



Fascicule 3

DIABÈTE

Un portrait régional en soutien à la prévention
et à la gestion des maladies chroniques

Hélène Bélanger
Denis Coulombe
Guy Huard
Michelle Lafrance
Guy Massicotte
Louise Rochette
Céline Tremblay

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de santé publique
Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières
Direction régionale du développement organisationnel

Mars 2013

Soutien administratif
Louise Vézina

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca ou www.dspq.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Tél : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN : 978-2-89616-184-3 (version imprimée)
978-2-89616-185-0 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :
BÉLANGER, H., et al. *Diabète : un portrait régional en soutien à la prévention et à la gestion des maladies chroniques – Fascicule 3*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2013, 51 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Avant-propos

La région de la Capitale-Nationale, par l'intermédiaire de son Forum des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux, a décidé en 2008 de mettre en œuvre un plan d'action régional visant la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Afin de soutenir les établissements et les réseaux locaux de services dans leurs processus décisionnels et leur organisation clinique, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale s'est engagée à produire un portrait régional de certaines maladies chroniques sous forme de fascicules regroupant les données épidémiologiques et les données de consommation de services pour les maladies chroniques retenues par la Table régionale des directeurs généraux adjoints de la Capitale-Nationale.

En juin 2009, un premier fascicule présentant globalement la situation au regard de l'ensemble des maladies chroniques pour la région a été produit. Il contient de l'information sur les caractéristiques communes aux maladies chroniques. On y trouve, entre autres, des données épidémiologiques pertinentes pour l'ensemble des maladies chroniques, des données sur la consommation de services par les personnes atteintes de ces maladies ainsi que des renseignements sur la population jointe par les activités de prévention concernant les habitudes de vie.

Le deuxième fascicule, s'intéressant à la maladie pulmonaire obstructive chronique, a été édité en novembre 2011. Il décrit et analyse les données au regard de la prévalence de cette maladie dans la région, des caractéristiques des personnes qui en sont atteintes et des services de santé utilisés entre 2002-2003 et 2007-2008.

Ce troisième fascicule présente les données concernant le diabète.

Faits saillants

Prévalence et incidence

- En 2008-2009, 42 000 adultes de la région avaient reçu un diagnostic de diabète, soit 7,7 % des personnes de 20 ans et plus, davantage chez les hommes que chez les femmes.
- La prévalence du diabète augmentait avec l'âge, de sorte que 1 personne sur 4 avait reçu un diagnostic de diabète dans le groupe d'âge des 80 à 84 ans.
- De 2000-2001 à 2008-2009, le nombre de cas de diabète chez des résidents de 20 ans et plus de la région a augmenté de façon substantielle. Ce nombre est passé de 25 000 à 42 000, une augmentation de 69 %.
- Dans tous les territoires de la région, la prévalence du diabète, ajustée pour l'âge, a augmenté au cours de la période.
- Au cours de la dernière année, 3 200 personnes de 20 ans et plus ont reçu un diagnostic de diabète pour la première fois.
- Tant pour la prévalence que l'incidence, les hommes présentent des taux plus élevés que les femmes.
- Les taux de diabète dans la région sont inférieurs à ceux du reste du Québec, que ce soit pour la prévalence ou l'incidence.

Consommation de services

- En 2007-2008 37 546 personnes diabétiques de 20 ans et plus dans la région de la Capitale-Nationale ont été identifiées pour l'analyse de leur consommation de services, une augmentation de 19 % par rapport à 2003-2004.
- **Consultations médicales ambulatoires** : 97 % des personnes de la cohorte ont rencontré un médecin, 89 % un médecin de famille et 76 % un médecin spécialiste. Le total des consultations médicales était de 347 777, soit 168 450 auprès d'un médecin de famille et 179 324 auprès de médecins spécialistes. Les personnes ont effectué en moyenne 10 visites médicales par année.
- **Visites à l'urgence** : 37 % de la cohorte, soit 13 996, personnes se sont présentées au moins une fois à l'urgence; de ce nombre, 3 273 avaient une cause pouvant être associée au diabète et 1 133, le diabète en raison principale de visite. Parmi les 30 163 visites à l'urgence, 4 618 l'ont été pour une cause pouvant être associée au diabète et 1 366 en raison principale de diabète.
- **Hospitalisations** : 19 % de la cohorte, soit 6 931 personnes ont été hospitalisées au moins une fois; de ce nombre, 1 678 personnes avaient une cause pouvant être associée au diabète et 214, le diabète en raison principale d'hospitalisation. Parmi les 11 057 hospitalisations, 2 348 l'ont été pour une cause pouvant être associée au diabète et 248 en raison principale de diabète.

- **Interventions en centre de santé et de services sociaux (mission centre local de services communautaires) :** 33 % de la cohorte, soit 12 477 personnes, ont reçu des services en centre local de services communautaires (CLSC) pour un total de 250 588 interventions. Ces individus ont bénéficié en moyenne de 20 interventions pour l'année 2007-2008. Bien que 3 628 personnes aient bénéficié de 1 ou 2 interventions, 3 017 ont reçu un service plus intense de 20 interventions et plus. On note que 73 % des interventions en CLSC ont été réalisées auprès de personnes âgées de 65 ans ou plus, dont 50 % auprès des 75 ans et plus. Les infirmières sont les professionnelles les plus impliquées avec 47 % des interventions, suivi des aides familiales pour 29 %. La majorité des interventions ont été offertes au domicile et en hébergement en résidence privée, 66 % contre 31 % des interventions faites au CLSC. Le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a contribué à 46 % des interventions.

Comparaison de la consommation de services des personnes de 50 ans et plus diabétiques à celle des personnes non diabétiques.

- En 2007-2008, pour l'ensemble des services, les personnes de 50 ans et plus diabétiques ont consommé des services dans des proportions supérieures à celles des non-diabétiques.
- Pour les consultations avec un médecin, l'écart était minime, 98 % contre 96 %. Les personnes de 50 ans et plus diabétiques ont été hospitalisées dans une proportion 2,5 fois supérieure aux non-diabétiques, elles ont reçu des services en CLSC dans une proportion de 1,6 fois supérieure et ont fréquenté l'urgence 1,4 fois plus.
- Le nombre moyen de consultations médicales par les personnes diabétiques était 1,4 fois supérieur à celui des non-diabétiques, le nombre moyen d'interventions en CLSC, 1,75 fois supérieur et le nombre moyen d'hospitalisation et de visites à l'urgence, 1,2 fois plus élevé.

En plus des services déjà décrits, les personnes diabétiques de la région de la Capitale-Nationale ont accès à un ensemble d'autres ressources, notamment : les infirmières et autres professionnels intervenant en groupe de médecine de famille (GMF), unité de médecine familiale (UMF) et clinique-réseau Québec (CRQ); les professionnels du programme régional de réadaptation Traité santé offert en centre de santé et de services sociaux (CSSS); les experts des cliniques ambulatoires des centres hospitaliers de la région accessibles pour l'évaluation et le suivi des personnes plus gravement atteintes ou instables et les professionnels des pharmacies communautaires. Les associations comme Diabète Québec et Les Diabétiques de Québec sont aussi activement impliquées auprès de cette population.

Table des matières

Avant-propos	3
Faits saillants	5
Liste des figures	9
Liste des tableaux	11
Liste des acronymes et des abréviations	13
Introduction	15
1 Méthodologie	17
1.1. Prévalence, incidence et mortalité	17
<i>Prévalence et incidence</i>	17
<i>Mortalité</i>	17
1.2. Consommation de services des personnes atteintes de diabète.....	18
<i>Dénombrement des personnes pour l'analyse de la consommation de services</i>	18
<i>Analyse de la consommation des services</i>	19
2 Prévalence, incidence et mortalité	21
2.1. La prévalence du diabète.....	21
<i>L'âge, le sexe et le territoire</i>	21
<i>L'évolution temporelle</i>	23
<i>La région comparativement au reste du Québec</i>	26
2.2. L'incidence du diabète	26
<i>L'âge, le sexe et le territoire</i>	26
<i>L'évolution temporelle</i>	28
<i>La région comparativement au reste du Québec</i>	29
2.3. La mortalité par diabète	30
2.4. Quelques éléments de discussion	30
3 Consommation de services	33
3.1 Description de la cohorte	33
3.2 Services médicaux ambulatoires.....	34
3.3 Consultations médicales en spécialité	37
3.4 Consommation de services en milieu hospitalier	38
<i>Visites à l'urgence</i>	38
<i>Hospitalisations</i>	40
3.5 Consommation de services en CSSS (mission CLSC).....	42
3.6 Comparaison de la consommation de services des personnes de 50 ans et plus diabétiques à celle des personnes non diabétiques.....	46
3.7 Synthèse et discussion de quelques éléments concernant la consommation de services des personnes diabétiques en 2007-2008.....	47
4 Autres ressources disponibles pour les personnes diabétiques de la Capitale-Nationale	49
Conclusion	51
Références	53
Annexe A Liste de codes des maladies retenues comme étant possiblement reliées au diabète	55
Annexe B Nombre de cas de diabète et prévalence (%) selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009	57
Annexe C Nombre de cas de diabète et prévalence ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	58
Annexe D Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	59
Annexe E Comparaison des données de consommations de services, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008	60
Annexe F Caractéristiques des interventions offertes en CLSC aux personnes diabétiques en 2007-2008 pour chacun des CSSS de la Capitale-Nationale	65
Annexe G Consultations auprès de médecins spécialistes	69

Liste des figures

Figure 1	Nombre de cas de diabète et prévalence selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009.....	21
Figure 2	Prévalence du diabète ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	23
Figure 3	Nombre de cas de diabète et prévalence ajustée pour l'âge selon le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009.....	24
Figure 4	Prévalence du diabète ajustée pour l'âge selon le sexe, 20 ans et plus, CSSS de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009.....	25
Figure 5	Prévalence du diabète ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, Capitale-Nationale et Québec, 2000-2001 à 2008-2009.....	26
Figure 6	Taux d'incidence du diabète, ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	28
Figure 7	Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009.....	29
Figure 8	Taux d'incidence du diabète ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, Capitale-Nationale et Québec, 2000-2001 à 2008-2009.....	29
Figure 9	Nombre annuel moyen de décès par diabète et taux de mortalité ajusté pour l'âge selon le sexe, Capitale-Nationale, 1985-1987 à 2007-2009.....	30
Figure 10	Nombre de personnes et de consultations médicales selon le type de médecins, Capitale-Nationale, 2003-2004 et 2007-2008.....	34
Figure 11	Évolution du nombre moyen de consultations selon le type de médecins, Capitale-Nationale, 2003-2004 à 2007-2008.....	35
Figure 12	Répartition des personnes en fonction du nombre de médecins rencontrés selon le type de médecins, Capitale-Nationale en 2007-2008.....	36
Figure 13	Nombre de personnes et de consultations par spécialistes, Capitale-Nationale, 2007-2008 ...	37
Figure 14	Nombre de personnes et de visites à l'urgence selon la cause, Capitale-Nationale en 2003-2004 et 2007-2008.....	39
Figure 15	Répartition des personnes selon la fréquence des visites à l'urgence et selon la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	39
Figure 16	Nombre de personnes et d'hospitalisations selon la cause, Capitale-Nationale en 2003-2004 et 2007-2008.....	40
Figure 17	Répartition des personnes selon la fréquence des hospitalisations et selon la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	41
Figure 18	Nombre de personnes et d'interventions en CLSC, Capitale-Nationale, 2003-2004 et 2007-2008.....	42
Figure 19	Répartition des personnes selon la fréquence des interventions en CLSC, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	43
Figure 20	Comparaison de la consommation des différents services entre les personnes de 50 ans et plus diabétiques et non diabétiques, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	46

