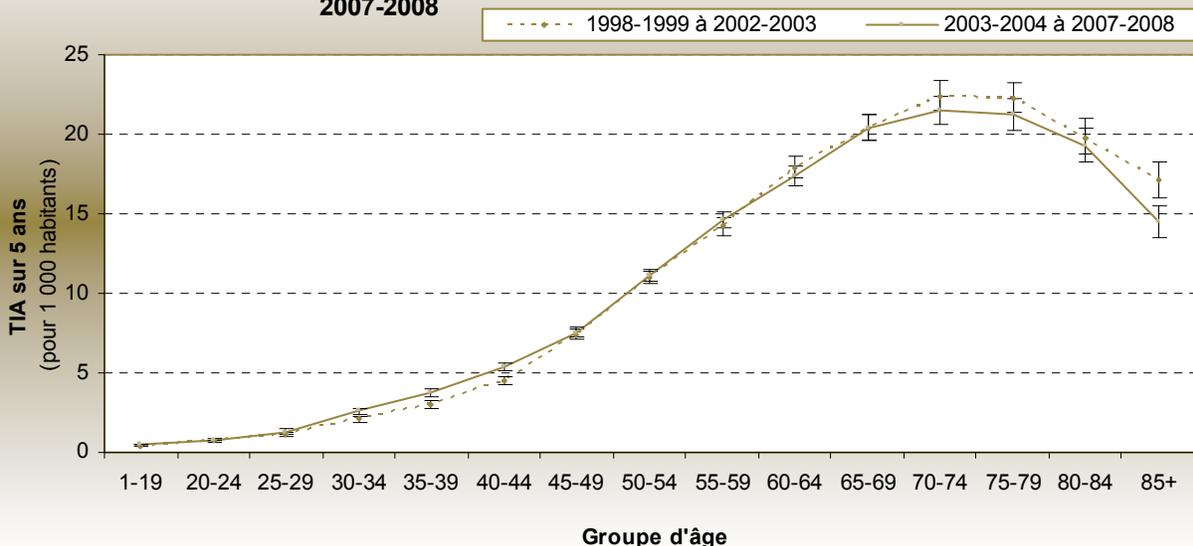
Figure 9. Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



2.2.4 Comparaison des taux d'incidence sur cinq ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008

Les TIA sur cinq ans du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés pour la période de 2003-2004 à 2007-2008 que pour les cinq années précédentes dans les tranches d'âge allant des 30 à 34 ans aux 40 à 44 ans, et statistiquement moins élevés dans la tranche d'âge des 85 ans et plus (figure 10).

Figure 10. Comparaison des taux d'incidence (pour 1 000 habitants) sur 5 ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008

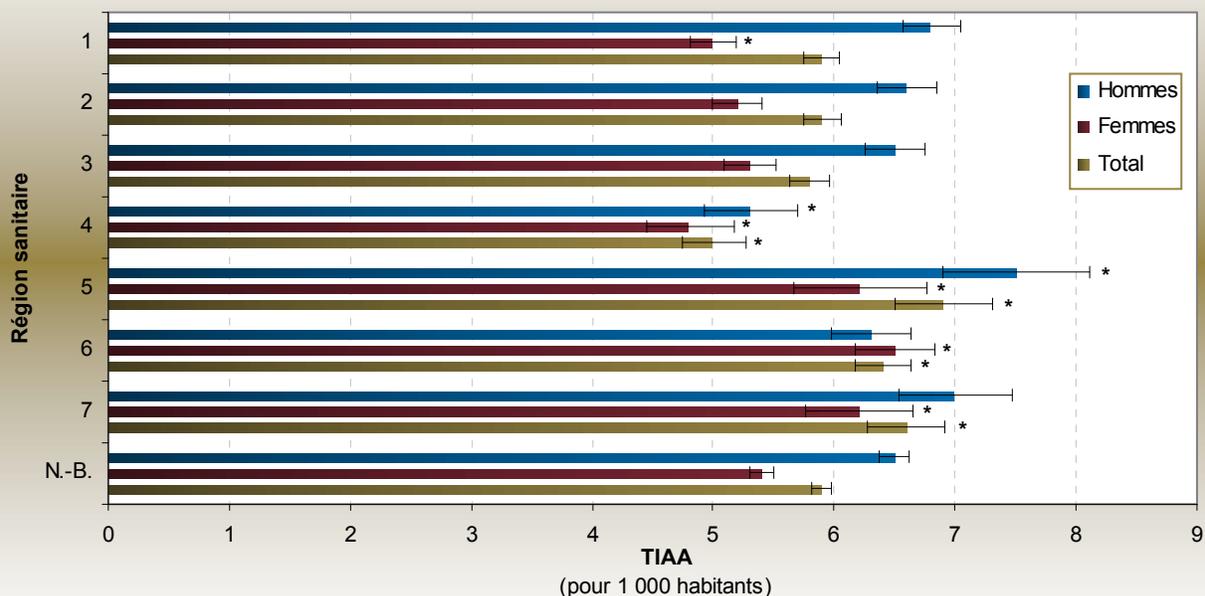


SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

2.2.5 Taux d'incidence ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Le TIAA sur cinq ans du diabète diagnostiqué correspond au nombre moyen de nouveaux cas de diabète diagnostiqués chaque année pour 1 000 habitants au cours de la période allant de 2003-2004 à 2007-2008. Les TIAA du diabète diagnostiqué chez les hommes étaient statistiquement plus élevés dans la région sanitaire 5 et statistiquement moins élevés dans la région sanitaire 4 comparativement au taux provincial de 6,5 nouveaux cas pour 1 000 habitants. Chez les femmes, les TIAA du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 5, 6 et 7, et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 1 et 4 comparativement au taux provincial de 5,4 nouveaux cas pour 1 000 habitants. Quand on regroupe les deux sexes, les TIAA sur cinq ans du diabète diagnostiqué étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 5, 6 et 7, et statistiquement moins élevés dans la région sanitaire 4 comparativement au taux provincial de 5,9 nouveaux cas pour 1 000 habitants (figure 11). Les TIAA étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les régions sanitaires 1, 2, 3 et 5 et oscillaient de manière statistiquement non significative dans les autres régions sanitaires.

Figure 11. Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

* Le taux de la région sanitaire est statistiquement différent du taux provincial à un niveau de confiance de 95 %.

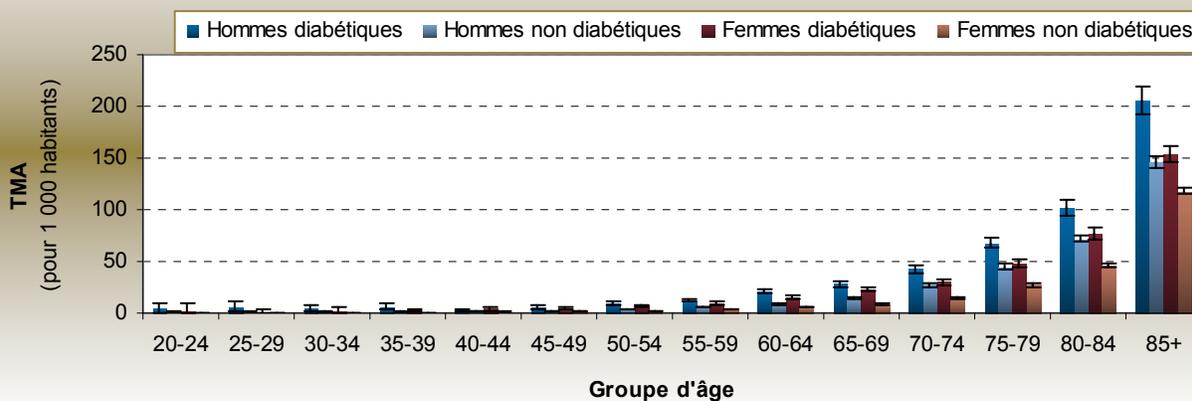
2.3 Mortalité

Parmi les complications importantes associées au diabète, notons la cardiopathie, les accidents cérébrovasculaires, la néphropathie chronique, la cécité et des atteintes nerveuses. Les diabétiques qui souffrent d'une de ces complications (ou maladies concomitantes) du diabète ou plus courent un plus grand risque de mourir prématurément.

2.3.1 Taux de mortalité chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les taux de mortalité selon l'âge (TMA) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, avec ou sans un diagnostic de diabète, augmentent avec l'âge. Chez les personnes ayant un diagnostic de diabète, les TMA étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant des 60 à 64 ans aux 85 ans et plus (figure 12).

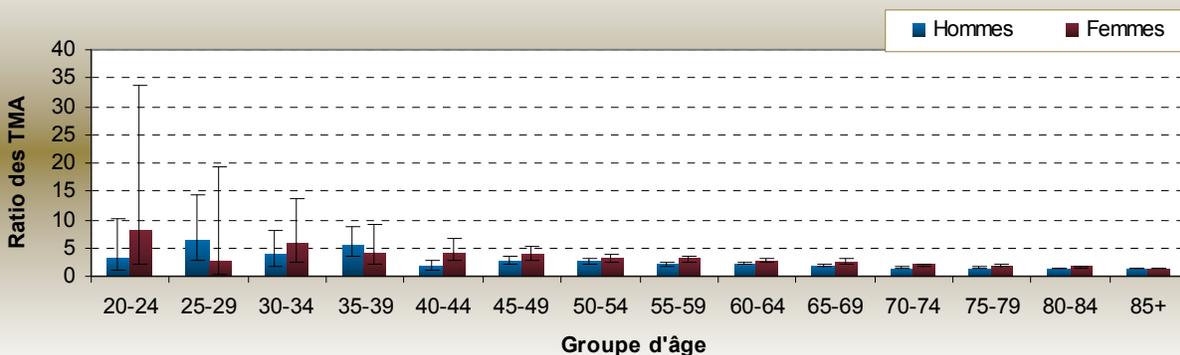
Figure 12. Taux de mortalité (pour 1 000 habitants) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Chez les hommes, le ratio des TMA des diabétiques et des non-diabétiques était toujours statistiquement plus élevé que 1 dans toutes les tranches d'âge, ce qui signifie que les hommes avec un diagnostic de diabète étaient plus susceptibles de mourir que ceux qui n'étaient pas diabétiques, et ce, dans toutes les tranches d'âge. De la même façon, les femmes ayant un diagnostic de diabète étaient plus susceptibles de mourir que celles sans diabète dans toutes les tranches d'âge, sauf dans la tranche d'âge des 25 à 29 ans. Le ratio des TMA était statistiquement moins élevé chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge des 65 à 69 ans, des 70 à 74 ans et des 80 à 84 ans (figure 13).

SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

Figure 13. Ratio des taux de mortalité selon l'âge des personnes âgées de 20 ans et plus avec un diabète diagnostiqué et des personnes non diabétiques du même groupe d'âge, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

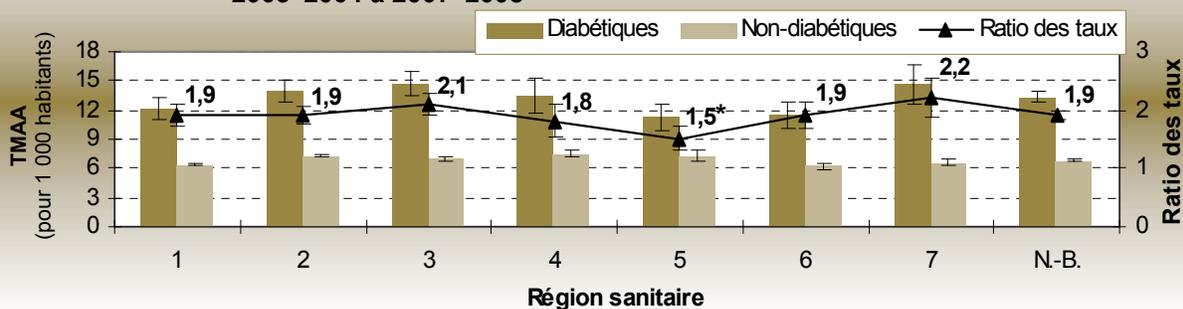


2.3.2 Taux de mortalité ajustés selon l'âge chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le taux de mortalité ajusté selon l'âge (TMAA), toutes causes confondues, chez les personnes ayant un diagnostic de diabète était statistiquement moins élevé dans la région sanitaire 5 (11,2 décès pour 1 000 habitants) comparativement au taux provincial de 13,3 décès pour 1 000 habitants (figure 14).

Le ratio des TMAA du Nouveau-Brunswick est de 1,9, ce qui signifie qu'au cours de la période de cinq ans – après avoir contrôlé pour tenir compte de l'effet de l'âge, les personnes ayant un diagnostic de diabète étaient 1,9 fois plus susceptibles de mourir que celles qui ne souffraient pas du diabète. Dans la région sanitaire 5, le ratio des taux (1,5) était statistiquement inférieur au ratio des taux provinciaux.

Figure 14. Taux de mortalité (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge[†] pour toutes les causes de décès chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

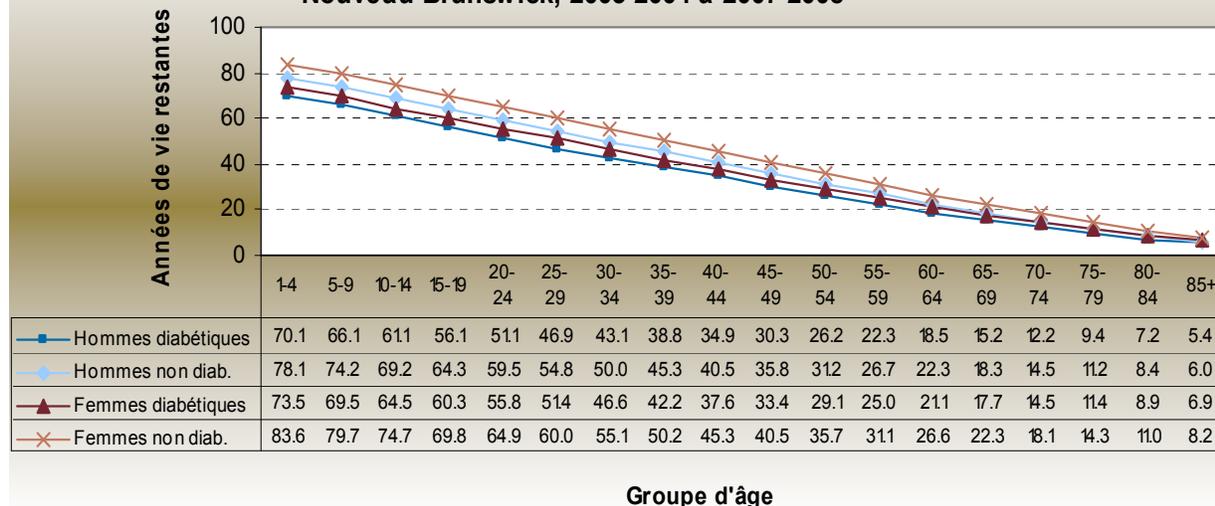
SECTION 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU DIABÈTE

2.3.3 Espérance de vie des Néo-Brunswickois selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Les diabétiques ne vivent habituellement pas aussi longtemps que ceux qui n'ont pas le diabète à cause des maladies concomitantes du diabète qui entraînent le décès prématuré.

À titre d'exemple, au cours de la période de cinq ans allant de 2003-2004 à 2007-2008, on prévoyait que les personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète quand elles avaient entre 1 et 14 ans vivraient en moyenne 8 années de moins (hommes) et 10 années de moins (femmes) que les non-diabétiques (figure 15).

Figure 15. Espérance de vie des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Environ 1 consultation de médecins de famille sur 4 par des personnes âgées de 65 ans et plus impliquait un cas de diabète.
- Le taux de consultations de médecins de famille était 1,7 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.
- Environ 3 consultations de spécialistes sur 10 par des personnes âgées de 60 à 84 ans impliquait un cas de diabète.
- Le taux de consultations de spécialistes était 2,4 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.
- Les diabétiques étaient 3,3 fois plus susceptibles d'être hospitalisés et ils ont séjourné à l'hôpital environ 3,4 fois plus longtemps que les non-diabétiques.
- Les diabétiques comptaient pour environ 27 % du total des journées de soins hospitaliers.

CONTEXTE

Les diabétiques sont plus susceptibles de souffrir de multiples problèmes de santé qui les porteront à consommer davantage de ressources en santé, ce qui ajoute de la pression sur un réseau de soins de santé déjà surmené. Les frais hospitaliers constituent environ 50 % du total des coûts de prise en charge des diabétiques.⁴ En 2006-2007, les adultes canadiens âgés de 20 à 29 ans et de 35 à 49 ans chez qui on avait diagnostiqué le diabète ont été hospitalisés en moyenne 5 à 6 fois et près de 5 fois plus longtemps, respectivement, que les non-diabétiques des mêmes tranches d'âge. D'ici à 2016, on estime à 198 millions de dollars par année le coût des soins de santé pour la population du Nouveau-Brunswick atteinte de diabète, une hausse de 66,4 % par rapport à l'an 2000.² La présente partie du rapport fournit des renseignements au sujet des consultations de médecins de famille et de spécialistes, des congés d'hôpital et des journées de soins hospitaliers.

3.1 Consultations auprès de médecins de famille

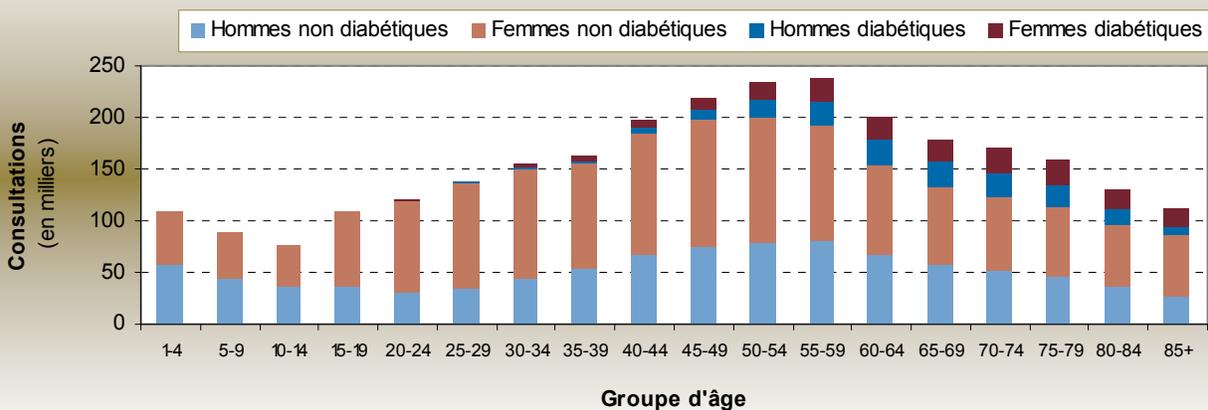
Le nombre de consultations auprès de médecins de famille est l'un des indicateurs de l'utilisation des services de santé.

3.1.1 Nombre annuel moyen de consultations auprès de médecins de famille selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre annuel moyen de consultations auprès de médecins de famille était le plus élevé dans les tranches d'âge allant des 45 à 49 ans aux 55 à 59 ans, et ces tranches d'âge ont compté pour 24,7 % des consultations (figure 16).

Environ 1 consultation auprès de médecins de famille sur 4 (26,8 %) par des personnes des tranches d'âge allant des 65 à 69 ans aux 85 ans et plus concernait quelqu'un chez qui on avait diagnostiqué le diabète.

Figure 16. Nombre annuel moyen de consultations auprès de médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

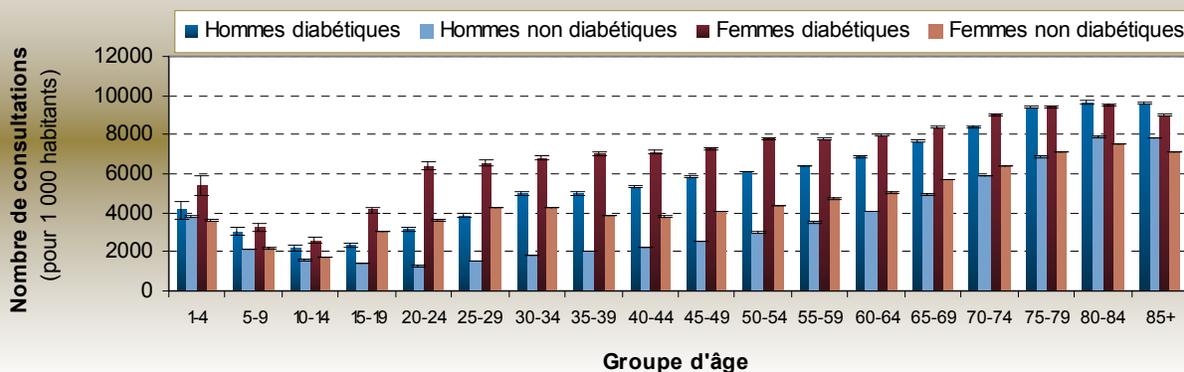


3.1.2 Taux de consultations auprès des médecins de famille, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, les taux de consultations auprès des médecins de famille par des personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète augmentent avec l'âge dans les tranches d'âge allant des 10 à 14 ans aux 80 à 84 ans. Les taux étaient statistiquement plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans la tranche d'âge des 1 à 4 ans et dans les tranches d'âge allant des 10 à 14 ans aux 70 à 74 ans. Les taux étaient statistiquement moins élevés chez les femmes que chez les hommes dans les tranches d'âge des 80 à 84 ans et des 85 ans et plus (figure 17).

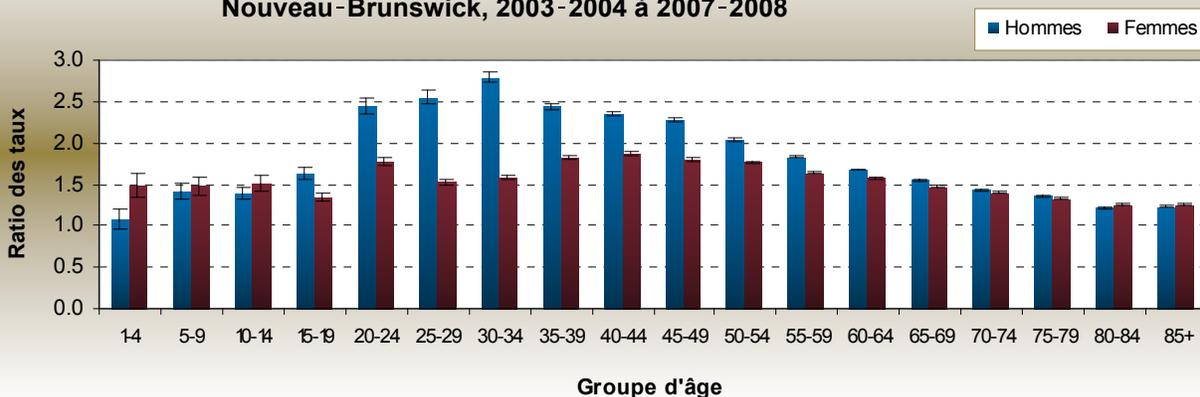
SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Figure 17. Taux (pour 1 000 habitants) de consultations auprès des médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Le ratio des taux de consultations auprès des médecins de famille était statistiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant des 15 à 19 ans aux 75 à 79 ans et statistiquement moins élevé chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge des 1 à 4 ans, des 80 à 84 ans et des 85 ans et plus (figure 18).

Figure 18. Ratio des taux de consultations auprès des médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus comparant celles avec un diabète diagnostiqué à celles non diabétiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

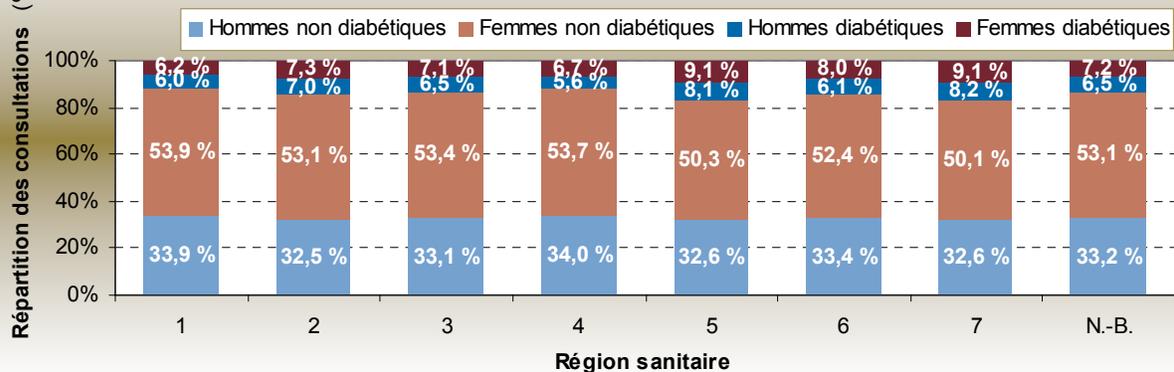


3.1.3 Répartition des consultations auprès de médecins de famille selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, en moyenne, 13,7 % de toutes les consultations auprès de médecins de famille ont été effectuées par des personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète. La répartition en pourcentage des consultations variait légèrement d'une région sanitaire à l'autre d'après l'état diabétique et le sexe (figure 19).

SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

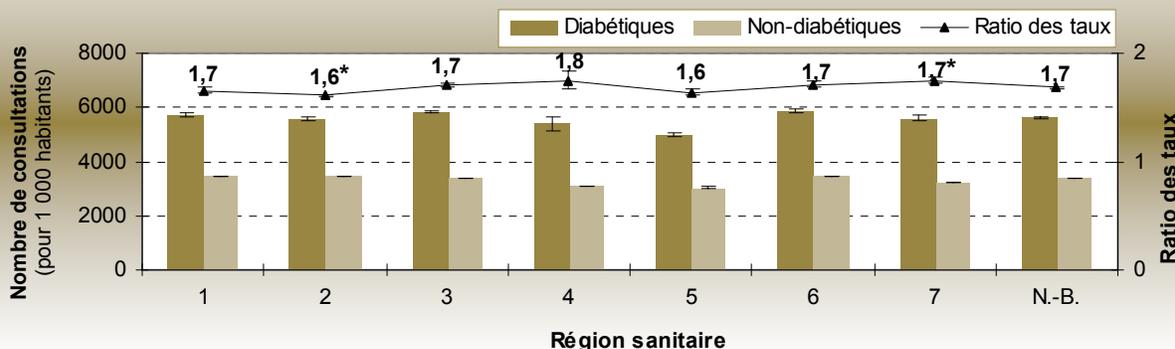
Figure 19. Répartition des consultations auprès de médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



3.1.4 Taux ajustés selon l'âge des consultations auprès de médecins de famille, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, les taux ajustés selon l'âge des consultations auprès de médecins de famille par des personnes ayant un diagnostic de diabète étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 1, 3 et 6, et statistiquement moins élevés dans la région sanitaire 5 comparativement au taux provincial de 5 616 consultations pour 1 000 habitants (se reporter à l'histogramme de la figure 20). Le taux ajusté selon l'âge des consultations auprès de médecins de famille était 1,7 fois plus élevé chez les Néo-Brunswickois ayant un diagnostic de diabète que chez ceux qui n'étaient pas atteints du diabète.

Figure 20. Taux ajustés selon l'âge[†] (pour 1 000 habitants) des consultations auprès de médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

* Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

Remarque: L'arrondissement des ratios des taux dans les régions sanitaires ont possiblement mené aux mêmes ratios bien que statistiquement différents du ratio des taux provinciaux.

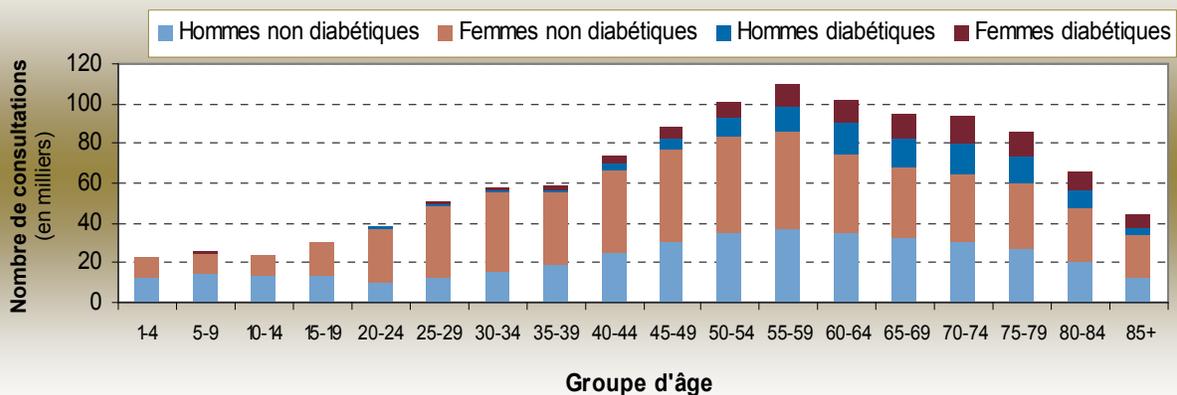
3.2 Consultations auprès de spécialistes

Le nombre de consultations auprès de spécialistes médicaux et chirurgicaux est un autre indicateur de l'utilisation des services de santé.

3.2.1 Nombre annuel moyen de consultations auprès de spécialistes, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les Néo-Brunswickois âgés de 50 à 64 ans ont compté pour environ 26,8 % du nombre total des consultations auprès de spécialistes chaque année et ceux âgés de 65 à 84 ans ont compté pour un autre 29,2 % (figure 21). Environ 3 consultations sur 10 (29,3 %) dans les tranches d'âge allant des 60 à 64 ans aux 80 à 84 ans impliquaient des personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète. Chez les Néo-Brunswickois ayant reçu un diagnostic de diabète, le nombre moyen des consultations auprès de spécialistes par année était plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge des 5 à 9 ans, des 10 à 14 ans et celles allant des 45 à 49 ans aux 75 à 79 ans, et moins élevé chez les hommes que chez les femmes dans les autres tranches d'âge.

