

## Profils sur la santé

Octobre 2016

### Le diabète sucré au Nouveau-Brunswick

Le diabète sucré est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes au Nouveau-Brunswick et sa prévalence continue d'augmenter.

Le diabète survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline (une hormone qui régule la glycémie ou le glucose dans le sang) ou que l'organisme n'arrive pas à utiliser efficacement l'insuline qu'il produit pour transformer en énergie le glucose des aliments et boissons consommés, ce qui finit par causer des niveaux de glycémie élevés (hyperglycémie). Il peut réduire l'espérance de vie ainsi que le nombre d'années vécues en bonne santé [1,2]. Le diabète est un important indicateur de la santé de la population et du rendement du système de santé à cause de sa prévalence croissante, du lien avec des mesures de prévention possible et des conséquences de grande portée [3,4].

Il existe trois principaux types de diabète.

- Le diabète de type 2 : l'organisme produit de l'insuline mais il ne peut pas l'utiliser correctement. Neuf diabétiques sur dix ont ce type de diabète. Être âgé de 40 ans ou plus est un important facteur de risque pour le diabète de type 2, mais celui-ci apparaît maintenant de plus en plus chez les enfants et les jeunes. Un autre important facteur de risque est l'embonpoint ou l'obésité. L'une des maladies qui croissent le plus rapidement au Canada, le diabète de type 2 peut être prévenu ou retardé par des choix de modes de vie sains, notamment un changement de l'alimentation, de l'activité physique et la gestion du poids.
- Le diabète de type 1 : l'organisme produit peu ou pas d'insuline. Les connaissances actuelles ne permettent pas de prévenir ce type de diabète et les personnes qui en souffrent doivent obtenir des doses quotidiennes d'insuline pour survivre. On le rencontre le plus souvent chez les enfants et les jeunes.
- Le diabète gestationnel : l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline pendant la grossesse. Ce type de diabète disparaît habituellement à la naissance du bébé, bien que les femmes ayant eu un diabète gestationnel et leurs enfants courent un risque accru de souffrir de diabète de type 2 par la suite.

Le diabète a un effet sur les nerfs, les vaisseaux sanguins et divers organes. Les complications courantes à long terme incluent : maladie

#### Dans ce numéro :

- Niveaux et tendances du diabète
- Le fardeau relatif du diabète au Nouveau-Brunswick
- L'obésité et les autres facteurs contributifs du diabète
- Un regard sur l'avenir

du cœur, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, perte de vision, maladie buccodentaire, dysfonction sexuelle et amputation d'une jambe ou d'un pied (à cause des dommages aux nerfs ou d'une mauvaise circulation sanguine). Les troubles associés au diabète de type 2, principalement par leur lien avec des facteurs de risque semblables, comprennent : arthrite, troubles du sommeil et de



Une diabétique vérifie sa glycémie dans le cadre de son plan de soins personnel.

Photo fournie par les Centers for Disease Control and Prevention

## Points importants

- Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie (taux élevé de glycémie) résultant de l'incapacité de l'organisme à utiliser le glucose dans le sang pour le transformer en énergie. C'est une maladie complexe, associée à de multiples facteurs génétiques, sociaux et environnementaux et à certains modes de vie. La durée permanente du diabète de type 1 et de type 2 peut entraîner d'autres complications pour la santé, incluant des problèmes pour le cœur, les reins, les nerfs et les yeux.
- Les épidémies de diabète et d'obésité, conjointement avec une durée de vie accrue, ont fait augmenter la prévalence du diabète qui est maintenant d'un Néo-Brunswickois sur dix. Chaque année, une moyenne de 5 620 résidents reçoivent un diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2. De plus, un grand nombre n'ont pas encore eu de diagnostic, mais ils sont à risque élevé de développer cette maladie.
- Le vieillissement de la population est le changement démographique le plus important qui influe sur les taux de diabète parce que l'occurrence du diabète augmente en fonction de l'âge. Comme dans la plus grande partie du Canada, le Nouveau-Brunswick a connu des années de croissance continue du diabète, mais la possibilité d'inverser cette tendance existe. Une personne peut contribuer à réduire ses risques de développer le diabète de type 2 et ses complications pouvant être prévenues si elle maintient un poids santé, fait de l'exercice régulièrement, a une alimentation saine, évite de fumer et contrôle sa glycémie.
- Des conditions socioéconomiques, comme un faible revenu, sont également associées à des taux plus élevés de diabète. Les mesures visant à améliorer les taux de diabète et ses déterminants sous-jacents dans la population sont susceptibles d'avoir un effet positif sur d'autres problèmes de santé courants.

la respiration, dépression et certains cancers.

Le diabète est incurable, mais le risque de développer des complications peut être réduit par la gestion des niveaux de glycémie au moyen de l'administration de médicaments oraux ou d'insuline ainsi que par des choix de modes de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre d'adultes vivant avec le diabète dans le monde a été multiplié par près de quatre au cours des trois dernières décennies, en grande partie à cause de la hausse des facteurs menant au diabète de type 2, dont l'embonpoint et l'obésité [2].

Au Canada, le diabète est une importante cause de décès et les coûts liés au diabète pour le système de santé, tels les analyses de laboratoire, les services des médecins et l'analyse des reins, atteignent 15,6 milliards de dollars par année, soit 430 \$ pour chaque homme, femme et enfant [4].

La prévalence du diabète au Nouveau-Brunswick a augmenté régulièrement au cours des dernières années [5,6].

Le diabète est largement reconnu comme étant un énorme problème de santé publique provincial, national et mondial, mais il est possible d'inverser cette tendance.

## Niveaux et tendances du diabète

Selon les données de surveillance des maladies chroniques, l'incidence du diabète, ou les nouveaux cas diagnostiqués, a connu quelques variations d'une année à l'autre au cours des dix dernières années environ, mais elle a généralement augmenté au Nouveau-Brunswick (figure 1). En 2013-2014, il y a eu 5 620 nouveaux cas de diabète diagnostiqués par un médecin (types 1 et 2 combinés) par comparaison à 4 505 en 2001-

2002. Ceci représente une hausse de 25 p. 100 en 12 ans.

Compte tenu de l'accroissement de la population, le taux d'incidence du diabète est passé de 6,2 à 8,1 pour 1 000 personnes entre 2001-2002 et 2013-2014. Le taux a diminué d'environ 7 p. 100 au cours des deux dernières années, mais il est trop tôt pour considérer les conséquences d'une réduction aussi faible.

Avec un plus grand nombre de personnes qui reçoivent un diagnostic de diabète et qui vivent plus longtemps avec cette maladie, la prévalence (ou le nombre total de cas) continue d'augmenter.

## Un Néo-Brunswickois sur dix souffre de diabète

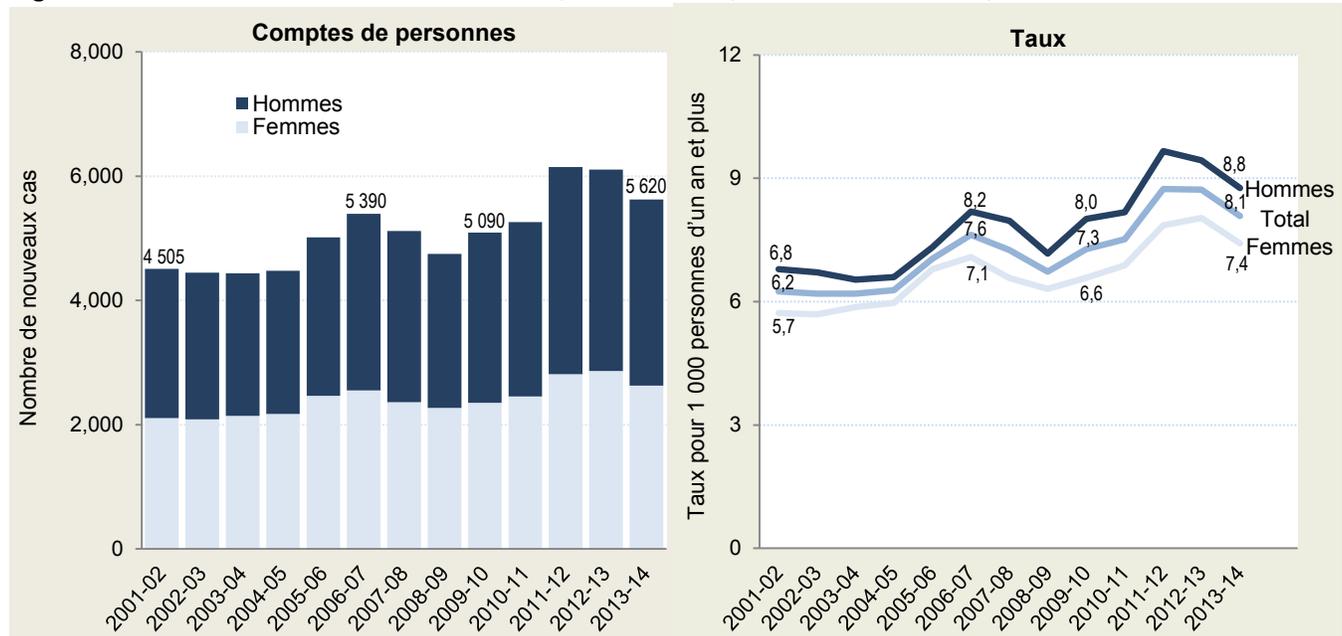
En 2007-2008, parmi les Néo-Brunswickois âgés d'un an et plus, un sur treize avait eu un diagnostic de diabète et on s'attendait à ce que ce taux augmente pour atteindre un sur dix en cinq ans [5].

Les nouvelles données confirment que parmi les Néo-Brunswickois d'un an et plus, un

sur dix (74 740 personnes) souffre maintenant de cette maladie permanente (figure 2).