Liste des tableaux

Tableau I	Liste de codes de diagnostic de diabète et de causes directement associées.....	20
Tableau II	Nombre de cas de diabète et prévalence brute, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	22
Tableau III	Nombre de cas de diabète et prévalence selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009.....	24
Tableau IV	Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009.....	27
Tableau V	Nombre de nouveaux cas de diabète et taux brut d'incidence, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	27
Tableau VI	Nombre d'usagers diabétiques selon les groupes d'âge, Capitale-Nationale, 2003-2004 à 2007-2008.....	33
Tableau VII	Répartition des personnes en fonction du nombre de consultations et selon le type de médecins, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	35
Tableau VIII	Caractéristiques des interventions offertes en CLSC aux personnes diabétiques de la Capitale-Nationale en 2007-2008.....	44
Tableau IX	Synthèse des données de consommation de services des personnes diabétiques, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	47
Tableau A-X	Liste de codes des maladies retenues comme étant possiblement reliées au diabète	55
Tableau B-XI	Nombre de cas de diabète et prévalence (%) selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009.....	57
Tableau C-XII	Nombre de cas de diabète et prévalence (%) ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	58
Tableau D-XIII	Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009.....	59
Tableau E-XIV	Nombre de personnes diabétiques pour les consultations médicales, visites à l'urgence, hospitalisations et interventions en CLSC, CSSS et district de CLSC, Capitale-Nationale, 2007-2008.....	60
Tableau E-XV	Consultations médicales, CSSS et district de CLSC, 2007-2008.....	61
Tableau E-XVI	Visites à l'urgence, pour toutes causes, CSSS et district de CLSC, 2007-2008.....	62
Tableau E-XVII	Hospitalisations pour toutes les causes, par territoire de CSSS-CLSC en 2007-2008.....	63
Tableau E-XVIII	Interventions en CLSC, CSSS et district de CLSC, 2007-2008.....	64
Tableau F-XIX	Interventions offertes en CLSC, CSSS de la Vieille-Capitale, 2007-2008.....	65
Tableau F-XX	Interventions offertes en CLSC, CSSS de Québec-Nord, 2007-2008.....	66
Tableau F-XXI	Interventions offertes en CLSC, CSSS de Charlevoix, 2007-2008.....	67
Tableau F-XXII	Interventions offertes en CLSC, CSSS de Portneuf, 2007-2008.....	68
Tableau G-XXIII	Évolution du nombre total de consultations auprès de différents médecins spécialistes, Capitale-Nationale, 2003-2004 à 2007-2008.....	69

Liste des acronymes et des abréviations

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CHSGS	centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9 ^e révision
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CLSC	centre local de santé communautaire
CRQ	clinique-réseau Québec
CSSS	centre de santé et de services sociaux
DRG12	<i>Diagnosis-Related Group</i> , version 12
DRG24	<i>Diagnosis-Related Group</i> , version 24
GMF	groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration CLSC (système d'information clientèle en CLSC)
IMC	indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
Ministère	ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SAPA	programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Introduction

L'Association canadienne du diabète, dans ses lignes directrices, définit le diabète de la façon suivante :

« Le diabète sucré est un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline et/ou de l'action de l'insuline. L'hyperglycémie chronique liée au diabète est associée à d'importantes séquelles à long terme, particulièrement à des lésions, des anomalies et une insuffisance de divers organes, surtout les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins. »¹.

Le diabète est en fait un groupe hétérogène de maladies qui ont en commun l'incapacité de l'organisme à gérer de façon adéquate les concentrations de sucre dans le sang qui sont trop élevées. Les deux présentations les plus fréquentes sont le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Le diabète de type 1 est secondaire à la destruction des cellules β du pancréas par le système immunitaire. Les patients qui en sont affectés sont insulino-requérants pour compenser l'absence de sécrétion d'insuline par le pancréas. Le diabète de type 1 se manifeste en général durant l'enfance ou l'adolescence. On ne connaît aucun moyen de le prévenir. Il est responsable de 5 à 10 % des cas de diabète.

Le diabète de type 2 se manifeste en général chez les personnes de plus de 40 ans. Il est secondaire à une mauvaise utilisation de l'insuline par les cellules ou à une diminution de la production d'insuline. Il est fréquemment associé à l'obésité et constitue plus de 90 % des cas de diabète dans la population. Le maintien d'un poids santé et l'activité physique sont des moyens pour prévenir l'apparition du diabète de type 2.

Qu'en est-il de la situation de cette maladie dans la région de la Capitale-Nationale au regard du portrait des personnes atteintes et de leur consommation de services?

Les objectifs de ce fascicule sont de décrire et d'analyser les données les plus récentes concernant le diabète afin de soutenir les établissements et les réseaux locaux dans leurs processus décisionnels et leur organisation clinique devant conduire à l'amélioration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. Il traite du diabète chez les adultes de 20 ans et plus demeurant dans la région de la Capitale-Nationale. Le diabète chez les moins de 20 ans ainsi que le diabète gestationnel, présent dans 3 à 5 % des grossesses, ont été exclus de cette étude.

Le chapitre 1 décrit la méthodologie d'obtention des différentes données. Le chapitre 2 expose la prévalence, l'incidence et la mortalité par diabète. Ces données sont détaillées selon l'âge, le sexe et le territoire de résidence. Le chapitre 3 décrit la consommation des différents services : médicaux ambulatoires, selon le type de médecin consulté; en milieu hospitalier, visites à l'urgence et hospitalisations; ainsi que ceux reçus en CSSS (mission CLSC). Une comparaison des données de consommation des personnes de 50 ans et plus diabétiques à celles des non-diabétiques du même groupe d'âge en 2007-2008 ainsi qu'une synthèse avec discussion de quelques données complètent le chapitre. Le dernier chapitre présente les autres ressources pour les personnes diabétiques de la région.

1. Source : COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. « Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Can J Diabetes*, vol. 32, suppl. 1, 2008, 2008, p. S10.

1 Méthodologie

1.1. Prévalence, incidence et mortalité

Prévalence et incidence

Les données de prévalence et d'incidence (nouveaux cas) portant sur le diabète proviennent de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2011). Une personne est considérée comme diabétique si elle a eu une hospitalisation (un diagnostic principal ou secondaire) ou deux facturations de médecins pour diabète² au cours d'une période de deux ans. Les femmes atteintes de diabète gestationnel ont été exclues³. Les estimations et les projections démographiques diffusées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2010 ont été utilisées pour le calcul des taux.

Les données sont présentées sur la base des années financières couvrant la période de 2000-2001 à 2008-2009. Elles portent sur les personnes de 20 ans et plus. Les données concernant les moins de 20 ans seront disponibles ultérieurement.

Dans l'analyse, les données brutes et les données ajustées selon l'âge sont présentées. Les données brutes permettent de mesurer le fardeau de la maladie, alors que les données ajustées selon l'âge éliminent l'influence de la structure d'âge pour les comparaisons territoriales et pour les comparaisons temporelles. L'ajustement a été fait en fonction de la structure d'âge de la population du Québec en 2001 (groupes d'âge quinquennaux – sexes réunis), en utilisant la méthode de standardisation directe. Les intervalles de confiance à 95 % sont présentés avec les taux d'incidence et la prévalence relative. Ils ont été utilisés pour faire les comparaisons.

Ces données comportent certaines limites. En fait, les cas de diabète vus uniquement par des médecins qui ne sont pas rémunérés à l'acte ne sont pas détectés par la méthode utilisée ou sont calculés plus tardivement (par exemple, s'ils sont hospitalisés pour leur diabète). Il est également impossible de différencier le diabète de type 1 du diabète de type 2.

Mortalité

Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès du Ministère. L'évolution des taux porte sur les périodes triennales de 1985-1987 à 2007-2009. Les taux de mortalité par diabète ont été établis en utilisant la cause principale de décès et ils ont été ajustés pour l'âge en fonction de la population du Québec en 2001 (sexes réunis) selon la méthode de standardisation directe.

2. CIM-9 = 250; CIM-10-CA = E10-E14.

3. Les diagnostics de diabète enregistrés au cours d'une période de 120 jours avant et 180 jours après un événement de nature obstétrique ne sont pas considérés.

1.2 Consommation de services des personnes atteintes de diabète

Dénombrement des personnes pour l'analyse de la consommation de services

L'analyse de la consommation des services concerne exclusivement la population âgée de 20 ans et plus atteinte de diabète et résidant dans la région de la Capitale-Nationale. Avant de décrire la méthode utilisée, nous souhaitons d'abord informer le lecteur sur certains aspects engageant la nature des compilations faites en regard de la section précédente (prévalence et incidence). La méthode permettant d'évaluer la prestation de services à l'égard des personnes diabétiques se distingue quelque peu de la méthodologie utilisée par l'INSPQ telle que décrite précédemment. En effet, pour constituer ses cohortes, l'INSPQ interroge les bases de données (facturation des services médicaux et hospitalisation) à partir d'un historique de consommation remontant à 1996. La banque de données jumelées dont nous disposons, bien qu'elle soit de confection similaire, ne débute qu'en 2002. Cette différence entre les périodes couvertes fait en sorte qu'un usager identifié avant 2002 ne peut pas être compté à l'intérieur de notre cohorte de consommation de services s'il ne maintient pas la fréquence de ses services (2 visites et plus ou une hospitalisation sur 2 ans). Ainsi, pour l'exercice 2003-2004, nos analyses préliminaires montraient un écart de 20 % en moins d'usagers identifiés.

Cette précision étant apportée, la méthode utilisée pour sélectionner les cas comprend deux étapes principales. En premier lieu, à l'instar de l'INSPQ, deux fichiers sur la consommation des services ont été interrogés pour dénombrer la cohorte des personnes atteintes : le fichier des hospitalisations (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière [MED-ÉCHO]) et le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte (Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ]). Ces deux fichiers ont été jumelés par l'intermédiaire d'une banque avec identifiant unique anonyme (la banque de données jumelées) disponible à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et obtenue avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec. La banque de données jumelées permet le regroupement des épisodes de services pour un même usager, indépendamment des sources de données. Cela permet d'avoir un portrait très complet de la prestation de services à l'égard de chaque résidant de la région.