Figure 21. Nombre annuel moyen de consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe. Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



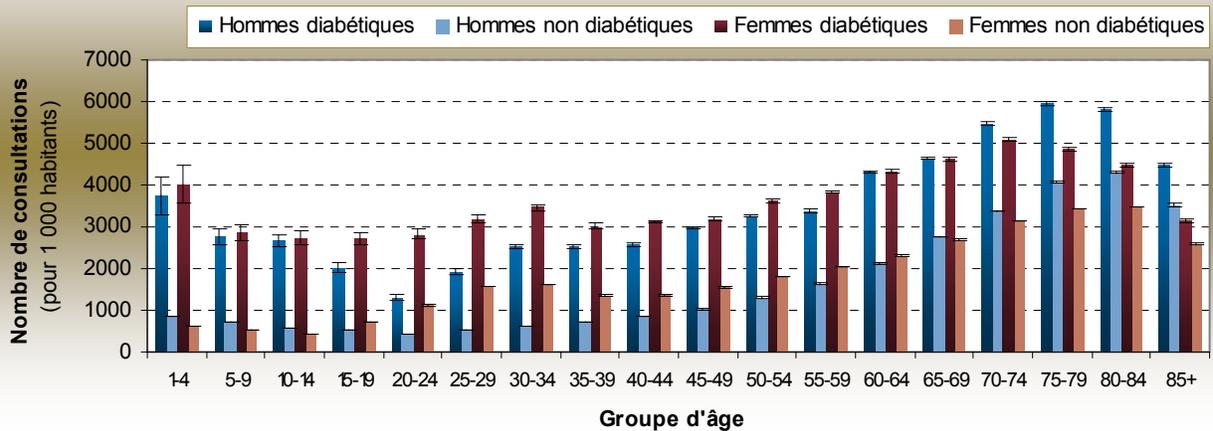
3.2.2 Taux de consultations auprès de spécialistes, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, les taux de consultations auprès de spécialistes par des personnes ayant été diagnostiquées avec le diabète augmentent avec l'âge dans les tranches d'âge allant des 35 à 39 ans aux 75 à 79 ans. Les taux étaient statistiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant des 70 à 74 ans aux 85

SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

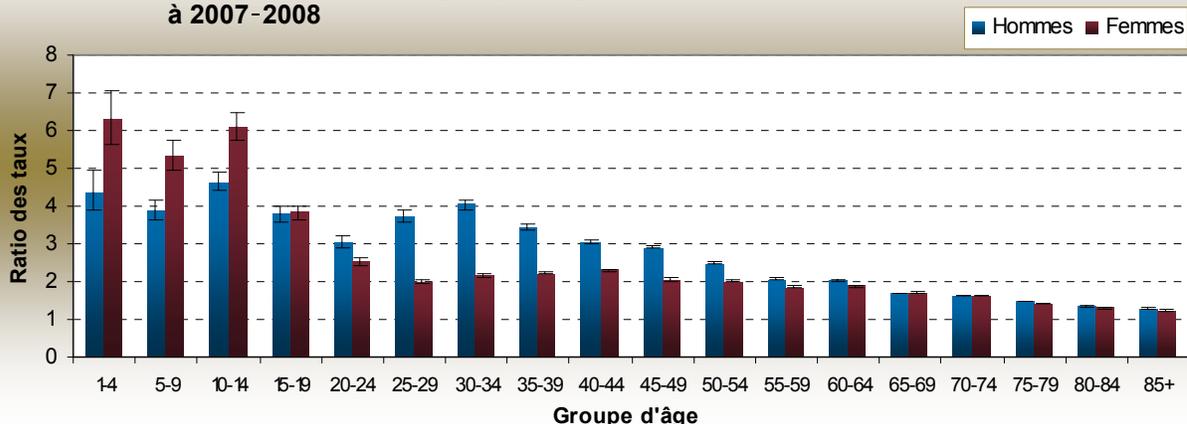
ans et plus, et statistiquement moins élevés chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant des 14 à 19 ans aux 55 à 59 ans. Chez les deux sexes, les taux de consultations auprès de spécialistes étaient statistiquement plus élevés chez les diabétiques que chez les non-diabétiques dans toutes les tranches d'âge (figure 22).

Figure 22. Taux (pour 1 000 habitants) de consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Le ratio des taux de consultations diminue avec l'âge et il était statistiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant des 20 à 24 ans aux 60 à 64 ans et des 75 à 79 ans aux 85 ans et plus. Le ratio des taux de consultations auprès de spécialistes était statistiquement moins élevé chez les hommes que chez les femmes dans les tranches d'âge allant des 1 à 4 ans aux 10 à 14 ans (figure 23).

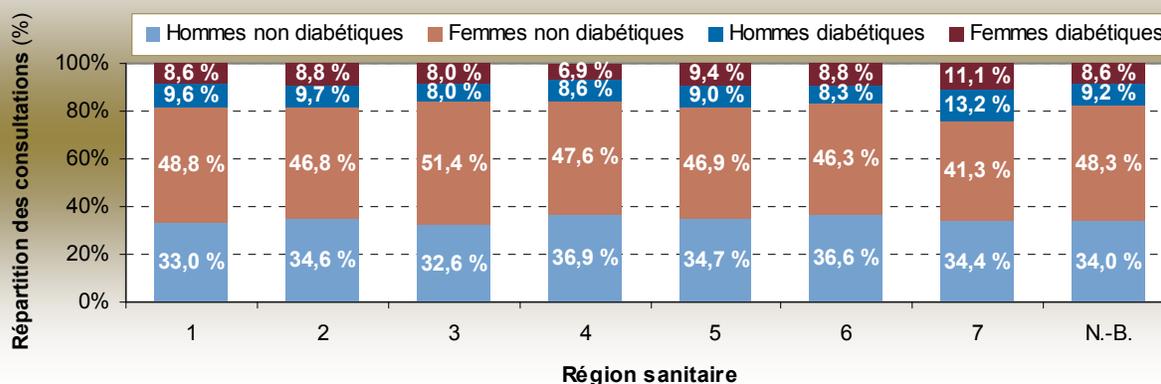
Figure 23. Ratio des taux de consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus comparant celles avec un diabète diagnostiqué à celles non diabétiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



3.2.3 Répartition des consultations auprès de spécialistes selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les femmes du Nouveau-Brunswick ont compté pour 56,8 % du nombre total de consultations auprès de spécialistes et les hommes, pour 43,2 %. Au total, 17,8 % des consultations concernaient des Néo-Brunswickois chez qui on avait diagnostiqué le diabète (figure 24).

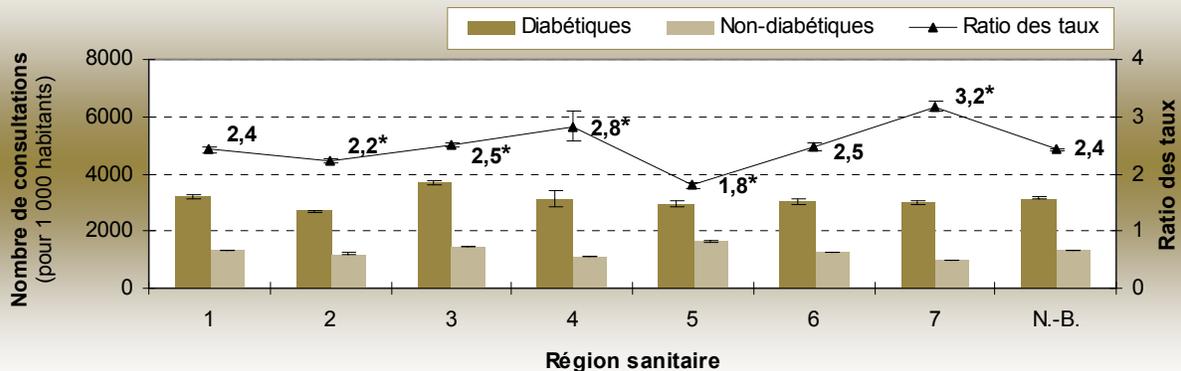
Figure 24. Répartition des consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



3.2.4 Taux ajustés selon l'âge des consultations auprès de spécialistes, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, les taux ajustés selon l'âge des consultations auprès de spécialistes étaient statistiquement plus élevés dans la région sanitaire 3 et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 2, 5 et 7 comparativement au taux provincial de 3 151 consultations pour 1 000 habitants (se reporter à l'histogramme de la figure 25). Le taux ajusté selon l'âge des consultations auprès de spécialistes était 2,4 fois plus élevé chez les Néo-Brunswickois ayant un diagnostic de diabète que chez ceux qui n'étaient pas atteints du diabète.

Figure 25. Taux ajustés selon l'âge[†] (pour 1 000 habitants) des consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

Remarque: L'arrondissement des ratios des taux dans les régions sanitaires ont possiblement mené aux mêmes ratios bien que statistiquement différents du ratio des taux provinciaux.

3.3 Congés d'hôpital

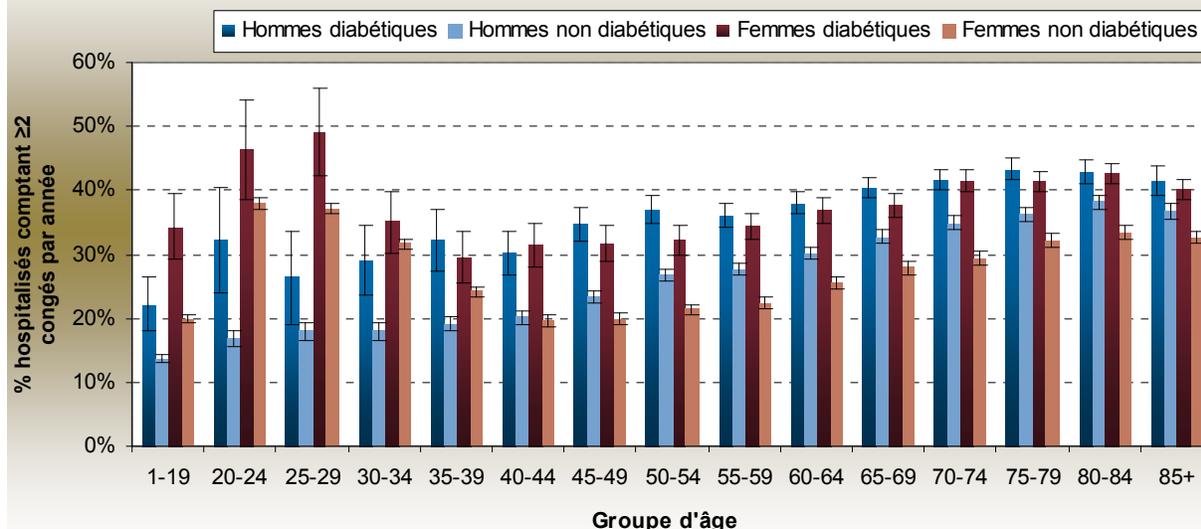
Il y a congé d'hôpital quand un patient hospitalisé quitte l'hôpital après avoir obtenu son congé, quand il est transféré à un autre établissement ou quand il décède.

3.3.1 Pourcentage moyen des personnes hospitalisées comptant au moins deux congés d'hôpital au cours d'un exercice financier, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Les Néo-Brunswickois avec un diagnostic de diabète étaient plus susceptibles d'être hospitalisés plus d'une fois au cours d'un exercice financier. Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le pourcentage moyen des personnes hospitalisées avec un diagnostic de diabète et comptant au moins deux congés d'hôpital au cours d'un exercice financier était statistiquement plus élevé que celui des non-diabétiques dans toutes les tranches d'âge, sauf dans la tranche d'âge des 25 à 29 ans chez les hommes et dans les tranches d'âge des 20 à 24 ans et des 30 à 34 ans chez les femmes (figure 26).

SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Figure 26. Pourcentage moyen des personnes hospitalisées âgées de 1 an et plus comptant au moins deux congés d'hôpital au cours d'un même exercice financier, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Le tableau 1 présente un sommaire du pourcentage moyen sur cinq ans des personnes hospitalisées comptant de multiples congés d'hôpital par année. Au total, 17,5 % des hommes hospitalisés ayant reçu un diagnostic de diabète avaient en moyenne au moins trois congés d'hôpital par année pendant la période de 2003-2004 à 2007-2008, contre 9,4 % chez ceux qui n'étaient pas atteints du diabète. Parallèlement, 16,6 % des femmes hospitalisées ayant reçu un diagnostic de diabète avaient en moyenne au moins trois congés d'hôpital par année contre 8,3 % chez les femmes non diabétiques.

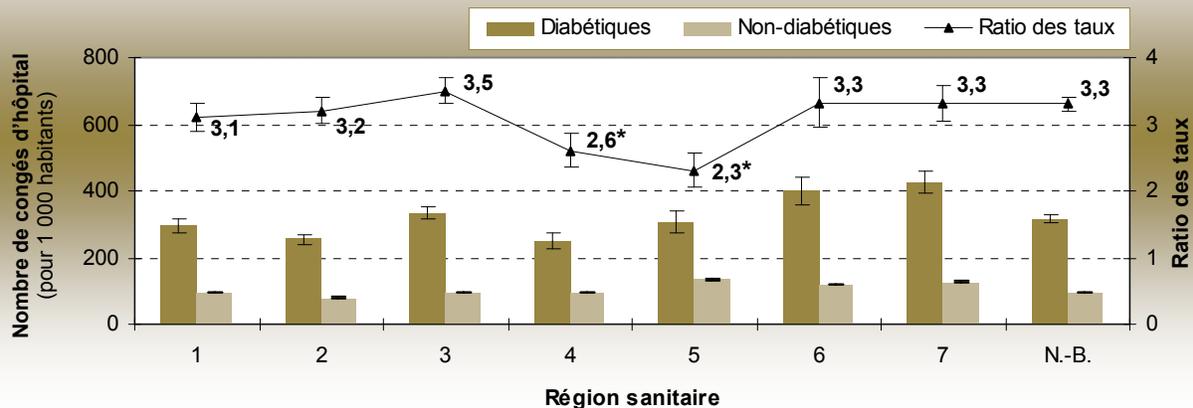
Tableau 1. Pourcentage moyen des personnes hospitalisées âgées de 1 an et plus comptant plusieurs congés d'hôpital par année, selon le nombre de congés d'hôpital, l'état diabétique et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

N ^{bre} de congés d'hôpital	Hommes				Femmes			
	Non-diabétiques		Diabétiques		Non-diabétiques		Diabétiques	
	N ^{bre} de personnes	Pourcentage						
1	14 289	73,6 %	3 161	60,7 %	21 260	71,8 %	3 275	61,6 %
2	3 288	16,9 %	1 131	21,7 %	5 889	19,9 %	1 156	21,7 %
3	1 054	5,4 %	484	9,3 %	1 580	5,3 %	475	8,9 %
4+	782	4,0 %	429	8,2 %	900	3,0 %	412	7,7 %
Total	19 413	100,0 %	5 205	100,0 %	29 629	100,0 %	5 318	100,0 %

3.3.2 Taux ajustés selon l'âge des congés d'hôpital, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Le taux de congés d'hôpital désigne le nombre moyen de fois par année – pour 1 000 habitants – que des patients hospitalisés quittent l'hôpital après avoir obtenu leur congé, avoir été transféré à un autre établissement ou être décédé. Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les taux ajustés selon l'âge des congés d'hôpital des personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 6 et 7 et statistiquement moins élevés dans les régions sanitaires 2 et 4 comparativement au taux provincial de 316 congés d'hôpital pour 1 000 habitants (se reporter à l'histogramme de la figure 27). En moyenne, les Néo-Brunswickois ayant reçu un diagnostic de diabète étaient hospitalisés 3,3 fois plus souvent que les non-diabétiques.

Figure 27. Taux (pour 1 000 habitants) des congés d'hôpital ajustés selon l'âge[†] chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

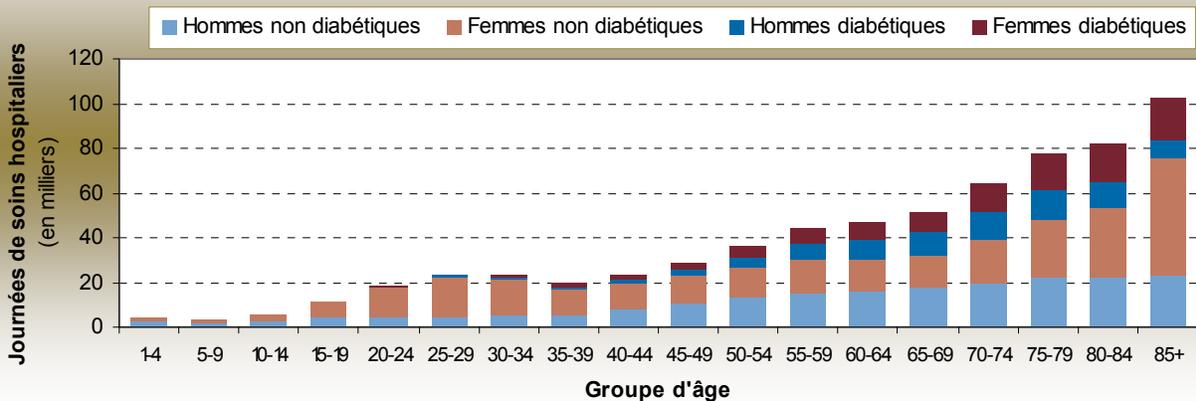
3.4 Journées de soins hospitaliers

Les journées de soins hospitaliers correspondent au nombre total de journées de soins accumulées par un patient hospitalisé au moment où il obtient son congé d'hôpital.

3.4.1 Nombre annuel moyen de journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre annuel moyen de journées de soins hospitaliers utilisées par les Néo-Brunswickois âgés de 1 an et plus augmente avec l'âge. Les personnes des tranches d'âge allant des 50 à 54 ans aux 65 à 69 ans comptaient pour environ 27 % du nombre total de journées de soins hospitaliers et celles des tranches d'âge allant des 70 à 74 ans aux 85 ans et plus comptaient pour un autre 49 %; environ le tiers des journées de soins dans ces tranches d'âge ont été utilisées par des Néo-Brunswickois chez qui on avait diagnostiqué le diabète (figure 28). Dans les tranches d'âge allant des 75 à 79 ans aux 85 ans et plus, les femmes diabétiques comptaient pour un plus grand nombre de journées de soins hospitaliers que les hommes diabétiques.

Figure 28. Nombre annuel moyen de journées de soins hospitaliers utilisées par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



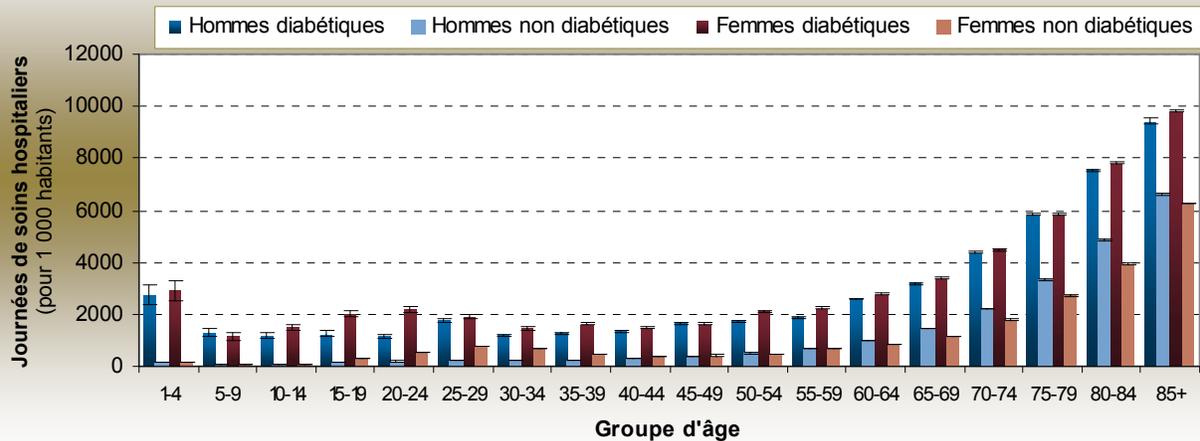
3.4.2 Taux des journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, les taux de journées de soins hospitaliers augmentent avec l'âge dans les tranches d'âge allant des 40 à 44 ans aux 85 ans et plus. Les taux des personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète étaient statistiquement plus élevés chez les femmes

SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

que chez les hommes dans toutes les tranches d'âge, sauf dans les tranches d'âge des 1 à 4 ans, des 5 à 9 ans, des 25 à 29 ans, des 45 à 49 ans et des 75 à 79 ans pour lesquels les différences entre les taux selon l'âge n'étaient pas significatives sur le plan statistique (figure 29).

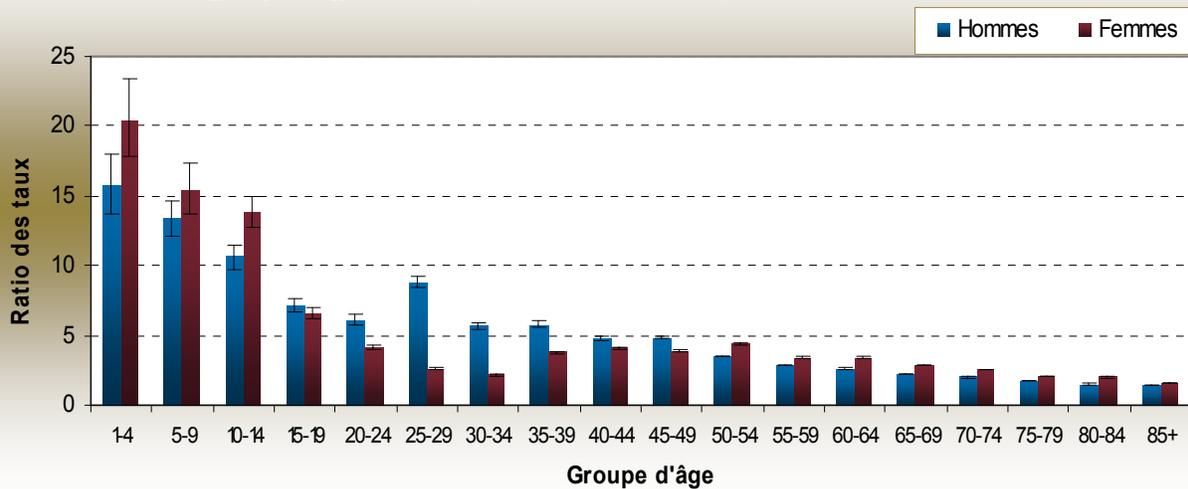
Figure 29. Taux (pour 1 000 habitants) des journées de soins hospitaliers chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Les personnes chez qui on avait diagnostiqué le diabète ont été hospitalisées considérablement plus longtemps que les non-diabétiques. Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les taux selon l'âge des journées de soins hospitaliers étaient de 1,4 à 15,7 fois plus élevés chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques et de 1,6 à 20,4 fois plus élevés chez les femmes diabétiques que chez les femmes non diabétiques. Les ratios des taux étaient statistiquement plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans la tranche d'âge des 10 à 14 ans, ainsi que dans les tranches d'âge allant des 50 à 54 ans aux 85 ans et plus, et statistiquement moins élevés chez les femmes que chez les hommes dans les tranches d'âge allant des 20 à 24 ans aux 45 à 49 ans (figure 30).

SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

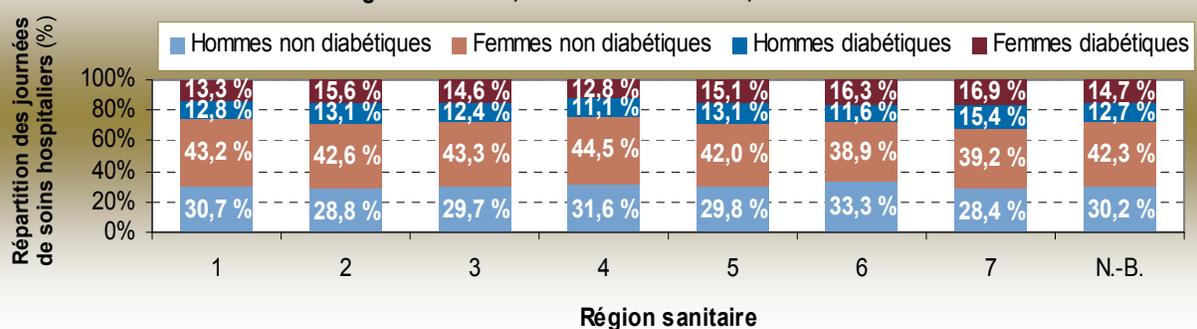
Figure 30. Ratio des taux des journées de soins hospitaliers chez les personnes âgées de 1 an et plus comparant celles avec un diabète diagnostiqué à celles non diabétiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



3.4.3 Répartition des journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, en moyenne, 27,4 % du nombre total des journées de soins hospitaliers ont été utilisées par des Néo-Brunswickois (12,7 % = hommes, 14,7 % = femmes) chez qui on avait diagnostiqué le diabète (figure 31).

Figure 31. Répartition des journées de soins hospitaliers utilisées par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



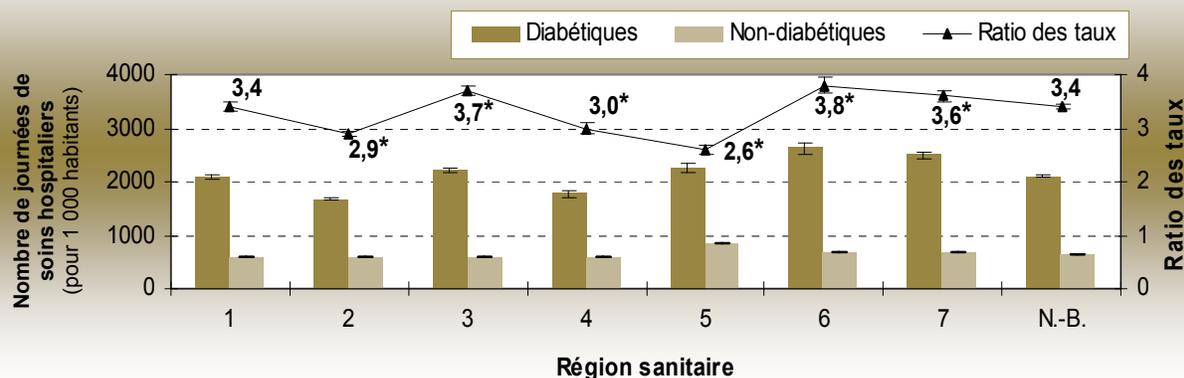
3.4.4 Taux ajustés selon l'âge des journées de soins hospitaliers, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Les taux ajustés selon l'âge des journées de soins hospitaliers des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète étaient statistiquement plus élevés dans les régions sanitaires 3, 5, 6 et 7, et statistiquement moins

SECTION 3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

élevés dans les régions sanitaires 2 et 4 comparativement au taux provincial de 2 095 journées de soins hospitaliers pour 1 000 habitants (se reporter à l'histogramme de la figure 32). En moyenne, les Néo-Brunswickois ayant reçu un diagnostic de diabète ont séjourné à l'hôpital environ 3,4 fois plus longtemps que les non-diabétiques.

Figure 32. Taux (pour 1 000 habitants) des journées de soins hospitaliers ajustés selon l'âge[†] chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Pourcentage des hospitalisations de personnes atteintes de certaines maladies concomitantes du diabète impliquant quelqu'un chez qui on a diagnostiqué le diabète :

- maladie cardiovasculaire - 33,8 %
- néphropathie chronique - 52,2 %
- amputation d'un membre inférieur - 64,2 %

Comparativement à la population générale, après ajustement pour l'âge, les personnes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient environ :

- 3 fois plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une maladie cardiovasculaire;
- 7 fois plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une néphropathie chronique;
- 15 fois plus susceptibles d'être hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur.

CONTEXTE

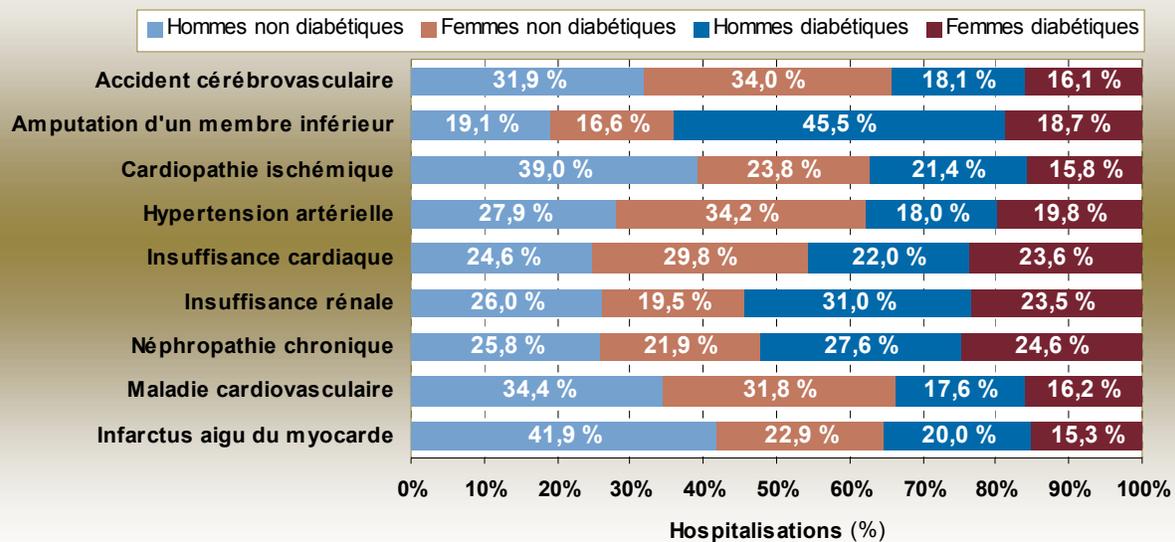
Les diabétiques courent davantage le risque de souffrir de maladies cardiovasculaires et de néphropathie chronique. Les complications entraînées par ces maladies concomitantes du diabète comprennent les crises cardiaques, les accidents cérébrovasculaires, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale. Les diabétiques courent aussi davantage le risque de subir l'amputation d'un membre inférieur et de souffrir de cécité. Ces complications se manifestent maintenant dans la population diabétique à un âge beaucoup plus jeune que par le passé.¹⁷ La présente section du rapport donne des renseignements au sujet des Néo-Brunswickois admis à l'hôpital souffrant de certaines maladies concomitantes du diabète.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

4.1 Répartition des hospitalisations de personnes souffrant de maladies concomitantes du diabète, selon l'état diabétique et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Comme on l'a vu à la section 3, les diabétiques sont plus susceptibles d'être hospitalisés. Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, au moins 1 hospitalisation sur 3 de Néo-Brunswickois souffrant de maladie cardiovasculaire, de néphropathie chronique ou ayant subi l'amputation d'un membre inférieur concernait quelqu'un chez qui on avait diagnostiqué le diabète. La plus grande proportion avait trait à l'amputation d'un membre inférieur où 2 hospitalisations sur 3 (64,2 %) touchaient quelqu'un chez qui on avait diagnostiqué le diabète (figure 33).