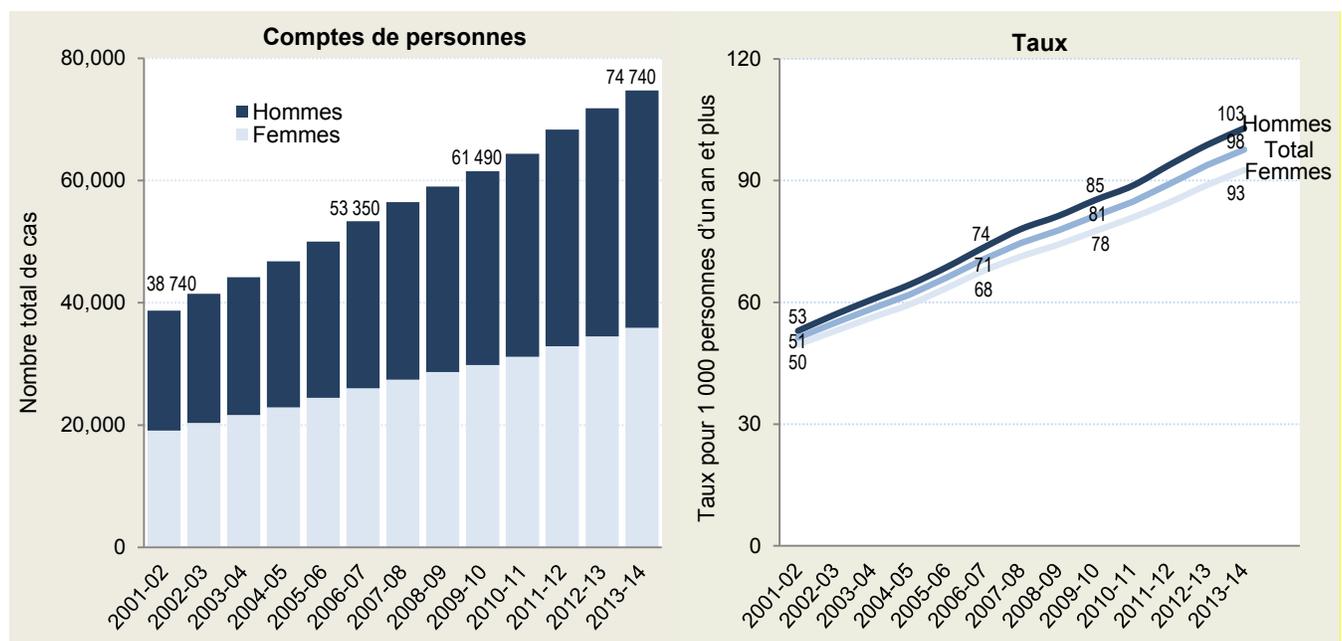
Ceci représente une hausse de 25 p. 100 en cinq ans et une hausse de 90 p. 100 en 12 ans.

**Figure 1. Tendances de l'incidence du diabète, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, de 2001-2002 à 2013-2014**



**Nota :** Les données sur le diabète sucré (types 1 et 2 combinés) diagnostiqué par un médecin chez les résidents du Nouveau-Brunswick âgés d'un an et plus sont fondées sur le suivi des interactions des personnes avec le système de santé en intégrant diverses bases de données administratives sur la santé.  
**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

**Figure 2. Tendances de la prévalence du diabète, selon le sexe, Nouveau-Brunswick, de 2001-2002 à 2013-2014**



**Nota :** Les données sur le diabète sucré (types 1 et 2 combinés) diagnostiqué par un médecin chez les résidents du Nouveau-Brunswick âgés d'un an et plus sont fondées sur le suivi des interactions des personnes avec le système de santé en intégrant diverses bases de données administratives sur la santé.  
**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

## La prévalence du diabète augmente considérablement avec l'âge

Étant donné que le diabète est une maladie chronique, la proportion des personnes ayant un diagnostic de diabète tend à augmenter avec l'âge. La hausse la plus prononcée se produit après 40 ans, lorsque la capacité de l'organisme de produire et d'utiliser l'insuline commence à se détériorer.

Entre 2002-2003 et 2013-2014, la hausse la plus importante de la prévalence a été constatée chez les personnes de 65 ans et plus (figure 3). Un aîné sur quatre souffre maintenant de cette maladie (270 pour 1 000 personnes), par comparaison à moins d'un sur

cinq il y a 12 ans (190 pour 1 000 personnes).

Bien que la prévalence augmente en fonction de l'âge, la moitié (48 p. 100) des Néo-Brunswickois diabétiques sont en âge de travailler, c'est-à-dire qu'ils ont entre 20 et 64 ans.

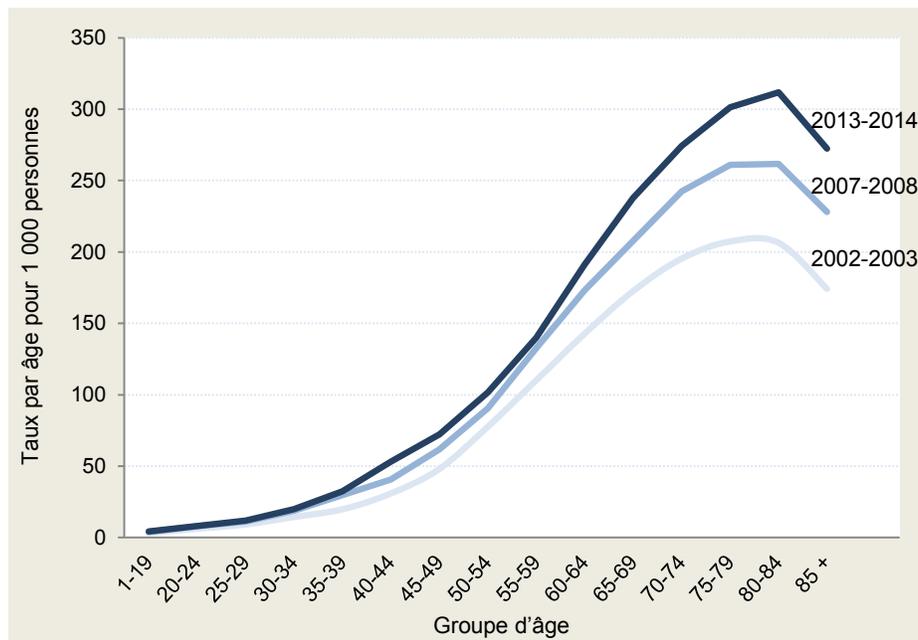
On a observé une légère hausse de la prévalence du diabète parmi les groupes d'âges les plus jeunes. En 2013-2014, parmi les Néo-Brunswickois âgés d'un à 19 ans, 640 étaient diabétiques (4,4 pour 1 000 personnes) alors que ce nombre était de 550 en 2002-2003 (3,2 pour 1 000 personnes) (figure 4).

L'un des problèmes liés aux sources de données provinciales sur la surveillance du diabète est l'impossibilité de déterminer si les

personnes sont atteintes du diabète de type 1 ou de type 2. Il est raisonnable de supposer, du moins pour l'instant, que la grande majorité des enfants et des jeunes reçoivent un diagnostic de diabète de type 1.

Les taux de diabète de type 1 chez les enfants sont plus élevés au Canada que dans la plupart des autres pays ayant une économie de marché développée [7]. Même si le diabète de type 1 représente seulement environ 10 p. 100 de tous les cas de diabète, les taux d'incidence augmentent rapidement dans certains pays, ce qui pourrait être attribué à des changements de l'environnement et du régime alimentaire de l'enfant et de la mère [7].

Figure 3. Tendances de la prévalence du diabète selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, de 2002-2003 à 2013-2014



**Nota :** Données sur le diabète (types 1 et 2 combinés) diagnostiqué chez les résidents du Nouveau-Brunswick âgés d'un an et plus.

**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

  
**On estime qu'un Néo-Brunswickois sur dix a eu un diagnostic de diabète.**

  
**La maladie est plus fréquente dans les groupes de personnes âgées. Chez les personnes de 65 ans et plus, une sur quatre a le diabète.**

**Figure 4. Tendances de la prévalence du diabète chez les enfants et les jeunes de moins de 20 ans, Nouveau-Brunswick, de 2002-2003 à 2013-2014**



**Nota :** Données sur le diabète diagnostiqué chez les résidents du Nouveau-Brunswick âgés d'un an à 19 ans.

**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation de l'infrastructure et des définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques.

### Dans l'ensemble, les taux de diabète sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes

Même si les femmes vivent habituellement plus longtemps, le diabète est plus fréquent chez les hommes. Le taux d'incidence du diabète (types 1 et 2) est d'environ 15 p. 100 plus élevé chez les Néo-Brunswickois que chez les Néo-Brunswickoises (8,8 contre 7,4 pour 1 000 personnes en 2013-2014), une tendance qui est restée relativement stable (figure 1).

Étant donné les années où le taux d'incidence du diabète est plus élevé chez les hommes, un nombre considérablement plus grand d'hommes que de femmes sont actuellement diabétiques (103 contre 93 pour 1 000 personnes en 2013-2014). L'écart entre les sexes du point de vue de la prévalence du diabète s'accroît avec le temps (figure 2).

Le nombre supérieur d'hommes diabétiques a été constaté dans de nombreuses populations ayant une incidence élevée de diabète de type 2, ce qui peut être dû à des différences liées au sexe relativement à la sensibilité à l'insuline, aux conséquences de l'obésité, à la distribution des graisses corporelles et à d'autres facteurs contributifs tels une pression artérielle élevée, le tabagisme et la consommation d'alcool [8,9].