En deuxième lieu, les cas retenus aux fins de l'analyse se rapportent à toutes les personnes ayant reçu au moins un diagnostic médical de diabète au cours de deux années consécutives, soit par une consultation médicale ou par une hospitalisation (diagnostics principal et secondaires considérés). Ce calcul est refait pour chaque année, soit de 2003-2004 à 2007-2008. En ce sens, la cohorte n'est pas cumulative, contrairement à celle identifiée par l'INSPQ. Cependant, elle est comparable d'une année à l'autre, car la probabilité d'être sélectionnée est la même pour chacun des exercices financiers.

À notre avis, cette approche plus large quant à la règle d'inclusion (une occurrence de diagnostic de diabète plutôt que deux) nous permet de produire des analyses plus représentatives sur la population atteinte et ayant utilisé des services, considérant l'état actuel de nos fichiers de données. En effet, nous croyons que le fait d'être identifié à un diagnostic de diabète par un médecin à au moins une reprise est un critère suffisant pour justifier la prise en compte des services associés à cette personne aux fins de l'analyse.

De façon plus particulière, les codes des diagnostics de diabète utilisés dans l'étude sont les suivants : 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507 et 2509 (Classification internationale des maladies, 9^e révision [CIM-9], avant le 1^{er} avril 2006) et E10 à E14 (Classification internationale des maladies, 10^e révision [CIM-10], après le 1^{er} avril 2006). La mise en relation avec le registre des décès nous a permis de retirer de la cohorte toutes les

personnes décédées au cours de la période d'observation. Leur retrait de la cohorte s'effectue lorsqu'un décès survient dans la première année d'une période consécutive de deux ans.

Aussi, l'identification d'un épisode de diabète gestationnel nous a permis de soustraire de la cohorte toutes les personnes ayant enregistré un diagnostic de diabète durant la période de 120 jours avant l'événement obstétrical et de 180 jours après. Les codes de césariennes et d'accouchements selon la catégorie *Diagnosis-Related Group* ont été utilisés à cette fin.

Analyse de la consommation des services

L'analyse de la consommation des services porte sur les épisodes de soins associés à la cohorte de personnes atteintes de diabète sur cinq ans. Les années étudiées couvrent la période de 2003-2004 à 2007-2008, soit la dernière année disponible dans la banque de données jumelées. L'âge de la personne est celui au 1^{er} juillet de chaque année. Les groupes d'âge retenus sont les suivants : 20-34 ans, 35-49 ans, 50-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus.

Seules les personnes demeurant dans la région de la Capitale-Nationale au cours de l'année étudiée ont été retenues. Nous avons utilisé le lieu de résidence de la personne pour chaque année, comme il a été défini dans la banque de données jumelées, et non le lieu où les services ont été reçus pour effectuer notre analyse. Les résultats sont présentés par territoire de CSSS et district de CLSC (13) et comparés à ceux de l'ensemble de la région. Les mesures n'ont pas été ajustées pour l'âge et le sexe.

Services médicaux ambulatoires

Le suivi médical ambulatoire regroupe tous les services obtenus dans les milieux suivants : les GMF, les cliniques médicales privées, les CRQ et les services de consultations externes des hôpitaux. Une visite médicale se calcule en tenant compte de l'identifiant anonyme de l'utilisateur, du lieu de la prestation de services, de l'identifiant anonyme du médecin et de la date à laquelle a été fait l'acte médical. Ces données sont tirées du fichier sur la facturation médicale (RAMQ).

Les usagers ont été regroupés selon le mode de prise en charge médicale au cours de l'année. La catégorie « médecin de famille » désigne les usagers ayant consulté un médecin omnipraticien en mode ambulatoire dans l'année. De la même façon, la catégorie « spécialiste » rend compte des usagers ayant eu des consultations auprès de médecins spécialistes. Le nombre de médecins différents se calcule à partir du nombre de médecins distincts vus pendant l'année. Celui-ci est déterminé à partir d'un identifiant unique et anonyme propre à chaque médecin.

Services en milieu hospitalier

L'analyse relative au milieu hospitalier se décline en deux volets de services : les visites à l'urgence et les hospitalisations.

Les visites à l'urgence se calculent en considérant la présence d'un acte médical au service d'urgence d'un hôpital apparaissant dans le fichier de la facturation médicale (RAMQ). Si plusieurs actes ont été faits le même jour, dans un même établissement, et ce, pour un même patient, une seule visite à l'urgence est alors comptabilisée. Si plusieurs dates consécutives pour un même usager sont recensées dans le même établissement, on

présume alors que l'utilisateur a passé plusieurs jours dans le même service d'urgence et l'on ne comptabilisera qu'une seule visite. Pour le volet des hospitalisations, nous avons retenu du fichier MED-ÉCHO les types d'admission suivants : les admissions non urgentes, semi-urgentes ou urgentes. Les chirurgies d'un jour ainsi que les épisodes de soins intensifs et de soins palliatifs ont été exclus de l'analyse. Contrairement aux visites à l'urgence, l'épisode d'hospitalisation est distingué directement dans la banque de données jumelées par un code d'identifiant unique.

Aux fins de l'analyse des services dispensés en milieu hospitalier, les épisodes ont été divisés en deux catégories diagnostiques : les « causes de diabète » et les « causes pouvant être reliées au diabète ». La première catégorie diagnostique se rapporte essentiellement aux épisodes ayant le diabète comme cause principale (selon les causes de diabète du tableau I). La seconde catégorie, « causes pouvant être reliées au diabète », réfère aux épisodes ayant un diagnostic principal de maladies faisant partie des complications reconnues du diabète, notamment les maladies de la peau, les maladies rénales, les maladies vasculaires périphériques, les maladies cérébro-vasculaires, les maladies cardiovasculaires ou l'hypertension artérielle. Une liste plus complète des diagnostics retenus comme pouvant être reliés au diabète peut être consultée à l'annexe A.

Tableau I

Liste de codes de diagnostic de diabète et de causes directement associées

CIM-9	Description	CIM-10
Diabète		
250	Diabète sans précision	E10 à E14 incl.
362.0	Rétinopathie diabétique (250.4)	E11.31
357,2	Polynévrite diabétique (250,5)	E08.42- E09.42 E11.42-E13.42

Source : Dictionnaire de données MED-ÉCHO.

Services en CSSS (mission CLSC)

Les personnes identifiées préalablement dans la cohorte et ayant utilisé des services en CLSC ont été dénombrées à partir de la banque Intégration CLSC (I-CLSC), et ce, sans égard à la raison des interventions. Tout comme dans les analyses précédentes, le portrait des services en CLSC concerne la population de 20 ans et plus qui résidait dans la région de la Capitale-Nationale au moment de recevoir ses services. Le nombre d'interventions rapportées correspond au nombre d'enregistrements présents au fichier. Nous avons réparti les services en fonction des catégories d'intervenants, des lieux de prestation de services et des profils d'intervention.

Comparaison de la consommation de services des 50 ans et plus diabétiques à celle des non-diabétiques

Pour compléter notre démarche, une analyse comparative entre la population âgée de 50 ans et plus diabétique et celle non diabétique a été effectuée. Ce faisant, il sera donc possible de mesurer l'impact des personnes atteintes de diabète sur la consommation des services. La sélection de la population âgée de 50 ans et plus non diabétique s'est effectuée en considérant l'ensemble des usagers distincts recensés dans nos fichiers et en excluant tous les cas identifiés préalablement dans la cohorte des personnes diabétiques.

2 Prévalence, incidence et mortalité

Cette section présente une description de la prévalence et de l'incidence du diabète dans la région de la Capitale-Nationale, description s'appuyant sur des données administratives populationnelles. La mortalité par diabète est ensuite brièvement abordée.

2.1. La prévalence du diabète

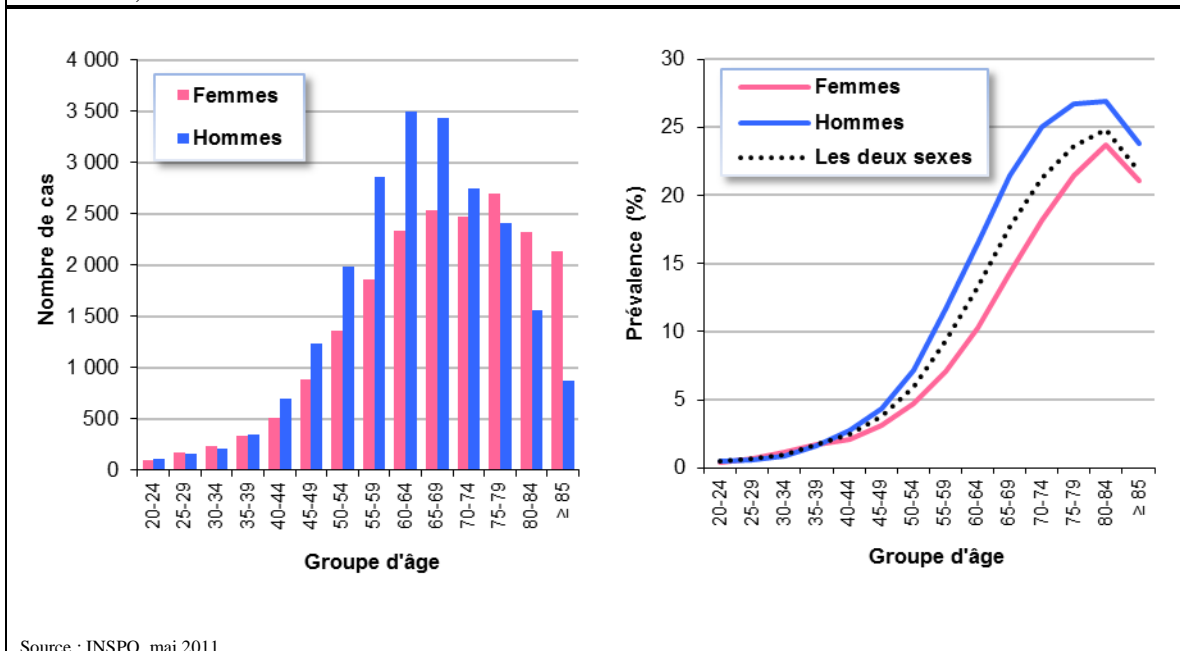
En 2008-2009, le diabète touchait environ 42 000 adultes demeurant dans la région, représentant 7,7 % des personnes de 20 ans et plus (prévalence brute). Ainsi, un adulte sur 13 était atteint de diabète. Plus d'hommes (22 106) que de femmes (19 955) avaient reçu un diagnostic de diabète, ce qui représentait respectivement 8,4 % des hommes adultes et 7,1 % des femmes.