Figure 33. Répartition des hospitalisations de personnes âgées de 20 ans et plus souffrant de certaines maladies concomitantes du diabète, selon l'état diabétique et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

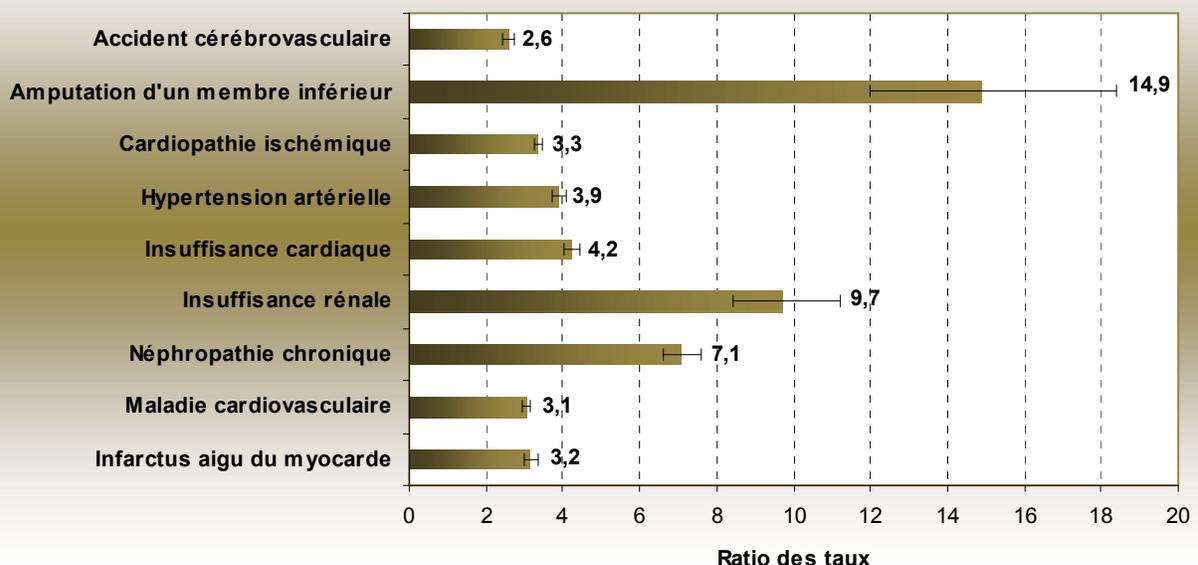


SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

4.2 Ratios des taux comparant les personnes avec un diabète diagnostiqué aux autres personnes non diabétiques qui ont été hospitalisées souffrant de maladies concomitantes du diabète, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, la proportion de Néo-Brunswickois hospitalisés souffrant de certaines maladies concomitantes du diabète était statistiquement plus élevée chez ceux avec un diagnostic de diabète que chez ceux qui n'en étaient pas atteints (figure 34). Le ratio des taux le plus élevé se rapporte à l'amputation d'un membre inférieur (14,9), ce qui signifie que la proportion de personnes hospitalisées avec un membre inférieur amputé était d'environ 15 fois plus élevée chez les personnes ayant un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques.

Figure 34. Ratios des taux comparant les personnes avec un diabète diagnostiqué aux autres personnes non diabétiques qui ont été hospitalisées souffrant de maladies concomitantes du diabète, 2003-2004 à 2007-2008



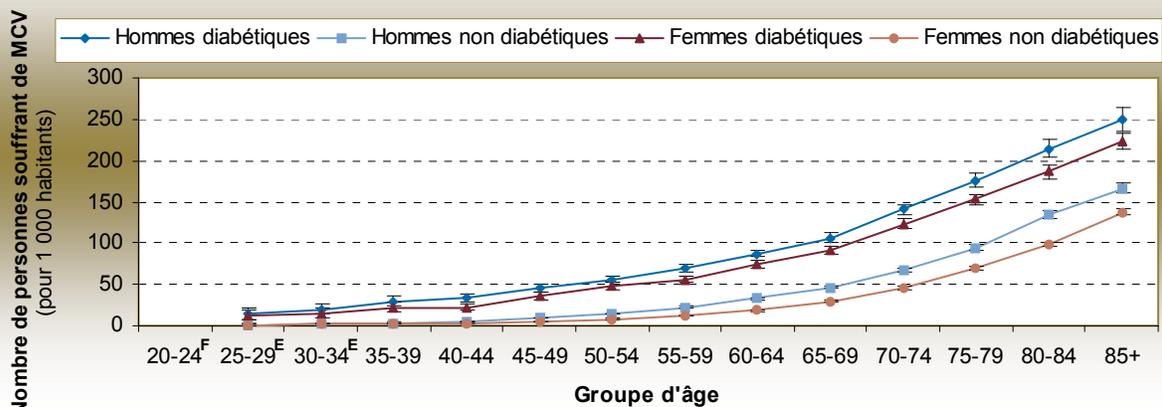
4.3 Maladie cardiovasculaire

La maladie cardiovasculaire (MCV) est la catégorie de maladies qui touche le cœur ou les vaisseaux sanguins. Les MCVs concomitantes du diabète retenues dans le présent rapport comprennent l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique, l'infarctus aigu du myocarde, l'hypertension artérielle et les accidents cérébrovasculaires.

4.3.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de personnes hospitalisées souffrant de MCV pour 1 000 habitants augmente avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes, et ce nombre était statistiquement plus élevé chez les personnes qui avaient reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques. La proportion d'hommes hospitalisés ayant reçu un diagnostic de diabète et souffrant aussi de MCV était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans les tranches d'âge allant des 40 à 44 ans aux 85 ans et plus (figure 35).

Figure 35. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection

F: Pas assez fiable pour être publié

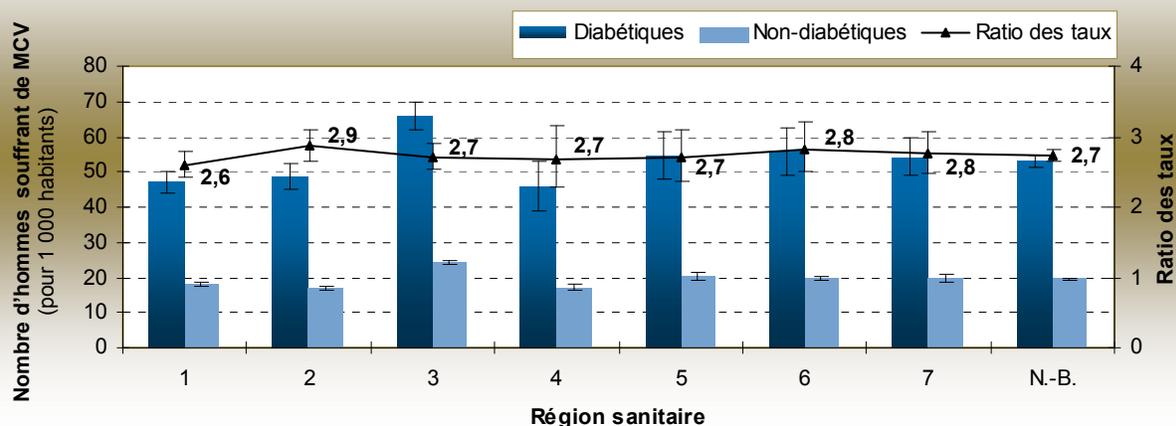
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

4.3.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et de MCV pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé, tant chez les hommes que chez les femmes de la région sanitaire 3, comparativement aux moyennes provinciales de 53,0 hommes et de 44,5 femmes pour 1 000 habitants. La proportion de personnes hospitalisées avec un diagnostic à la fois de diabète et de MCV était statistiquement inférieure à la moyenne provinciale dans la région sanitaire 1 chez les hommes et dans les régions sanitaires 1, 2 et 4 chez les femmes (se reporter aux histogrammes des figures 36 et 37).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 2,7 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'une MCV que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (3,4 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une MCV que les femmes non diabétiques. Chez les deux sexes, les ratios des taux dans chacune des sept régions sanitaires n'étaient pas statistiquement différents de la moyenne provinciale.

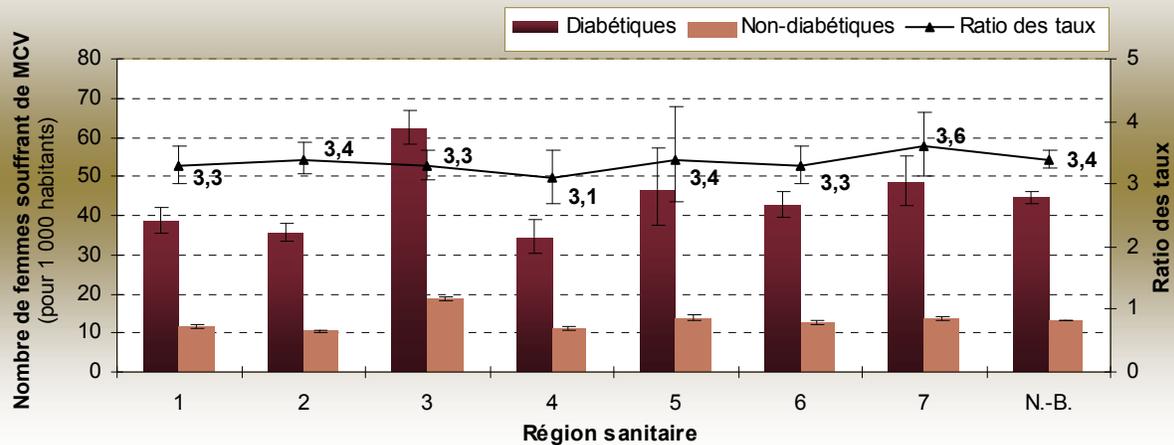
Figure 36. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant de maladie cardiovasculaire (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 37. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

4.4 Insuffisance cardiaque

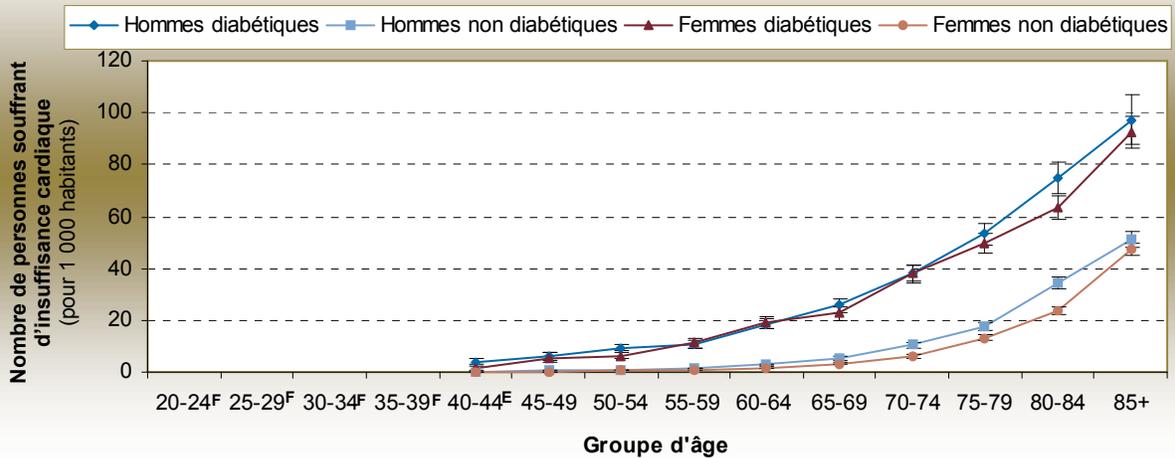
L'insuffisance cardiaque est une affection qui origine d'un problème dans la structure ou le fonctionnement du cœur entravant sa capacité de fournir assez de sang pour répondre aux besoins de l'organisme. Parmi les causes courantes de l'insuffisance cardiaque, mentionnons l'infarctus du myocarde et d'autres formes de cardiopathie ischémique, l'hypertension artérielle, la cardiopathie valvulaire et la myocardiopathie. Il s'agit d'une affection courante, coûteuse, invalidante et fatale.

4.4.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque pour 1 000 habitants augmente avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes, et ce nombre était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques. La proportion d'hommes hospitalisés ayant reçu un diagnostic de diabète et souffrant aussi d'insuffisance cardiaque était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans la tranche des 80 à 84 ans, mais semblable dans les autres tranches d'âge (figure 38).

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 38. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

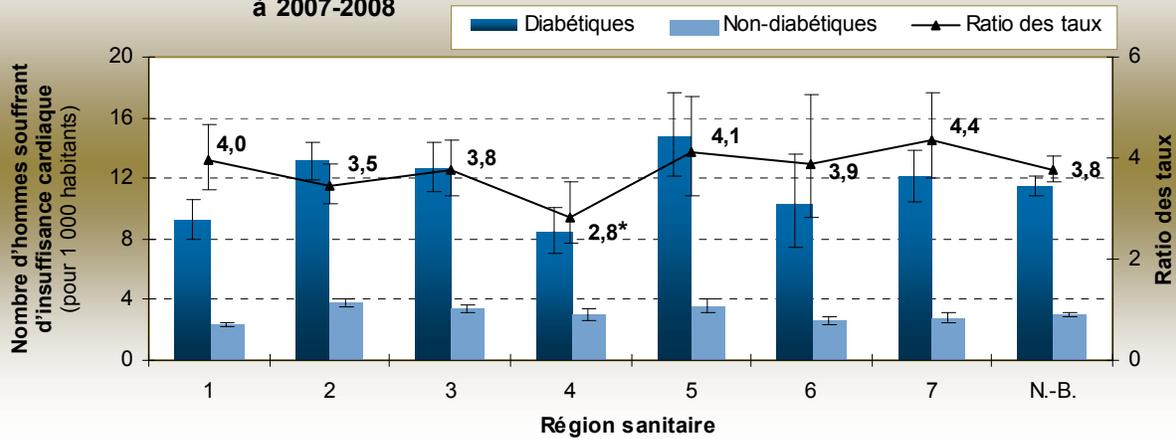
4.4.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de femmes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'insuffisance cardiaque pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé dans la région sanitaire 2 et statistiquement moins élevé dans la région sanitaire 4 comparativement à la moyenne provinciale de 10,4 femmes pour 1 000 habitants. La proportion d'hommes hospitalisés avec un diagnostic à la fois de diabète et d'insuffisance cardiaque était statistiquement moins élevée dans les régions sanitaires 1 et 4 comparativement à la moyenne provinciale de 11,5 hommes pour 1 000 habitants (se reporter aux histogrammes des figures 39 et 40).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 3,8 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'une insuffisance cardiaque que les non-diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (4,7 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une insuffisance cardiaque que les femmes non diabétiques. Le ratio des taux chez les hommes qui habitent la région sanitaire 4 était statistiquement moins élevé que la moyenne provinciale.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

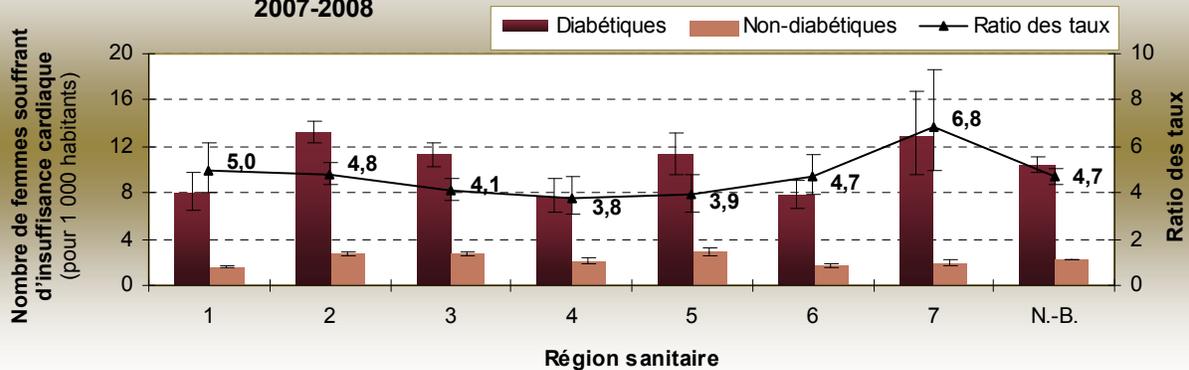
Figure 39. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'insuffisance cardiaque (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

Figure 40. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

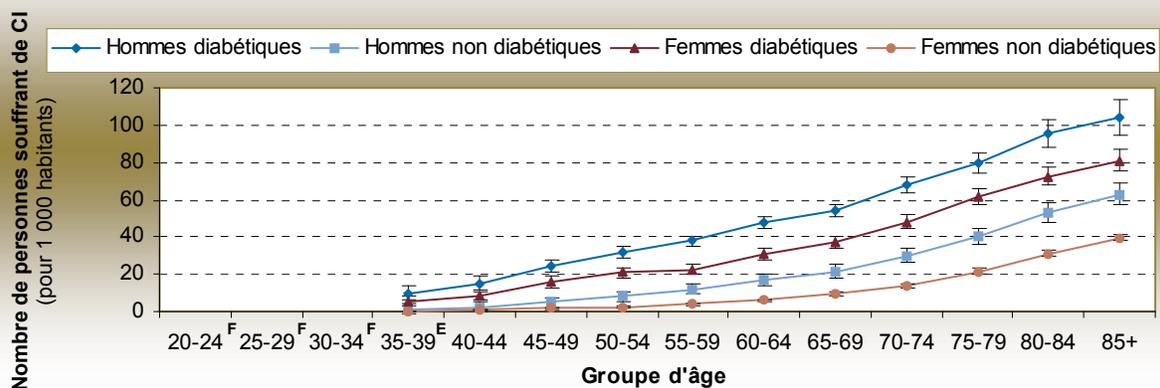
4.5 Cardiopathie ischémique

Le diabète est un important facteur de risque qui favorise le développement de la cardiopathie ischémique (CI), une affection qui se caractérise par la réduction de l'apport sanguin au muscle cardiaque; la CI comprend l'infarctus aigu du myocarde.

4.5.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de Néo-Brunswickois hospitalisés souffrant de CI pour 1 000 habitants augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce nombre était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques dans les tranches d'âge allant des 35 à 39 ans aux 85 ans et plus. La proportion d'hommes hospitalisés ayant reçu un diagnostic de diabète et souffrant aussi de CI était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans les tranches d'âge allant des 40 à 44 ans aux 85 ans et plus (figure 41).

Figure 41. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection

F: Pas assez fiable pour être publié

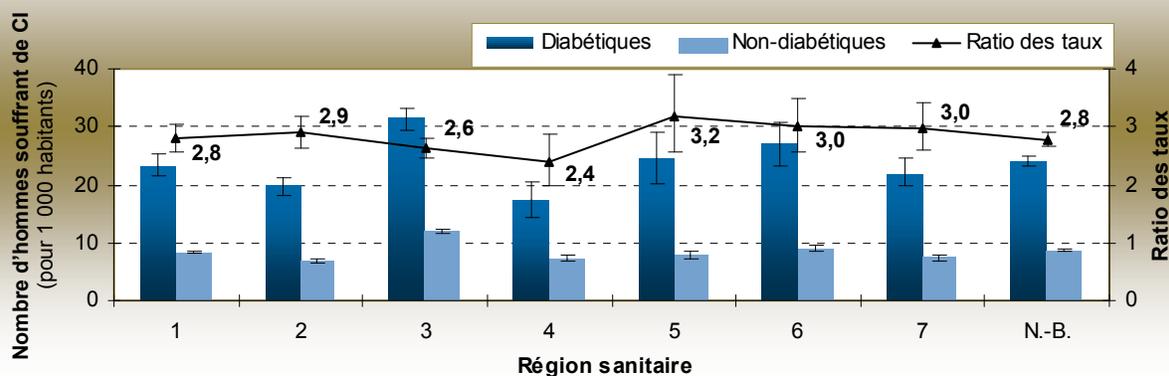
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

4.5.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et de CI pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé, tant chez les hommes que chez les femmes de la région sanitaire 3, comparativement aux moyennes provinciales de 24,0 hommes et de 16,2 femmes pour 1 000 habitants. Tant chez les hommes que chez les femmes, les régions sanitaires 2 et 4 affichaient des proportions statistiquement moins élevées de personnes hospitalisées avec un diagnostic à la fois de diabète et de CI que les moyennes provinciales (se reporter aux histogrammes des figures 42 et 43).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 2,8 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'une CI que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (4,1 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'une CI que les femmes non diabétiques. Le ratio des taux était statistiquement plus élevé chez les femmes qui habitent la région sanitaire 5 et statistiquement moins élevé chez les femmes qui habitent la région sanitaire 3 comparativement à la moyenne provinciale.

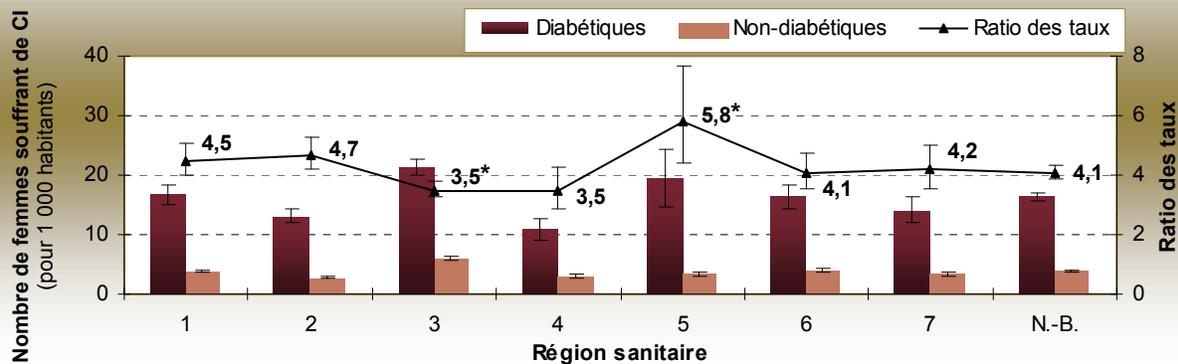
Figure 42. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant de cardiopathie ischémique (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 43. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

4.6 Infarctus aigu du myocarde

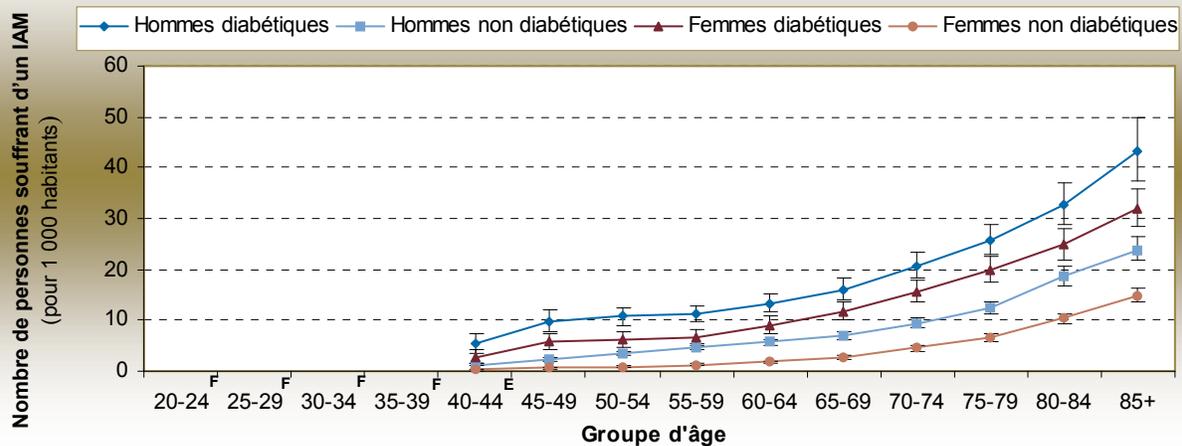
L'infarctus aigu du myocarde (IAM), que l'on appelle communément une crise cardiaque, est l'interruption de l'apport sanguin à une partie du cœur, ce qui entraîne la mort des cellules cardiaques affectées. Les diabétiques courent davantage le risque de souffrir d'un IAM étant donné la forte prévalence de la coronaropathie associée au diabète.

4.6.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de personnes hospitalisées souffrant d'un IAM pour 1 000 habitants augmente avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes, et ce nombre était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques dans les tranches d'âge allant des 40 à 44 ans aux 85 ans et plus. La proportion d'hommes hospitalisés ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'IAM était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans les tranches d'âge allant des 45 à 49 ans aux 85 ans et plus (figure 44).

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 44. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

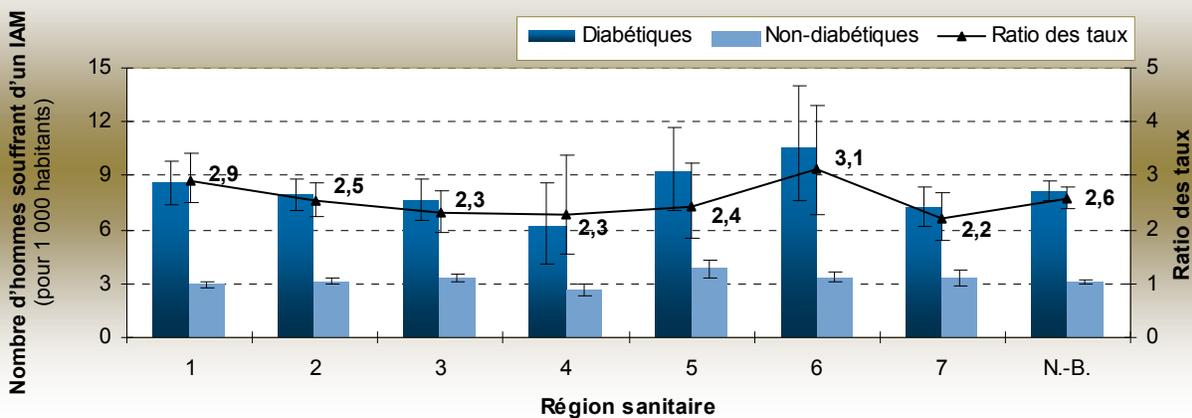
4.6.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de femmes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'IAM pour 1 000 habitants était statistiquement moins élevé dans la région sanitaire 4 comparativement à la moyenne provinciale de 5,3 femmes pour 1 000 habitants. La proportion d'hommes hospitalisés avec un diagnostic à la fois de diabète et d'IAM dans les sept régions sanitaires n'était pas statistiquement différente de la moyenne provinciale de 8,1 cas pour 1 000 habitants (se reporter aux histogrammes des figures 45 et 46).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 2,6 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'un IAM que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (4,1 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'un IAM que les femmes non diabétiques. Le ratio des taux chez les femmes qui habitent la région sanitaire 4 était statistiquement moins élevé que la moyenne provinciale.

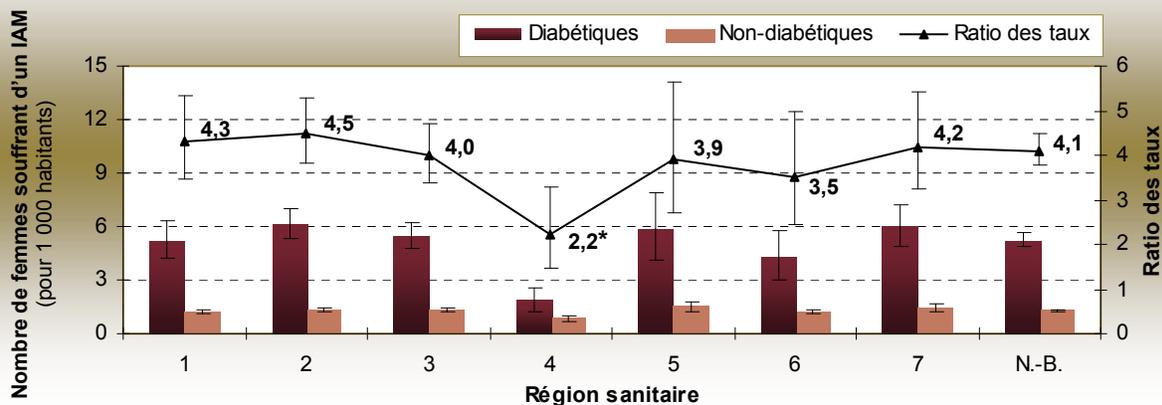
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 45. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'un infarctus aigu du myocarde (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Figure 46. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

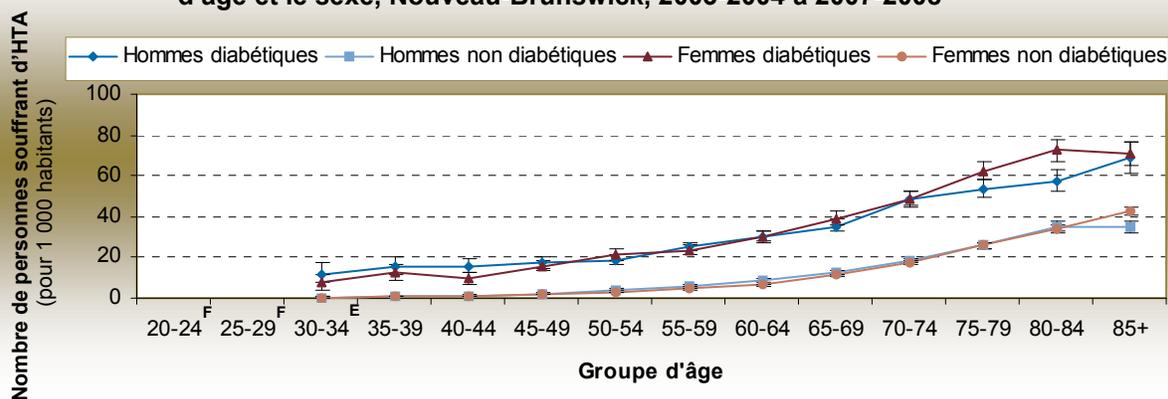
4.7 Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est une condition médicale chronique où la pression artérielle est élevée. On l'appelle aussi hypertension. L'HTA est un important facteur de risque favorisant le développement et l'aggravation de bon nombre des complications associées au diabète, notamment la rétinopathie et la néphropathie diabétiques. Le diabète augmente le risque que l'HTA et d'autres problèmes cardiovasculaires se développent chez une personne, car le diabète a des effets néfastes sur les artères, les prédisposant à l'athérosclérose (durcissement des artères). L'athérosclérose peut mener à l'HTA qui, si elle n'est pas traitée, peut endommager les vaisseaux sanguins, voire entraîner un accident cérébrovasculaire, une insuffisance cardiaque, une crise cardiaque ou une insuffisance rénale.