Ceci n'inclut pas le diabète gestationnel, un type de diabète qui apparaît seulement chez les femmes enceintes. Le diabète

gestationnel est décelé chez 3 à 5 p. 100 des femmes enceintes [1,5]. Sa fréquence augmente avec l'âge.

Pendant la grossesse, le diabète est associé à des facteurs de risques pour la santé à la fois pour la mère (complications pendant le travail et l'accouchement) et pour le fœtus (poids élevé à la naissance et anomalies congénitales menant à un risque accru de décès).

Bien que le diabète gestationnel soit un problème temporaire, environ 20 p. 100 des femmes de 20 à 39 ans qui ont eu un diagnostic de diabète gestationnel auront un diabète de type 2 au cours des neuf années suivantes [5].

### Les analyses sanguines décèlent des nombres croissants de cas d'hyperglycémie

De nombreuses complications à long terme causées par le diabète sont associées à une glycémie continuellement élevée ce qui endommage les vaisseaux sanguins et par la suite influe sur le cœur, les reins, les yeux, les nerfs et les pieds. Les épreuves cliniques d'hyperglycémie identifient les personnes qui ont ou sont à risque d'avoir le diabète et ses complications susceptibles d'être prévenues. Étant donné que le diabète se développe avec le temps, des épreuves différentes ou répétées sont habituellement utilisées pour déterminer quand les niveaux généraux de glycémie deviennent trop élevés.

La mesure en laboratoire de l'hémoglobine glycosylée (aussi appelé test A1c), en tant qu'indicateur du degré de contrôle du métabolisme du glucose, aide à

diagnostiquer, prévenir et gérer le diabète de type 2 [2,10]. Plus le taux d'A1c est élevé, plus la concentration moyenne de glucose dans le sang est forte au cours des trois mois précédents, plus grand est le risque de complications dues au diabète. Un taux d'A1c inférieur à 5,7 p. 100 est habituellement considéré dans l'intervalle santé.

D'autres mesures de la glycémie (glycémie à jeun, glycémie aléatoire et épreuves d'hyperglycémie provoquée par voie orale) servent aussi à diagnostiquer et à gérer les diabètes de types 1 et 2 et le diabète gestationnel, de concert avec un examen des facteurs de

risque et des symptômes. De plus en plus de preuves montrent que le test A1c est un meilleur prédicteur de futures complications chroniques liées à des niveaux de glycémie diabétique dans la population en général [11].

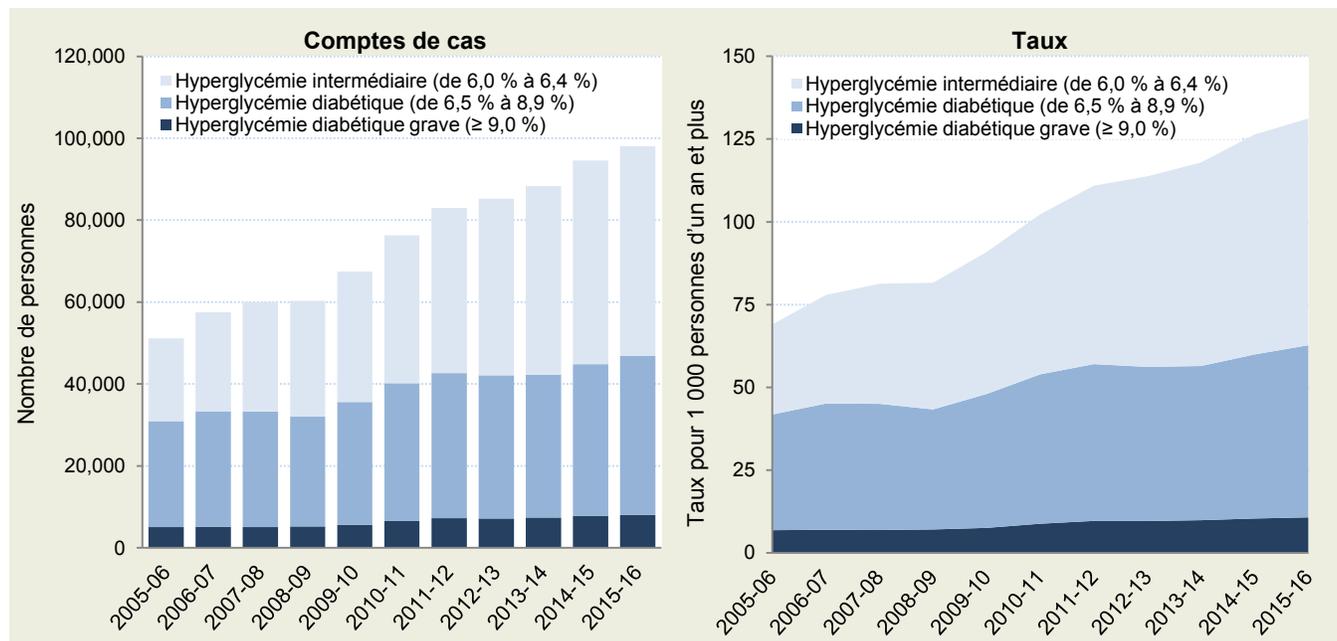
Au Nouveau-Brunswick, on a identifié un nombre croissant de personnes ayant un mauvais contrôle de la glycémie depuis l'introduction du test A1c en 2000 (figure 5).

En 2015-2016, on a décelé des concentrations élevées de glucose (taux d'A1c de 6,5 p. 100 ou plus) chez 46 875 Néo-Brunswickois (63 pour

1 000 personnes d'un an et plus), ce qui leur fait courir un risque important de complications dues au diabète comme une maladie du cœur et une maladie des yeux (rétinopathie diabétique) quel que soit le diagnostic. Parmi ces personnes, plus de 10 p. 100 avaient une hyperglycémie grave (taux d'A1c de 9 p. 100 ou plus).

Par ailleurs, on a constaté des taux d'A1c se situant entre 6 p. 100 et 6,4 p. 100, indiquant une intolérance au glucose, chez 51 210 autres personnes (69 pour 1 000 personnes âgées d'un an et plus) qui n'avaient pas encore eu de diagnostic de diabète, c'est-à-dire qui avaient un état prédiabétique.

**Figure 5. Tendances dans la population ayant des taux plus élevés d'A1c classée comme étant à risque de diabète et de ses complications susceptibles d'être prévenues, Nouveau-Brunswick, de 2005-2006 à 2015-2016**



**Nota :** Données sur les niveaux moyens de glycémie mesurés par le test d'hémoglobine A1c, quel que soit le diagnostic. Un taux d'A1c de 6,5 p. 100 ou plus indique une glycémie élevée associée au diabète et à ses complications (bien que le diagnostic dans un milieu clinique exige la confirmation au moyen d'une deuxième mesure à moins qu'il n'y ait des symptômes évidents de diabète et en tenant compte de certains problèmes connus pour interférer avec les résultats de ce test). Un taux de 9,0 p. 100 ou plus indique une hyperglycémie diabétique grave décelée au cours de la période faisant l'objet du rapport. Un taux situé entre 6,0 et 6,4 p. 100 indique des niveaux de glycémie diabétique contrôlée ou un état prédiabétique en l'absence d'un diagnostic précédent. Les cibles glycémiques pour la gestion du diabète devraient être individualisées en fonction de l'âge et des autres caractéristiques du patient et déterminées en tenant compte du risque de provoquer une hypoglycémie.

**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation des analyses de laboratoire de l'A1c/LDL dans les bases de données des régies régionales de la santé.

L'état prédiabétique, qui ne comporte habituellement aucun symptôme, augmente le risque de maladie du cœur et d'accident vasculaire cérébral causés par le diabète de type 2, bien que ces maladies puissent être prévenues ou retardées par une diète, de l'exercice et la perte de poids.

Le nombre cumulatif de personnes ayant des marqueurs métaboliques pour le diabète et le prédiabète (98 085) est deux fois plus élevé qu'il y a dix ans, ce qui est attribuable en grande partie à des tests A1c plus répandus dans la province. Ce nombre exclut ceux qui ont eu un diagnostic de diabète mais qui n'ont pas eu un test A1c dans le cadre de leur plan de soins visant à réduire le risque de complications. Les données nationales donnent à penser que 20 p. 100 des adultes diabétiques ne reçoivent pas de test A1c chaque année [12].

Les données de laboratoire n'incluent pas les résultats de l'autosurveillance de la glycémie, c'est-à-dire lorsque des diabétiques recueillent des renseignements sur leur glycémie à différentes périodes en utilisant des glucomètres destinés à un usage domestique. Selon la population de patients, les tests qu'ils effectuent eux-mêmes peuvent être associés à

des améliorations du contrôle de la glycémie [13]. L'autosurveillance de la glycémie peut également servir à d'autres mesures de la glycémie, notamment l'hypoglycémie, une situation urgente pouvant mettre la vie en danger et susceptible de se produire lorsque les niveaux de glycémie sont trop faibles [10].

## Le fardeau relatif du diabète au Nouveau-Brunswick

Étant donné que le diabète est fortement lié à l'âge, on s'attend à ce que les provinces et les territoires ayant un nombre disproportionné de personnes âgées aient des taux de diabète plus élevés.

La population du Nouveau-Brunswick est plus âgée que la moyenne nationale (20 p. 100 par rapport à 17 p. 100 de personnes de 65 ans et plus) [14], et par conséquent on s'attend à ce que le taux brut (non normalisé) de diabète soit plus élevé au Nouveau-Brunswick. La proportion des aînés croît plus rapidement que tout autre groupe d'âge, à cause d'une espérance de vie plus longue, des taux de fertilité en baisse et du vieillissement de la cohorte du baby-boom, ce qui est aggravé au Nouveau-Brunswick

par une migration interprovinciale négative [15].