L'âge, le sexe et le territoire

La très grande majorité (88 %) des personnes atteintes de diabète étaient âgées de 50 ans et plus (figure 1). En 2008-2009, 38,6 % des femmes diabétiques et 49,7 % des hommes diabétiques étaient des adultes en âge de travailler (de 25 à 64 ans).

Figure 1

Nombre de cas de diabète et prévalence selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009



Source : INSPQ, mai 2011.

La prévalence augmentait avec l'âge, de moins de 2 % chez les personnes de 20 à 39 ans à 25 % chez les personnes de 80 à 84 ans. C'est dans ce groupe d'âge que la proportion de diabétiques était la plus élevée, soit 24 % chez les femmes et 27 % chez les hommes (annexe B). À partir de 40 ans, les hommes présentaient systématiquement une prévalence plus élevée que celle des femmes.

Dans la région, la prévalence brute variait de 6,4 % à 10,2 %, les districts de Limoilou-Vanier et de Charlevoix-Est présentant les prévalences les plus élevées (tableau II). Les districts de Charlesbourg, de Limoilou-Vanier, de Beauport, de Loretteville-Val-Bélair et de Sainte-Foy-Sillery regroupaient chacun plus de 4 000 personnes ayant reçu un diagnostic de diabète.

Tableau II

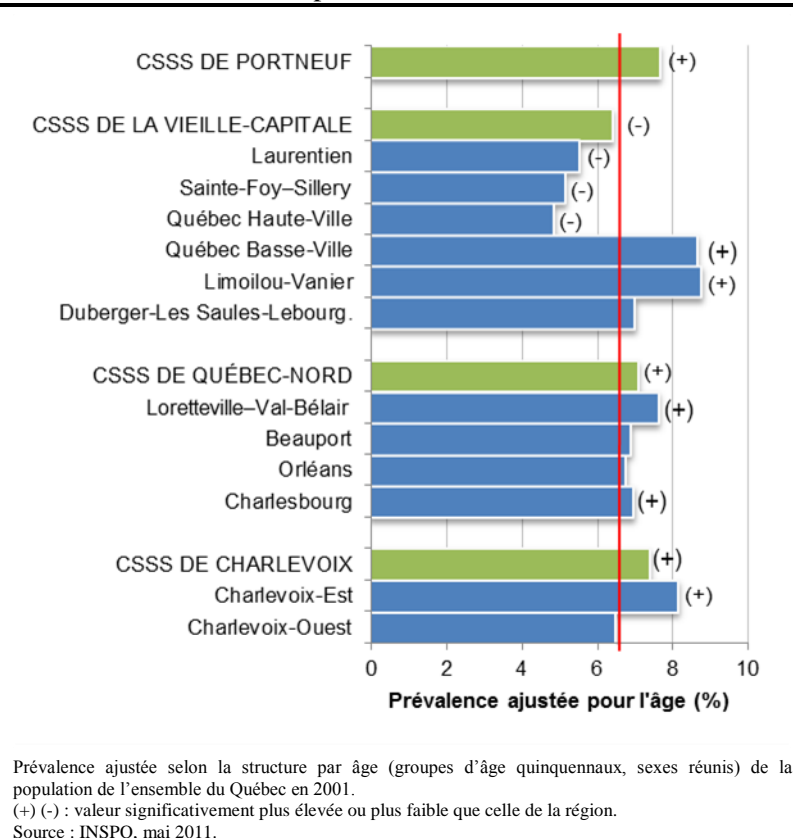
Nombre de cas de diabète et prévalence brute, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

CSSS et district de CLSC	Nombre de cas	Population de 20 ans et plus	Prévalence brute ¹ (%) (intervalle de confiance à 95 %)
CSSS DE PORTNEUF	3 512	37 690	9,3 (9,01-9,63)
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	18 830	253 056	7,4 (7,34-7,55)
Laurentien	2 549	46 468	5,5 (5,27-5,70)
Sainte-Foy-Sillery	4 306	64 996	6,6 (6,43-6,83)
Québec Haute-Ville	2 129	33 205	6,4 (6,14-6,69)
Québec Basse-Ville	2 225	23 416	9,5 (9,11-9,91)
Limoilou-Vanier	5 079	49 985	10,2 (9,88-10,44)
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	2 542	34 986	7,3 (6,99-7,55)
CSSS DE QUÉBEC-NORD	17 462	230 054	7,6 (7,48-7,70)
Loretteville-Val-Bélair	4 493	63 851	7,0 (6,83-7,25)
Beauport	4 930	63 619	7,7 (7,53-7,97)
Orléans	1 946	24 388	8,0 (7,63-8,34)
Charlesbourg	6 093	78 196	7,8 (7,60-7,99)
CSSS DE CHARLEVOIX	2 257	23 974	9,4 (9,03-9,81)
Charlevoix-Est	1 343	13 151	10,2 (9,67-10,77)
Charlevoix-Ouest	914	10 823	8,4 (7,91-9,01)
CAPITALE-NATIONALE	42 061	544 774	7,7 (7,65-7,79)

1. Proportion de personnes ayant un diabète diagnostiqué parmi la population de 20 ans et plus.
Source : INSPQ, mai 2011.

La prévalence brute reflète le fardeau du diabète dans la population. Toutefois, la comparaison de cette prévalence entre les territoires ou dans le temps peut refléter des différences dans les structures d'âge. Afin de comparer les territoires à l'ensemble de la région, la prévalence a donc été ajustée pour l'âge. Ainsi, si tous les districts de CLSC de la région avaient la même structure d'âge, ceux de Limoilou-Vanier, de Québec Basse-Ville, de Québec Est, de Portneuf, de Loretteville-Val-Bélair et de Charlesbourg auraient une prévalence de diabétiques plus élevée que celle de la région (voir l'annexe C).

Figure 2
Prévalence du diabète ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009



L'évolution temporelle

De 2000-2001 à 2008-2009, le nombre de cas de diabète diagnostiqué chez des résidents de 20 ans et plus de la région a augmenté de façon substantielle, passant de 25 000 à 42 000 (figure 3). Cela représente une hausse de 69 % du nombre d'individus atteints de cette maladie au cours de la période. Pendant la même période, la prévalence ajustée pour l'âge (qui tient compte des différences dans les structures d'âge) augmentait de 40 %. Les hommes présentaient systématiquement une prévalence plus élevée que celle des femmes.

Le nombre de cas de diabète ainsi que la prévalence ont augmenté dans tous les groupes d'âge (tableau III). Le nombre de personnes diabétiques a presque doublé chez les 75 ans et plus, passant de 6 085 à 11 987, soit une hausse de 97 %; la plus élevée parmi les groupes d'âge. Cette augmentation peut s'expliquer par le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les diabétiques. Quant à la prévalence relative ou la proportion de personnes atteintes, la plus forte hausse est notée chez les 35 à 49 ans (63 %).

Figure 3

Nombre de cas de diabète et prévalence ajustée pour l'âge selon le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009

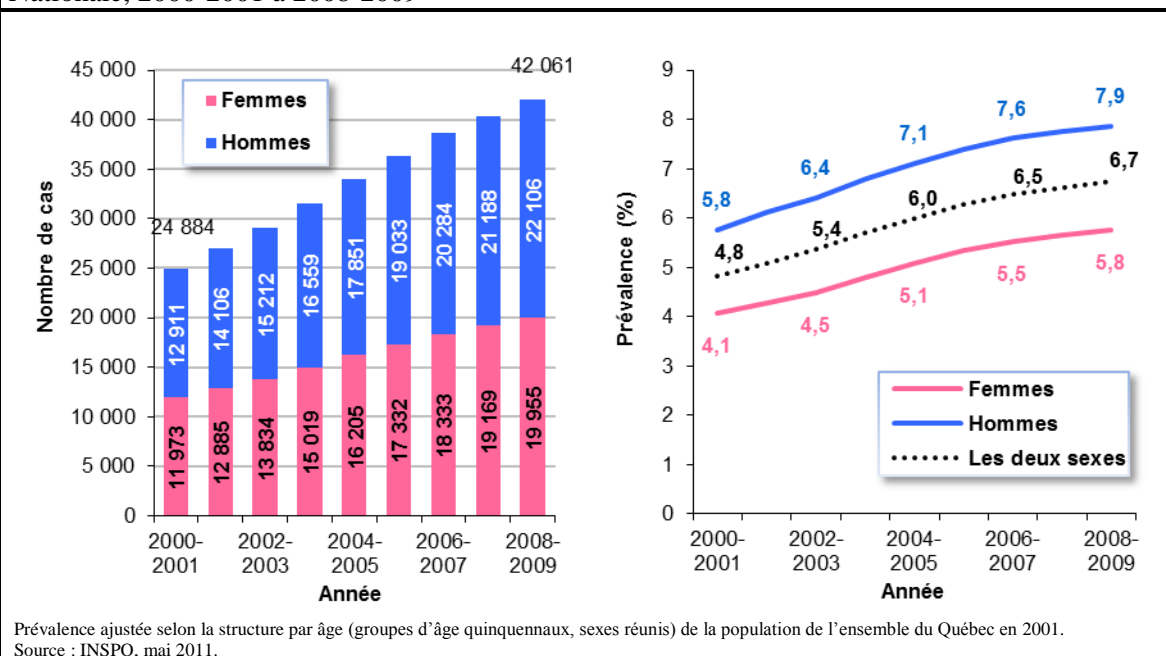


Tableau III

Nombre de cas de diabète et prévalence selon le groupe d'âge, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009