4.7.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de personnes hospitalisées souffrant d'HTA pour 1 000 habitants augmente avec l'âge, et ce nombre était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques. La proportion de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'HTA était statistiquement plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les tranches d'âge des 75 à 79 ans et des 80 à 84 ans et statistiquement moins élevée dans la tranche d'âge des 40 à 44 ans (figure 47).

Figure 47. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

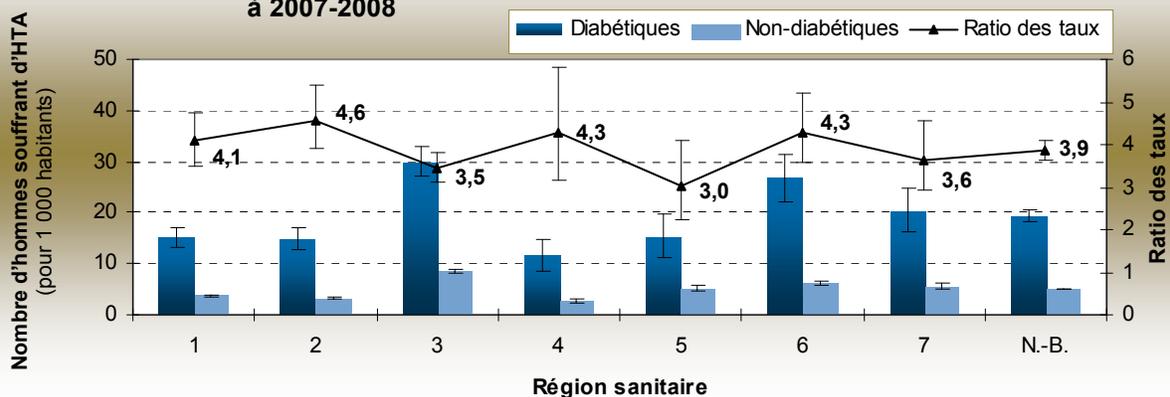
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

4.7.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'HTA pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé dans les régions sanitaires 3 et 6, tant chez les hommes que chez les femmes, comparativement aux moyennes provinciales de 19,5 hommes et de 18,2 femmes pour 1 000 habitants. La proportion de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'HTA était statistiquement moins élevée que la moyenne provinciale dans les régions sanitaires 1, 2 et 4 chez les hommes et dans les régions sanitaires 1, 2, 4 et 5 chez les femmes (se reporter aux histogrammes des figures 48 et 49).

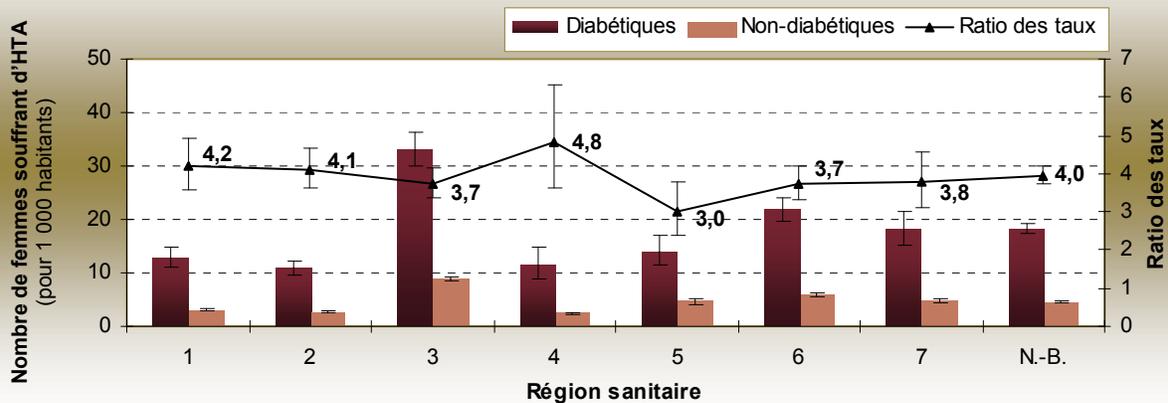
Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 3,9 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'HTA que les hommes non diabétiques, alors que les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (4,0 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'HTA que les femmes non diabétiques. Chez les deux sexes, le ratio des taux dans chacune des sept régions sanitaires n'était pas statistiquement différent de la moyenne provinciale.

Figure 48. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'hypertension artérielle (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Figure 49. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

4.8 Accident cérébrovasculaire

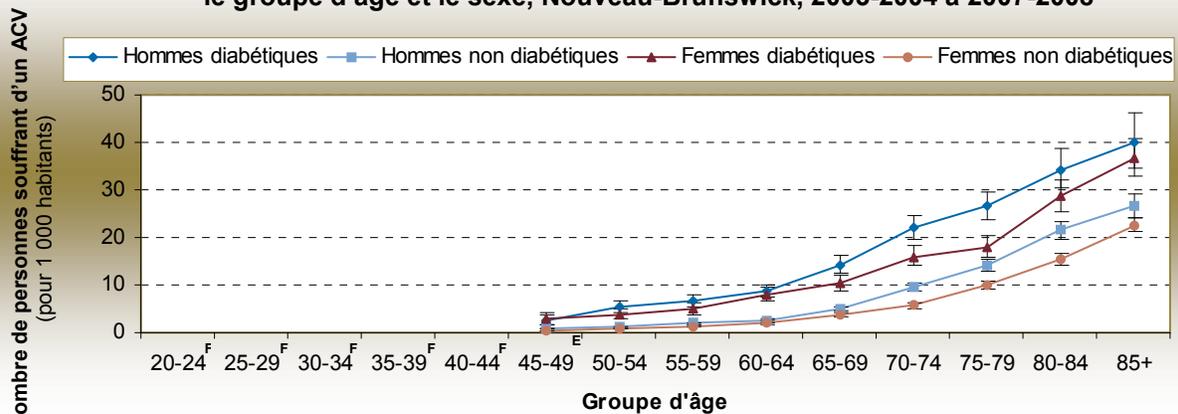
Un accident cérébrovasculaire (ACV) est la perte rapide des fonctions cérébrales par suite d'une perturbation de l'apport sanguin au cerveau. Cette affection peut être attribuable à une ischémie (diminution de l'apport sanguin) causée par une thrombose ou une embolie artérielle ou découlant d'une hémorragie. La région touchée du cerveau ne peut donc plus fonctionner, entraînant l'incapacité de bouger un membre ou plus d'un des côtés du corps, de comprendre ou de formuler des paroles ou de voir d'un des côtés du champ visuel.

4.8.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de personnes hospitalisées souffrant d'un ACV pour 1 000 habitants augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, et ce nombre était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques dans les tranches d'âge allant des 45 à 49 ans aux 85 ans et plus. La proportion d'hommes hospitalisés ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'un ACV était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans les tranches d'âge allant des 65 à 69 ans aux 75 à 79 ans (figure 50).

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 50. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

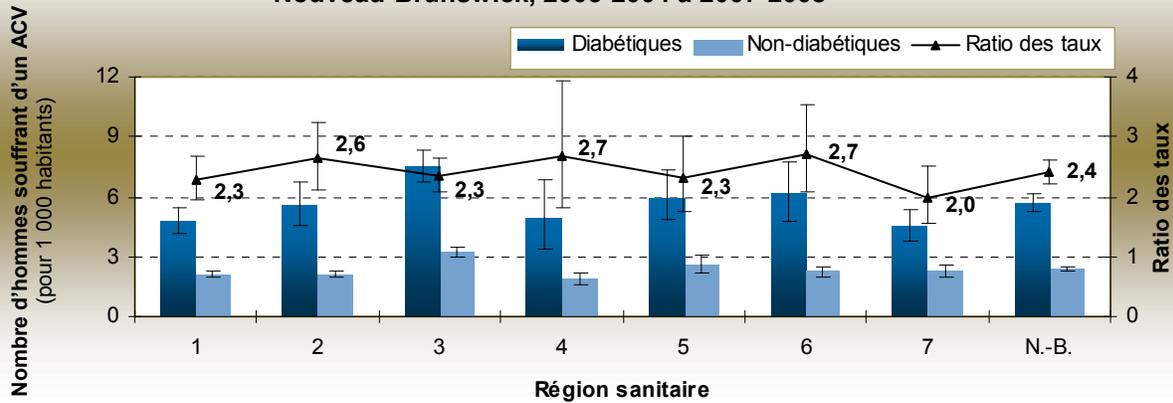
4.8.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'ACV pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé chez les hommes et les femmes de la région sanitaire 3 comparativement aux moyennes provinciales de 5,7 hommes et de 4,6 femmes pour 1 000 habitants (se reporter aux histogrammes des figures 51 et 52).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 2,4 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'un ACV que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (2,6 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'un ACV que les femmes non diabétiques. Chez les deux sexes, le ratio des taux dans chacune des sept régions sanitaires n'était pas statistiquement différent de la moyenne provinciale.

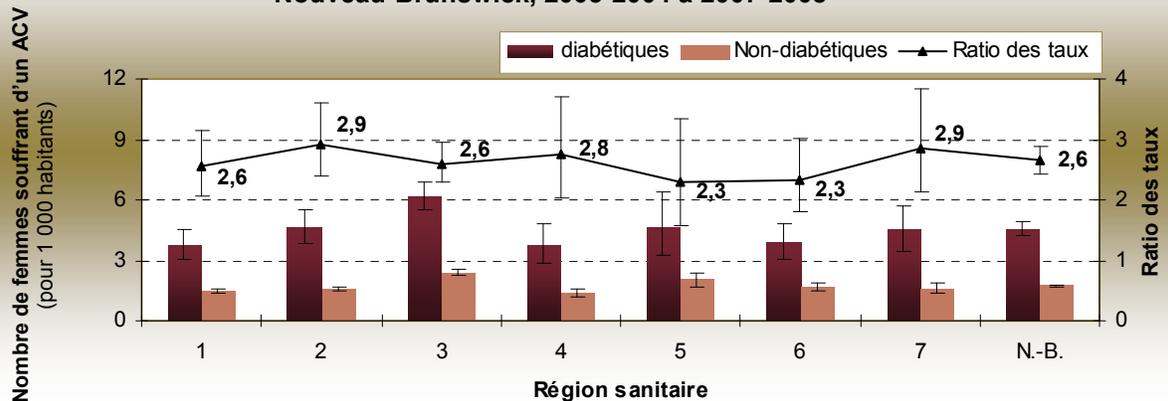
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 51. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'un accident cérébrovasculaire (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Figure 52. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

4.9 Amputation d'un membre inférieur

L'amputation est l'une des conséquences les plus dévastatrices d'un diabète mal contrôlé. L'amputation d'un pied ou d'une jambe par suite du diabète découle souvent d'une blessure apparemment légère. À titre d'exemple, les diabétiques ont souvent des dommages nerveux qui réduisent leur sensibilité. Cette déficience fait en sorte qu'il est plus difficile de remarquer et de traiter des blessures légères telles que les ampoules et les gerçures. L'infection peut s'introduire dans ces plaies et se propager. La mauvaise circulation sanguine engendrée par une maladie artérielle périphérique et une glycémie élevée restreignent la capacité de

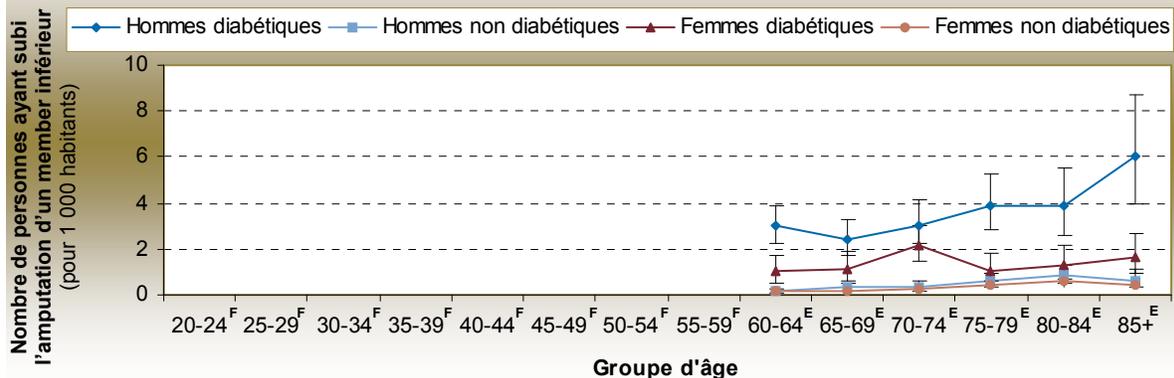
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

l'organisme à combattre l'infection. L'infection peut s'aggraver et tuer les tissus cutanés et musculaires, voire les tissus osseux (gangrène). À ce stade, l'amputation peut être le seul moyen d'arrêter l'infection et d'empêcher la gangrène de se répandre.

4.9.1 Proportion de personnes hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre moyen de personnes hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques dans les tranches d'âge allant des 60 à 64 ans aux 85 ans et plus. La proportion d'hommes hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur ayant également reçu un diagnostic de diabète était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans la tranche d'âge des 60 à 64 ans et les tranches d'âge allant des 75 à 79 ans aux 85 ans et plus (figure 53).

Figure 53. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

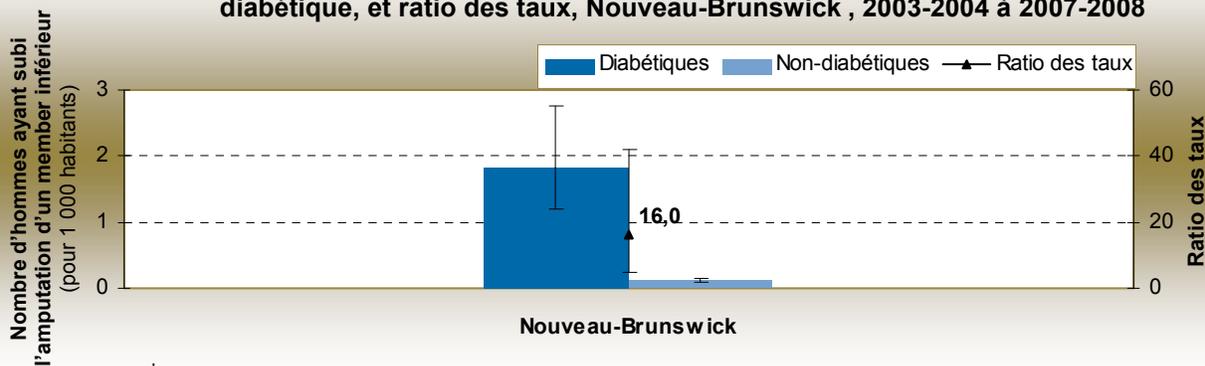
SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

4.9.2 Proportion de Néo-Brunswickois hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur, selon l'état diabétique, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de Néo-Brunswickois hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur ayant également reçu un diagnostic de diabète était de 1,8 pour 1 000 habitants chez les hommes et de 0,9 pour 1 000 habitants chez les femmes (se reporter aux histogrammes des figures 54 et 55).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 16,0 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (12,0 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur que les femmes non diabétiques.

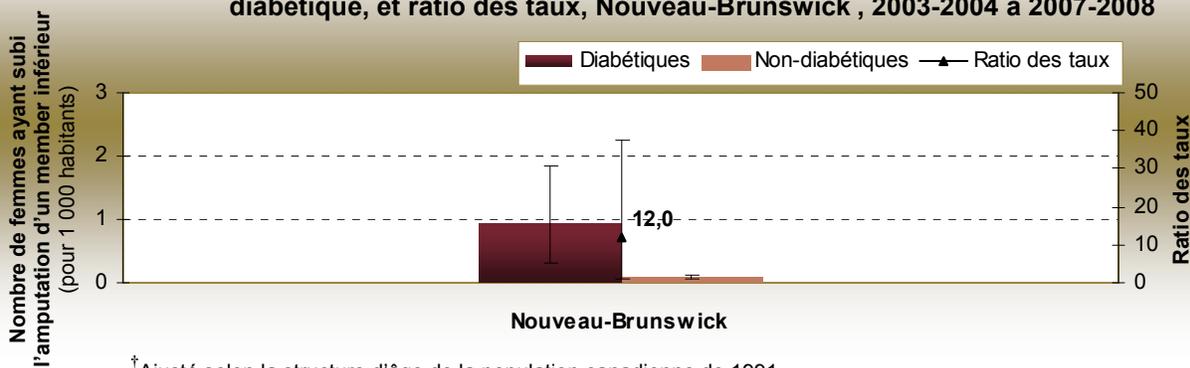
Figure 54. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique, et ratio des taux, Nouveau-Brunswick^{*}, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

^{*} L'information au niveau régional pas assez fiable pour être publiée.

Figure 55. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique, et ratio des taux, Nouveau-Brunswick^{*}, 2003-2004 à 2007-2008



[†] Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

^{*} L'information au niveau régional pas assez fiable pour être publiée.

4.10 Néphropathie chronique

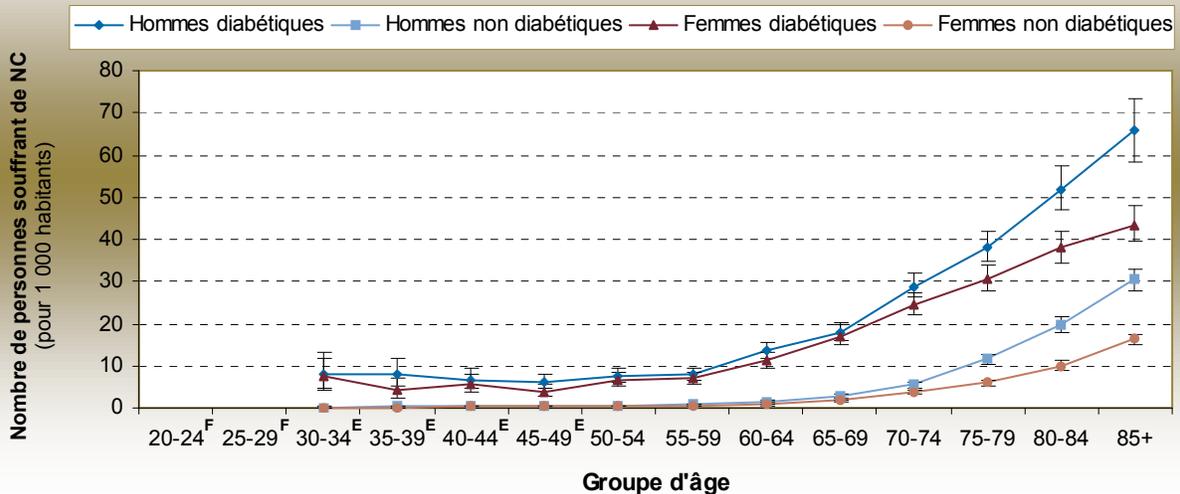
La néphropathie chronique (NC), aussi appelée maladie rénale chronique, est une perte graduelle des fonctions rénales sur une période de quelques mois ou de quelques années. La NC prend de nombreuses années à se manifester chez les diabétiques. Sur plusieurs années, les personnes chez qui une NC se développe auront une petite quantité d'albumine qui commencera à s'échapper de leur sang pour s'écouler dans l'urine. La fonction filtrante du rein reste habituellement normale au cours de cette période. Au fur et à mesure que la maladie progresse, davantage d'albumine s'échappe dans l'urine. Alors que la quantité d'albumine augmente dans l'urine, la fonction filtrante du rein commence à diminuer. L'organisme retient divers déchets à mesure que la filtration diminue. Souvent, la pression artérielle augmente à mesure que les reins deviennent endommagés.

4.10.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de néphropathie chronique, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre de personnes hospitalisées souffrant de NC pour 1 000 habitants a été relativement stable dans les tranches d'âge allant des 30 à 34 ans aux 55 à 59 ans, augmentant avec l'âge dans les tranches subséquentes, surtout dans les groupes d'âge plus avancés. Chez les hommes comme chez les femmes, la proportion de personnes hospitalisées souffrant de NC était statistiquement plus élevée chez ceux qui avaient reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques dans les tranches d'âge allant des 30 à 34 ans aux 85 ans et plus. La proportion d'hommes hospitalisés avec un diagnostic à la fois de diabète et de NC était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans les tranches d'âge allant des 75 à 79 ans aux 85 ans et plus (figure 56).

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

Figure 56. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de néphropathie chronique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

4.10.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant de néphropathie chronique, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

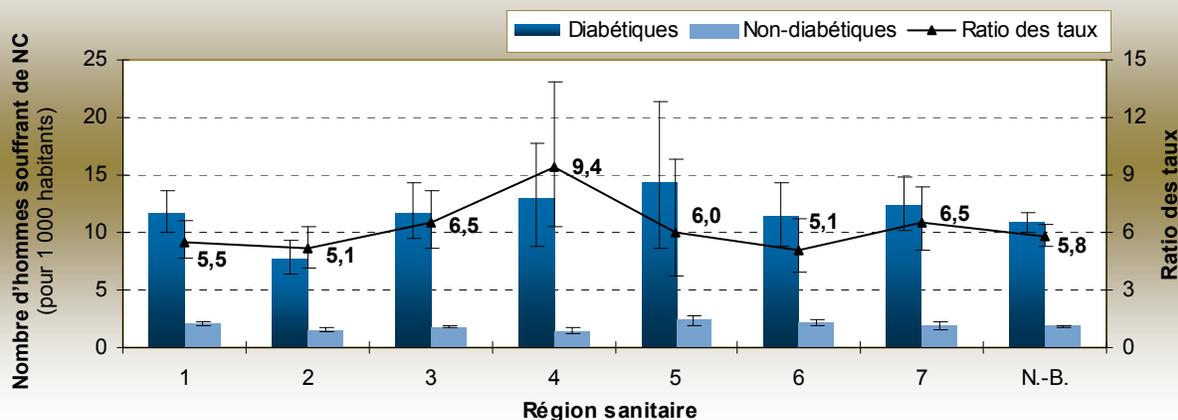
Au cours de la même période de cinq ans, après ajustement pour l'âge, le nombre de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et de NC pour 1 000 habitants était statistiquement moins élevé chez les hommes dans la région sanitaire 2 comparativement à la moyenne provinciale de 10,9 hommes pour 1 000 habitants. La proportion de femmes hospitalisées avec un diagnostic à la fois de diabète et de NC dans les sept régions sanitaires n'était pas statistiquement différente de la moyenne provinciale de 8,8 femmes pour 1 000 habitants (se reporter aux histogrammes des figures 57 et 58).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 5,8 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite de NC que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (8,4 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite de NC que les femmes non diabétiques. Les ratios des taux chez les femmes des régions sanitaires 5 et 6 étaient statistiquement moins élevés que la moyenne provinciale.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

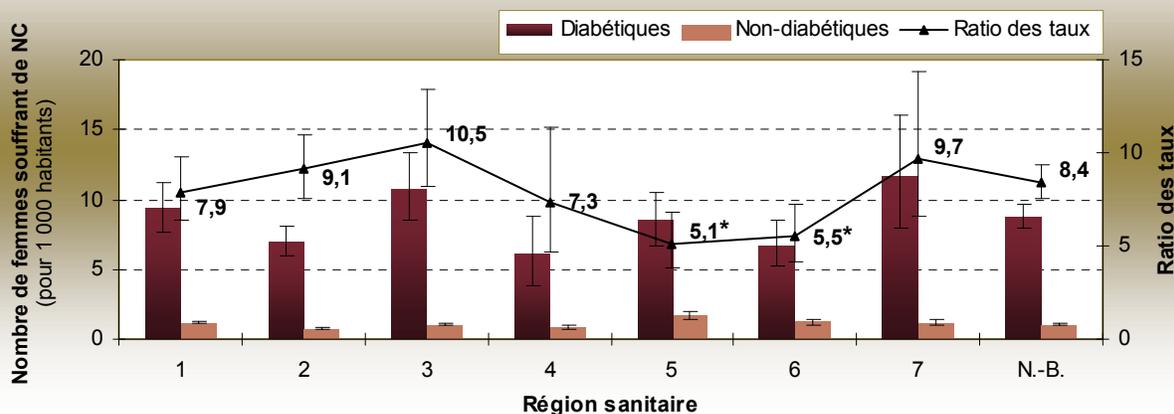
Veillez prendre note que les différences entre les proportions et les ratios des taux d'une région sanitaire à l'autre devraient être interprétées avec circonspection étant donné les petits nombres en cause.

Figure 57. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant de néphropathie chronique (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Figure 58. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de néphropathie chronique (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

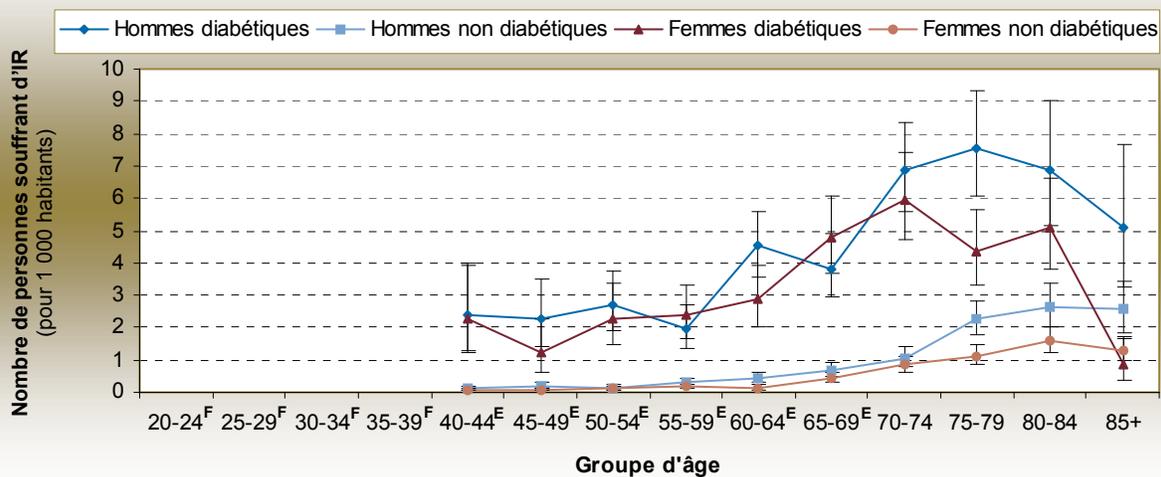
4.10.3 Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale (IR) constitue le dernier stade (stade 5) de la NC. À ce stade, les reins ne fonctionnent qu'à une capacité de 10 à 15 % de leur niveau normal. Quand les fonctions rénales sont réduites à ce point, les reins ne peuvent pas retirer efficacement les déchets ou les fluides excédentaires du sang. Les reins assument aussi d'autres fonctions qui entretiennent l'organisme, notamment assurer l'équilibre électrolytique et fabriquer certaines hormones. Quand la NC atteint le stade de l'IR, la dialyse ou une greffe de rein est nécessaire pour rester vivant. La cause primordiale de l'IR au Canada est le diabète.¹⁸

4.10.3.1 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le nombre de Néo-Brunswickois hospitalisés souffrant d'IR pour 1 000 habitants était statistiquement plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète que chez les non-diabétiques dans les tranches d'âge allant des 40 à 44 ans aux 80 à 84 ans. La proportion d'hommes hospitalisés avec un diagnostic à la fois de diabète et d'IR était statistiquement plus élevée que celle des femmes dans les tranches d'âge des 75 à 79 ans et des 85 ans et plus (figure 59).

Figure 59. Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



E: Utiliser avec circonspection
F: Pas assez fiable pour être publié

4.10.3.2 Proportion de personnes hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale, selon l'état diabétique et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

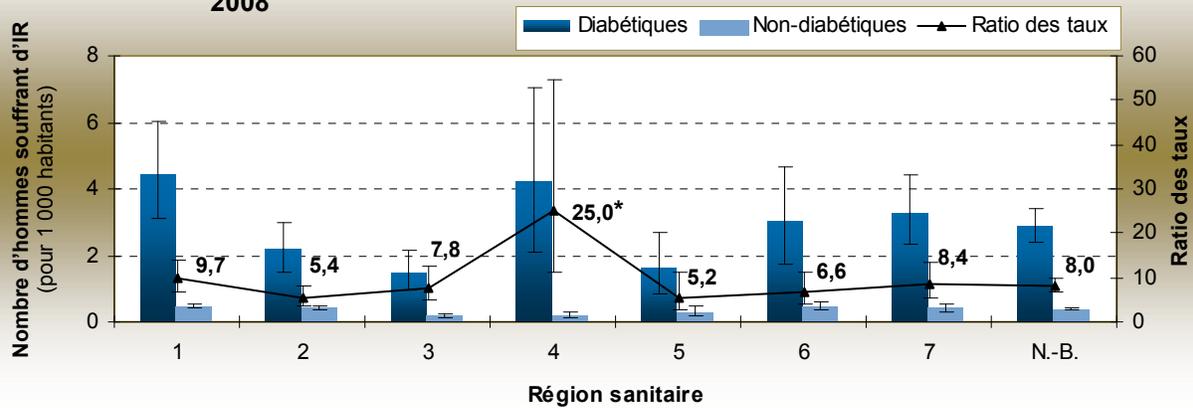
Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, après ajustement pour l'âge, le nombre de personnes hospitalisées ayant reçu un diagnostic à la fois de diabète et d'IR pour 1 000 habitants était statistiquement moins élevé chez les hommes de la région sanitaire 3 et statistiquement non significatif chez les femmes des sept régions sanitaires comparativement aux moyennes provinciales de 2,9 hommes et de 2,4 femmes pour 1 000 habitants (se reporter aux histogrammes des figures 60 et 61).

Les hommes avec un diagnostic de diabète étaient 8,0 fois plus susceptibles d'être hospitalisés par suite d'IR que les hommes non diabétiques. Les femmes chez qui on a diagnostiqué le diabète étaient aussi (11,9 fois) plus susceptibles d'être hospitalisées par suite d'IR que les femmes non diabétiques. Le ratio des taux chez les hommes de la région sanitaire 4 était statistiquement plus élevé que la moyenne provinciale.

Veillez prendre note que les différences entre les proportions et les ratios des taux d'une région sanitaire à l'autre devraient être interprétées avec circonspection étant donné les petits nombres en cause.