## Des taux plus élevés de diabète au Nouveau-Brunswick sont associés au vieillissement de la population

Les données nationales de surveillance des maladies chroniques montrent que le taux d'incidence brut du diabète (types 1 et 2) a été considérablement plus élevé au Nouveau-Brunswick que la moyenne du Canada, mais l'écart est essentiellement attribuable aux différences dans la structure par âge de la population (figure 6) [16].

Avec un ajustement pour tenir compte des différences de la répartition selon l'âge entre les provinces et les territoires, le taux d'incidence du diabète au Nouveau-Brunswick a été semblable à la moyenne canadienne au cours des dernières années (il n'y a pas eu de différence significative en 2008-2009 et en 2009-2010) (figure 6) [16].

Lorsqu'on tient compte du vieillissement de la population, la hausse du taux de prévalence du diabète au Nouveau-Brunswick entre 2007-2008 et 2013-2014 a été de 15 p. 100 soit une hausse deux fois moins rapide que la

### Pour de plus amples renseignements sur la prévention et la gestion du diabète, les Néo-Brunswickois peuvent utiliser les ressources suivantes :

- En personne : parler avec un fournisseur de soins
- Téléphone : Tél-Soins au 811 (24 heures par jour)
- Site Web du gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Stratégie globale sur le diabète* ([www.gnb.ca/0053/phc/diabetes-f.asp](http://www.gnb.ca/0053/phc/diabetes-f.asp))
- Site Web du gouvernement du Canada – Agence de la santé publique du Canada ([www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php))

hausse observée de 25 p. 100 du taux brut.

Le taux de prévalence du diabète, influencé par l'incidence et par la durée de la maladie, est toutefois resté significativement élevé au Nouveau-Brunswick par comparaison à la moyenne nationale au cours de la dernière décennie (figure 7). Le taux de prévalence plus élevé du diabète dans la province est en grande partie un reflet d'une population plus âgée et d'une incidence significativement plus élevée de la maladie il y a dix ans.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) portant sur le statut autodéclaré des

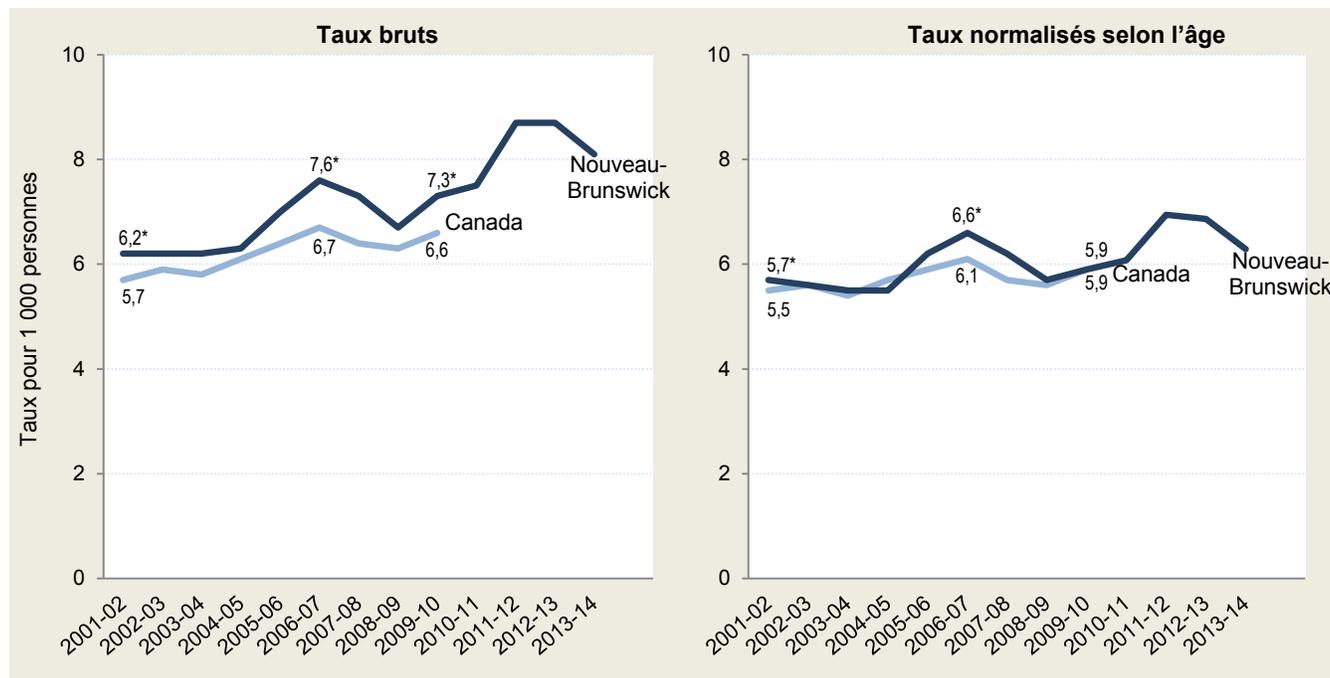
Canadiens à l'égard du diabète confirment la tendance d'un taux de prévalence brut plus élevé au Nouveau-Brunswick par comparaison à la moyenne nationale (8,4 p. 100 contre 6,7 p. 100 de la population de 12 ans et plus en 2014) et un taux plus élevé que dans sept autres provinces (Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse faisant exception) [17].

Les données de l'enquête indiquent aussi qu'il n'y a pas eu de différence significative dans les taux de diabète ajustés selon l'âge entre le Nouveau-Brunswick et la moyenne canadienne au cours des dernières années (taux annuels semblables de 2012 à 2014) [18].

En plus des changements démographiques, des facteurs cliniques et des modes de vie peuvent influencer les tendances de l'incidence et de la prévalence du diabète observées dans les données de surveillance.

Une sensibilisation accrue des professionnels de la santé et du public combinée à des critères de diagnostic plus étendus pourraient mener à une hausse du dépistage des cas de diabète. Ainsi, des changements dans les recommandations pour le dépistage du diabète de type 2 et des campagnes localisées de dépistage peuvent influencer les taux observés dans chaque province et territoire [1].

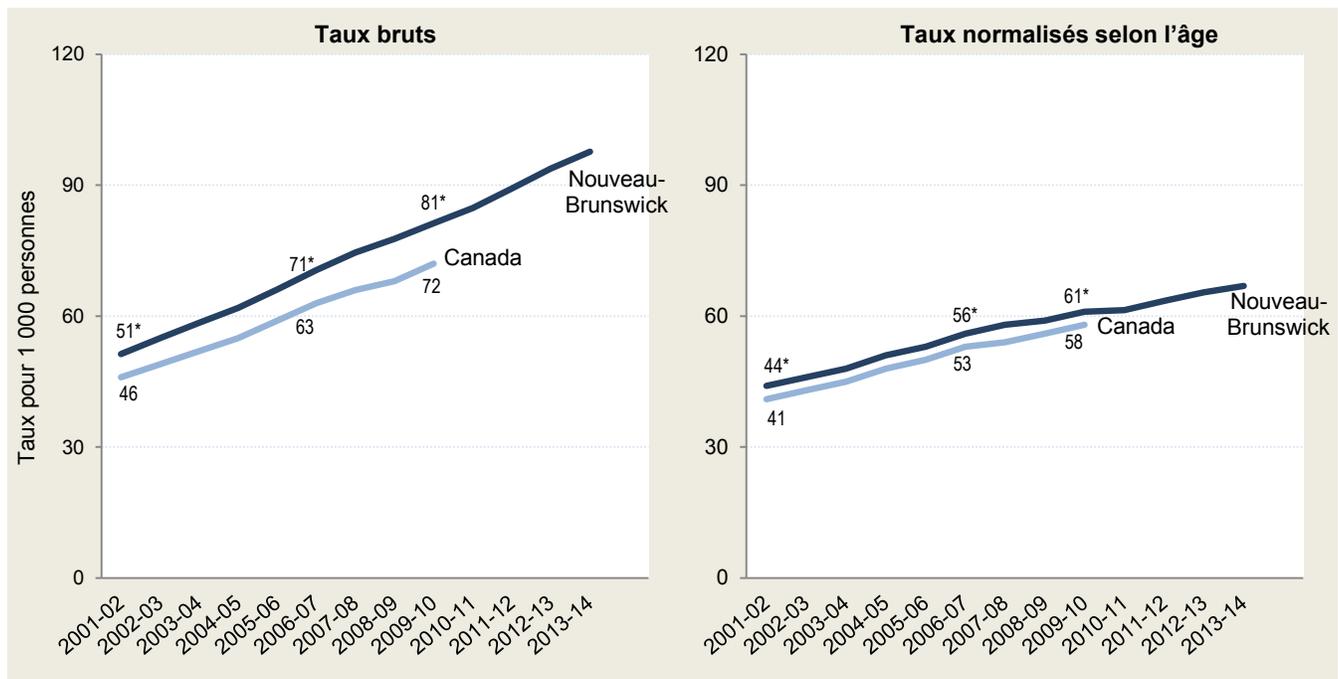
Figure 6. Tendances des taux d'incidence du diabète, Nouveau-Brunswick et Canada, de 2001-2002 à 2013-2014



**Nota :** \* = Taux statistiquement différents du taux canadien ( $p < 0,05$ ). Données sur le diabète sucré (types 1 et 2 combinés) tirées des bases de données administratives sur la santé de la population. Les taux normalisés selon l'âge le sont en fonction de la structure de la population lors du recensement canadien de 1991 afin de permettre des comparaisons significatives entre les groupes de population et en fonction du temps.

**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et Agence de la santé publique du Canada, utilisation des données du Système national de surveillance des maladies chroniques.