Groupe d'âge	Année									% de variation
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	
20-34 ans										
Cas (n)	683	744	800	860	881	874	921	954	987	44,5
Prévalence (%)	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	38,1
I.C. à 95 %	(0,47-0,55)	(0,52-0,60)	(0,55-0,64)	(0,60-0,68)	(0,60-0,69)	(0,60-0,68)	(0,63-0,71)	(0,64-0,73)	(0,66-0,75)	
35-49 ans										
Cas (n)	2 811	3 014	3 191	3 469	3 651	3 808	3 960	3 945	4 003	42,4
Prévalence (%)	1,7	1,8	2,0	2,2	2,3	2,5	2,6	2,7	2,8	62,9
I.C. à 95 %	(1,63-1,76)	(1,77-1,90)	(1,90-2,03)	(2,09-2,23)	(2,24-2,39)	(2,39-2,54)	(2,53-2,70)	(2,58-2,75)	(2,68-2,85)	
50-64 ans										
Cas (n)	8 122	8 789	9 577	10 488	11 474	12 368	13 027	13 508	13 889	71,0
Prévalence (%)	6,8	7,1	7,5	7,9	8,4	8,8	9,0	9,1	9,2	34,8
I.C. à 95 %	(6,67-6,97)	(6,96-7,26)	(7,33-7,63)	(7,78-8,08)	(8,24-8,55)	(8,64-8,95)	(8,87-9,18)	(8,98-9,28)	(9,04-9,35)	
65-74 ans										
Cas (n)	7 183	7 606	7 955	8 449	8 979	9 470	10 128	10 644	11 195	55,9
Prévalence (%)	14,2	14,9	15,5	16,5	17,3	18,0	18,7	19,0	19,2	35,0
I.C. à 95 %	(13,88-14,53)	(14,55-15,22)	(15,19-15,88)	(16,11-16,82)	(16,92-17,63)	(17,59-18,32)	(18,29-19,02)	(18,60-19,33)	(18,83-19,54)	
75 ans et plus										
Cas (n)	6 085	6 838	7 523	8 312	9 071	9 845	10 581	11 306	11 987	97,0
Prévalence (%)	15,8	17,1	18,1	19,2	20,4	21,4	22,2	22,9	23,5	48,7
I.C. à 95 %	(15,41-16,21)	(16,67-17,48)	(17,69-18,51)	(18,84-19,67)	(19,94-20,78)	(21,02-21,87)	(21,79-22,64)	(22,46-23,31)	(23,10-23,94)	

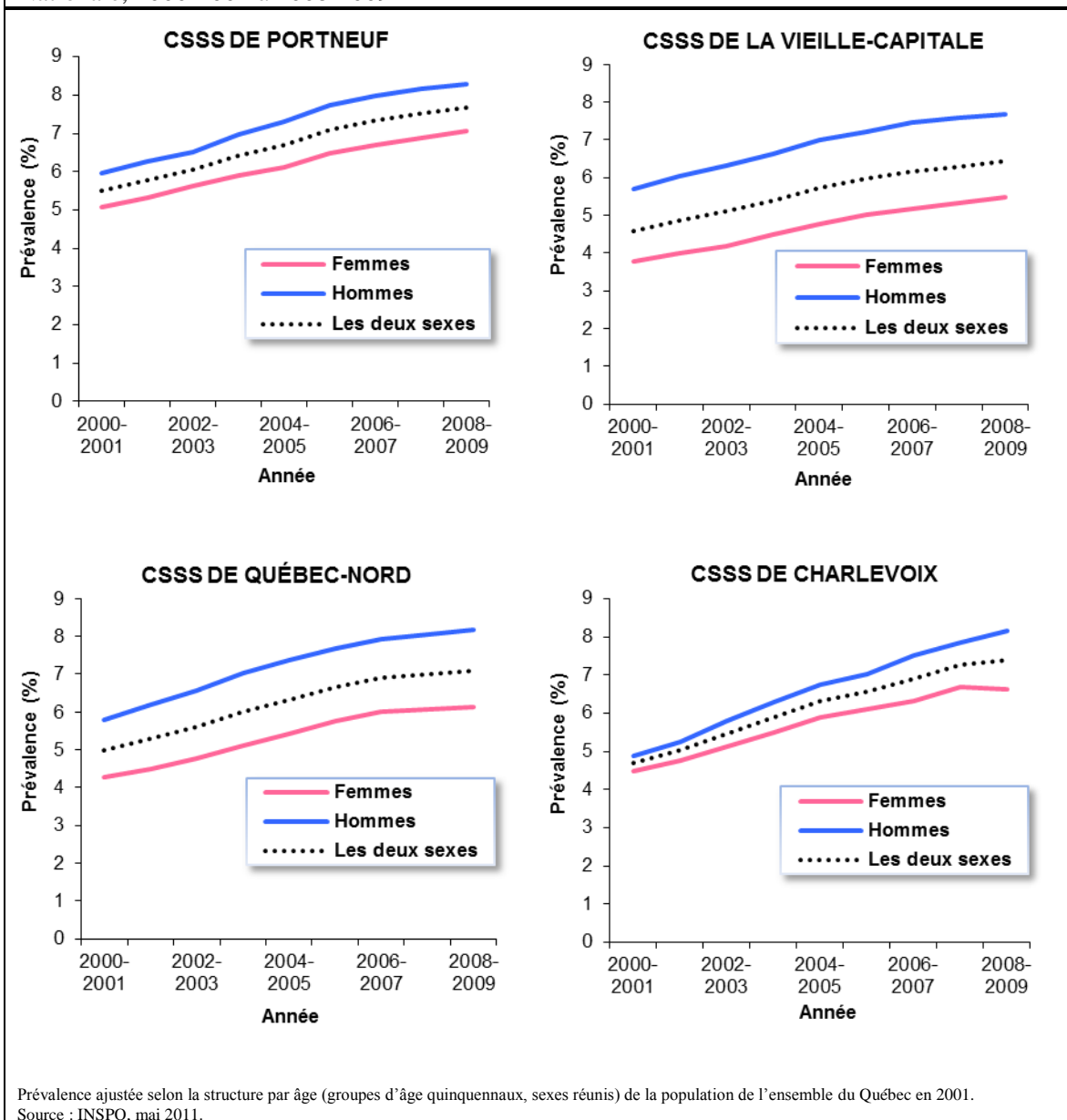
I.C. : intervalle de confiance.

Source : INSPQ, mai 2011.

Quel que soit le territoire de CSSS, la prévalence du diabète, ajustée pour l'âge, a augmenté tant chez les femmes que chez les hommes (figure 4). Au cours de la période étudiée, les hommes ont toujours présenté une prévalence relative supérieure à celle des femmes. La prévalence était aussi à la hausse dans tous les districts de CLSC (données non présentées).

Figure 4

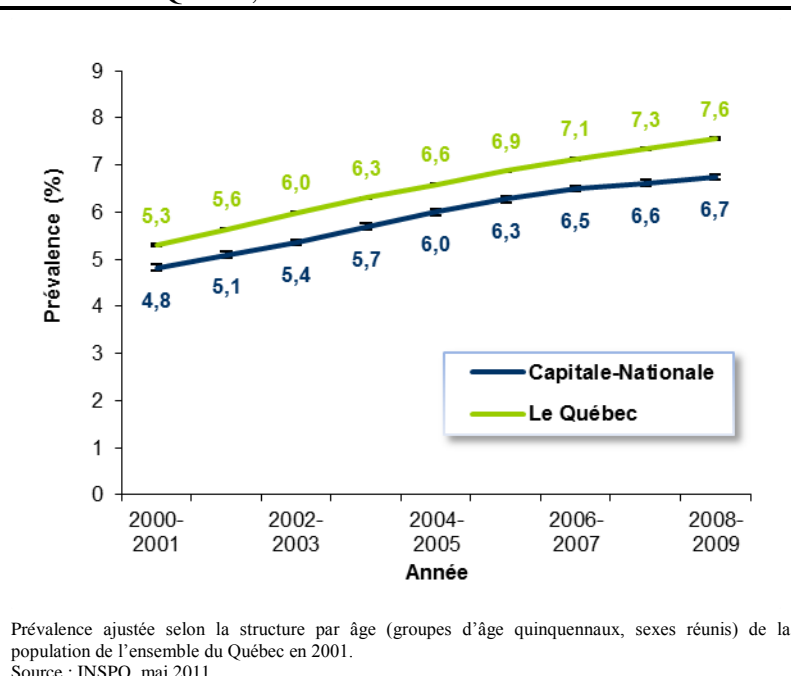
Prévalence du diabète ajustée pour l'âge selon le sexe, 20 ans et plus, CSSS de la Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009



La région comparativement au reste du Québec

La prévalence du diabète a augmenté au cours de la dernière décennie chez les personnes de 20 ans et plus, tant dans la Capitale-Nationale que dans l'ensemble du Québec (figure 5). Tout au long de cette période, la région a présenté systématiquement une prévalence inférieure à celle du Québec.

Figure 5
Prévalence du diabète ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, Capitale-Nationale et Québec, 2000-2001 à 2008-2009



2.2. L'incidence du diabète

Environ 3 200 personnes de 20 ans et plus demeurant dans la région ont reçu un diagnostic de diabète pour la première fois au cours de l'année 2008-2009, ce qui représente un taux (brut) de 6,3 nouveaux cas pour 1 000 personnes⁴. Les hommes présentaient un taux d'incidence un peu plus élevé (6,8 nouveaux cas pour 1 000) que les femmes (5,7 nouveaux cas pour 1 000).

L'âge, le sexe et le territoire

La très grande majorité (83 %) des nouveaux cas de diabète étaient âgés de 50 ans et plus, dont 63 % avaient entre 50 et 74 ans (tableau IV). Le taux d'incidence augmentait avec l'âge, de sorte que les taux les plus élevés ont été observés chez les 65-74 ans et les 75 ans et plus.

4. Les cas prévalents ont été exclus de la population.

Tableau IV

Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Les deux sexes	
	Nouveaux cas	Taux pour 1 000 personnes (intervalle de confiance à 95 %)	Nouveaux cas	Taux pour 1 000 personnes (intervalle de confiance à 95 %)	Nouveaux cas	Taux pour 1 000 personnes (intervalle de confiance à 95 %)
20-34	60	0,9 (0,68-1,15)	35	0,5 * (0,34-0,68)	95	0,7 (0,55-0,84)
35-49	170	2,5 (2,10-2,85)	285	4,0 (3,51-4,45)	455	3,2 (2,93-3,53)
50-64	509	7,0 (6,39-7,61)	725	11,1 (10,28-11,91)	1 234	8,9 (8,43-9,43)
65-74	371	13,9 (12,51-15,37)	383	18,1 (16,29-19,96)	754	15,7 (14,63-16,90)
≥ 75	395	15,3 (13,87-16,93)	230	16,6 (14,51-18,87)	625	15,8 (14,56-17,06)

* La valeur doit être interprétée avec prudence, le coefficient de variation est supérieur à 16,6 %, mais inférieur ou égal à 33,3 %.

Source : INSPQ, mai 2011.

Dans chacun des districts de CLSC de Charlesbourg, de Beauport, de Loretteville–Val-Bélair, de Sainte-Foy–Sillery et de Limoilou-Vanier, plus de 300 personnes ont reçu un diagnostic de diabète pour la première fois au cours de l'année 2008-2009 (tableau V). Les territoires des CSSS de Charlevoix et de Portneuf ainsi que le district de Limoilou-Vanier présentaient les taux bruts d'incidence les plus élevés de la région.