SECTION 4. MALADIES CONCOMITANTES DU DIABÈTE

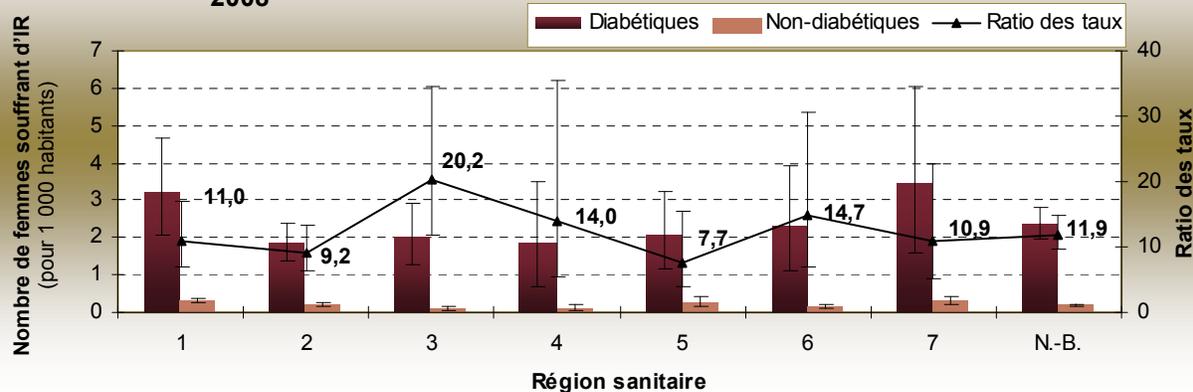
Figure 60. Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'insuffisance rénale (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

*Le ratio des taux de la région sanitaire est statistiquement différent du ratio des taux provinciaux à un niveau de confiance de 95 %.

Figure 61. Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale (pour 1 000 habitants)[†], selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

SECTION 5. LE DIABÈTE GESTATIONNEL

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les taux de diabète gestationnel oscillaient entre 3,6 et 4,2 cas par 100 grossesses.
- Le taux d'incidence du diabète de type 2 ajusté selon l'âge était statistiquement plus élevé chez les femmes ayant déjà reçu un diagnostic de diabète gestationnel (12,4 cas pour 1 000 habitants) que chez les femmes de la population générale (5,4 cas pour 1 000 habitants).
- Environ 1 femme sur 9 qui avait entre 20 et 39 ans lorsqu'elle a reçu son premier diagnostic de diabète gestationnel fut atteinte du diabète de type 2 dans les cinq ans qui ont suivi, alors que 1 sur 5 fut atteinte du diabète dans les neuf ans de ce premier diagnostic.

CONTEXTE

Le diabète sucré gestationnel (DSG) est la complication médicale et le dérèglement métabolique le plus fréquent chez les femmes enceintes.¹⁹ Il s'agit d'un état physiologique où les femmes qui n'avaient aucun diagnostic antérieur de diabète présentent une glycémie élevée durant la grossesse. Au Canada, environ 3,5 à 3,8 % des grossesses qui mènent à des naissances sont perturbées par un DSG qui, en général, s'estompe après la naissance du bébé.¹⁹ Le DSG se caractérise par un niveau d'insuline relativement insuffisant pour répondre aux besoins accrus d'insuline suscités par la grossesse, ainsi que par une réduction de la réponse à l'insuline (d'environ 50 à 70 %).²⁰ Le DSG se manifeste habituellement au troisième trimestre, alors que le placenta arrive à maturité. Le placenta est riche en stéroïdes, en molécules lipidiques, en peptides et en hormones, qui contribuent tous à l'insulinorésistance. Cette résistance à l'insuline s'estompe habituellement après l'expulsion du placenta. Les femmes atteintes de DSG courent davantage le risque de souffrir du diabète de type 2 après la grossesse¹⁹, alors que leur progéniture est susceptible de faire de l'obésité infantile et de souffrir du diabète de type 2 plus tard dans la vie.^{21,22} La présente section trace un portrait de l'incidence du DSG au Nouveau-Brunswick et de la probabilité que les femmes ayant reçu un diagnostic de DSG souffrent du diabète de type 2 plus tard dans la vie.

SECTION 5. LE DIABÈTE GESTATIONNEL

5.1 Taux de diabète gestationnel selon l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008

Au cours de la période de 1998-1999 à 2007-2008, les taux de DSG oscillaient entre 3,6 et 4,2 cas par 100 grossesses (figure 62).

Figure 62. Taux de diabète gestationnel (pour 100 grossesses), selon l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008

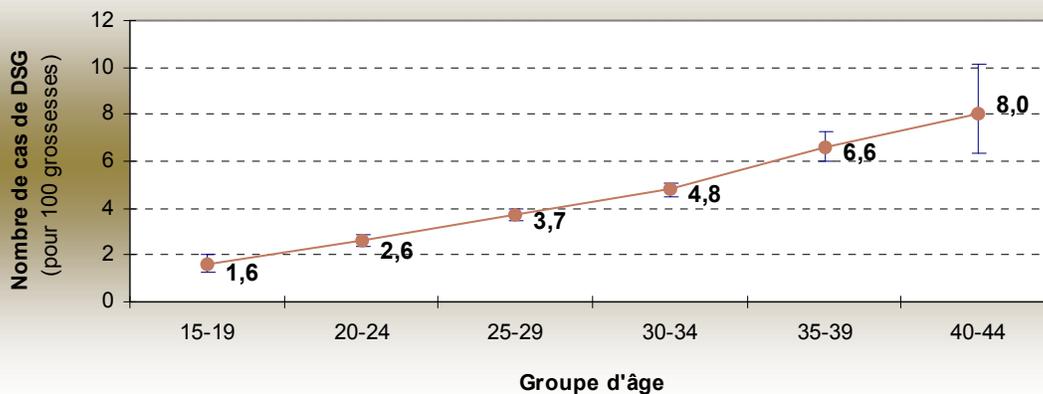


Remarque: Le calcul du nombre de grossesses provient de la compilation des naissances vivantes et des mortinaissances enregistrées survenues au N.-B. chez les Néo-Brunswickoises ayant au moins 20 semaines de gestation.

5.2 Taux de diabète gestationnel selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2007-2008

Au cours de la période de 1998-1999 à 2007-2008, le taux de DSG augmente avec l'âge à un rythme moyen d'environ 1 point de pourcentage par tranche d'âge à partir des 15 à 19 ans jusqu'aux 30 à 34 ans, puis à un rythme moyen d'environ 2 points de pourcentage à partir des 30 à 34 ans jusqu'aux 35 à 39 ans (figure 63). Chez les femmes âgées de 40 à 44 ans, le nombre de grossesses était faible comparativement à celui des autres tranches d'âge, de sorte que la différence entre les taux de cette tranche d'âge et ceux de la tranche d'âge des 35 à 39 ans était statistiquement non significative. Le nombre de cas de DSG chez les femmes âgées de moins de 15 ans et chez celles âgées de plus de 44 ans était, au cours de cette période de dix ans, trop faible pour en rendre compte.

Figure 63. Taux de diabète gestationnel (pour 100 grossesses), selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008



5.3 Taux d'incidence du diabète ajustés selon l'âge chez les femmes chez qui on avait déjà diagnostiqué le diabète gestationnel, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, le taux d'incidence du diabète de type 2 ajusté selon l'âge chez les femmes chez qui on avait déjà diagnostiqué un DSG (12,4 cas pour 1 000 habitants, intervalle de confiance [IC] à 95 % : de 8,2 à 17,6) était statistiquement plus élevé que chez les femmes de la population générale (5,4 cas pour 1 000 habitants, IC à 95 % : de 5,3 à 5,5).

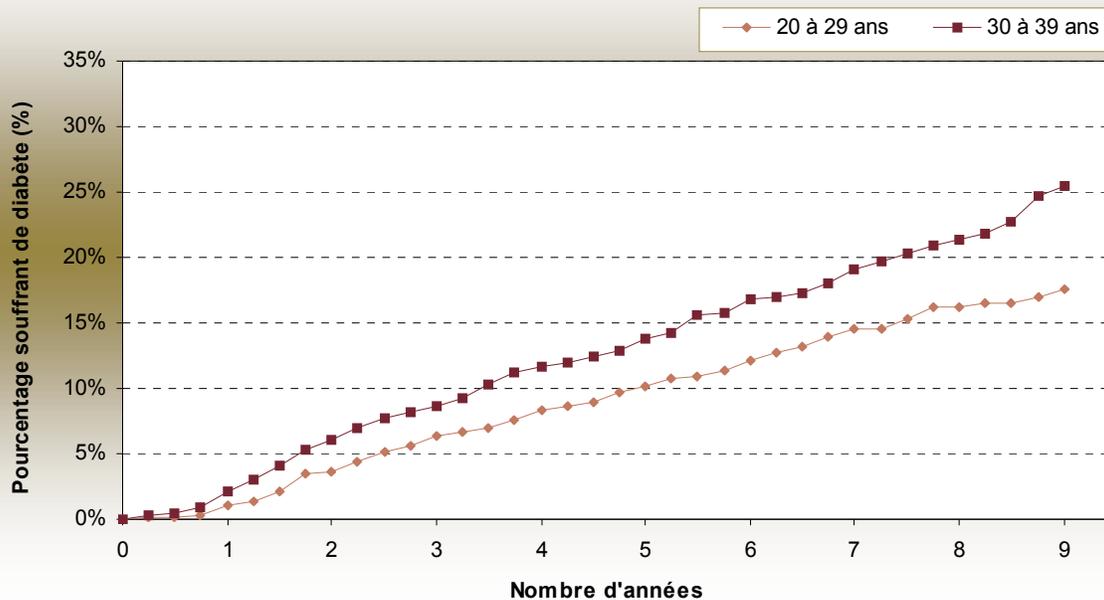
5.4 Pourcentage des femmes atteintes de diabète gestationnel qui ont souffert du diabète dans les neuf ans après le premier diagnostic, selon le groupe d'âge, 1998-1999 à 2007-2008

Au cours de la période de 1998-1999 à 2007-2008, 10 % des femmes qui faisaient partie de la tranche d'âge des 20 à 29 ans au moment de leur premier diagnostic de DSG et 14 % des femmes alors membres de la tranche d'âge des 30 à 39 ans ont été atteintes du diabète de type 2 dans les cinq ans. Neuf ans après avoir reçu un diagnostic de DSG, au total, 21 % (18 % dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans et 25 % dans celle des 30 à 39 ans) de ces femmes étaient atteintes du diabète (figure 64).

Les femmes des tranches d'âge des 20 à 29 ans et des 30 à 39 ans chez qui on avait déjà diagnostiqué le DSG affichaient un différent degré de probabilité de souffrir du diabète de type 2 au cours de la période de neuf ans, et cette différence s'est accentuée au fil du temps (valeur p du test logarithmique par rangs : < 0,01). Les femmes âgées de moins de 20 ans et celles ayant plus de 39 ans ont été exclues de l'analyse en raison du faible nombre de cas de DSG en cause.

SECTION 5. LE DIABÈTE GESTATIONNEL

Figure 64. Pourcentage des femmes atteintes de diabète gestationnel qui ont souffert de diabète de type 2 dans les neuf ans après le premier diagnostic, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008



SECTION 6. LE DIABÈTE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 2007-2008, environ 620 enfants et adolescents du Nouveau-Brunswick vivaient avec un diabète diagnostiqué, une hausse de 12 % par rapport à 2002-2003.
- La prévalence du diabète diagnostiqué chez les enfants et les adolescents du Nouveau-Brunswick est en hausse.
- En moyenne, 78 nouveaux cas de diabète ont été diagnostiqués chaque année chez les Néo-Brunswickois âgés de 1 an à 19 ans.

CONTEXTE

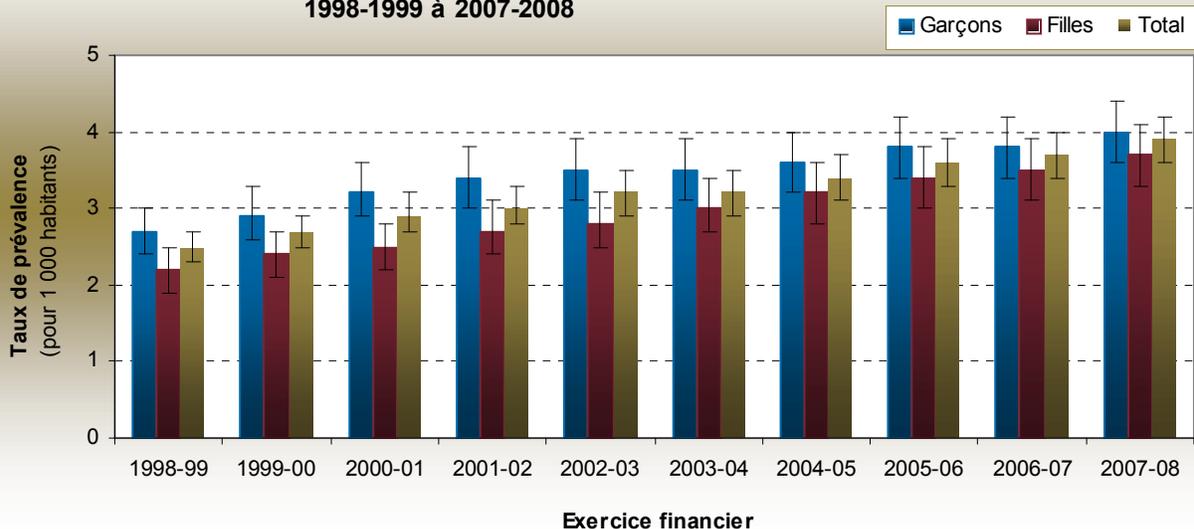
Le diabète est la maladie endocrinienne la plus fréquente et l'une des affections chroniques les plus fréquentes chez les enfants. De par le monde, la prévalence et l'incidence du diabète chez les enfants et les adolescents sont en hausse, ce qui est en partie attribuable à l'augmentation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité infantiles.²³ Comme on l'a vu à la section 2.3.3 du présent rapport, les enfants chez qui on a diagnostiqué le diabète à un jeune âge ont une espérance de vie réduite. La présente section aborde la prévalence et l'incidence du diabète chez les enfants et les adolescents du Nouveau-Brunswick âgés de 1 à 19 ans. On n'y distingue pas le diabète de type 1 de celui de type 2, car la source des données (Base de données des demandes de remboursement des médecins à l'Assurance-maladie) ne fait pas la distinction entre les différents types de diabète.

6.1 PRÉVALENCE

6.1.1 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008

En 2007-2008, environ 620 Néo-Brunswickois âgés de 1 an à 19 ans vivaient avec un diagnostic de diabète, une hausse de 12 % par rapport à 2002-2003 (se reporter à l'annexe 6). Au cours de la période de 1998-1999 à 2007-2008, le taux de prévalence du diabète diagnostiqué augmente au fil du temps. Chez les garçons, les taux sont passés de 2,7 à 4,0 cas pour 1 000 habitants et ceux chez les filles, de 2,2 à 3,7 cas pour 1 000 habitants (figure 65). Au cours de cette période de dix ans, les taux de prévalence chez les garçons étaient constamment plus élevés que ceux chez les filles. Cependant, les différences entre les taux n'étaient pas statistiquement significatives.

Figure 65. Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008

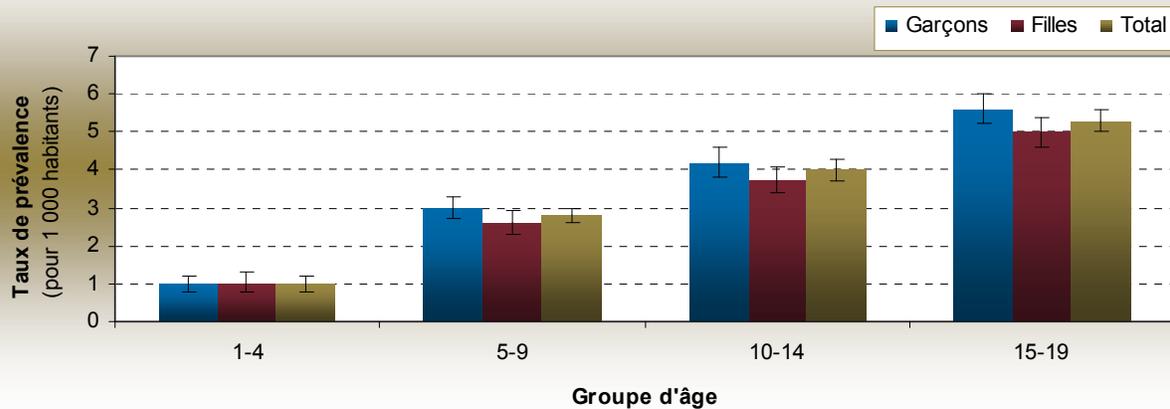


6.1.2 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les taux de prévalence du diabète diagnostiqué augmentent avec l'âge (figure 66). Tant chez les garçons que chez les filles, le taux de prévalence le plus élevé se trouvait dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans. Dans chacune des tranches d'âge, les taux de prévalence chez les garçons et chez les filles n'étaient pas statistiquement différents.

SECTION 6. LE DIABÈTE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

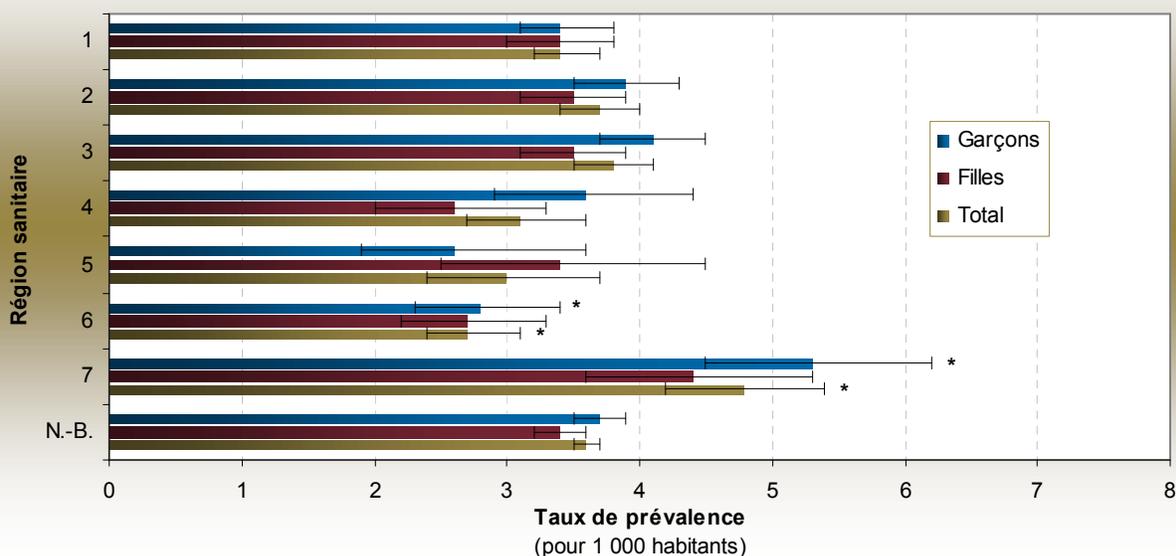
Figure 66. Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



6.1.3 Taux de prévalence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, le taux de prévalence du diabète diagnostiqué chez les Néo-Brunswickois âgés de 1 à 19 ans était de 3,7 pour 1 000 habitants chez les garçons et de 3,4 pour 1 000 habitants chez les filles. Les taux de prévalence étaient statistiquement plus élevés chez les garçons résidant dans la région sanitaire 7 et statistiquement moins élevés chez les garçons résidant dans la région sanitaire 6, comparativement aux taux provinciaux (figure 67).

Figure 67. Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



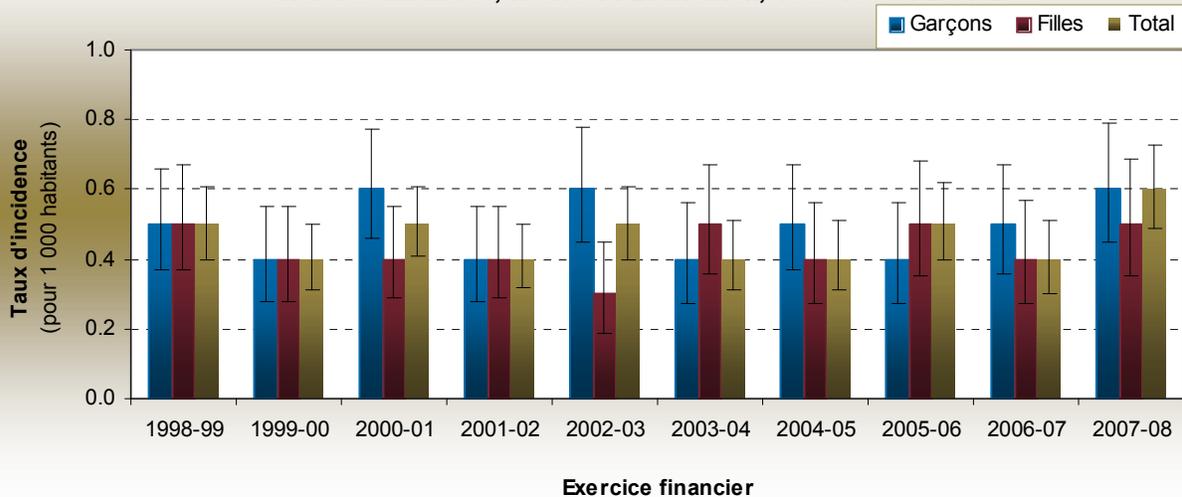
* Le taux de la région sanitaire est statistiquement différent du taux provincial à un niveau de confiance de 95 %.

6.2 INCIDENCE

6.2.1 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et l'exercice financier, 1998-1999 à 2007-2008

Au cours de la période de 1998-1999 à 2007-2008, on a, en moyenne, diagnostiqué le diabète chez 78 Néo-Brunswickois âgés de 1 an à 19 ans par année (se reporter à l'annexe 6). Les taux d'incidence du diabète diagnostiqué oscillaient entre 0,4 et 0,6 cas pour 1 000 habitants chez les garçons et de 0,3 à 0,5 cas pour 1 000 habitants chez les filles (figure 68).

Figure 68. Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008

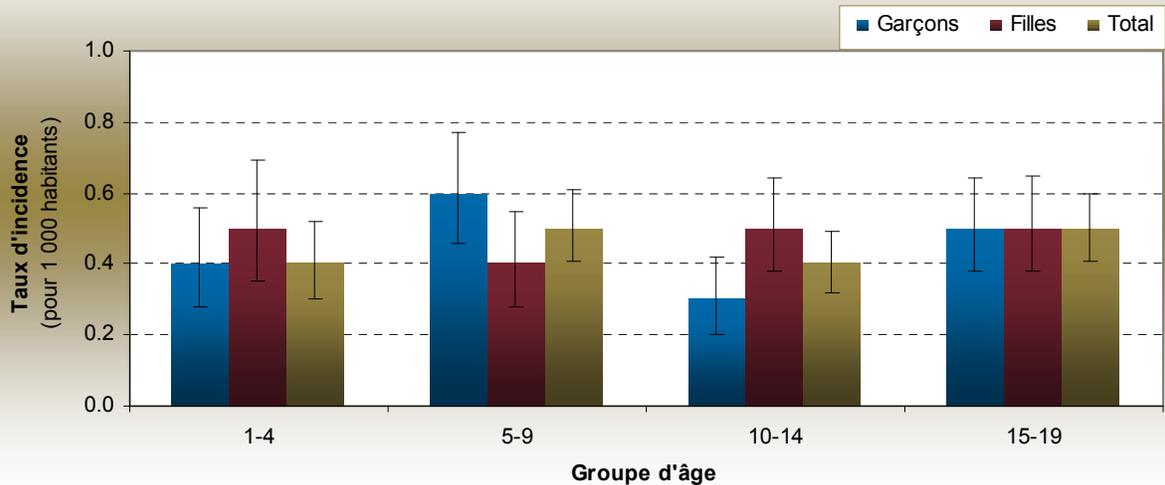


6.2.2 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge et le sexe, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la période de 2003-2004 à 2007-2008, les taux d'incidence du diabète diagnostiqué chez les Néo-Brunswickois âgés de 1 an à 19 ans oscillaient entre 0,4 et 0,5 nouveau cas pour 1 000 habitants. Dans chacune des tranches d'âge, les taux d'incidence chez les garçons et chez les filles n'étaient pas statistiquement différents (figure 69).

SECTION 6. LE DIABÈTE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

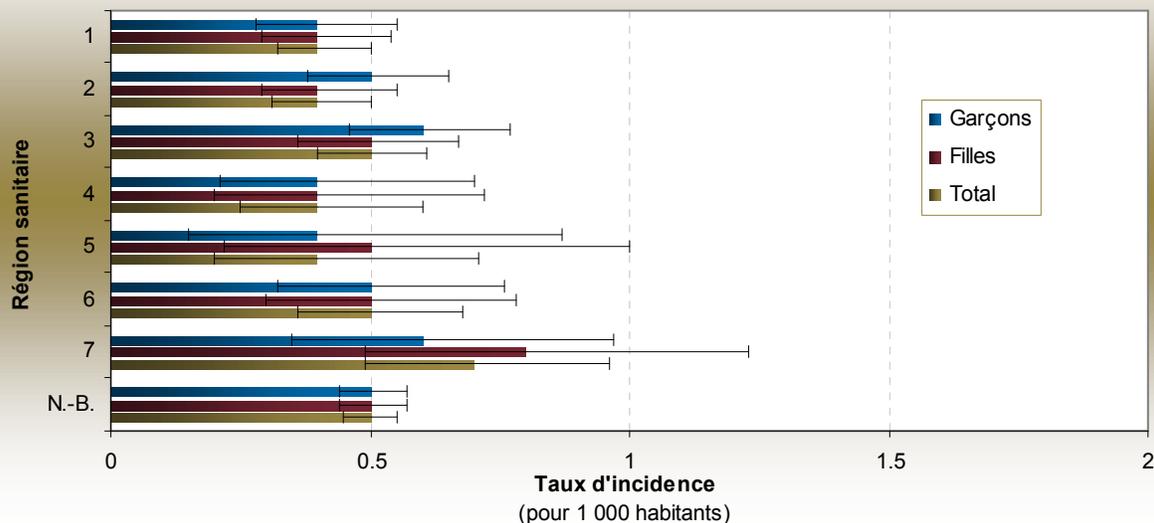
Figure 69. Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



6.2.3 Taux d'incidence du diabète diagnostiqué, selon le sexe et la région sanitaire, 2003-2004 à 2007-2008

Au cours de la même période de cinq ans, le taux d'incidence du diabète diagnostiqué chez les Néo-Brunswickois âgés de 1 an à 19 ans était de 0,5 pour 1 000 habitants, tant chez les garçons que chez les filles. La différence entre les taux de chacune des régions sanitaires et le taux provincial n'était pas statistiquement significative (figure 70).

Figure 70. Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



RÉFÉRENCES

1. ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. Un tsunami économique : le coût du diabète au Canada, novembre 2009.
2. OHINMAA, A. et coll. « The projection of prevalence and cost of diabetes in Canada: 2000-2016 », *Can J Diabetes*, vol. 28, n° 2 (2004), p. 1 à 8.
3. HUX, J. E. et coll. Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas, Toronto (Ontario), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2003. Accessible sur le site <http://www.ices.on.ca/>. Consulté le 12 mai 2004.
4. JOHNSON, J. A. et coll. Cost of Health Care for People With Diabetes Mellitus in Saskatchewan 1991 to 1996, Edmonton (Alberta), Institute of Health Economics, 2002. Document de travail n° 02-02.
5. ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. Rapport sur le diabète 2005 : Le visage méconnu du diabète au Canada – document d'information pour le Nouveau-Brunswick, décembre 2005.
6. TUOMILEHTO, J., W. C. KNOWLER et P. ZIMMET. « Primary prevention of non-insulin-dependent diabetes mellitus », *Diabetes Metab Rev*, vol. 8, n° 4 (1992), p. 339 à 353.
7. GLASGOW, R. E. et coll. « If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? – A population-based approach to chronic illness », *Ann Behav Med*, vol. 21, n° 2 (1999), p. 159 à 170.
8. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Bases de données clinico-administratives : juin 2005, Ottawa, ICIS, 2005. Accessible sur le site http://www.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/CAD_PIA_Final_apr05_FR.pdf.
9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Classification internationale des maladies, 9^e révision, Genève, OMS, 1978.
10. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Classification statistique internationale des maladies, 10^e révision, version de 2003, Ottawa, ICIS, 2003.
11. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Classification statistique internationale des maladies, 10^e révision, version de 2006, Ottawa, ICIS, 2006.
12. NOUVEAU-BRUNSWICK, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Le diabète au Nouveau-Brunswick : rapport technique – 2005, Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2005. Accessible sur le site http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/DIABETES_in_NB2005-f.pdf.

RÉFÉRENCES

13. CHIANG, C.L. *The Life Table and its Applications*, Malabar (Floride), Robert E. Krieger Publishing Company, 1984.
14. ANDERSON, R. N. et H. M. ROSENBERG. « Age-standardization of Death Rates: Implementation of the Year 2000 Standard », *National Vital Statistics Reports*, vol. 47, n° 3 (octobre 1998), Hyattsville (Maryland), National Center for Health Statistics.
15. FAY, M. P. et E. J. FEUER. « Confidence intervals for directly standardized rates: a method based on the gamma distribution », *Stat Med*, vol. 16, n° 7 (15 avril 1997), p. 791 à 801.
16. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Rapport du Système national de surveillance du diabète : Le diabète au Canada – 2009, Ontario, ASPC, 2010.
17. EPPENS, M. C. et coll. « Prevalence of Diabetes Complications in Adolescents with Type 2 compared with Type 1 Diabetes », *Diabetes Care*, vol. 29, n° 6 (2006), p. 1300 à 1306.
18. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada de 1998 à 2007 : rapport annuel 2009 du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO), Ontario, ICIS, 2009.
19. COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. « Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Can J Diabetes*, vol. 27, suppl. 2 (2003), pages S1 à S152.
20. METZGER, B. E. et coll. « Summary and recommendations of the fifth international workshop-conference on gestational diabetes mellitus », *Diabetes Care*, vol. 30, suppl. 2 (2007), pages S251 à S260.
21. CARR, D. B. et S. GABBE. « Gestational Diabetes: Detection, Management, and Implications », *Clin Diabetes*, vol. 16, n° 1 (1998), p. 4. Accessible sur le site <http://journal.diabetes.org/clinicaldiabetes/v16n1J-F98/pg4.htm>.
22. METZER, B. E. et D. R. COUSTAN (éditeurs). « Proceedings of Fourth International Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus », *Diabetes Care*, vol. 21, suppl. 2 (1998), pages B1 à B167.
23. WANG, Y. et T. LOBSTEIN. « Worldwide trends in childhood overweight and obesity », *Int J Pediatr Obes*, vol. 1 (2006), p. 11 à 25.