**Figure 7. Tendances des taux de prévalence du diabète, Nouveau-Brunswick et Canada, de 2001-2002 à 2013-2014**



**Nota :** \* = Taux statistiquement différents du taux canadien ( $p < 0,05$ ). Données sur le diabète sucré (types 1 et 2 combinés) tirées des bases de données administratives sur la santé de la population. Les taux normalisés selon l'âge le sont en fonction de la structure de la population lors du recensement canadien de 1991 afin de permettre des comparaisons significatives entre les groupes de population et en fonction du temps.

**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et Agence de la santé publique du Canada, utilisation des données du Système national de surveillance des maladies chroniques.

Selon les données internationales, la prévalence du diabète chez les adultes, telle que mesurée par un niveau élevé de la glycémie à jeun, est inférieure au Canada (taux normalisés selon l'âge de 48 pour 1 000 femmes et de 62 pour 1 000 hommes) par comparaison à la moyenne régionale pour les Amériques (81 pour 1 000 femmes et 85 pour 1 000 hommes) [19]. Ces résultats peuvent être dus à la réduction du tabagisme et à une meilleure gestion du diabète par comparaison aux pays à revenu faible ou intermédiaire de la région.

### Les décès causés par le diabète diminuent, mais ils sont souvent non signalés

Le diabète est la sixième cause de décès au Canada et au Nouveau-Brunswick [20] et la huitième dans le monde [2]. Il a été la cause directe de 215 décès de Néo-Brunswickois en 2014 – avec un nombre légèrement plus élevé d'hommes que de femmes (111 contre 104) – ce qui représente 3,2 p. 100 de tous les décès dans la province [21].

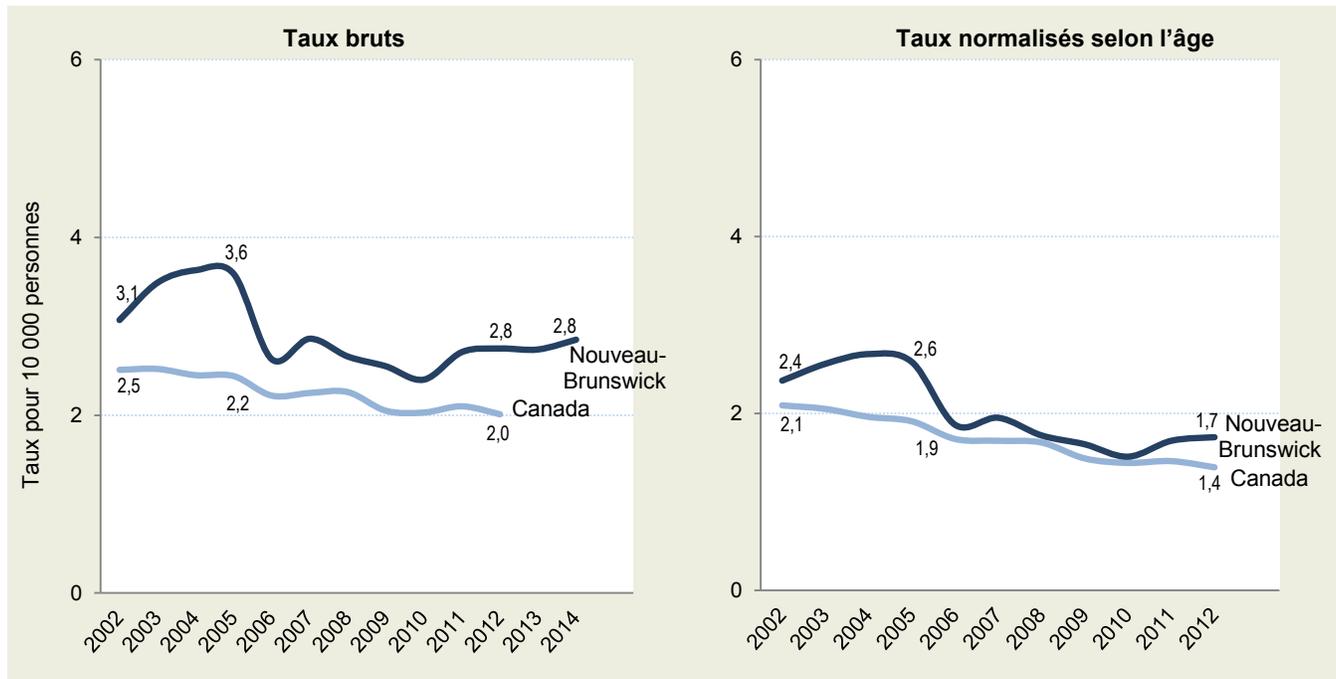
Bien que les chiffres aient varié d'une année à l'autre, de manière générale le fardeau de la mortalité imputable au diabète a diminué au Nouveau-Brunswick au cours de la dernière décennie, passant d'un maximum de

3,6 décès pour 10 000 personnes en 2005 à 2,8 pour 10 000 personnes en 2014 (figure 8) [21, 22]. Ceci est probablement dû à de meilleurs traitements plus précoces de la maladie, étant donné que la prévalence du diabète continue à augmenter [4].

Le taux de mortalité imputable au diabète au Nouveau-Brunswick est supérieur à la moyenne canadienne, mais l'écart diminue considérablement lorsqu'on tient compte de l'âge plus avancé de la population du Nouveau-Brunswick (figure 8) [22].

Lorsqu'on regarde les données sur le diabète comme cause de décès, on peut négliger le vrai fardeau de cette maladie. Le diabète n'est habituellement pas

**Figure 8. Tendances du taux de mortalité imputable au diabète, Nouveau-Brunswick et Canada, entre 2002 et 2014**



**Nota :** Les données sur la cause initiale de décès chez les résidents du Nouveau-Brunswick sont calculées selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision : CIM-10, codes E10 à E14 (diabète sucré, types 1 et 2 combinés). La cause initiale de décès est définie comme la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, tel que cela est indiqué comme cause de décès sur le certificat médical.

**Source :** Statistique Canada et Service Nouveau-Brunswick, Statistiques de l'état civil.

signalé comme cause du décès, mais un grand nombre de ses complications (p. ex. : maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, maladie du rein) sont associées à un décès prématuré et sont souvent indiquées à la place du diabète comme cause initiale de décès sur les certificats de décès [1].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le diabète cause 1,5 million de décès par année à l'échelle mondiale et que 2,2 millions de décès sont en outre attribuables à une glycémie élevée entraînant des risques accrus de maladies cardiovasculaires et autres [2].

## Facteurs contributifs du diabète

Un certain nombre de facteurs génétiques, sociaux, économiques, environnementaux et touchant le mode de vie ont des effets importants sur les niveaux et les tendances du diabète dans la population.

Les facteurs de risque du diabète de type 1 ne sont pas encore bien compris, mais des études donnent à penser qu'il existe des facteurs génétiques et des déclencheurs environnementaux. Il n'y a pas de preuve concluante permettant de faire des interventions afin de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 1.

Les principaux facteurs de risque du diabète de type 2 sont bien connus [2,10]. Certains de ces facteurs – comme l'âge, la génétique et le groupe ethnique – ne peuvent être modifiés. D'autres facteurs, comme l'embonpoint ou l'obésité, une mauvaise alimentation, l'insuffisance d'activités physiques et le tabagisme peuvent être modifiés par des changements comportementaux et environnementaux. Les facteurs de risque du diabète gestationnel sont semblables.

Le diabète de type 2 étant le plus fréquent, l'évaluation de ses facteurs de risque est essentielle pour contribuer aux stratégies cliniques et de soins de santé publique visant à réduire les problèmes associés à cette maladie.

## Les taux croissants d'embonpoint et d'obésité sont liés à une hausse du diabète

Les causes du diabète sont complexes. Le développement du diabète ne peut pas être expliqué par un seul facteur, mais l'embonpoint et l'obésité sont les plus importants facteurs de risque liés à l'augmentation de la prévalence du diabète dans le monde [2]. Entre 80 et 90 p. 100 des diabétiques de type 2 ont un surpoids ou sont obèses [10]. Au Canada, les adultes obèses risquent trois fois plus que les autres adultes de déclarer avoir eu un diagnostic de diabète (14,6 contre 5,2 p. 100 en 2014) [23].

L'indicateur le plus largement utilisé pour évaluer les risques

pour la santé de l'embonpoint et de l'obésité dans une population est fondé sur l'indice de masse corporelle (IMC), une mesure qui examine le poids en fonction de la taille [24, 25].

D'après l'ESCC, près des deux tiers des Néo-Brunswickois de 18 ans et plus, soit environ 355 960 adultes, rapportent une taille et un poids qui les classent dans la catégorie d'embonpoint ou d'obésité (figure 9) [17]. Ce taux est considérablement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (70 p. 100 contre 58 p. 100 en 2014) [17].