Tableau V

Nombre de nouveaux cas de diabète et taux brut d'incidence, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

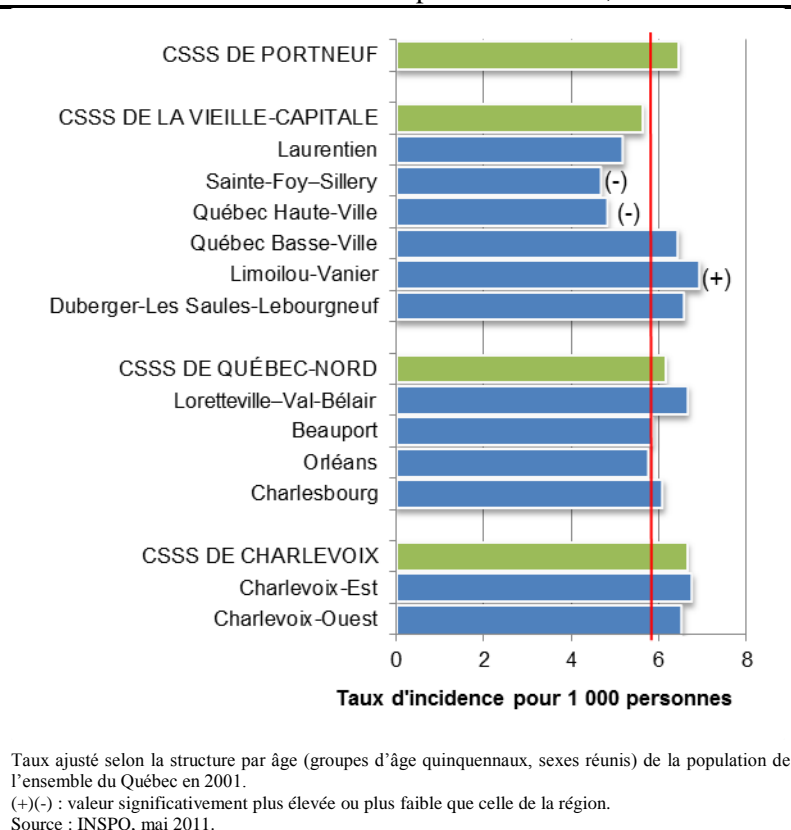
CSSS et district de CLSC	Nombre de nouveaux cas	Population corrigée ¹ de 20 ans et plus	Taux brut pour 1 000 personnes (intervalle de confiance à 95 %)
CSSS DE PORTNEUF	250	34 428	7,3 (6,39-8,22)
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	1 414	235 640	6,0 (5,69-6,32)
Laurentien	222	44 141	5,0 (4,39-5,74)
Sainte-Foy–Sillery	338	61 028	5,5 (4,96-6,16)
Québec Haute-Ville	180	31 256	5,8 (4,95-6,66)
Québec Basse-Ville	136	21 327	6,4 (5,35-7,54)
Limoilou-Vanier	328	45 234	7,3 (6,49-8,08)
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	210	32 654	6,4 (5,59-7,36)
CSSS DE QUÉBEC-NORD	1 327	213 919	6,2 (5,87-6,55)
Loretteville–Val-Bélair	350	59 708	5,9 (5,26-6,51)
Beauport	370	59 059	6,3 (5,64-6,94)
Orléans	146	22 588	6,5 (5,46-7,60)
Charlesbourg	461	72 564	6,4 (5,79-6,96)
CSSS DE CHARLEVOIX	172	21 889	7,9 (6,73-9,12)
Charlevoix-Est	93	11 901	7,8 (6,31-9,57)
Charlevoix-Ouest	79	9 988	7,9 (6,26-9,86)
CAPITALE-NATIONALE	3 163	505 876	6,3 (6,04-6,47)

¹ Population corrigée : les cas prévalents ont été exclus.

Source : INSPQ, mai 2011.

En 2008-2009, le taux d'incidence du diabète ajusté pour l'âge (qui tient compte des différences dans les structures d'âge) était plus élevé dans Limoilou-Vanier comparativement à l'ensemble de la région. Par contre, les districts de Sainte-Foy-Sillery et de Québec Haute-Ville présentaient des taux d'incidence plus faibles que la région (figure 6). Le nombre moins élevé de nouveaux cas de diabète limite l'analyse et la comparaison territoriale (annexe D).

Figure 6
Taux d'incidence du diabète, ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

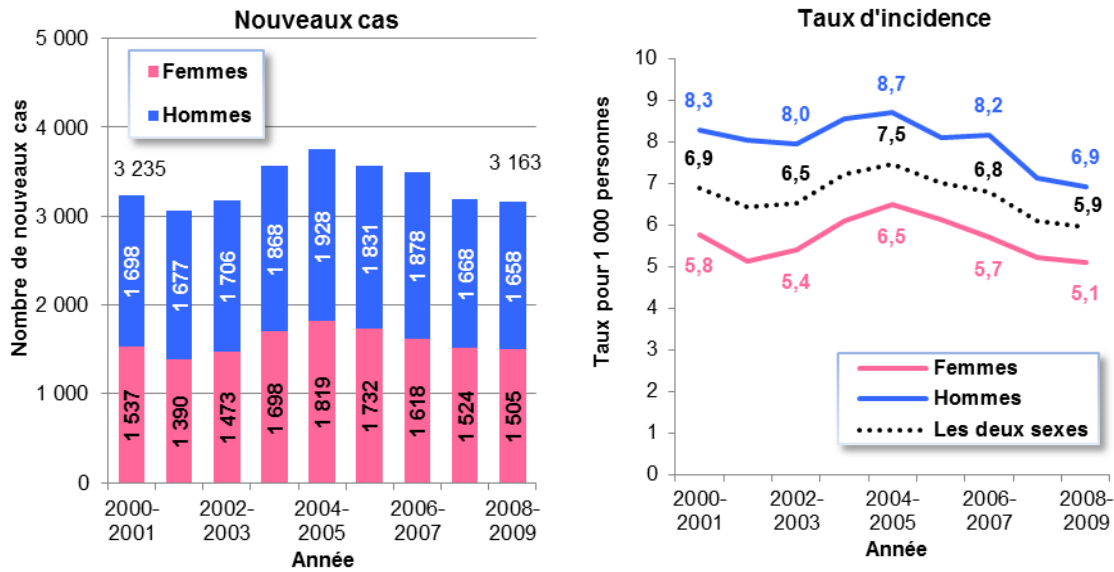


L'évolution temporelle

Dans la région, le nombre de nouveaux cas de diabète a légèrement augmenté jusqu'en 2004-2005 pour diminuer par la suite (figure 7). Une diminution des taux d'incidence est d'ailleurs observée depuis 2004-2005, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 7

Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2000-2001 à 2008-2009



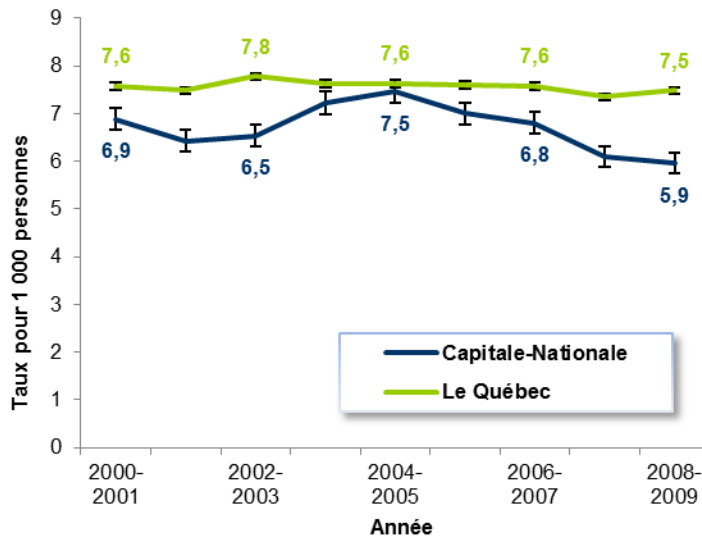
Taux d'incidence ajusté selon la structure par âge (groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis) de la population de l'ensemble du Québec en 2001.
Source : INSPQ, mai 2011.

La région comparativement au reste du Québec

Depuis 2000-2001, le taux d'incidence du diabète ajusté pour l'âge est plutôt stable dans l'ensemble de la province alors que, dans la région de la Capitale-Nationale, le taux tend à diminuer depuis l'année 2004-2005 (figure 8). Est-ce le reflet de changements dans la facturation, dans les lignes directrices, ou d'autres phénomènes? Ces hypothèses restent à valider. D'autre part, les prochaines données permettront de vérifier si cette tendance à la baisse se maintiendra dans la région.

Figure 8

Taux d'incidence du diabète ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, Capitale-Nationale et Québec, 2000-2001 à 2008-2009



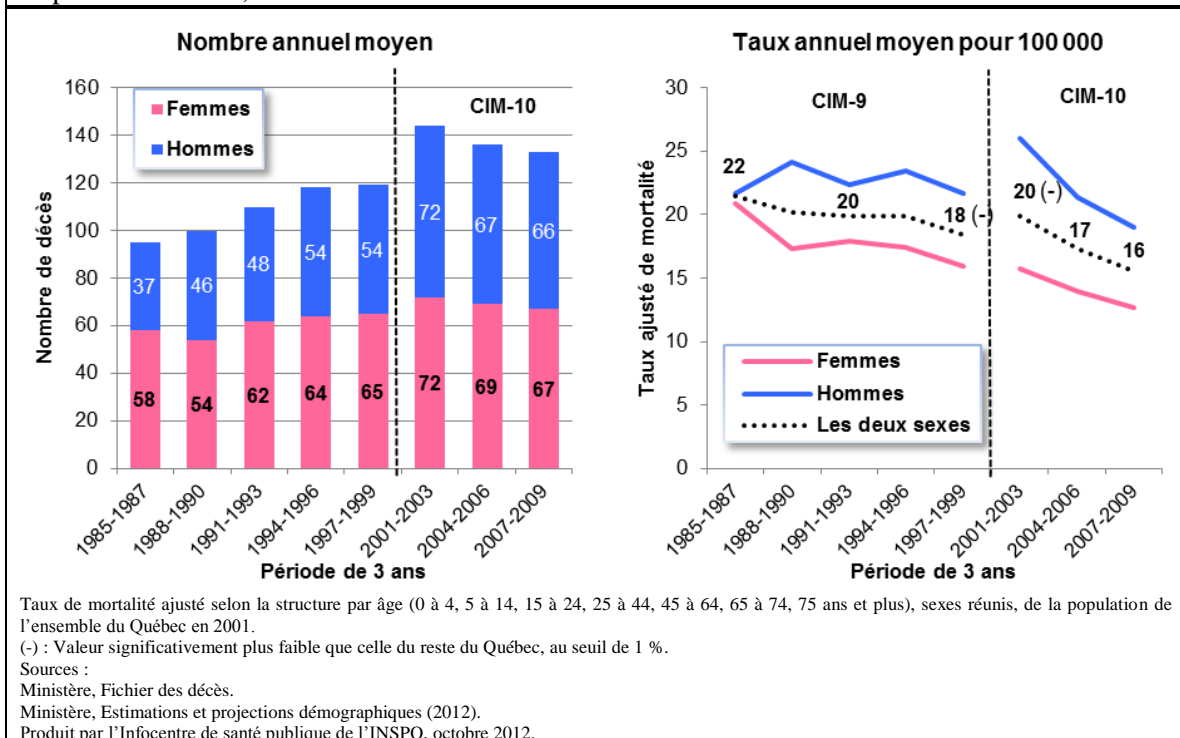
Taux d'incidence ajusté selon les groupes d'âge quinquennaux, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2001.
Source : INSPQ, mai 2011.