Annexe 1a – 1b. Nombre de cas prévalents et taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge, le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

1a. Hommes :

Groupe d'âge	Prévalence	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
1-19	Cas	314	308	315	321	320	326
	Taux brut	3,5	3,5	3,6	3,8	3,8	4,0
	IC à 95 %	(3,1-3,9)	(3,1-3,9)	(3,3-4,1)	(3,4-4,2)	(3,4-4,3)	(3,5-4,4)
20-24	Cas	169	186	193	203	195	204
	Taux brut	6,7	7,3	7,7	8,2	7,9	8,4
	IC à 95 %	(5,7-7,8)	(6,3-8,4)	(6,6-8,8)	(7,1-9,4)	(6,9-9,1)	(7,3-9,7)
25-29	Cas	206	212	226	221	222	242
	Taux brut	8,5	8,8	9,5	9,4	9,6	10,6
	IC à 95 %	(7,4-9,7)	(7,7-10,1)	(8,3-10,8)	(8,2-10,7)	(8,3-10,9)	(9,3-12,0)
30-34	Cas	343	385	394	403	411	405
	Taux brut	13,4	15,0	15,7	16,2	16,8	16,9
	IC à 95 %	(12,0-14,9)	(13,6-16,6)	(14,2-17,3)	(14,6-17,8)	(15,2-18,5)	(15,3-18,7)
35-39	Cas	605	585	616	650	691	740
	Taux brut	20,5	20,8	22,7	24,9	26,6	28,5
	IC à 95 %	(18,9-22,2)	(19,2-22,6)	(20,9-24,6)	(23,0-26,8)	(24,7-28,7)	(26,4-30,6)
40-44	Cas	976	1 062	1 133	1 211	1 249	1 237
	Taux brut	30,9	33,4	35,8	38,3	40,6	41,4
	IC à 95 %	(29,0-32,9)	(31,4-35,4)	(33,7-37,9)	(36,2-40,6)	(38,4-42,9)	(39,2-43,8)
45-49	Cas	1 570	1 678	1 736	1 816	1 925	1 993
	Taux brut	51,0	53,8	55,5	57,8	61,0	63,4
	IC à 95 %	(48,5-53,6)	(51,3-56,5)	(52,9-58,1)	(55,2-60,5)	(58,3-63,8)	(60,6-66,2)
50-54	Cas	2 429	2 512	2 589	2 706	2 816	2 975
	Taux brut	86,5	88,7	90,4	92,8	94,6	97,7
	IC à 95 %	(83,1-90,0)	(85,3-92,2)	(86,9-93,9)	(89,4-96,4)	(91,1-98,1)	(94,2-101,2)
55-59	Cas	2 843	3 121	3 442	3 740	3 968	4 080
	Taux brut	122,2	127,0	132,7	138,0	143,7	147,9
	IC à 95 %	(117,8-126,8)	(122,6-131,6)	(128,3-137,2)	(133,6-142,5)	(139,2-148,2)	(143,4-152,5)
60-64	Cas	2 743	2 972	3 187	3 452	3 823	4 291
	Taux brut	157,8	163,2	167,6	174,2	184,2	190,8
	IC à 95 %	(151,9-163,8)	(157,4-169,2)	(161,8-173,5)	(168,4-180,1)	(178,4-190,2)	(185,1-196,6)
65-69	Cas	2 597	2 762	3 013	3 316	3 559	3 782
	Taux brut	191,2	198,5	207,7	220,4	228,0	230,2
	IC à 95 %	(183,9-198,7)	(191,2-206,1)	(200,3-215,2)	(212,9-228,0)	(220,6-235,6)	(222,9-237,6)
70-74	Cas	2 408	2 558	2 675	2 815	3 087	3 280
	Taux brut	209,5	219,5	229,0	239,2	258,1	271,2
	IC à 95 %	(201,3-218,1)	(211,1-228,2)	(220,4-237,8)	(230,4-248,2)	(249,1-267,4)	(262,0-280,6)
75-79	Cas	1 963	2 110	2 108	2 236	2 418	2 628
	Taux brut	223,0	235,8	238,0	250,5	265,8	278,9
	IC à 95 %	(213,2-233,1)	(225,8-246,0)	(228,0-248,4)	(240,3-261,1)	(255,3-276,6)	(268,4-289,8)
80-84	Cas	1 240	1 307	1 464	1 588	1 674	1 788
	Taux brut	210,6	221,4	237,7	253,1	262,5	282,4
	IC à 95 %	(199,1-222,7)	(209,6-233,8)	(225,6-250,2)	(240,8-265,8)	(250,1-275,4)	(269,5-295,8)
85+	Cas	744	799	800	859	956	1 076
	Taux brut	183,4	191,1	190,7	196,2	210,2	221,6
	IC à 95 %	(170,4-197,1)	(178,0-204,8)	(177,7-204,4)	(183,3-209,8)	(197,1-224,0)	(208,5-235,2)

Annexe 1a – 1b (suite) Nombre de cas prévalents et taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge, le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

1b. Femmes :

Groupe d'âge	Prévalence	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
1-19	Cas	238	248	260	279	278	292
	Taux brut	2,8	3,0	3,2	3,4	3,5	3,7
	IC à 95 %	(2,5-3,2)	(2,6-3,4)	(2,8-3,6)	(3,1-3,9)	(3,1-4,0)	(3,3-4,2)
20-24	Cas	140	153	159	162	166	166
	Taux brut	5,6	6,2	6,4	6,6	6,8	7,0
	IC à 95 %	(4,7-6,7)	(5,3-7,3)	(5,5-7,5)	(5,6-7,7)	(5,8-8,0)	(6,0-8,2)
25-29	Cas	239	246	229	238	261	262
	Taux brut	9,6	10,0	9,4	9,9	11,1	11,3
	IC à 95 %	(8,4-10,9)	(8,8-11,4)	(8,2-10,7)	(8,7-11,3)	(9,8-12,5)	(10,0-12,7)
30-34	Cas	399	411	446	476	481	486
	Taux brut	15,3	15,8	17,2	18,6	19,2	19,6
	IC à 95 %	(13,9-16,9)	(14,3-17,4)	(15,7-18,9)	(16,9-20,3)	(17,5-21,0)	(17,9-21,4)
35-39	Cas	591	638	679	722	714	761
	Taux brut	19,5	22,0	24,5	27,0	27,1	29,1
	IC à 95 %	(17,9-21,1)	(20,3-23,7)	(22,7-26,4)	(25,1-29,1)	(25,1-29,1)	(27,1-31,2)
40-44	Cas	976	1 053	1 094	1 132	1 202	1 172
	Taux brut	30,2	32,5	33,8	35,2	38,4	38,7
	IC à 95 %	(28,4-32,2)	(30,6-34,6)	(31,8-35,9)	(33,1-37,3)	(36,2-40,6)	(36,5-41,0)
45-49	Cas	1 348	1 411	1 490	1 632	1 724	1 822
	Taux brut	43,3	45,0	47,1	51,3	53,7	56,8
	IC à 95 %	(41,0-45,6)	(42,7-47,4)	(44,7-49,5)	(48,8-53,8)	(51,2-56,3)	(54,2-59,4)
50-54	Cas	1 882	2 038	2 168	2 264	2 399	2 456
	Taux brut	66,8	71,1	74,4	75,9	79,0	79,3
	IC à 95 %	(63,8-69,9)	(68,1-74,3)	(71,3-77,6)	(72,8-79,1)	(75,9-82,2)	(76,2-82,5)
55-59	Cas	2 088	2 398	2 637	2 918	3 144	3 185
	Taux brut	91,4	98,3	102,8	108,3	114,5	114,6
	IC à 95 %	(87,5-95,4)	(94,4-102,3)	(98,9-106,8)	(104,4-112,3)	(110,5-118,6)	(110,6-118,6)
60-64	Cas	2 129	2 236	2 478	2 646	2 923	3 323
	Taux brut	122,3	123,9	131,6	135,3	141,8	148,5
	IC à 95 %	(117,2-127,6)	(118,8-129,1)	(126,5-136,9)	(130,2-140,6)	(136,7-147,0)	(143,5-153,7)
65-69	Cas	2 205	2 265	2 396	2 662	2 849	3 055
	Taux brut	151,8	152,9	158,2	171,8	177,9	182,6
	IC à 95 %	(145,5-158,3)	(146,7-159,3)	(151,9-164,6)	(165,3-178,4)	(171,4-184,6)	(176,2-189,2)
70-74	Cas	2 464	2 547	2 592	2 713	2 843	2 906
	Taux brut	181,3	188,2	191,8	199,1	208,8	214,8
	IC à 95 %	(174,2-188,6)	(180,9-195,6)	(184,5-199,4)	(191,7-206,8)	(201,2-216,6)	(207,0-222,7)
75-79	Cas	2 325	2 448	2 564	2 629	2 744	2 884
	Taux brut	190,8	201,8	211,8	221,2	231,1	239,8
	IC à 95 %	(183,1-198,7)	(193,9-210,0)	(203,7-220,1)	(212,8-229,8)	(222,5-239,9)	(231,2-248,7)
80-84	Cas	1 841	1 967	2 034	2 168	2 298	2 391
	Taux brut	189,0	198,1	202,0	215,0	229,7	242,3
	IC à 95 %	(180,4-197,8)	(189,4-207,1)	(193,3-210,9)	(206,0-224,2)	(220,4-239,3)	(232,7-252,3)
85+	Cas	1 466	1 564	1 648	1 805	2 002	2 235
	Taux brut	157,2	163,6	170,4	179,2	190,3	204,2
	IC à 95 %	(149,3-165,5)	(155,6-171,9)	(162,2-178,8)	(171,0-187,6)	(182,1-198,9)	(195,8-212,8)

Annexe 2a – 2f. Nombre de cas prévalents, taux de prévalence bruts et taux de prévalence ajustés selon l'âge (TPAA) (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

2a. 2002-03 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)
1	5 100	55,5 (54,0-57,0)	48,4 (47,0-49,7)	4 701	49,2 (47,8-50,7)	38,3 (37,2-39,5)
2	5 433	63,1 (61,5-64,8)	56,9 (55,4-58,5)	5 005	55,6 (54,0-57,1)	45,0 (43,7-46,3)
3	4 449	56,2 (54,5-57,8)	50,7 (49,2-52,2)	4 281	51,2 (49,7-52,8)	42,6 (41,3-43,9)
4	1 181	45,1 (42,5-47,7)	40,3 (38,0-42,7)	1 203	44,7 (42,2-47,3)	35,7 (33,7-37,9)
5	1 030	68,5 (64,4-72,9)	55,0 (51,6-58,5)	1 067	68,5 (64,5-72,8)	49,5 (46,5-52,7)
6	2 081	49,0 (46,9-51,1)	41,2 (39,4-43,0)	2 257	53,0 (50,9-55,3)	41,4 (39,6-43,1)
7	1 793	74,0 (70,6-77,5)	63,9 (60,9-66,9)	1 750	72,1 (68,8-75,6)	56,8 (54,1-59,5)
N.-B.	21 150	57,3 (56,5-58,1)	50,6 (49,9-51,3)	20 331	53,2 (52,4-53,9)	42,5 (41,9-43,1)

2b. 2003-04 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)
1	5 544	59,8 (58,3-61,4)	51,3 (49,9-52,6)	5 023	52,2 (50,8-53,7)	40,3 (39,1-41,4)
2	5 641	65,9 (64,2-67,7)	58,7 (57,1-60,3)	5 231	58,4 (56,9-60,0)	46,6 (45,3-48,0)
3	4 805	60,1 (58,4-61,8)	53,1 (51,6-54,7)	4 570	54,3 (52,7-55,9)	44,4 (43,0-45,7)
4	1 235	47,6 (44,9-50,3)	41,5 (39,1-43,9)	1 265	47,4 (44,8-50,1)	37,1 (35,0-39,2)
5	1 098	74,0 (69,7-78,5)	57,7 (54,3-61,3)	1 140	74,0 (69,8-78,4)	52,3 (49,2-55,6)
6	2 244	53,5 (51,3-55,8)	43,5 (41,7-45,4)	2 436	57,8 (55,5-60,2)	43,6 (41,9-45,4)
7	1 879	78,1 (74,6-81,7)	65,9 (62,9-68,9)	1 868	77,5 (74,1-81,1)	60,0 (57,2-62,8)
N.-B.	22 557	61,0 (60,2-61,8)	52,9 (52,2-53,6)	21 623	56,5 (55,8-57,3)	44,5 (43,9-45,1)

2c. 2004-05 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)
1	5 953	63,6 (62,0-65,2)	53,7 (52,3-55,1)	5 344	54,9 (53,4-56,4)	42,0 (40,8-43,2)
2	5 911	69,1 (67,3-70,9)	60,6 (59,0-62,1)	5 447	60,6 (59,0-62,3)	47,8 (46,5-49,2)
3	5 098	63,2 (61,5-65,0)	55,1 (53,6-56,7)	4 870	57,4 (55,8-59,0)	46,6 (45,3-48,0)
4	1 312	50,8 (48,1-53,6)	43,0 (40,7-45,5)	1 354	51,0 (48,3-53,7)	39,4 (37,2-41,6)
5	1 177	80,2 (75,7-84,9)	61,1 (57,6-64,8)	1 217	79,4 (75,0-84,0)	55,4 (52,1-58,7)
6	2 428	58,3 (56,0-60,6)	46,3 (44,4-48,2)	2 658	63,4 (61,0-65,9)	46,9 (45,0-48,7)
7	1 930	80,3 (76,8-84,0)	66,4 (63,4-69,5)	1 913	79,5 (75,9-83,1)	60,6 (57,8-63,5)
N.-B.	23 891	64,7 (63,8-65,5)	55,0 (54,3-55,7)	22 874	59,7 (59,0-60,5)	46,4 (45,8-47,0)

Annexe 2a – 2f (suite) Nombre de cas prévalents, taux de prévalence bruts et taux de prévalence ajustés selon l'âge (TPAA) (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

2d. 2005-06 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)
1	6 428	68,2 (66,6-69,9)	56,6 (55,2-58,0)	5 779	59,0 (57,5-60,5)	44,6 (43,4-45,8)
2	6 216	72,9 (71,1-74,7)	62,7 (61,1-64,3)	5 781	64,7 (63,0-66,3)	50,4 (49,0-51,7)
3	5 429	67,2 (65,5-69,1)	57,7 (56,1-59,3)	5 170	61,0 (59,3-62,7)	49,0 (47,6-50,4)
4	1 434	55,8 (53,0-58,8)	45,9 (43,4-48,4)	1 454	55,3 (52,5-58,2)	42,0 (39,7-44,3)
5	1 263	87,2 (82,5-92,1)	64,5 (60,8-68,2)	1 265	83,9 (79,3-88,6)	57,5 (54,1-60,9)
6	2 644	64,3 (61,9-66,8)	49,4 (47,5-51,4)	2 880	69,5 (67,0-72,1)	50,1 (48,2-52,0)
7	2 004	84,2 (80,5-88,0)	68,2 (65,2-71,3)	2 006	84,3 (80,7-88,1)	62,7 (59,9-65,6)
N.-B.	25 537	69,0 (68,2-69,9)	57,6 (56,9-58,3)	24 446	63,8 (63,0-64,6)	48,9 (48,3-49,6)

2e. 2006-07 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)
1	6 960	73,5 (71,8-75,2)	60,0 (58,6-61,5)	6 205	63,1 (61,5-64,7)	46,9 (45,7-48,1)
2	6 589	77,4 (75,5-79,3)	65,4 (63,8-67,0)	6 134	68,7 (67,0-70,4)	52,7 (51,3-54,1)
3	5 742	71,2 (69,3-73,0)	59,9 (58,3-61,5)	5 459	64,6 (62,9-66,3)	51,0 (49,6-52,4)
4	1 571	61,9 (58,9-65,0)	49,6 (47,1-52,2)	1 582	60,9 (58,0-64,0)	44,8 (42,5-47,1)
5	1 330	93,1 (88,2-98,3)	66,7 (63,1-70,5)	1 351	91,0 (86,2-96,0)	61,0 (57,5-64,6)
6	2 893	71,3 (68,7-73,9)	53,2 (51,2-55,2)	3 123	76,3 (73,6-79,0)	53,7 (51,7-55,7)
7	2 103	89,1 (85,4-93,0)	70,4 (67,3-73,5)	2 051	87,0 (83,2-90,8)	63,6 (60,7-66,5)
N.-B.	27 314	73,9 (73,0-74,8)	60,4 (59,7-61,2)	26 028	68,1 (67,3-68,9)	51,3 (50,7-52,0)

2f. 2007-08 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)	Cas prévalents	Taux brut (IC à 95 %)	TPAA (IC à 95 %)
1	7 457	78,0 (76,3-79,8)	62,6 (61,1-64,0)	6 564	66,2 (64,6-67,8)	48,4 (47,2-49,6)
2	6 923	81,1 (79,2-83,0)	67,2 (65,6-68,8)	6 427	71,8 (70,1-73,6)	54,4 (53,0-55,8)
3	6 112	75,4 (73,5-77,3)	62,3 (60,7-63,9)	5 724	67,5 (65,7-69,2)	52,5 (51,1-53,9)
4	1 686	67,0 (63,8-70,3)	52,0 (49,4-54,6)	1 693	65,9 (62,8-69,1)	47,4 (45,0-49,8)
5	1 414	100,4 (95,2-105,7)	69,4 (65,7-73,2)	1 390	95,1 (90,2-100,3)	61,8 (58,3-65,4)
6	3 123	77,1 (74,4-79,9)	55,6 (53,6-57,6)	3 337	82,0 (79,2-84,8)	56,2 (54,2-58,2)
7	2 182	93,4 (89,5-97,4)	71,7 (68,6-74,8)	2 155	92,0 (88,1-95,9)	65,9 (63,0-68,9)
N.-B.	29 047	78,4 (77,5-79,3)	62,8 (62,0-63,5)	27 396	71,6 (70,8-72,5)	53,0 (52,3-53,7)

Annexe 3a – 3b. Nombre de cas incidents et taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge, le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

3a. Hommes :

Groupe d'âge	Incidence	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
1-19	Cas	52	37	41	35	39	47
	Taux brut	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6
	IC à 95 %	(0,4-0,8)	(0,3-0,6)	(0,3-0,6)	(0,3-0,6)	(0,3-0,6)	(0,1-0,2)
20-24	Cas	15	12	15	24	13	23
	Taux brut	0,6	0,5	0,6	1,0	0,5	1,0
	IC à 95 %	(0,3-1,0)	(0,2-0,8)	(0,3-1,0)	(0,6-1,4)	(0,3-0,9)	(0,6-1,4)
25-29	Cas	24	29	33	21	21	31
	Taux brut	1,0	1,2	1,4	0,9	0,9	1,4
	IC à 95 %	(0,6-1,5)	(0,8-1,8)	(1,0-2,0)	(0,6-1,4)	(0,6-1,4)	(0,9-1,9)
30-34	Cas	59	67	54	59	60	56
	Taux brut	2,3	2,6	2,2	2,4	2,5	2,4
	IC à 95 %	(1,8-3,0)	(2,1-3,4)	(1,6-2,8)	(1,8-3,1)	(1,9-3,2)	(1,8-3,1)
35-39	Cas	90	88	94	87	112	102
	Taux brut	3,1	3,2	3,5	3,4	4,4	4,0
	IC à 95 %	(2,5-3,8)	(2,6-3,9)	(2,9-4,3)	(2,7-4,2)	(3,6-5,3)	(3,3-4,9)
40-44	Cas	147	156	187	210	169	167
	Taux brut	4,8	5,0	6,1	6,9	5,7	5,8
	IC à 95 %	(4,0-5,6)	(4,3-5,9)	(5,2-7,0)	(6,0-7,9)	(4,9-6,6)	(5,0-6,8)
45-49	Cas	245	258	220	230	291	257
	Taux brut	8,3	8,7	7,4	7,7	9,7	8,6
	IC à 95 %	(7,3-9,4)	(7,6-9,8)	(6,4-8,4)	(6,7-8,8)	(8,6-10,9)	(7,6-9,8)
50-54	Cas	310	319	316	336	343	358
	Taux brut	11,9	12,2	12,0	12,5	12,6	12,9
	IC à 95 %	(10,6-13,3)	(10,9-13,6)	(10,7-13,4)	(11,2-14,0)	(11,3-14,0)	(11,6-14,3)
55-59	Cas	320	333	347	391	416	440
	Taux brut	15,4	15,3	15,2	16,5	17,3	18,4
	IC à 95 %	(13,8-17,2)	(13,7-17,0)	(13,6-16,9)	(14,9-18,2)	(15,7-19,0)	(16,7-20,2)
60-64	Cas	287	252	279	343	400	379
	Taux brut	19,2	16,3	17,3	20,5	23,1	20,4
	IC à 95 %	(17,1-21,6)	(14,3-18,4)	(15,3-19,5)	(18,4-22,8)	(20,9-25,5)	(18,4-22,6)
65-69	Cas	274	262	257	302	326	294
	Taux brut	24,3	23,0	21,9	25,1	26,3	22,7
	IC à 95 %	(21,5-27,4)	(20,3-25,9)	(19,3-24,7)	(22,3-28,1)	(23,6-29,4)	(20,2-25,5)
70-74	Cas	217	189	196	228	281	224
	Taux brut	23,3	20,4	21,3	24,8	30,7	24,8
	IC à 95 %	(20,3-26,7)	(17,6-23,5)	(18,4-24,5)	(21,7-28,3)	(27,2-34,5)	(21,6-28,2)
75-79	Cas	165	153	133	144	187	183
	Taux brut	23,6	21,9	19,3	21,1	27,2	26,2
	IC à 95 %	(20,1-27,4)	(18,5-25,6)	(16,2-22,9)	(17,8-24,8)	(23,5-31,4)	(22,6-30,3)
80-84	Cas	93	86	85	95	105	120
	Taux brut	19,6	18,4	17,8	19,9	21,8	25,7
	IC à 95 %	(15,8-24,0)	(14,7-22,7)	(14,2-22,0)	(16,1-24,3)	(17,9-26,4)	(21,3-30,8)
85+	Cas	67	52	49	49	77	72
	Taux brut	19,8	15,1	14,2	13,7	21,0	18,7
	IC à 95 %	(15,4-25,2)	(11,3-19,9)	(10,5-18,8)	(10,2-18,2)	(16,6-26,2)	(14,6-23,5)

**Annexe 3a – 3b (suite) Nombre de cas incidents et taux d'incidence (pour 1 000 habitants)
du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus,
selon le groupe d'âge, le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick,
2002-2003 à 2007-2008**

3b. Femmes :

Groupe d'âge	Incidence	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08
1-19	Cas	29	39	33	42	32	41
	Taux brut	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
	IC à 95 %	(0,2-0,5)	(0,3-0,6)	(0,3-0,6)	(0,4-0,7)	(0,3-0,6)	(0,1-0,2)
20-24	Cas	22	23	18	21	18	23
	Taux brut	0,9	0,9	0,7	0,9	0,7	1,0
	IC à 95 %	(0,6-1,3)	(0,6-1,4)	(0,4-1,2)	(0,5-1,3)	(0,4-1,2)	(0,6-1,5)
25-29	Cas	31	34	33	35	38	31
	Taux brut	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6	1,3
	IC à 95 %	(0,9-1,8)	(1,0-2,0)	(0,9-1,9)	(1,0-2,1)	(1,2-2,2)	(0,9-1,9)
30-34	Cas	56	56	60	74	73	77
	Taux brut	2,2	2,2	2,4	2,9	3,0	3,2
	IC à 95 %	(1,6-2,8)	(1,7-2,8)	(1,8-3,0)	(2,3-3,7)	(2,3-3,7)	(2,5-3,9)
35-39	Cas	86	106	93	99	84	100
	Taux brut	2,9	3,7	3,4	3,8	3,3	3,9
	IC à 95 %	(2,3-3,6)	(3,0-4,5)	(2,8-4,2)	(3,1-4,6)	(2,6-4,0)	(3,2-4,8)
40-44	Cas	139	156	142	169	173	126
	Taux brut	4,4	5,0	4,5	5,4	5,7	4,3
	IC à 95 %	(3,7-5,2)	(4,2-5,8)	(3,8-5,3)	(4,6-6,3)	(4,9-6,6)	(3,6-5,1)
45-49	Cas	192	188	186	214	220	186
	Taux brut	6,4	6,2	6,1	7,0	7,2	6,1
	IC à 95 %	(5,5-7,4)	(5,4-7,2)	(5,3-7,1)	(6,1-8,0)	(6,3-8,2)	(5,3-7,0)
50-54	Cas	230	283	272	274	278	264
	Taux brut	8,7	10,5	10,0	9,8	9,8	9,2
	IC à 95 %	(7,6-9,9)	(9,3-11,8)	(8,8-11,2)	(8,7-11,1)	(8,7-11,1)	(8,1-10,3)
55-59	Cas	238	287	292	312	341	281
	Taux brut	11,3	12,9	12,5	12,8	13,8	11,3
	IC à 95 %	(9,9-12,9)	(11,4-14,5)	(11,1-14,0)	(11,4-14,3)	(12,4-15,4)	(10,0-12,7)
60-64	Cas	199	219	272	280	276	282
	Taux brut	12,9	13,7	16,4	16,3	15,4	14,6
	IC à 95 %	(11,1-14,8)	(11,9-15,6)	(14,5-18,4)	(14,4-18,3)	(13,6-17,3)	(12,9-16,4)
65-69	Cas	200	170	221	269	255	227
	Taux brut	16,0	13,4	17,0	20,5	19,0	16,3
	IC à 95 %	(13,8-18,3)	(11,4-15,5)	(14,9-19,4)	(18,1-23,1)	(16,7-21,5)	(14,3-18,6)
70-74	Cas	224	181	185	235	241	211
	Crude rate	19,7	16,2	16,7	21,1	21,9	19,5
	95%CI	(17,2-22,5)	(13,9-18,7)	(14,3-19,2)	(18,5-24,0)	(19,2-24,8)	(16,9-22,3)
75-79	Cas	186	176	165	188	210	201
	Taux brut	18,5	17,9	17,0	19,9	22,5	21,5
	IC à 95 %	(15,9-21,4)	(15,3-20,7)	(14,5-19,8)	(17,2-23,0)	(19,5-25,7)	(18,6-24,7)
80-84	Cas	136	135	125	135	171	167
	Taux brut	16,9	16,7	15,3	16,8	21,7	21,9
	IC à 95 %	(14,2-20,0)	(14,0-19,7)	(12,7-18,2)	(14,1-19,8)	(18,6-25,2)	(18,7-25,4)
85+	Cas	116	91	75	112	144	148
	Taux brut	14,5	11,3	9,3	13,4	16,6	16,7
	IC à 95 %	(12,0-17,5)	(9,1-13,8)	(7,3-11,6)	(11,0-16,1)	(14,0-19,6)	(14,1-19,6)

Annexe 4a – 4f. Nombre de cas incidents, taux d'incidence bruts et taux d'incidence ajustés selon l'âge (TIAA) (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

4a. 2002-03 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)
1	628	7,2 (6,6-7,8)	6,7 (6,2-7,2)	517	5,7 (5,2-6,2)	4,8 (4,4-5,2)
2	604	7,4 (6,9-8,1)	7,3 (6,7-7,9)	487	5,7 (5,2-6,2)	5,0 (4,5-5,5)
3	462	6,1 (5,6-6,7)	5,9 (5,4-6,5)	452	5,7 (5,2-6,2)	5,0 (4,6-5,5)
4	139	5,5 (4,6-6,5)	5,2 (4,3-6,1)	121	4,7 (3,9-5,6)	4,0 (3,3-4,7)
5	96	6,8 (5,5-8,3)	5,9 (4,7-7,2)	98	6,7 (5,4-8,2)	5,5 (4,4-6,7)
6	213	5,2 (4,6-6,0)	4,5 (3,9-5,2)	220	5,4 (4,7-6,2)	4,5 (3,9-5,2)
7	213	9,4 (8,2-10,7)	8,8 (7,7-10,1)	192	8,5 (7,3-9,7)	7,5 (6,5-8,6)
N.-B.	2 365	6,7 (6,5-7,0)	6,4 (6,1-6,7)	2 084	5,7 (5,5-6,0)	4,9 (4,7-5,2)

4b. 2003-04 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)
1	620	7,1 (6,5-7,6)	6,4 (5,9-7,0)	519	5,7 (5,2-6,2)	4,7 (4,3-5,1)
2	493	6,1 (5,6-6,7)	5,9 (5,4-6,5)	466	5,5 (5,0-6,0)	4,8 (4,4-5,3)
3	507	6,7 (6,1-7,3)	6,3 (5,8-6,9)	465	5,8 (5,3-6,4)	5,1 (4,6-5,6)
4	109	4,4 (3,6-5,3)	3,9 (3,2-4,7)	110	4,3 (3,5-5,2)	3,6 (2,9-4,3)
5	129	9,3 (7,8-11,1)	7,9 (6,6-9,4)	123	8,5 (7,1-10,2)	6,8 (5,6-8,1)
6	254	6,4 (5,6-7,2)	5,4 (4,8-6,1)	260	6,5 (5,7-7,3)	5,3 (4,6-5,9)
7	172	7,7 (6,6-8,9)	7,0 (6,0-8,2)	199	8,9 (7,7-10,2)	7,6 (6,5-8,7)
N.-B.	2 293	6,6 (6,3-6,8)	6,1 (5,8-6,3)	2 144	5,9 (5,7-6,2)	5,0 (4,8-5,3)