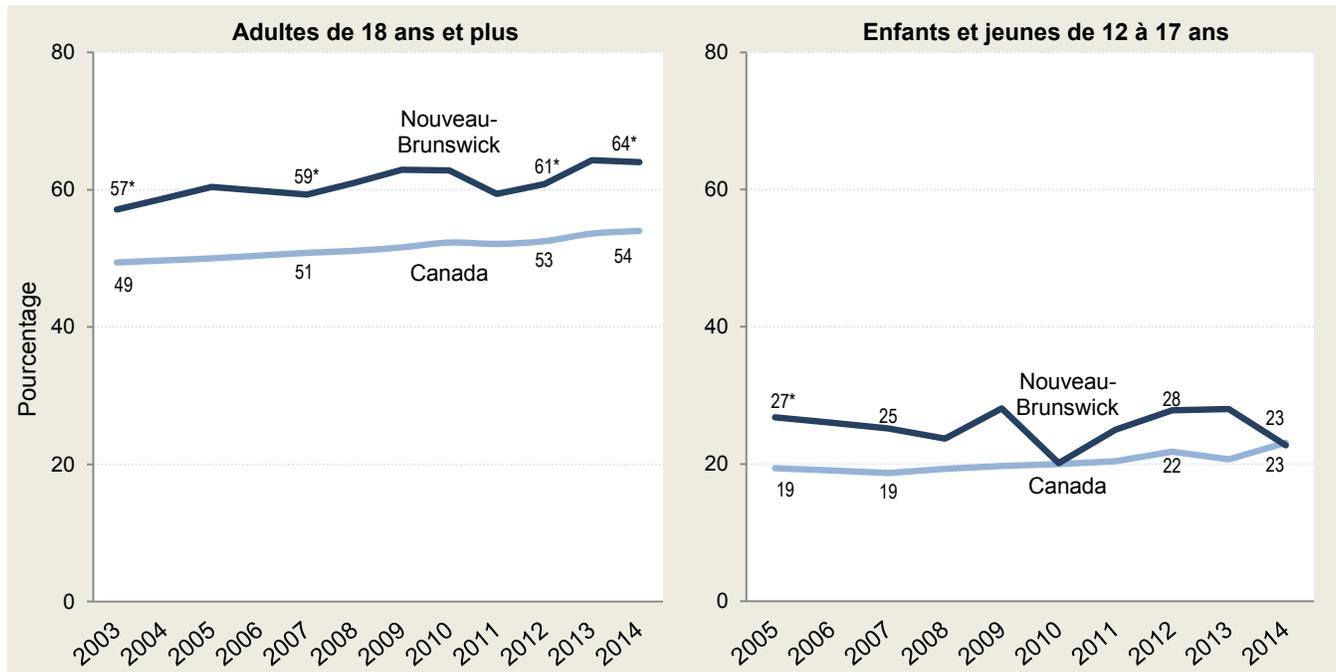
Le taux provincial d'adultes souffrant d'embonpoint ou d'obésité a augmenté de 12 p. 100 entre 2003 et 2014. Il est considérablement plus élevé que la moyenne nationale

(64 p. 100 contre 54 p. 100 en 2014) [17]. Cette tendance reste valide lorsqu'on contrôle les différences dans la structure par âge de la population (taux normalisés selon l'âge de 61 p. 100 contre 52 p. 100 en 2014) [18].

Le taux d'embonpoint et d'obésité chez les enfants et les jeunes de 12 à 17 ans a diminué quelque peu depuis 2005 et il est resté relativement stable au Nouveau-Brunswick au cours des dernières années (figure 9). Le taux provincial n'est plus statistiquement différent de la moyenne nationale [17].

Malgré tout, près d'un quart des jeunes de la province – environ 10 630 garçons et filles – courent un grand risque de

**Figure 9. Tendances du taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes et les jeunes, Nouveau-Brunswick et Canada, de 2005 à 2014**



**Nota :** \* = Taux statistiquement différents du taux canadien ( $p < 0,05$ ). Les données sont fondées sur la taille et le poids déclarés par les répondants et classées en fonction du risque pour la santé compte tenu des seuils de l'indice de masse corporelle acceptés à l'échelle internationale (sauf les femmes enceintes).

**Source :** Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

développer plus tard le diabète de type 2 et d'autres problèmes chroniques en rapport avec l'embonpoint pendant l'enfance.

Les données internationales indiquent que la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes et les enfants est parmi les plus élevées au Canada par comparaison aux autres pays ayant des économies de marché développées [26].

L'embonpoint et l'obésité surviennent lorsque les calories absorbées dépassent de beaucoup les calories dépensées. Ce déséquilibre a été attribué à une variété de changements dans la société, le travail et les loisirs ayant eu un effet sur les modes d'activités et d'alimentation telles l'évolution vers un travail moins exigeant physiquement, l'utilisation accrue de moyens de transport automatisés, des activités de loisirs passives et une plus grande consommation d'aliments à densité énergétique élevée mais pauvres en nutriments (souvent riches en sucres et en graisses saturées).

### **Les inégalités sociales contribuent au diabète**

De plus en plus de preuves montrent que les conditions sociales et culturelles dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent et vieillissent sont des déterminants importants de la santé. La prévention de l'obésité peut réduire une proportion importante du fardeau du diabète, notamment en agissant sur les déterminants sous-jacents qui contribuent à des environnements obésogènes.

Les facteurs sociodémographiques, incluant un faible revenu, l'appartenance à certains groupes ethniques et la vie dans des régions rurales, sont généralement associés à des taux plus élevés de diabète de type 2 [1].

Les Néo-Brunswickois qui vivent dans des ménages à faible revenu ont significativement plus de risques de déclarer avoir reçu un diagnostic de diabète que ceux qui vivent dans les ménages à revenu élevé (figure 10) [27].

Parallèlement, les niveaux de mauvaise alimentation et d'inactivité physique – qui accroissent l'épidémie d'obésité – sont significativement plus élevés dans les ménages à faible revenu.

Le taux de mauvaise alimentation, tel qu'évalué par une consommation quotidienne inappropriée de fruits et légumes, est plus élevé chez les personnes dans les ménages les moins nantis par comparaison aux ménages mieux nantis (73 p. 100 contre 62 p. 100). Cette tendance est attribuée en partie aux différences concernant l'accès aux connaissances dans le domaine de la santé, à la sécurité alimentaire et à d'autres ressources sociétales.

L'activité physique est importante à la fois pour la prévention et pour la gestion du diabète, ralentissant la progression de la maladie en augmentant la sensibilité à l'insuline. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'inactivité physique pendant les périodes de loisirs tombe de 57 p. 100 à

40 p. 100 entre les groupes les moins nantis et les mieux nantis.

Le tabagisme est aussi associé à un risque plus élevé de diabète de type 2 et à ses complications, en particulier les accidents vasculaires cérébraux. Bien que les taux de tabagisme aient diminué au Nouveau-Brunswick au cours des dernières années, ils restent deux fois plus élevés dans les ménages à faible revenu que dans les ménages à revenu élevé (figure 10) [27].

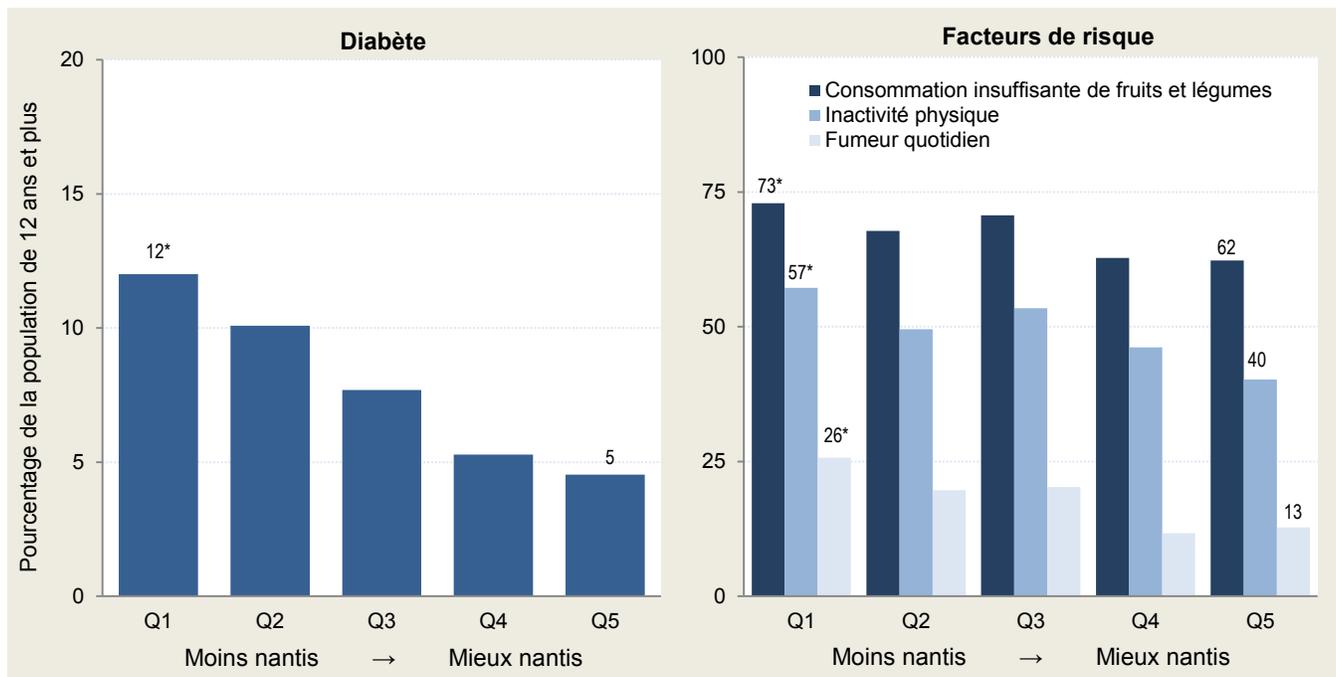
Certaines collectivités peuvent être particulièrement vulnérables aux effets nocifs sur la santé. Les données actuelles ne peuvent pas cerner le risque relatif de souffrir de diabète associé à l'identité des Premières Nations au Nouveau-Brunswick, mais les données nationales indiquent cependant que la prévalence du diabète est de trois à cinq fois plus élevée parmi les populations autochtones par comparaison à la moyenne non autochtone [1]. Cette tendance peut être attribuée au désavantage socioéconomique des Autochtones par comparaison au reste de la population.