2.3. La mortalité par diabète

Au cours de la période de 2007 à 2009, 134 résidents de la région sont décédés de diabète en moyenne chaque année (quel que soit l'âge) (figure 9). De tous les décès, le diabète figure comme cause principale du décès dans 2,5 % des cas. Dans la région, le taux de mortalité pour cette maladie est semblable à celui observé dans le reste de la province.

Figure 9

Nombre annuel moyen de décès par diabète et taux de mortalité ajusté pour l'âge selon le sexe, Capitale-Nationale, 1985-1987 à 2007-2009



Toutefois, le diabète ne constitue pas nécessairement la principale cause du décès. Cette maladie a été inscrite comme une cause secondaire de décès chez 292 résidents de la région (moyenne annuelle pour la période de 2007 à 2009). Au total, 7,8 % des décès avaient le diabète comme cause principale ou comme cause secondaire de décès.

2.4. Quelques éléments de discussion

En 2008-2009, 42 000 personnes de 20 ans et plus demeurant dans la région avaient reçu un diagnostic de diabète, dont 3 200 au cours de l'année. En moyenne chaque année, le diabète entraîne 134 décès. L'évolution des mesures de prévalence et d'incidence du diabète, couvrant la période de 2000-2001 à 2008-2009, montre que le nombre de cas de diabète ainsi que la prévalence relative ont augmenté graduellement dans la région et que le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence, bien qu'ayant

fluctué au cours de la période, laissent entrevoir une baisse. Le taux de mortalité par diabète était également en diminution.

Le nombre de cas de diabète ainsi que la prévalence relative ont augmenté dans la région, tout comme dans l'ensemble du Québec. Cette hausse de la prévalence est aussi observée ailleurs au Canada (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2011). D'ailleurs, les facteurs suivants pourraient expliquer cette tendance : le vieillissement de la population, une plus longue durée de vie des personnes vivant avec le diabète à la suite de l'amélioration du traitement et au dépistage précoce et la hausse des taux d'embonpoint et d'obésité.

Dans la région, le taux d'incidence du diabète a fluctué – d'abord une augmentation suivie d'une diminution depuis 2004-2005 – alors que, dans l'ensemble du Québec, le taux est demeuré stable. Au Canada, globalement, le taux d'incidence a connu une légère hausse entre 1998-1999 et 2008-2009, quoique des tendances différentes aient été observées selon les provinces et les territoires (ASPC, 2011). L'utilisation du dépistage ou les changements apportés au cours des années concernant le diagnostic figurent parmi les facteurs pouvant influencer ces tendances. Les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète ont évolué au fil du temps. Selon Lyon et autres (2004), celles de 2003 recommandaient un dépistage plus précoce, dès la quarantaine, ainsi qu'un test d'hyperglycémie provoqué chez les personnes à risque, ce qui a pu contribuer à la hausse du nombre de cas et expliquer le « pic » observé dans la région en 2004.

Le surplus de poids (embonpoint et obésité) représente un facteur de risque important pour le diabète de type 2 et ses complications (ASPC, 2011, Émond, 2005). Le surplus de poids est mesuré à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC)⁵. Au Canada, la prévalence de l'obésité a augmenté au cours des trois dernières décennies (ASPC, 2011) et cette tendance serait aussi présente au Québec (Ministère, 2011). Dans la région, les taux d'embonpoint et d'obésité sont respectivement de 33 % et 14 %, selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007-2008 (Ferland et Pageau, 2011). Ces proportions ne sont pas différentes de celles obtenues lors de l'enquête de 2003 et ces données régionales sont semblables à celles du Québec. Cependant, sur le territoire de Charlevoix, la proportion d'adultes faisant de l'embonpoint a augmenté entre les deux périodes (de 29 % à 39 %), de sorte qu'en 2007-2008 ce territoire présentait une proportion plus élevée que celle du Québec et le taux brut d'incidence le plus élevé de la région.

Ne serait-ce qu'en raison de l'évolution démographique (vieillesse de la cohorte du *baby-boom*), on peut s'attendre à ce que le nombre de personnes ayant un diabète diagnostiqué augmente au cours des prochaines décennies. De saines habitudes de vie (le maintien d'un poids santé, la pratique régulière d'activité physique, une alimentation saine) contribuent à retarder ou prévenir l'apparition du diabète de type 2 (Pigeon et Larocque, 2011).

5. L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Les adultes de 18 ans et plus ayant un IMC compris entre 25 et $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ sont considérés comme faisant de l'embonpoint, alors que ceux ayant un IMC de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ou plus sont considérés obèses.

3 Consommation de services

3.1 Description de la cohorte

Rappelons que la description de la consommation de services ne porte pas sur l'ensemble des cas prévalents présentés à la section précédente, mais sur une cohorte d'utilisateurs (chapitre 1). Cette cohorte est brièvement décrite, l'objectif poursuivi étant d'apprécier la base d'observations sur laquelle reposeront plus tard nos constats d'analyse.

En 2007-2008, 37 546 personnes diabétiques de 20 ans et plus de la région de la Capitale-Nationale ont été identifiées. Conformément aux constats faits à la section sur la prévalence, une augmentation importante du nombre de personnes est notée entre 2003-2004 et 2007-2008. La variation observée sur ces cinq années est cependant de moindre ampleur (19 % comparativement à 29 % pour la prévalence).

Tableau VI

Nombre d'utilisateurs diabétiques selon les groupes d'âge, Capitale-Nationale, 2003-2004 à 2007-2008

Groupe d'âge (ans)	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008		Variation (%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
20-34	1 073	3	1 126	3	1 066	3	1 041	3	1 056	3	- 1,6
35-49	4 017	13	4 253	13	4 173	12	4 242	12	4 142	11	3
50-64	11 180	35	12 183	34	12 831	36	13 389	36	13 482	36	21
65-74	8 277	26	8 721	26	9 149	26	9 605	26	9 796	26	18
75 et +	7 112	22	7 643	22	8 232	23	8 694	24	9 070	24	28
Total	31 659		33 926		35 451		36 971		37 546		19

Sources : Agence, Banque de données jumelées; Ministère.

La distribution des utilisateurs identifiés dans la cohorte de consommation des services révèle que 53 % sont des hommes et 47 % sont des femmes. Ces proportions sont constantes tout au long des années étudiées.

En 2007-2008, les personnes de 50 ans et plus constituaient 86 % de la cohorte.

La plus forte proportion, soit 45 % de ces personnes, réside sur le territoire du CSSS de Vieille-Capitale. Le CSSS de Québec Nord en héberge 42 %, celui de Portneuf 8 % et celui de Charlevoix 5 %.

La suite de l'analyse reprendra plus en détail, pour chacun des services, les caractéristiques des personnes et de leur consommation pour l'année 2007-2008, l'évolution depuis 2003-2004 et les particularités par territoire de CSSS et district de CLSC. Notez que les données sur le sexe et l'âge ne sont pas illustrées.

3.2 Services médicaux ambulatoires

Rappelons que les consultations médicales ambulatoires concernent les services obtenus dans les milieux suivants : les GMF, les cliniques médicales privées, les CRQ et les services de consultations externes des hôpitaux.

Le suivi médical des personnes atteintes de diabète est effectué par un médecin de famille ou par un spécialiste ou souvent par les deux. En 2007-2008, 36 532 personnes ont consulté un médecin, soit 97 % de la cohorte, 89 % ont rencontré un médecin de famille et 76 % un spécialiste. Ces personnes ont effectué 347 774 consultations, dont 168 450 auprès d'un médecin de famille et 179 324 auprès d'un médecin spécialiste.

Les hommes consultent un médecin dans une proportion légèrement supérieure à celle des femmes, mais ces dernières ont un nombre moyen de visites légèrement supérieur.

Le plus grand nombre de personnes diabétiques et le plus grand nombre de consultations médicales se situent chez les 50-64 ans. Toutefois, c'est chez les 75 ans et plus que le nombre moyen de consultations par année est le plus élevé avec 11 visites par personne.

Le nombre de personnes ayant consulté un médecin a augmenté au cours des années dans une proportion près de celle de la cohorte des personnes diabétiques. Il est toutefois important de noter une augmentation de 14 % du nombre de consultations auprès d'un médecin spécialiste et une diminution de 1 % de celles auprès d'un médecin de famille.