4c. 2004-05 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)
1	592	6,7 (6,2-7,3)	6,0 (5,5-6,5)	517	5,6 (5,1-6,1)	4,7 (4,3-5,1)
2	519	6,5 (5,9-7,1)	6,3 (5,7-6,9)	438	5,2 (4,7-5,7)	4,5 (4,0-4,9)
3	505	6,6 (6,1-7,2)	6,2 (5,7-6,8)	502	6,2 (5,7-6,8)	5,5 (5,0-6,0)
4	125	5,1 (4,2-6,0)	4,4 (3,6-5,2)	142	5,6 (4,7-6,6)	4,5 (3,8-5,3)
5	130	9,5 (8,0-11,3)	8,0 (6,6-9,5)	119	8,4 (6,9-10,0)	6,8 (5,6-8,2)
6	284	7,2 (6,4-8,1)	6,1 (5,4-6,8)	321	8,1 (7,2-9,1)	6,7 (5,9-7,4)
7	148	6,7 (5,6-7,8)	6,0 (5,1-7,1)	133	6,0 (5,0-7,1)	5,1 (4,2-6,0)
N.-B.	2 306	6,6 (6,4-6,9)	6,0 (5,8-6,3)	2 172	6,0 (5,7-6,3)	5,1 (4,9-5,3)

Annexe 4a – 4f (suite) Nombre de cas incidents, taux d'incidence bruts et taux d'incidence ajustés selon l'âge (TIAA) (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

4d. 2005-06 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)
1	690	7,8 (7,2-8,4)	7,0 (6,5-7,6)	618	6,7 (6,1-7,2)	5,6 (5,2-6,1)
2	560	7,0 (6,5-7,6)	6,6 (6,0-7,1)	573	6,8 (6,3-7,4)	5,8 (5,3-6,3)
3	519	6,8 (6,3-7,5)	6,3 (5,8-6,9)	502	6,3 (5,7-6,8)	5,6 (5,1-6,1)
4	164	6,7 (5,7-7,8)	5,7 (4,8-6,7)	166	6,6 (5,7-7,7)	5,6 (4,7-6,5)
5	124	9,3 (7,7-11,1)	7,3 (6,1-8,7)	111	8,0 (6,6-9,6)	6,3 (5,1-7,6)
6	305	7,9 (7,0-8,8)	6,5 (5,7-7,2)	330	8,5 (7,6-9,5)	6,8 (6,0-7,6)
7	193	8,8 (7,6-10,1)	7,6 (6,5-8,7)	159	7,2 (6,2-8,5)	6,0 (5,1-7,0)
N.-B.	2 554	7,4 (7,1-7,6)	6,6 (6,4-6,9)	2 459	6,8 (6,5-7,1)	5,8 (5,5-6,0)

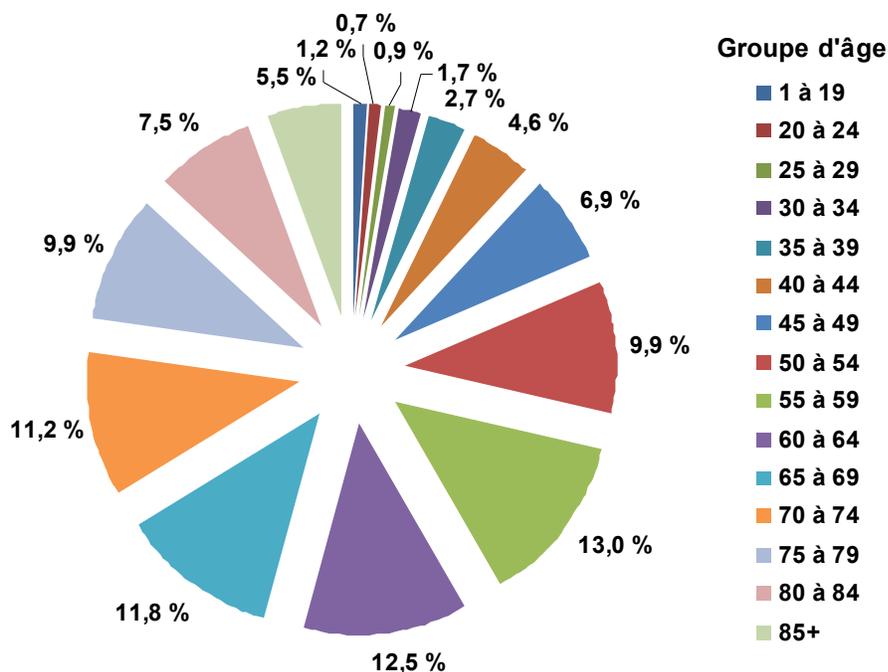
4e. 2006-07 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)
1	795	9,0 (8,4-9,6)	8,0 (7,5-8,6)	625	6,7 (6,2-7,3)	5,5 (5,1-6,0)
2	661	8,3 (7,7-9,0)	7,8 (7,2-8,4)	595	7,1 (6,5-7,7)	5,9 (5,4-6,4)
3	564	7,5 (6,9-8,1)	6,8 (6,2-7,3)	507	6,4 (5,8-6,9)	5,5 (5,0-6,0)
4	182	7,6 (6,5-8,8)	6,5 (5,6-7,5)	179	7,3 (6,3-8,4)	5,6 (4,8-6,5)
5	122	9,3 (7,7-11,1)	7,3 (6,1-8,7)	128	9,4 (7,8-11,2)	7,1 (5,9-8,5)
6	334	8,8 (7,9-9,8)	7,1 (6,3-7,9)	362	9,5 (8,5-10,5)	7,5 (6,7-8,3)
7	180	8,3 (7,1-9,6)	7,2 (6,2-8,4)	155	7,1 (6,1-8,4)	5,8 (4,9-6,8)
N.-B.	2 840	8,2 (7,9-8,5)	7,3 (7,1-7,6)	2 554	7,1 (6,8-7,4)	5,9 (5,6-6,1)

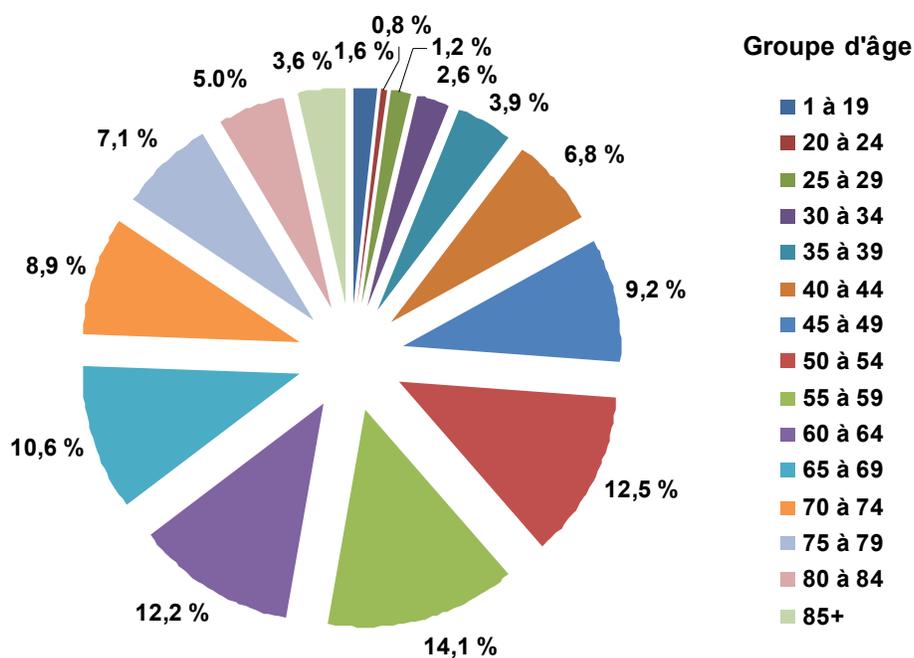
4f. 2007-08 :

Région sanitaire	Hommes			Femmes		
	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)	Cas incidents	Taux brut (IC à 95 %)	TIAA (IC à 95 %)
1	718	8,1 (7,5-8,7)	7,2 (6,6-7,7)	581	6,2 (5,7-6,8)	5,0 (4,6-5,5)
2	610	7,7 (7,1-8,3)	7,0 (6,4-7,5)	555	6,6 (6,1-7,2)	5,5 (5,1-6,0)
3	590	7,8 (7,2-8,5)	7,1 (6,5-7,7)	473	5,9 (5,4-6,5)	5,1 (4,6-5,5)
4	177	7,5 (6,4-8,7)	6,1 (5,2-7,1)	159	6,6 (5,6-7,7)	5,2 (4,4-6,1)
5	124	9,7 (8,1-11,6)	7,4 (6,1-8,8)	86	6,5 (5,2-8,0)	4,6 (3,6-5,7)
6	337	8,9 (8,0-9,9)	6,7 (6,0-7,5)	322	8,5 (7,6-9,5)	6,6 (5,9-7,4)
7	189	8,8 (7,6-10,2)	7,4 (6,3-8,5)	181	8,4 (7,3-9,8)	7,0 (6,0-8,1)
N.-B.	2 753	8,0 (7,7-8,3)	7,0 (6,7-7,2)	2 365	6,6 (6,3-6,9)	5,4 (5,2-5,7)

Annexe 5a. Répartition en pourcentage des cas prévalents de diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Appendix 5b. Répartition en pourcentage des cas incidents de diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008



Annexe 6. Taux d'incidence et de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008

Garçons :

Exercice financier	Incidence		Prévalence	
	Cas	Taux brut (IC à 95 %)	Cas	Taux brut (IC à 95 %)
1998-99	46	0,5 (0,4-0,6)	260	2,7 (2,4-3,1)
1999-00	39	0,4 (0,3-0,6)	274	2,9 (2,6-3,3)
2000-01	52	0,6 (0,4-0,7)	300	3,2 (2,9-3,6)
2001-02	35	0,4 (0,3-0,5)	307	3,4 (3,0-3,8)
2002-03	52	0,6 (0,4-0,8)	314	3,5 (3,1-3,9)
2003-04	37	0,4 (0,3-0,6)	308	3,5 (3,1-3,9)
2004-05	41	0,5 (0,3-0,6)	315	3,6 (3,3-4,1)
2005-06	35	0,4 (0,3-0,6)	321	3,8 (3,4-4,2)
2006-07	39	0,5 (0,3-0,6)	320	3,8 (3,4-4,3)
2007-08	47	0,6 (0,4-0,8)	326	4,0 (3,5-4,4)

Filles :

Exercice financier	Incidence		Prévalence	
	Cas	Taux brut (IC à 95 %)	Cas	Taux brut (IC à 95 %)
1998-99	45	0,5 (0,4-0,7)	204	2,2 (1,9-2,6)
1999-00	33	0,4 (0,3-0,5)	215	2,4 (2,1-2,7)
2000-01	31	0,4 (0,2-0,5)	218	2,5 (2,2-2,8)
2001-02	31	0,4 (0,2-0,5)	231	2,7 (2,3-3,0)
2002-03	29	0,3 (0,2-0,5)	238	2,8 (2,5-3,2)
2003-04	39	0,5 (0,3-0,6)	248	3,0 (2,6-3,4)
2004-05	33	0,4 (0,3-0,6)	260	3,2 (2,8-3,6)
2005-06	42	0,5 (0,4-0,7)	279	3,4 (3,1-3,9)
2006-07	32	0,4 (0,3-0,6)	278	3,5 (3,1-4,0)
2007-08	41	0,5 (0,4-0,7)	292	3,7 (3,3-4,2)

Annexe 7. Taux d'incidence et de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

Garçons :

Exercice financier	Incidence		Prévalence	
	Cas	Taux brut (IC à 95 %)	Cas	Taux brut (IC à 95 %)
1-4	28	0,4 (0,2-0,5)	73	1,0 (0,8-1,2)
5-9	64	0,6 (0,5-0,8)	310	3,0 (2,6-3,3)
10-14	40	0,3 (0,2-0,5)	502	4,2 (3,9-4,6)
15-19	67	0,5 (0,4-0,7)	705	5,6 (5,2-6,0)

Filles :

Exercice financier	Incidence		Prévalence	
	Cas	Taux brut (IC à 95 %)	Cas	Taux brut (IC à 95 %)
1-4	35	0,5 (0,3-0,7)	75	1,0 (0,8-1,3)
5-9	40	0,4 (0,3-0,6)	262	2,6 (2,3-3,0)
10-14	51	0,5 (0,3-0,6)	423	3,7 (3,4-4,1)
15-19	61	0,5 (0,4-0,7)	597	5,0 (4,6-5,4)

Annexe 8. Taux de mortalité (pour 1 000 habitants) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

Hommes :

Groupe d'âge	Avec diabète diagnostiqué		Sans diabète diagnostiqué		Ratio des taux	IC à 95 %
	Taux de mortalité	IC à 95 %	Taux de mortalité	IC à 95 %		
20-24	3,1	(0,6-9,2)	1,0	(0,8-1,2)	3,3	(1,0-10,3)
25-29	5,4	(2,0-11,9)	0,9	(0,7-1,0)	6,3	(2,8-14,5)
30-34	3,6	(1,4-7,3)	1,0	(0,8-1,2)	3,7	(1,7-7,9)
35-39	6,2	(3,8-9,5)	1,1	(0,9-1,3)	5,5	(3,4-8,8)
40-44	2,7	(1,6-4,5)	1,5	(1,3-1,7)	1,8	(1,1-3,0)
45-49	6,0	(4,5-7,9)	2,3	(2,0-2,5)	2,7	(2,0-3,5)
50-54	9,2	(7,6-10,9)	3,4	(3,1-3,8)	2,7	(2,2-3,2)
55-59	12,4	(10,8-14,1)	5,7	(5,3-6,2)	2,2	(1,9-2,5)
60-64	20,3	(18,3-22,5)	9,2	(8,6-9,9)	2,2	(1,9-2,5)
65-69	28,2	(25,6-30,8)	15,1	(14,1-16,1)	1,9	(1,7-2,1)
70-74	42,0	(38,8-45,5)	27,1	(25,6-28,7)	1,6	(1,4-1,7)
75-79	67,1	(62,4-72,0)	45,0	(42,7-47,3)	1,5	(1,4-1,6)
80-84	101,7	(94,8-109,1)	71,8	(68,4-75,3)	1,4	(1,3-1,5)
85+	205,6	(192,5-219,3)	146,4	(140,8-152,2)	1,4	(1,3-1,5)

Femmes :

Groupe d'âge	Avec diabète diagnostiqué		Sans diabète diagnostiqué		Ratio des taux	IC à 95 %
	Taux de mortalité	IC à 95 %	Taux de mortalité	IC à 95 %		
20-24	2,5	(0,3-9,1)	0,3	(0,2-0,4)	8,0	(1,9-33,3)
25-29	0,8	(0,0-4,6)	0,3	(0,2-0,4)	2,6	(0,4-19,2)
30-34	2,6	(1,0-5,8)	0,4	(0,3-0,6)	5,9	(2,5-13,8)
35-39	2,3	(1,0-4,5)	0,5	(0,4-0,7)	4,3	(2,1-8,9)
40-44	4,1	(2,6-6,1)	1,0	(0,8-1,1)	4,3	(2,8-6,7)
45-49	4,5	(3,1-6,2)	1,2	(1,0-1,4)	3,7	(2,6-5,3)
50-54	6,8	(5,4-8,5)	2,2	(2,0-2,5)	3,1	(2,4-3,9)
55-59	10,1	(8,5-11,9)	3,4	(3,0-3,7)	3,0	(2,5-3,6)
60-64	15,9	(13,9-18,2)	5,6	(5,1-6,1)	2,8	(2,4-3,3)
65-69	22,7	(20,2-25,5)	8,7	(8,0-9,4)	2,6	(2,3-3,0)
70-74	30,4	(27,6-33,5)	14,9	(13,9-16,0)	2,0	(1,8-2,3)
75-79	48,8	(45,1-52,7)	26,6	(25,1-28,1)	1,8	(1,7-2,0)
80-84	76,9	(71,8-82,3)	45,6	(43,5-47,8)	1,7	(1,6-1,8)
85+	154,0	(146,1-162,2)	118,1	(114,8-121,4)	1,3	(1,2-1,4)

Annexe 9a – 9f. Taux de mortalité bruts et taux de mortalité ajustés selon l'âge (TMAA) (pour 1 000 habitants) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

9a. 2002-03 :

Région sanitaire	Hommes						Femmes					
	Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué			Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué		
	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)
1	164	32,6 (27,8-38,0)	14,9 (11,9-18,2)	548	8,3 (7,6-9,0)	8,5 (7,8-9,2)	190	41,0 (35,4-47,3)	12,4 (10,3-14,7)	564	8,0 (7,3-8,7)	5,2 (4,8-5,7)
2	196	36,6 (31,6-42,1)	13,9 (12,0-16,0)	564	9,7 (8,9-10,5)	10,4 (9,6-11,3)	159	32,2 (27,4-37,6)	12,2 (9,6-15,2)	576	9,0 (8,3-9,7)	5,9 (5,4-6,4)
3	171	39,1 (33,5-45,4)	18,1 (13,9-22,7)	482	8,9 (8,1-9,7)	9,4 (8,6-10,3)	170	40,2 (34,4-46,8)	14,1 (11,2-17,3)	432	7,2 (6,6-7,9)	5,4 (4,9-6,0)
4	42	36,1 (26,0-48,9)	15,3 (10,8-20,5)	180	9,5 (8,2-11,0)	10,7 (9,2-12,4)	40	33,6 (24,0-45,7)	10,5 (7,1-14,5)	179	9,1 (7,8-10,5)	6,7 (5,8-7,8)
5	45	44,1 (32,2-59,0)	24,6 (10,4-44,7)	99	9,3 (7,6-11,4)	9,6 (7,8-11,6)	39	36,8 (26,2-50,3)	18,6 (6,6-36,7)	100	8,9 (7,3-10,9)	5,6 (4,5-6,9)
6	79	38,4 (30,4-47,8)	21,4 (11,7-34,1)	282	9,1 (8,0-10,2)	9,5 (8,4-10,6)	70	31,2 (24,3-39,4)	9,9 (7,1-13,1)	214	6,8 (5,9-7,8)	5,5 (4,7-6,2)
7	67	38,1 (29,5-48,4)	15,1 (11,6-19,0)	119	7,1 (5,9-8,5)	7,5 (6,2-9,0)	69	39,8 (31,0-50,4)	12,5 (9,4-16,2)	126	7,4 (6,2-8,8)	5,4 (4,5-6,4)
N.-B.	768	36,9 (34,3-39,6)	16,3 (14,5-18,1)	2 285	8,8 (8,5-9,2)	9,4 (9,0-9,8)	737	36,7 (34,1-39,4)	12,5 (11,2-13,9)	2 198	7,9 (7,6-8,3)	5,6 (5,3-5,8)

9b. 2003-04 :

Région sanitaire	Hommes						Femmes					
	Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué			Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué		
	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)
1	187	34,2 (29,4-39,4)	12,5 (10,7-14,5)	542	8,2 (7,5-8,9)	8,4 (7,7-9,2)	181	36,5 (31,4-42,2)	10,0 (8,3-12,0)	574	8,0 (7,4-8,7)	5,4 (4,9-5,9)
2	223	40,1 (35,0-45,7)	20,9 (14,7-28,0)	535	9,2 (8,4-10,0)	10,0 (9,1-10,8)	193	37,4 (32,3-43,1)	13,3 (10,7-16,1)	588	9,2 (8,5-10,0)	6,1 (5,5-6,6)
3	201	42,5 (36,9-48,8)	17,7 (14,8-20,7)	489	8,9 (8,1-9,8)	9,6 (8,7-10,5)	204	45,2 (39,2-51,9)	13,8 (11,6-16,1)	515	8,5 (7,8-9,3)	6,2 (5,7-6,8)
4	41	33,8 (24,2-45,8)	13,6 (9,7-18,2)	166	8,8 (7,5-10,2)	9,8 (8,3-11,4)	46	36,7 (26,9-49,0)	10,3 (7,4-13,7)	188	9,6 (8,2-11,0)	7,1 (6,1-8,2)
5	52	47,8 (35,7-62,6)	16,9 (12,6-21,8)	107	10,2 (8,4-12,3)	10,4 (8,5-12,5)	33	29,2 (20,1-41,0)	10,2 (5,9-15,6)	97	8,8 (7,1-10,7)	5,4 (4,3-6,5)
6	79	35,5 (28,1-44,3)	19,5 (12,8-27,7)	251	8,1 (7,2-9,2)	8,4 (7,4-9,5)	83	34,3 (27,3-42,5)	10,9 (7,0-15,7)	167	5,4 (4,6-6,2)	4,4 (3,7-5,1)
7	76	41,0 (32,3-51,3)	15,7 (12,3-19,6)	151	9,1 (7,7-10,7)	9,5 (8,1-11,1)	76	41,1 (32,3-51,4)	21,1 (8,3-39,8)	122	7,2 (6,0-8,6)	4,8 (4,0-5,8)
N.-B.	867	39,0 (36,4-41,7)	17,1 (15,0-19,2)	2 253	8,7 (8,3-9,0)	9,3 (8,9-9,7)	817	38,2 (35,6-40,9)	12,6 (10,9-14,4)	2 254	8,1 (7,8-8,5)	5,7 (5,4-5,9)

Annexe 9a – 9f. (suite) Taux de mortalité bruts et taux de mortalité ajustés selon l'âge (TMAA) (pour 1 000 habitants) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

9c. 2004-05 :

Région sanitaire	Hommes						Femmes					
	Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué			Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué		
	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)
1	178	30,3 (26,0-35,0)	12,8 (10,0-15,9)	542	8,1 (7,4-8,8)	8,3 (7,6-9,0)	173	32,8 (28,1-38,0)	12,1 (7,4-17,8)	536	7,4 (6,8-8,1)	4,9 (4,5-5,3)
2	229	39,3 (34,4-44,7)	18,5 (14,4-23,1)	529	9,1 (8,3-9,9)	9,6 (8,8-10,4)	196	36,5 (31,5-41,9)	12,7 (10,1-15,6)	632	9,9 (9,1-10,7)	6,4 (5,9-7,0)
3	171	34,1 (29,1-39,6)	18,8 (12,9-25,7)	453	8,2 (7,5-9,0)	8,6 (7,8-9,4)	175	36,4 (31,2-42,2)	12,5 (9,6-15,8)	480	7,9 (7,2-8,6)	5,8 (5,2-6,3)
4	32	24,8 (17,0-35,0)	10,2 (6,9-14,1)	167	8,9 (7,6-10,3)	10,1 (8,6-11,7)	48	35,8 (26,4-47,5)	14,4 (7,1-24,3)	137	7,0 (5,9-8,3)	5,2 (4,4-6,2)
5	38	32,5 (23,0-44,7)	13,0 (9,1-17,8)	103	9,9 (8,1-12,1)	9,9 (8,0-11,9)	44	36,5 (26,5-49,0)	10,8 (7,5-14,8)	98	8,9 (7,2-10,8)	5,9 (4,8-7,2)
6	67	27,8 (21,6-35,4)	17,6 (8,3-30,2)	254	8,3 (7,3-9,4)	8,5 (7,5-9,6)	82	31,1 (24,7-38,6)	8,5 (6,6-10,7)	195	6,3 (5,4-7,2)	4,6 (4,0-5,3)
7	94	49,5 (40,0-60,5)	20,5 (15,4-26,3)	152	9,1 (7,7-10,7)	9,3 (7,9-10,9)	58	30,6 (23,3-39,6)	11,2 (7,9-15,0)	136	8,0 (6,7-9,5)	5,8 (4,8-6,8)
N.-B.	812	34,4 (32,1-36,9)	16,5 (14,3-18,8)	2 205	8,5 (8,1-8,9)	8,9 (8,6-9,3)	777	34,4 (32,0-36,9)	12,0 (10,3-13,9)	2 216	8,0 (7,6-8,3)	5,5 (5,3-5,8)

9d. 2005-06 :

Région sanitaire	Hommes						Femmes					
	Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué			Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué		
	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)
1	225	35,4 (30,9-40,3)	16,4 (11,2-22,5)	565	8,4 (7,7-9,1)	8,4 (7,7-9,1)	183	32,0 (27,6-37,0)	9,8 (7,7-12,3)	546	7,5 (6,9-8,2)	5,0 (4,5-5,4)
2	217	35,4 (30,8-40,4)	16,5 (12,3-21,3)	503	8,7 (7,9-9,5)	9,1 (8,3-9,9)	188	32,9 (28,4-38,0)	9,3 (7,9-10,8)	563	8,8 (8,1-9,6)	5,9 (5,3-6,4)
3	194	36,3 (31,4-41,8)	16,1 (13,3-19,0)	435	7,9 (7,1-8,6)	8,1 (7,3-8,9)	170	33,3 (28,5-38,7)	11,7 (9,6-13,9)	426	7,0 (6,4-7,7)	5,2 (4,7-5,7)
4	38	26,8 (19,0-36,8)	16,7 (7,9-28,7)	162	8,7 (7,4-10,1)	9,3 (7,9-10,8)	44	30,6 (22,2-41,0)	11,0 (6,8-16,2)	180	9,3 (7,9-10,7)	6,6 (5,6-7,6)
5	41	32,7 (23,4-44,3)	13,2 (9,4-17,6)	87	8,5 (6,8-10,5)	8,2 (6,5-10,0)	31	24,7 (16,8-35,0)	7,8 (4,9-11,3)	98	9,0 (7,3-11,0)	5,8 (4,7-7,1)
6	70	26,7 (20,8-33,8)	10,3 (8,0-12,9)	250	8,3 (7,3-9,4)	8,4 (7,3-9,4)	92	32,2 (25,9-39,5)	8,9 (7,0-11,1)	204	6,7 (5,8-7,6)	5,0 (4,3-5,8)
7	61	30,9 (23,6-39,7)	12,1 (9,2-15,3)	108	6,5 (5,4-7,9)	6,5 (5,3-7,8)	75	37,8 (29,8-47,4)	11,2 (8,4-14,3)	112	6,7 (5,5-8,0)	4,8 (3,9-5,7)
N.-B.	846	33,6 (31,3-35,9)	15,0 (13,2-16,9)	2 115	8,1 (7,8-8,5)	8,4 (8,0-8,7)	783	32,4 (30,2-34,8)	9,9 (9,1-10,8)	2 132	7,7 (7,3-8,0)	5,3 (5,1-5,6)

Annexe 9a – 9f. (suite) Taux de mortalité bruts et taux de mortalité ajustés selon l'âge (TMAA) (pour 1 000 habitants) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le sexe, la région sanitaire et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

9e. 2006-07 :

Région sanitaire	Hommes						Femmes					
	Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué			Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué		
	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (95% CI)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)
1	197	28,6 (24,7-32,9)	11,8 (9,3-14,5)	488	7,2 (6,6-7,9)	7,2 (6,6-7,9)	192	31,3 (27,0-36,0)	13,3 (8,4-19,2)	580	8,0 (7,3-8,6)	5,4 (4,9-5,9)
2	220	33,8 (29,5-38,6)	13,2 (11,3-15,1)	472	8,2 (7,4-8,9)	8,6 (7,8-9,4)	210	34,6 (30,1-39,6)	11,6 (9,1-14,4)	560	8,8 (8,1-9,6)	5,8 (5,3-6,3)
3	198	35,0 (30,3-40,3)	20,9 (13,5-30,0)	472	8,5 (7,8-9,3)	8,9 (8,1-9,7)	188	34,9 (30,1-40,2)	11,9 (9,8-14,2)	510	8,4 (7,7-9,2)	6,1 (5,6-6,7)
4	56	36,1 (27,3-46,9)	17,3 (11,0-25,0)	160	8,7 (7,4-10,1)	9,0 (7,7-10,5)	46	29,3 (21,5-39,1)	11,6 (7,4-16,7)	157	8,2 (6,9-9,5)	5,6 (4,7-6,5)
5	36	27,2 (19,0-37,6)	12,5 (7,6-18,7)	110	10,9 (9,0-13,2)	10,2 (8,3-12,2)	44	32,8 (23,8-44,0)	9,4 (6,4-13,1)	97	9,1 (7,4-11,1)	5,6 (4,5-6,8)
6	72	25,1 (19,6-31,6)	11,6 (7,6-16,3)	226	7,6 (6,6-8,6)	7,5 (6,5-8,5)	103	33,2 (27,1-40,3)	10,3 (8,1-12,8)	184	6,1 (5,2-7,0)	4,2 (3,6-4,8)
7	87	41,9 (33,6-51,7)	21,1 (12,4-32,1)	143	8,8 (7,4-10,3)	8,7 (7,3-10,2)	67	33,1 (25,6-42,0)	14,2 (7,2-23,6)	126	7,6 (6,3-9,0)	5,2 (4,3-6,2)
N.-B.	867	32,1 (30,0-34,3)	15,1 (13,0-17,4)	2 076	8,0 (7,7-8,4)	8,2 (7,9-8,6)	851	33,0 (30,9-35,3)	11,9 (10,3-13,6)	2 216	8,0 (7,7-8,3)	5,5 (5,3-5,7)

9f. 2007-08 :

Région sanitaire	Hommes						Femmes					
	Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué			Avec diabète diagnostiqué			Sans diabète diagnostiqué		
	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)	Total des décès	Taux brut (IC à 95 %)	TMAA (IC à 95 %)
1	240	32,5 (28,5-36,9)	14,2 (11,4-17,4)	529	7,8 (7,1-8,5)	7,8 (7,1-8,5)	202	31,1 (27,0-35,7)	9,3 (7,4-11,4)	564	7,7 (7,1-8,3)	5,1 (4,6-5,5)
2	246	36,0 (31,6-40,8)	14,6 (12,2-17,2)	503	8,7 (7,9-9,5)	9,0 (8,2-9,8)	242	38,1 (33,4-43,2)	10,9 (9,3-12,6)	535	8,4 (7,7-9,1)	5,4 (5,0-6,0)
3	202	33,5 (29,0-38,5)	15,6 (10,5-21,7)	455	8,2 (7,5-9,0)	8,3 (7,5-9,1)	201	35,6 (30,8-40,9)	10,9 (9,3-12,6)	496	8,2 (7,5-8,9)	5,6 (5,1-6,2)
4	69	41,5 (32,3-52,5)	18,0 (13,0-23,8)	161	8,8 (7,5-10,2)	9,2 (7,8-10,7)	53	31,6 (23,7-41,4)	11,0 (7,9-14,7)	145	7,6 (6,4-9,0)	5,1 (4,3-6,0)
5	58	41,2 (31,3-53,3)	15,4 (11,6-19,7)	102	10,2 (8,4-12,4)	9,2 (7,5-11,1)	33	23,9 (16,5-33,6)	6,9 (4,3-10,1)	97	9,2 (7,5-11,2)	5,5 (4,4-6,7)
6	99	32,0 (26,0-38,9)	12,0 (9,7-14,5)	236	8,0 (7,0-9,1)	7,5 (6,5-8,5)	99	29,9 (24,3-36,4)	10,2 (7,1-14,0)	197	6,6 (5,7-7,5)	4,6 (4,0-5,3)
7	71	33,0 (25,8-41,6)	13,1 (10,1-16,4)	133	8,2 (6,9-9,8)	7,7 (6,5-9,1)	70	32,8 (25,6-41,5)	10,7 (7,7-14,2)	132	8,0 (6,7-9,5)	5,2 (4,3-6,2)
N.-B.	986	34,3 (32,2-36,5)	14,5 (12,9-16,1)	2 120	8,2 (7,8-8,5)	8,2 (7,9-8,6)	901	33,2 (31,1-35,5)	10,1 (9,3-11,0)	2 168	7,8 (7,5-8,1)	5,2 (5,0-5,5)