On estime que si tous les Néo-Brunswickois avaient le même taux de prévalence du diabète que ceux qui ont un revenu



**Si tous les Néo-Brunswickois avaient le même faible taux de diabète que ceux qui ont un revenu élevé, le nombre de cas de diabète serait réduit d'environ 1 sur 4.**

**Figure 10. Taux de diabète autodéclaré et facteurs de risque pouvant être modifiés, selon le groupe de revenu des ménages, Nouveau-Brunswick**



**Nota :** \* = Taux statistiquement différents par rapport au taux du Q5 ( $p < 0,05$ ). Les groupes de revenu des ménages sont fondés sur les quintiles du revenu ajustés selon la taille du ménage et de la collectivité, le quintile 1 (Q1) représentant les ménages les moins bien nantis et le quintile 5 (Q5) représentant les mieux nantis. Les données sur le diabète sont fondées sur les réponses des répondants ayant indiqué qu'un professionnel de la santé a posé un diagnostic de diabète de type 1 ou 2 ou de diabète gestationnel chez les femmes de 15 ans et plus. Une consommation insuffisante de fruits et légumes indique que la personne a déclaré manger des fruits et légumes habituellement moins de cinq fois par jour. Les données sur l'inactivité physique sont fondées sur un indice d'activité physique quotidienne moyenne pendant les loisirs. Un fumeur quotidien indique une personne ayant déclaré fumer des cigarettes tous les jours actuellement.

**Source :** Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, utilisation des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012 (estimations pour une période de deux ans).

élevé, il y aurait un quart de diabétiques de moins (24 p. 100) dans la province [28].

Les inégalités du revenu se reflètent dans la gestion du diabète. L'Association canadienne du diabète estime que les diabétiques dépensent en moyenne plus de 1 500 \$ pour des médicaments, des appareils et des fournitures nécessaires pour l'autogestion de leur maladie, ce qui laisse un grand nombre de Canadiens diabétiques ayant un faible revenu à risque de ne pas être capables de suivre la thérapie prescrite à cause du coût [29].

## Un regard sur l'avenir

Le diabète sucré est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes et qui augmentent le plus rapidement au Canada et au Nouveau-Brunswick. Parmi les Néo-Brunswickois d'un an et plus, un sur dix a reçu un diagnostic de diabète, pour la plupart de type 2. Un grand nombre de personnes peuvent ne pas avoir encore été diagnostiquées.

Le diabète a des répercussions importantes sur la santé physique, mentale et sociale. Près des deux cinquièmes (39 p. 100) des adultes canadiens qui se déclarent diabétiques évaluent leur santé comme étant « passable » ou

« mauvaise », par comparaison à un dixième de la population adulte non diabétique (10 p. 100) [1].

## La prévalence du diabète continuera probablement d'augmenter dans un proche avenir

Le vieillissement de la population a été l'un des principaux facteurs contribuant à la hausse du nombre de Néo-Brunswickois diabétiques. Si on tient compte des variations dans la structure par âge de la population, le taux d'incidence du diabète est resté relativement stable, bien que la prévalence ait augmenté régulièrement étant donné la plus grande longévité des diabétiques

(grâce aux progrès des soins cliniques et préventifs).

Avec le vieillissement de la population, le nombre de Néo-Brunswickois diabétiques continuera probablement d'augmenter dans un proche avenir [4]. Bien que le taux de prévalence du diabète ait été plus élevé au Nouveau-Brunswick par comparaison à la moyenne nationale, étant donné la réduction de l'écart sur le plan de l'incidence, il n'est pas certain que la tendance d'une prévalence plus élevée dans la province se maintiendra à long terme.

D'autres facteurs contributifs de la hausse du nombre de cas de diabète sont les taux croissants d'embonpoint et d'obésité, l'augmentation des modes de vie sédentaires et l'évolution générale de la nutrition.

### **La réduction du diabète aurait un effet positif sur les autres maladies chroniques**

Les diabétiques ont souvent d'autres graves problèmes de santé, ce qu'on appelle des troubles concomitants.

Les Canadiens et les Néo-Brunswickois diabétiques courent deux fois plus de risques d'être hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral que les

personnes non diabétiques et de deux à quatre fois plus de risques d'être hospitalisés pour une maladie du cœur [1,5]. Les diabétiques sont hospitalisés de trois à quatre fois plus souvent pour une crise cardiaque, de huit à douze fois plus souvent pour une insuffisance rénale et de douze à vingt fois plus souvent pour l'amputation d'un membre inférieur.

On a estimé que si le diabète disparaissait, le nombre de crises cardiaques pourrait diminuer de 19 p. 100 chez les femmes et de 10 p. 100 chez les hommes à l'échelle mondiale [3].

Il est essentiel de prévenir l'apparition du diabète de type 2 et les complications et les décès prématurés susceptibles d'être causés par tous les types de diabète afin de réduire les problèmes liés à cette maladie. La réduction du fardeau imputable au diabète aura probablement aussi un effet positif sur les autres maladies chroniques.

### **Des mesures fondées sur des preuves visant à prévenir et à gérer le diabète ont le potentiel d'inverser les tendances actuelles**

Un diagnostic précoce peut aider à améliorer les résultats pour la santé des diabétiques. Bien vivre



Un diabétique parle avec un professionnel de la santé de la gestion de son diabète, incluant le contrôle de la glycémie et les facteurs connexes tels une diète et l'activité physique.

Photo fournie par l'OMS

avec le diabète signifie un contrôle de la glycémie par une combinaison de diète, d'activités physiques, la gestion du poids et, si nécessaire, des médicaments et l'insulinothérapie. Cela signifie aussi le contrôle des facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires (pression artérielle et lipides) et un dépistage régulier d'autres complications courantes (dommages aux yeux, aux reins et aux pieds).

Le ralentissement de l'augmentation des cas de diabète a été reconnu comme étant une priorité mondiale, nationale et provinciale [2,31]. Des mesures de prévention comprenant des interventions ciblées pour des choix de modes de vie sains chez les personnes à risque élevé de diabète de type 2 (p. ex. : les prédiabétiques), ainsi que des

**Pour de plus amples renseignements et des ressources sur le poids santé à l'intention des particuliers, des familles, des professionnels de la santé et des organismes, consulter les sites Web ci-dessous :**

- *Votre santé et vous – Obésité* (Santé Canada) : [hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.php](http://hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.php)
- *Obésité juvénile* : [www.canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/obesity-obesite/index-fra.php](http://www.canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/obesity-obesite/index-fra.php)
- *Notre santé, notre avenir : dialogue national sur le poids santé* : [www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ohof-nsna/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ohof-nsna/index-fra.php)
- *Clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children* (Association médicale canadienne) : [www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1)
- *Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick*: [hepac.ca/fr](http://hepac.ca/fr)

stratégies pour l'ensemble de la population visant à réduire les taux d'embonpoint et d'obésité et à s'attaquer aux déterminants sous-jacents, auront probablement le plus d'effet [2,10,32].

Les mesures fondées sur des preuves en vue de réduire les taux et les coûts du diabète comprennent des politiques et des pratiques visant différentes populations et certains milieux (écoles, familles, milieux de travail, établissements de soins de santé, périodes de loisirs, et ainsi de suite) qui contribuent à une bonne santé pour tous, diabétiques et autres, comme des exercices réguliers, une alimentation saine et l'absence de tabagisme [2,10].

Aucune politique ni intervention unique ne peut garantir ces résultats. Une gamme de politiques, de dispositions législatives et de changements du milieu est nécessaire pour s'attaquer de manière systématique et à l'échelle nécessaire aux facteurs qui influencent les risques et les résultats pour la santé, incluant l'élimination des obstacles à des modes de vie sains pour ceux qui vivent dans la pauvreté.

Dans vingt ans, en 2036, 30 p. 100 des Néo-Brunswickois seront âgés de 65 ans ou plus [15] et courront le risque de développer le diabète de type 2. Malgré certaines données limitées indiquant un plafonnement possible de l'incidence du diabète, la prévalence reste élevée et continue à augmenter.

L'investissement dans des milieux bâtis et sociaux adaptés pour atténuer les risques

d'embonpoint et d'obésité pendant toute la vie, à partir de l'enfance lorsque les habitudes en matière d'alimentation et d'activités physiques se développent et que la régulation à long terme de l'équilibre énergétique peut être programmée, est un investissement dans la santé de tous les Néo-Brunswickois. Tous ont un rôle à jouer pour réduire collectivement les répercussions de toutes les formes du diabète.

En raison du vieillissement de la population et de la hausse considérable du taux d'obésité, la population néo-brunswickoise court un risque accru de développer le diabète. Un Néo-Brunswickois sur dix a le diabète et environ 5 600 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

La *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises* donne les grandes lignes de la feuille de route de la province en vue de relever le défi croissant posé par le diabète. Cela inclut une amélioration de la prévention, du dépistage, des conseils en matière de santé, des médicaments et des fournitures à prix abordable, ainsi que du soutien pour la gestion du diabète et de ses facteurs de risque.

Pour plus d'information :  
[www.gnb.ca/0053/phc/diabetes-f.asp](http://www.gnb.ca/0053/phc/diabetes-f.asp)

## À propos des données

Les mesures de l'incidence et de la prévalence du diabète au Nouveau-Brunswick ont été calculées au moyen de renseignements diagnostiques provenant des bases de données provinciales sur la facturation des médecins et sur les congés de patients hospitalisés en utilisant l'infrastructure, les protocoles sur la vie privée et les définitions de cas du Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC) [33]. Le Nouveau-Brunswick a un système de santé à payeur unique qui couvre tous les services des médecins et des hôpitaux fournis aux résidents. Les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et le personnel des établissements correctionnels fédéraux ne sont pas inclus dans les bases de données provinciales.

Le SNSMC identifie les personnes ayant un diagnostic de diabète au moyen d'un algorithme validé grâce à un réseau de collaboration appuyé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les renseignements provenant de la base de données sur les congés des patients hospitalisés comprennent les diagnostics cliniques pour les séjours dans les hôpitaux de soins de courte durée, codés selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10-CA). Les données provenant de la base de données sur la facturation des médecins sont fondées sur la recherche de « diabète » et de la nomenclature connexe, incluant toutes les rémunérations à l'acte pour les services rendus ainsi que les autres structures de paiement utilisant la facturation pro forma.