Annexe 10. Taux bruts et taux ajustés selon l'âge[†] (pour 1 000 habitants) des congés d'hôpital chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et l'exercice financier, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2002-2003 à 2007-2008

Exercice financier	Sexe	Avec diabète diagnostiqué		Sans diabète diagnostiqué		Ratio des taux ajustés selon l'âge (IC à 95 %)
		Taux brut (IC à 95 %)	Taux ajusté selon l'âge (IC à 95 %)	Taux brut (IC à 95 %)	Taux ajusté selon l'âge (IC à 95 %)	
2002-03	Hommes	404,6 (396,1-413,3)	294,2 (271,5-317,8)	88,4 (87,4-89,4)	89,8 (88,8-90,9)	3,3 (3,0-3,5)
	Femmes	433,0 (424,0-442,1)	400,6 (364,3-438,6)	129,1 (128,0-130,3)	125,5 (124,4-126,7)	3,2 (2,9-3,5)
2003-04	Hommes	363,5 (355,7-371,4)	292,2 (265,7-320,0)	78,6 (77,7-79,6)	79,4 (78,4-80,3)	3,7 (3,4-4,0)
	Femmes	385,2 (377,0-393,6)	367,7 (333,9-403,2)	114,0 (112,9-115,2)	111,7 (110,6-112,8)	3,3 (3,0-3,6)
2004-05	Hommes	362,7 (355,1-370,4)	295,0 (266,9-324,6)	87,7 (86,7-88,6)	87,7 (86,7-88,7)	3,4 (3,1-3,7)
	Femmes	391,3 (383,2-399,5)	346,0 (316,0-377,3)	127,1 (125,9-128,3)	123,4 (122,2-124,6)	2,8 (2,6-3,1)
2005-06	Hommes	349,5 (342,2-356,8)	275,7 (249,5-303,1)	83,1 (82,1-84,1)	82,4 (81,4-83,4)	3,3 (3,0-3,7)
	Femmes	366,0 (358,4-373,7)	338,2 (304,7-373,5)	120,1 (118,9-121,2)	117,2 (116,0-118,3)	2,9 (2,6-3,2)
2006-07	Hommes	354,4 (347,4-361,5)	299,8 (267,2-334,2)	79,8 (78,8-80,7)	78,5 (77,6-79,5)	3,8 (3,4-4,3)
	Femmes	370,8 (363,4-378,2)	349,7 (315,4-385,7)	116,0 (114,9-117,1)	112,9 (111,8-114,0)	3,1 (2,8-3,4)
2007-08	Hommes	339,2 (332,6-346,0)	284,3 (258,5-311,3)	76,3 (75,4-77,3)	74,4 (73,4-75,3)	3,8 (3,5-4,2)
	Femmes	348,0 (341,1-355,1)	324,8 (295,1-356,0)	111,3 (110,3-112,4)	108,7 (107,6-109,9)	3,0 (2,7-3,3)

[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Annexe 11. Répartition des personnes âgées de 1 an et plus comptant plusieurs congés d'hôpital par année, selon le nombre annuel moyen de congés d'hôpital, l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

Région sanitaire	N ^{bre} de congés d'hôpital	Hommes				Femmes			
		Avec diabète diagnostiqué		Sans diabète diagnostiqué		Avec diabète diagnostiqué		Sans diabète diagnostiqué	
		N ^{bre} de personnes	%						
1	1	792	61,3 %	3 625	73,9 %	776	62,8 %	5 541	72,3 %
	2	290	22,4 %	850	17,3 %	266	21,5 %	1 538	20,1 %
	3	114	8,8 %	253	5,2 %	106	8,6 %	388	5,1 %
	4+	97	7,5 %	179	3,6 %	87	7,0 %	199	2,6 %
	Total	1 293	100,0 %	4 907	100,0 %	1 235	100,0 %	7 666	100,0 %
2	1	765	66,5 %	2 891	77,9 %	763	66,8 %	4 457	73,6 %
	2	235	20,4 %	557	15,0 %	233	20,4 %	1 218	20,1 %
	3	88	7,6 %	160	4,3 %	82	7,2 %	255	4,2 %
	4+	63	5,5 %	104	2,8 %	65	5,7 %	122	2,0 %
	Total	1 151	100,0 %	3 712	100,0 %	1 143	100,0 %	6 052	100,0 %
3	1	656	59,3 %	2 880	72,0 %	684	61,3 %	4 567	71,3 %
	2	248	22,4 %	710	17,8 %	234	21,0 %	1 292	20,2 %
	3	112	10,1 %	238	6,0 %	105	9,4 %	354	5,5 %
	4+	90	8,1 %	172	4,3 %	92	8,3 %	195	3,0 %
	Total	1 106	100,0 %	4 000	100,0 %	1 115	100,0 %	6 408	100,0 %
4	1	162	58,9 %	1 050	74,4 %	172	61,6 %	1 371	70,6 %
	2	61	22,2 %	229	16,2 %	61	21,9 %	386	19,9 %
	3	28	10,2 %	78	5,5 %	24	8,6 %	114	5,9 %
	4+	24	8,7 %	55	3,9 %	22	7,9 %	72	3,7 %
	Total	275	100,0 %	1 412	100,0 %	279	100,0 %	1 943	100,0 %
5	1	178	59,3 %	735	70,7 %	198	59,1 %	1 063	69,6 %
	2	62	20,7 %	187	18,0 %	76	22,7 %	279	18,3 %
	3	31	10,3 %	62	6,0 %	34	10,1 %	107	7,0 %
	4+	29	9,7 %	55	5,3 %	27	8,1 %	78	5,1 %
	Total	300	100,0 %	1 039	100,0 %	335	100,0 %	1 527	100,0 %
6	1	324	56,7 %	1 941	71,3 %	384	55,5 %	2 645	71,4 %
	2	129	22,6 %	478	17,6 %	164	23,7 %	714	19,3 %
	3	55	9,6 %	164	6,0 %	72	10,4 %	216	5,8 %
	4+	63	11,0 %	140	5,1 %	72	10,4 %	128	3,5 %
	Total	571	100,0 %	2 723	100,0 %	692	100,0 %	3 703	100,0 %
7	1	280	56,2 %	1 117	71,5 %	293	57,2 %	1 526	69,0 %
	2	104	20,9 %	270	17,3 %	121	23,6 %	437	19,8 %
	3	54	10,8 %	97	6,2 %	51	10,0 %	142	6,4 %
	4+	60	12,0 %	78	5,0 %	47	9,2 %	105	4,8 %
	Total	498	100,0 %	1 562	100,0 %	512	100,0 %	2 210	100,0 %

Annexe 12. Répartition des personnes âgées de 20 ans et plus comptant plusieurs congés d'hôpital par année associés à certaines maladies concomitantes du diabète, selon le nombre annuel moyen des congés d'hôpital, l'état diabétique et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008

Avec diabète diagnostiqué :

Sexe	N ^{bre} de congés d'hôpital	Infarctus aigu du myocarde	Maladie cardio-vasculaire	Insuffisance cardiaque	Hypertension	Cardiopathie ischémique	Accident cérébro-vasculaire	Néphropathie chronique	Insuffisance rénale	Amputation d'un membre inférieur
Hommes	1	314	1 685	490	682	801	282	340	65	59
	2	77	557	115	121	306	44	95	23	9
	3	17	351	63	48	156	12	62	18	2
Femmes	1	249	1 601	519	744	626	261	304	46	25
	2	52	479	127	135	201	31	82	19	3
	3	11	302	70	56	111	9	57	16	1
Total	1	563	3 286	1 009	1 426	1 427	543	644	111	84
	2	129	1 036	242	256	507	75	177	42	12
	3	28	653	133	104	267	21	119	34	3

Sans diabète diagnostiqué :

Sexe	N ^{bre} de congés d'hôpital	Infarctus aigu du myocarde	Maladie cardio-vasculaire	Insuffisance cardiaque	Hypertension	Cardiopathie ischémique	Accident vasculaire cérébral	Néphropathie chronique	Insuffisance rénale	Amputation d'un membre inférieur
Hommes	1	656	3 611	594	1 130	1 481	514	351	60	30
	2	172	1 043	111	147	608	65	76	19	2
	3	26	452	45	49	219	20	39	11	0
Femmes	1	382	3 597	743	1 383	1 029	561	307	40	25
	2	71	773	121	186	269	64	57	16	2
	3	14	334	40	53	109	14	33	11	0
Total	1	1 038	7 208	1 337	2 513	2 510	1 075	658	100	55
	2	243	1 816	232	333	877	129	133	35	4
	3	40	786	85	102	328	34	72	22	0

Annexe 13. Pondérations en fonction de la structure d'âge de la population-type du Canada recensée en 1991

Groupe d'âge	Pondération pour 100 000 habitants
1-4	5 517,7
5-9	6 945,4
10-14	6 803,4
15-19	6 849,5
20-24	7 501,6
25-29	8 994,4
30-34	9 240,0
35-39	8 338,8
40-44	7 606,3
45-49	5 953,6
50-54	4 764,9
55-59	4 404,1
60-64	4 232,6
65-69	3 857,0
70-74	2 965,9
75-79	2 212,7
80-84	1 359,5
85+	1 023,7

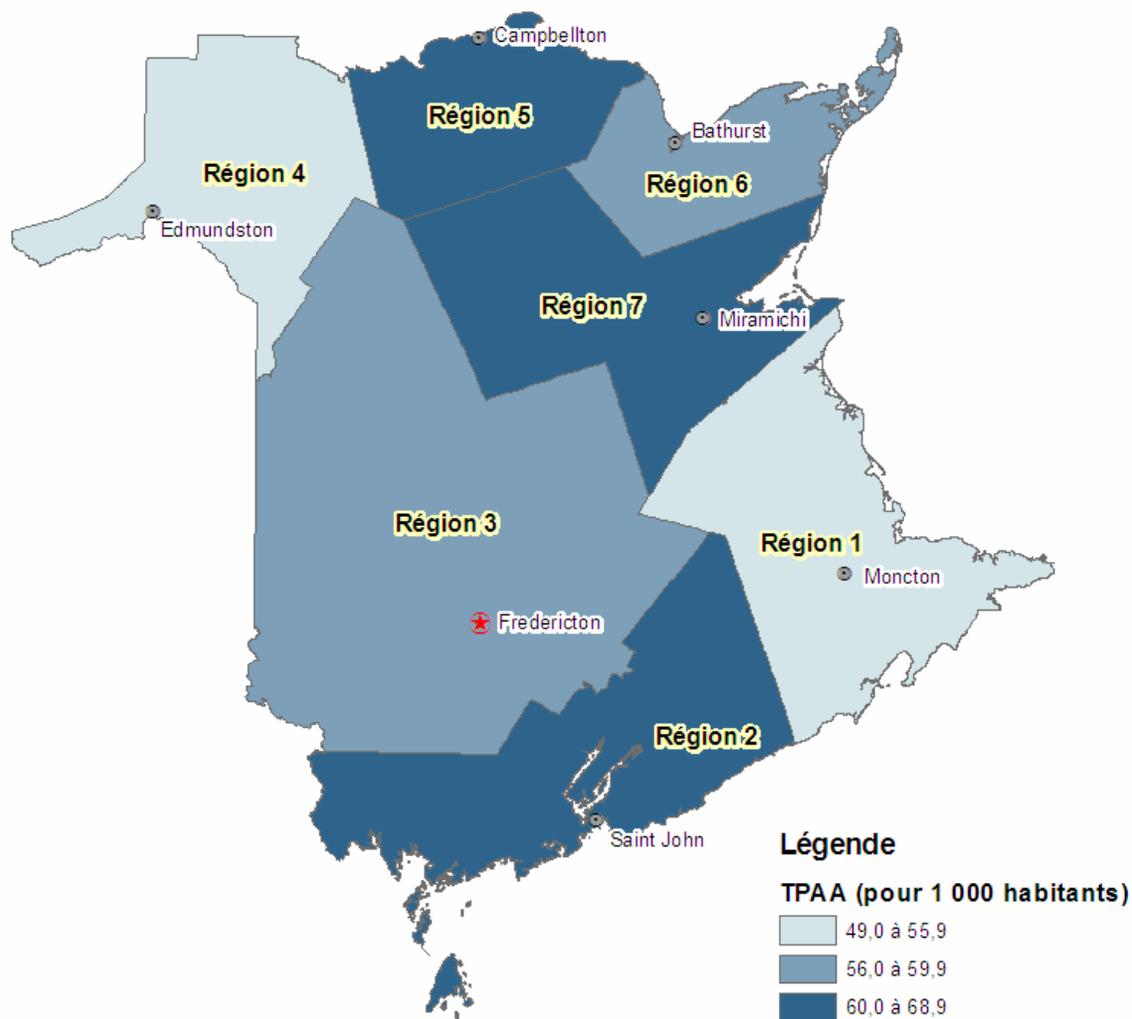
Annexe 14. Spécifications de vérification des maladies

Maladies	CIM-9-MC	CIM-10-CA
Diabète sucré	250	E10, E11, E13, E14
Maladie cardiovasculaire	390 - 448	I00 - I78
Cardiopathie ischémique	410 - 414	I20 - I25
Maladie hypertensive	401 - 405	I10 - I15
Infarctus aigu du myocarde	410	I21 - I22
Insuffisance cardiaque	428	I50
Accident cérébrovasculaire	430 - 438	I60 - I69
Néphropathie chronique	585 - 586	N18 - N19
Diabète sucré gestationnel	648.8	O24.4 - O24.9 (version 2003), O24.8 (version 2006)

Annexe 15. Spécifications de vérification de l'amputation d'un membre inférieur

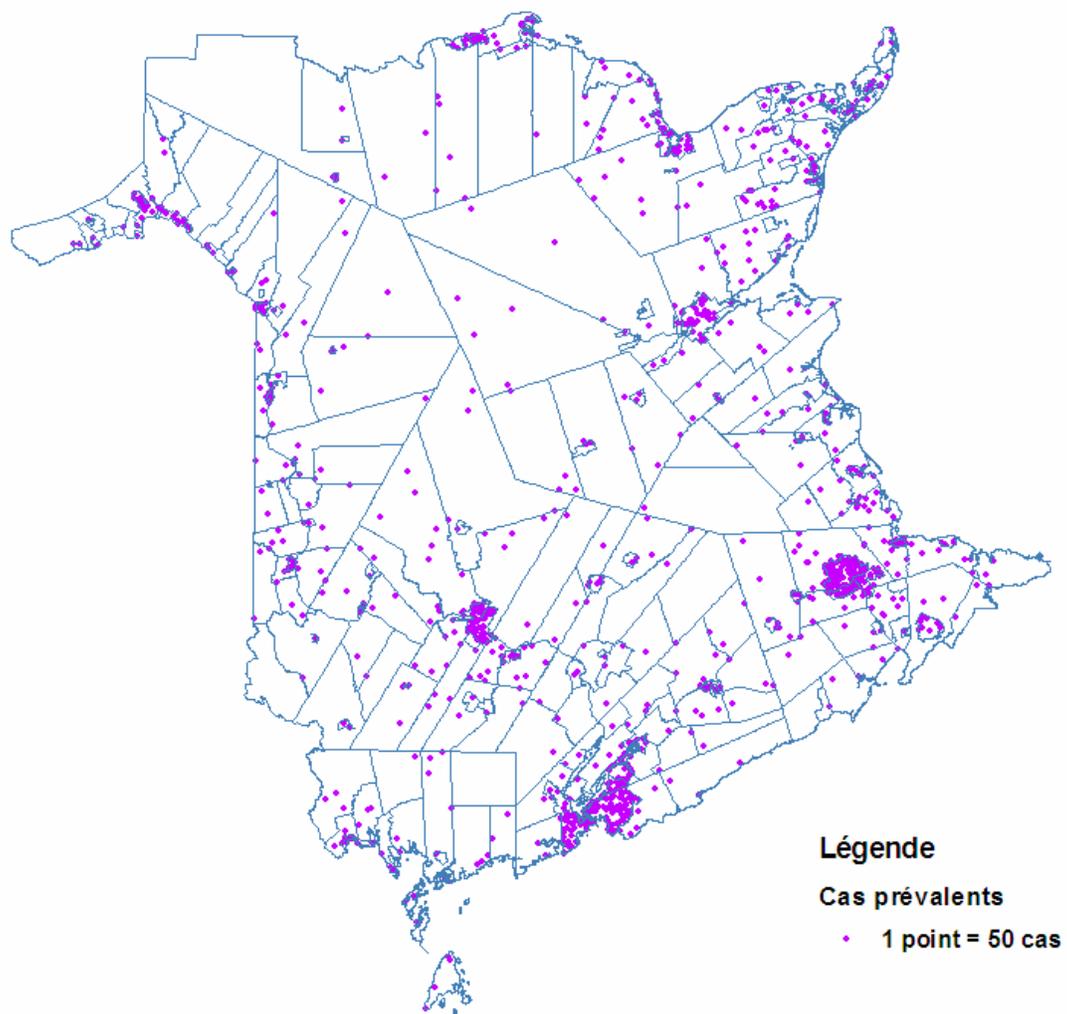
Système de codage	Code d'acte ou d'intervention	Codes de diagnostic exclus (amputations par suite d'un traumatisme ou d'un cancer)
CIM-9-MC	8411 - 8419	170, 171, 213, 740 - 759, 800 - 904, 940 - 950
CIM-10-CA et CCI	1SQ93, 1VA93, 1VC93, 1VG93, 1VQ93, 1WA93, 1WE93, 1WJ93, 1WL93, 1WM93	C40, C41, C46.1, C47, C49, C80, C96.2, D16.0, E83.0, G90.1, H47.3, L59.0, M43.1, M43.2, M89.8, N07.9, N81.8, P29.3, P96.0, Q00 - Q99, R294, S00 - S99, T00 - T98

Annexe 16. Taux de prévalence ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué, selon la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2007-2008



[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Annexe 17. Répartition des personnes ayant un diabète diagnostiqué, Nouveau-Brunswick, 2007-2008



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Pourcentage moyen des personnes hospitalisées âgées de 1 an et plus comptant plusieurs congés d'hôpital par année, selon le nombre de congés d'hôpital, l'état diabétique et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008.....	37
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Taux de prévalence (pour 100 habitants) ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les hommes âgés de 1 an et plus, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007	17
Figure 2 Taux de prévalence (pour 100 habitants) ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les femmes âgées de 1 an et plus, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007	17
Figure 3 Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008	18
Figure 4 Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	19
Figure 5 Comparaison des taux de prévalence (pour 1 000 habitants) sur 5 ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008	19
Figure 6 Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2007-2008	20
Figure 7 Nombre de cas de diabète diagnostiqués chez les personnes âgées de 1 an et plus et projections, selon l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2012-2013	21

LISTE DES FIGURES

- Figure 8 Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008 22
- Figure 9 Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 23
- Figure 10 Comparaison des taux d'incidence (pour 1 000 habitants) sur 5 ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008 23
- Figure 11 Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 24
- Figure 12 Taux de mortalité (pour 1 000 habitants) chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 25
- Figure 13 Ratio des taux de mortalité selon l'âge des personnes âgées de 20 ans et plus avec un diabète diagnostiqué et des personnes non diabétiques du même groupe d'âge, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 26
- Figure 14 Taux de mortalité (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge pour toutes les causes de décès chez les personnes âgées de 20 ans et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 26
- Figure 15 Espérance de vie des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 27

LISTE DES FIGURES

Figure 16 Nombre annuel moyen de consultations auprès de médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008.....	30
Figure 17 Taux (pour 1 000 habitants) de consultations auprès des médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008.....	31
Figure 18 Ratio des taux de consultations auprès des médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus comparant celles avec un diabète diagnostiqué à celles non diabétiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	31
Figure 19 Répartition des consultations auprès de médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008.....	32
Figure 20 Taux ajustés selon l'âge (pour 1 000 habitants) des consultations auprès de médecins de famille par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008.....	32
Figure 21 Nombre annuel moyen de consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	33
Figure 22 Taux (pour 1 000 habitants) de consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 ...	34
Figure 23 Ratio des taux de consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus comparant celles avec un diabète diagnostiqué à celles non diabétiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	34

LISTE DES FIGURES

- Figure 24 Répartition des consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 35
- Figure 25 Taux ajustés selon l'âge (pour 1 000 habitants) des consultations auprès de spécialistes par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 36
- Figure 26 Pourcentage moyen des personnes hospitalisées âgées de 1 an et plus comptant au moins deux congés d'hôpital au cours d'un même exercice financier, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 37
- Figure 27 Taux (pour 1 000 habitants) des congés d'hôpital ajustés selon l'âge chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 38
- Figure 28 Nombre annuel moyen de journées de soins hospitaliers utilisées par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 39
- Figure 29 Taux (pour 1 000 habitants) des journées de soins hospitaliers chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 40
- Figure 30 Ratio des taux des journées de soins hospitaliers chez les personnes âgées de 1 an et plus comparant celles avec un diabète diagnostiqué à celles non diabétiques, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 41
- Figure 31 Répartition des journées de soins hospitaliers utilisées par des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 41

LISTE DES FIGURES

- Figure 32 Taux (pour 1 000 habitants) des journées de soins hospitaliers ajustés selon l'âge chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 42
- Figure 33 Répartition des hospitalisations de personnes âgées de 20 ans et plus souffrant de certaines maladies concomitantes du diabète, selon l'état diabétique et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008..... 44
- Figure 34 Ratios des taux comparant les personnes avec un diabète diagnostiqué aux autres personnes non diabétiques qui ont été hospitalisées souffrant de maladies concomitantes du diabète, 2003-2004 à 2007-2008 45
- Figure 35 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 46
- Figure 36 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant de maladie cardiovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 47
- Figure 37 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de maladie cardiovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 48
- Figure 38 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 49

LISTE DES FIGURES

Figure 39 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'insuffisance cardiaque (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	50
Figure 40 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance cardiaque (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	50
Figure 41 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	51
Figure 42 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant de cardiopathie ischémique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	52
Figure 43 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de cardiopathie ischémique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	53
Figure 44 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	54
Figure 45 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'un infarctus aigu du myocarde (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	55

LISTE DES FIGURES

- Figure 46 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un infarctus aigu du myocarde (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 55
- Figure 47 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 56
- Figure 48 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'hypertension artérielle (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 57
- Figure 49 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'hypertension artérielle (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 58
- Figure 50 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 59
- Figure 51 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'un accident cérébrovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 60
- Figure 52 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'un accident cérébrovasculaire (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 60

LISTE DES FIGURES

- Figure 53 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 61
- Figure 54 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés par suite de l'amputation d'un membre inférieur (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, et ratio des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 62
- Figure 55 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées par suite de l'amputation d'un membre inférieur (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, et ratio des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 62
- Figure 56 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de néphropathie chronique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 64
- Figure 57 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant de néphropathie chronique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 65
- Figure 58 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant de néphropathie chronique (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 65
- Figure 59 Nombre moyen de personnes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 66

LISTE DES FIGURES

Figure 60 Nombre moyen d'hommes âgés de 20 ans et plus hospitalisés souffrant d'insuffisance rénale (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	68
Figure 61 Nombre moyen de femmes âgées de 20 ans et plus hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale (pour 1 000 habitants), selon l'état diabétique et la région sanitaire, et ratios des taux, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	68
Figure 62 Taux de diabète gestationnel (pour 100 grossesses), selon l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008.....	70
Figure 63 Taux de diabète gestationnel (pour 100 grossesses), selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008.....	71
Figure 64 Pourcentage des femmes atteintes de diabète gestationnel qui ont souffert de diabète de type 2 dans les neuf ans après le premier diagnostic, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008	72
Figure 65 Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008.....	74
Figure 66 Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008	75
Figure 67 Taux de prévalence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008.....	75
Figure 68 Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008	76

LISTE DES FIGURES

- Figure 69 Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 77
- Figure 70 Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et la région sanitaire, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008 77

Classification canadienne des interventions et des actes en santé (CCI-CCA) :

La Classification canadienne des interventions en santé (CCI) est la nouvelle norme nationale de classification des interventions en matière de soins de santé. La CCI est le système de classification qui accompagne la CIM-10-CA. Elle remplace la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA), ainsi que la partie portant sur les interventions de la CIM-9-MC au Canada.

Classification statistique internationale des maladies (CIM) : Classification internationale standard des diagnostics de maladies et d'états de santé qui sert à classer les maladies, les blessures et les autres problèmes de santé. On consigne cette classification dans plusieurs types de dossiers médicaux et d'actes de l'état civil, notamment les certificats de décès et autres dossiers de santé. En plus de faciliter le stockage et l'extraction de renseignements diagnostiques à des fins cliniques, épidémiologiques et de contrôle de la qualité, les enregistrements qui en sont issus constituent le fondement de la compilation nationale des statistiques sur la morbidité et la mortalité.

Coefficient de variation : Ratio de l'écart-type par rapport à la moyenne.

Congé d'hôpital : Survient lorsqu'un patient hospitalisé quitte l'hôpital après avoir reçu son congé, avoir été transféré à un autre établissement ou être décédé. Le congé d'hôpital constitue le facteur le plus couramment utilisé pour mesurer l'utilisation des services de santé. On se sert des congés d'hôpitaux plutôt que des admissions, parce que les données administratives des hôpitaux relatives aux patients hospitalisés s'appuient sur les renseignements recueillis au moment du congé d'hôpital.

Diabète sucré gestationnel : Affection où les femmes sans antécédents de diabète diagnostiqué présentent des taux de glycémie élevés pendant la grossesse. Habituellement, les taux de glycémie reviennent à la normale peu de temps après l'accouchement.

Espérance de vie : Nombre d'années de vie qui devraient rester à une personne après un certain âge en fonction des taux de mortalité de la population assurée.

Exercice financier : Période de douze mois dont un organisme se sert pour planifier, organiser et déclarer ses résultats financiers. L'exercice financier dont se sert le gouvernement du Nouveau-Brunswick est la période allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante. Par exemple, l'exercice financier 2007-2008 couvre la période commençant le 1^{er} avril 2007 et se terminant le 31 mars 2008.

Facturation *pro forma* : Processus administratif en vertu duquel les médecins remettent les renseignements relatifs à leur prestation de services en se servant des codes tarifaires de la province pour la rémunération à l'acte. Le paiement n'est toutefois pas directement lié aux renseignements sur les services consignés (se reporter à « rémunération à l'acte »).

Hospitalisation liée aux affections comorbides : Hospitalisation pour un problème de santé autre que le diabète chez une personne qui répond déjà à la définition de cas du diabète du Système national de surveillance des maladies chroniques.

Incidence : Nombre de nouveaux cas de diabète diagnostiqués au cours de la période choisie.

Intervalle de confiance : Un intervalle de confiance donne une fourchette estimative de valeurs susceptible de comprendre la valeur d'un paramètre de population donné, la fourchette estimative étant calculée à partir d'un échantillon de données. Par exemple, l'intervalle de confiance à 95 % d'un paramètre de population donné est la fourchette estimative de valeurs susceptible de comprendre la valeur réelle du paramètre 19 fois sur 20. La largeur de l'intervalle de confiance donne une idée du degré d'incertitude quant au paramètre inconnu.

Journées de soins hospitaliers : Nombre total de jours d'hospitalisation accumulés par un patient au moment où il quitte l'hôpital après avoir reçu son congé, avoir été transféré à un autre établissement ou être décédé. On le calcule en comptant tous les jours à partir de la date (inclusivement) de l'admission jusqu'à la date (non inclusivement) du congé d'hôpital.

Nettoyage de données : Processus de repérage, de correction ou de suppression d'enregistrements qui sont incomplets, erronés ou inexacts dans une banque de données.

Population assurée : Nombre total de personnes munies d'un numéro valide de l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick à un moment donné pendant l'exercice financier retenu. Les personnes disposant de moins d'un an d'assurance pour des raisons liées à l'immigration, à l'émigration ou à leur décès sont aussi incluses dans la population assurée.

Prévalence : Nombre total de personnes de la population assurée qui vivent avec un diagnostic de diabète pendant la période indiquée.

Ratio des taux : Taux pour les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète divisé par le taux pour les personnes non diabétiques. Ce ratio exprime le rapport entre les personnes atteintes de diabète et celles qui ne le sont pas.

Rémunération à l'acte : « Système de facturation » qui désigne le paiement des factures des médecins pour chacun des services qu'ils ont fournis à des patients (p. ex. : consultations au cabinet et actes cliniques).

Soins actifs: Service en milieu hospitalier où le patient est admis à l'hôpital pendant une brève période pour un traitement qui ne peut pas être administré sans hospitalisation.

Taux ajusté selon l'âge : Procédé au moyen duquel les taux sont ajustés en fonction de l'âge pour faciliter la comparaison entre des populations dont la répartition selon l'âge est différente. Dans le présent rapport, on a utilisé la méthode de l'ajustement direct, dans le cadre de laquelle les taux selon l'âge sont multipliés par le nombre de personnes du groupe d'âge correspondant de la population de référence (population canadienne de 1991). Ces nombres « prévus » ont ensuite été additionnés, puis divisés par le total de la population de référence pour donner le taux directement ajusté. Le taux ajusté correspond à ce que le taux observé aurait été si la répartition selon l'âge de la population avait été la même que celle de la population-type du Canada en 1991.

Taux d'incidence : Nombre de nouveaux cas de diabète diagnostiqués au cours de la période choisie pour 1 000 habitants à risque.

Taux de mortalité : Nombre de décès pour 1 000 personnes de la population assurée pendant une période indiquée.

Taux de prévalence : Nombre total de cas prévalents de diabète diagnostiqué pour 1 000 personnes à risque pendant la période indiquée.

Taux selon l'âge : Taux calculé en divisant le nombre de cas qui surviennent dans chacune des tranches d'âge indiqués par la population correspondante de chacune de ces tranches d'âge.