La qualité des renseignements sur la surveillance du diabète au Canada s'est considérablement améliorée au cours de la dernière décennie [1]. Toutefois, les taux de diabète estimés à partir des données administratives peuvent être influencés par des changements dans les caractéristiques des données ou par les méthodes de collecte des données comme les systèmes de codage ou de classification, les pratiques cliniques, les méthodes de facturation ou les facteurs relatifs aux patients. Les comparaisons avec les taux publiés antérieurement par le ministère de la Santé ou par l'ASPC doivent être effectuées avec prudence. Advenant un écart, les taux figurant dans le présent rapport sont les taux définitifs.

Le système de surveillance ne peut pas faire la distinction entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Étant donné que le diabète de type 2 représente entre 90 et 95 p. 100 des cas de diabète diagnostiqués chez les adultes, les tendances observées dans les données reflètent probablement les tendances réelles du diabète de type 2 dans la population adulte. La représentation dans les données des tendances réelles du diabète de type 1 (autrefois appelé diabète juvénile) est moins certaine parce que le diabète de type 2 est de plus en plus souvent diagnostiqué chez des enfants et des jeunes à cause de l'obésité. Les données ne précisent pas les autres types de diabète (relativement peu courants) causés par des problèmes génétiques précis ou par la chirurgie, les médicaments, les infections, une maladie du pancréas ou d'autres maladies qui, dans l'ensemble, représentent moins de 5 p. 100 de tous les cas diagnostiqués.

Les données provenant des enquêtes sur la santé de la population, les analyses de laboratoire et les statistiques de l'état civil fournissent d'autres renseignements sur le diabète, ses facteurs de risques et ses répercussions. Le présent rapport utilise de nombreuses sources de données et les estimations peuvent donc être rapportées pour des périodes de référence ou des groupes d'âge différents et les définitions peuvent varier selon la source. Des conventions particulières sont utilisées pour faire la distinction entre différentes périodes de référence de collecte de données. Le format « 20XX-20YY » indique un exercice financier commençant le 1<sup>er</sup> avril 20XX et se terminant le 31 mars 20YY; les données couvrant plus d'une année sont signalées comme suit : « de 20XX à 20YY ».

Pour les principales mesures, des intervalles de confiance de 95 p. 100 ont été calculés pour déterminer le degré de variabilité des taux et aider à conclure si les différences observées reflètent une tendance réelle plutôt qu'un effet dû à la variabilité de l'échantillonnage, à la coïncidence ou au hasard.

Chaque source de données a ses forces et ses limites et les taux de diabète indiqués peuvent varier selon la source de données à cause des différences dans les méthodologies. Ainsi, selon les résultats de l'ESCC de 2014 pour la population de 12 ans et plus, la prévalence du diabète autorapporté était de 9,0 p. 100 (intervalle de confiance de

95 % : de 7,0 % à 11,0 %) chez les Néo-Brunswickois et de 7,8 p. 100 (intervalle de confiance de 95 % : de 6,2 % à 9,4 %) chez les Néo-Brunswickoises, d'après un échantillon de 255 cas environ. Par comparaison, les données du SNSMC indiquent une prévalence de diabète de 10,3 p. 100 (intervalle de confiance de 95 % : de 10,2 % à 10,4 %) chez les Néo-Brunswickois et de 9,3 p. 100 (intervalle de confiance de 95 % : de 9,2 % à 9,4 %) chez les Néo-Brunswickoises, à partir d'environ 74 740 cas observés chez les personnes d'un an et plus.

Dans toutes les sources, les descriptions de l'incidence et de la prévalence du diabète excluent les cas non diagnostiqués dans la population. Selon les données obtenues à partir des échantillons de sang, jusqu'à 20 p. 100 des cas de diabète au Canada ne sont pas diagnostiqués [1]. Grâce aux efforts importants effectués au sein du système de santé pour améliorer le dépistage et la gestion des maladies chroniques, le nombre de personnes qui ne connaissent pas leur état diminue probablement.

## Références

1. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa, l'Agence, 2011, <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php> (consulté le 12 septembre 2016).
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport mondial sur le diabète*, Genève, OMS, 2016, <http://www.who.int/diabetes/global-report/fr/> (consulté le 12 septembre 2016).
3. STATISTIQUE CANADA. « État de santé : Diabète », Ottawa, Statistique Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/dia-fra.htm> (consulté le 12 septembre 2016).
4. LE CONFERENCE BOARD DU CANADA. « Mortality Due to Diabetes », *International Rankings* (en ligne), Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2012, <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health/mortality-diabetes.aspx> (consulté le 12 septembre 2016).
5. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Le diabète au Nouveau-Brunswick : 1998-2007*, Fredericton, le Ministère, 2010, [http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes\\_report\\_1998-2007-f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf).
6. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE. *Le diabète au Nouveau-Brunswick : prévalence, incidence, mortalité et comorbidités sélectionnées du diabète 1997-1998 à 2001-2002*, Fredericton, le Ministère, 2005.
7. OCDE. *Panorama de la santé 2013*, Paris, Éditions OCDE, 2013.
8. GALE, E. A., et K. M. GILLESPIE. « Diabetes and gender », *Diabetologia*, vol. 44, n° 1 (2001), p. 3-15.
9. MEISINGER, C., et coll. « Sex differences in risk factors for incident type 2 Diabetes Mellitus: The MONICA Augsburg Cohort Study », *Archives of Internal Medicine*, vol. 162, n° 1 (2002), p. 82-89.
10. COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. « Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, 2013, vol. 37, suppl. 5, p. S361-S598, [http://guidelines.diabetes.ca/cdacpg\\_resources/cpg\\_2013\\_full\\_fr.pdf](http://guidelines.diabetes.ca/cdacpg_resources/cpg_2013_full_fr.pdf) (consulté le 25 août 2016).
11. BONORA, E., et J. TUOMILEHTO. « The Pros and Cons of Diagnosing Diabetes with A1C », *Diabetes Care*, vol. 34, suppl. 2 (2011), p. S184-S190.
12. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Lacunes et disparités en matière de soins aux personnes diabétiques au Canada*, Ottawa, ICIS, 2009.
13. AGENCE CANADIENNE DES MÉDICAMENTS ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. « Systematic Review of Use of Blood Glucose Test Strips for the Management of Diabetes Mellitus », *Optimal Therapy Report*, Ottawa, l'Agence, vol. 3, n° 6 (2009).

14. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1<sup>er</sup> juillet, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim> (consulté le 30 septembre 2016).
15. STATISTIQUE CANADA. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2013 à 2063*, Ottawa, Statistique Canada, 2014.
16. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *L'infobase des maladies chroniques* (base de données en ligne), <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cubes/data-cubes-fra.html> (consulté le 25 août 2016).
17. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim> (consulté le 18 juillet 2016).
18. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 105-0503 : Profil d'indicateurs de la santé, taux normalisés selon l'âge, estimations annuelles, selon le sexe, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim> (consulté le 18 juillet 2016).
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Raised fasting blood glucose ( $\geq 7.0$  mmol/L or on medication) », *Global Health Observatory data repository* (base de données en ligne), Genève, OMS, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2469> (consulté le 30 août 2016).
20. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 102-0563 : Principales causes de décès, population totale, selon le sexe, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim> (consulté le 30 août 2016).
21. SERVICE NOUVEAU-BRUNSWICK. *Statistique de l'état civil : Statistique annuelles* (en ligne), Fredericton, SNB, <http://www.snb.ca/f/1000/1000-01/f/annual-f.asp> (consulté le 12 août 2016).
22. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 102-0552 : Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires*, CANSIM (base de données en ligne), <http://www5.statcan.gc.ca/cansim> (consulté le 10 mai 2016).
23. STATISTIQUE CANADA. « Diabète, 2014 », *Feuillets d'information sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, 2015, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14180-fra.htm> (consulté le 12 septembre 2016).
24. STATISTIQUE CANADA. « Embonpoint et obésité chez les adultes (mesures autodéclarées), 2014 », *Feuillets d'information sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, 2015, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14185-fra.htm> (consulté le 12 septembre 2016).
25. STATISTIQUE CANADA. « Embonpoint et obésité chez les jeunes (mesures autodéclarées), 2014 », *Feuillets d'information sur la santé*, Ottawa, Statistique Canada, 2015, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14186-fra.htm> (consulté le 12 septembre 2016).
26. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Apprendre des meilleurs : analyse comparative du système de santé du Canada*, Ottawa, ICIS, 2011.
27. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Les iniquités en santé au Nouveau-Brunswick*, Fredericton, le Ministère, 2016, <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/IniquitesEnMatiereDeSanteNouveauBrunswick2016.pdf>.
28. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Outil interactif sur les inégalités en santé : Diabète*, <https://www.cihi.ca/fr/facteurs-qui-influent-sur-la-sante/statut-socioeconomique/outil-interactif-sur-les-inegalites-en-sante-diabete-les-deux> (consulté le 10 août).
29. ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *The Burden of Out-of-Pocket Costs for Canadians with Diabetes*, Toronto, l'Association, 2011.
30. ANAND, S. S., et coll. « Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study », *European Heart Journal*, vol. 29, n° 7 (2008), p. 932-940.
31. NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015*, Fredericton, le Ministère, 2011.
32. ERIKSSON, J., J. LINDSTRÖM et J. TUOMILEHTO. « Potential for the prevention of type 2 diabetes », *British Medical Bulletin*, vol. 60, n° 1 (2001), p. 183-199.
33. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Système canadien de surveillance des maladies chroniques* (en ligne), Ottawa, l'Agence, <http://www.phac-aspc.gc.ca/surveillance-fra.php> (consulté le 12 septembre 2016).