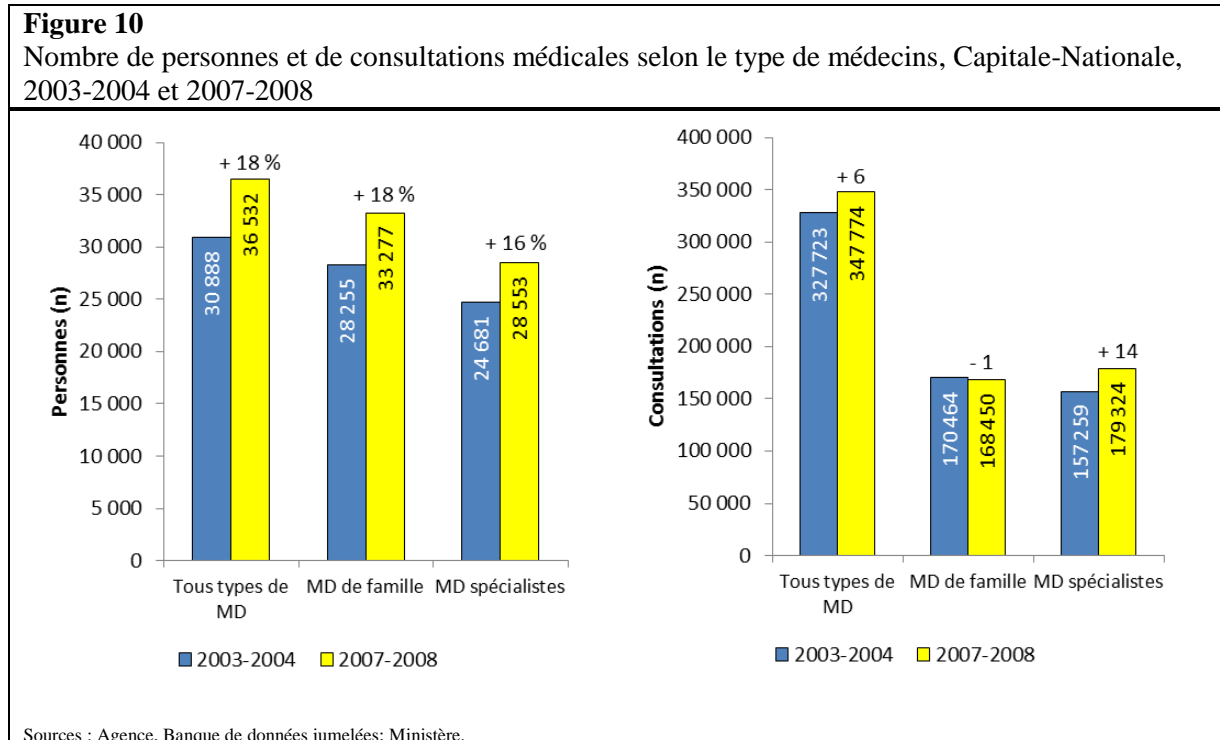
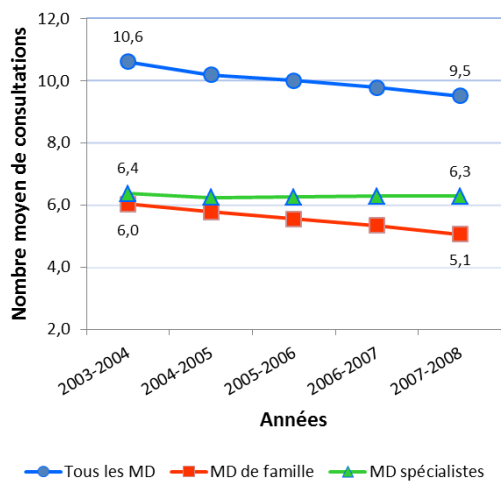


Figure 11
Évolution du nombre moyen de consultations selon le type de médecins, Capitale-Nationale, 2003-2004 à 2007-2008



Sources : Agence, Banque de données jumelées; Ministère.

En 2007-2008, le nombre moyen de consultations par personne auprès d'un médecin était de 9,5, 5 visites auprès des médecins de famille et 6 visites auprès des spécialistes. La figure 11 met en évidence une légère diminution de ces nombres moyens entre 2003-2004 et 2007-2008.

Le tableau suivant apporte davantage de précisions concernant l'intensité des suivis médicaux.

Tableau VII

Répartition des personnes en fonction du nombre de consultations et selon le type de médecins, Capitale-Nationale, 2007-2008

Nombre de consultations	Tous les MD		MD de famille		MD spécialiste	
	N	%	N	%	N	%
Aucune	1 014	3	4 269	11	8 993	24
1-2	4 810	13	9 192	24	10 376	28
3-5	9 680	26	13 510	36	8 334	22
6-9	9 237	25	6 779	18	5 123	14
10 et plus	12 805	34	3 796	10	4 720	13

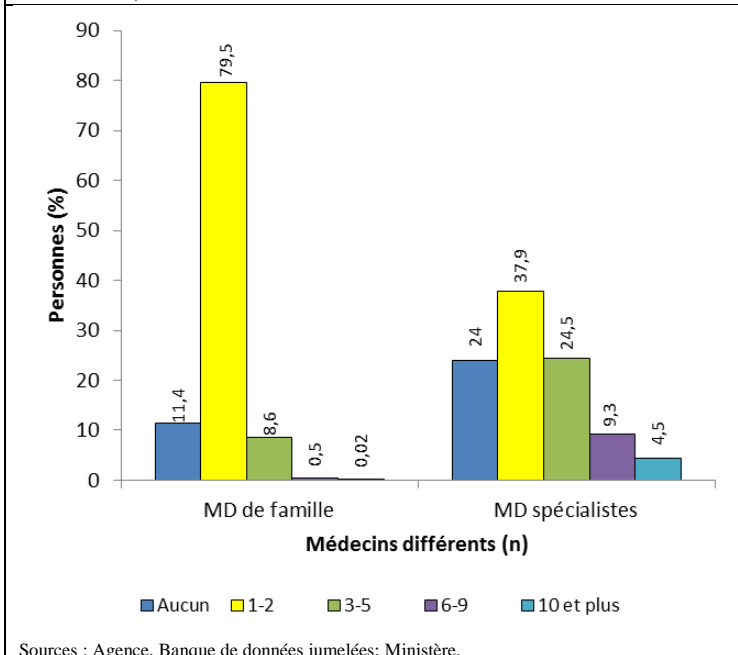
Sources : Agence, Banque de données jumelées; Ministère.

En 2007-2008, près de 13 000 personnes ont vu un médecin 10 fois et plus.

Pour les consultations auprès d'un médecin de famille, le plus grand nombre de personnes cumule de 3 à 5 visites, tandis que le plus grand nombre de personnes ayant consulté un médecin spécialiste l'ont fait d'une à 2 fois.

En 2007-2008, une personne diabétique a rencontré en moyenne 4 médecins différents au cours de l'année, moins de 2 médecins de famille différents et une moyenne de 4 spécialistes différents, donnée stable depuis 2003-2004. La figure 12 illustre la distribution des personnes selon le nombre de médecins de famille ou de spécialistes différents.

Figure 12
Répartition des personnes en fonction du nombre de médecins rencontrés selon le type de médecins, Capitale-Nationale, 2007-2008



Pour les médecins de famille, 80 % des personnes en rencontrent 1 à 2 différents et moins de 10 % en consultent 3 et plus.

La distribution est plus variable pour le nombre de médecins spécialistes bien que le plus grand nombre en rencontre aussi 1 à 2. La pratique de groupe des médecins spécialistes et les différents besoins de santé liés aux nombreuses comorbidités associées au diabète sont à prendre en compte pour expliquer le nombre de médecins spécialistes différents rencontrés.

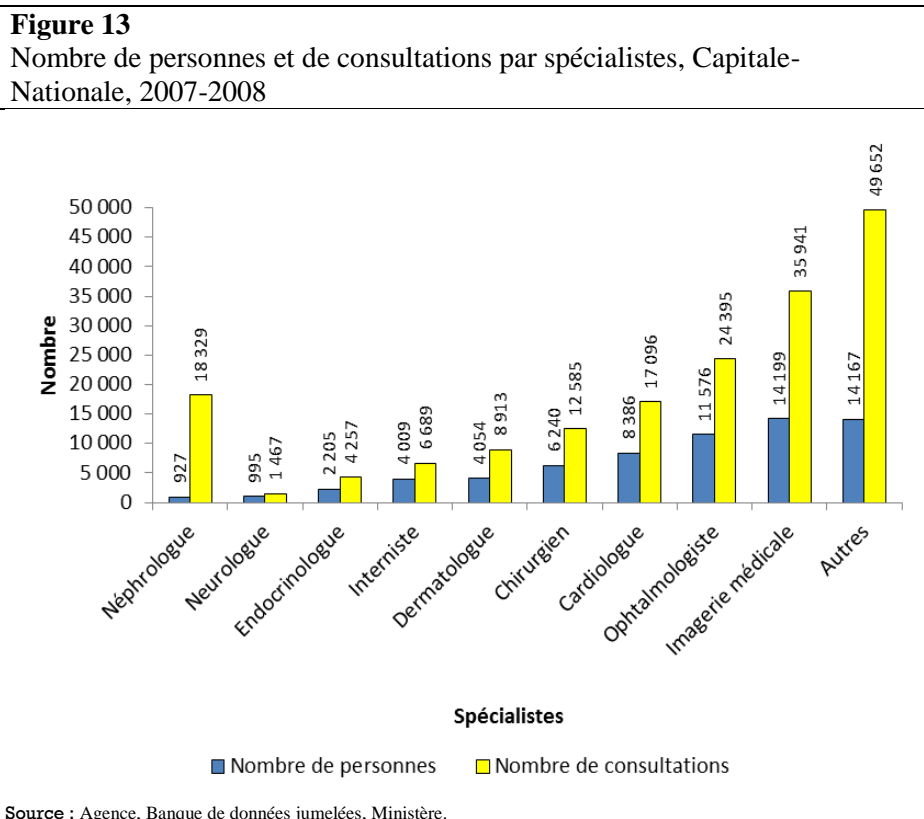
Il y a très peu d'écart entre les différents territoires de CSSS et les districts de CLSC concernant les consultations médicales. Le détail de ces informations se trouve à l'annexe E.

3.3 Consultations médicales en spécialité

Dans le cadre de leur suivi médical, les diabétiques ont fréquemment recours à des soins spécialisés. Les consultations auprès des médecins spécialistes sont souvent requises dans le cadre du traitement de leur maladie métabolique pour prévenir, dépister ou traiter des problèmes de santé qui peuvent être associés ou non à leur état diabétique. En 2007-2008, on dénombrait 179 324 consultations de patients diabétiques auprès de médecins spécialistes. Il s'agit d'une augmentation de 14 % en nombre absolu par rapport à 2003-2004. Le tableau de l'annexe G illustre le détail de cette variation pour chaque spécialité. Les spécialistes en imagerie médicale (regroupement de la radiologie, de l'ultrasonographie et de la médecine nucléaire) sont ceux dont les services sont les plus sollicités. Près de 36 000 examens d'imagerie médicale ont été réalisés auprès de patients diabétiques de la région en 2007-2008.

Les complications les plus fréquentes du diabète concernent les maladies cardiovasculaires, le système rénal (néphropathie diabétique), le système nerveux (neuropathie diabétique) et le système oculaire (rétinopathie diabétique). La figure 13 fait état du nombre de patients et du nombre de consultations effectuées auprès des différentes spécialités.

Il est intéressant de constater que 31 % des diabétiques ont rencontré un ophtalmologiste et que 22 % ont eu recours au service d'un cardiologue. Une augmentation de 46 % des consultations auprès des néphrologues est observée par rapport à 2003-2004. La problématique des néphropathies diabétiques en phase avancée justifie probablement en bonne partie cette augmentation.



3.4 Consommation de services en milieu hospitalier

Pour l'analyse de la consommation de services en milieu hospitalier, notre attention s'est portée sur les visites à l'urgence et les hospitalisations dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Pour ajouter de la précision aux données, nous avons décidé de retenir toutes les visites à l'urgence et les hospitalisations des personnes diabétiques, puis de distinguer celles faites pour une cause pouvant être associée au diabète et celles faites en raison principale de diabète. (Chapitre 1 et annexe A)

Visites à l'urgence

En 2007-2008, 13 996 (37 %) personnes diabétiques ont visité au moins une fois l'urgence pour toutes causes confondues. De ce nombre, 3 273 (9 %) se sont présentées à l'urgence pour une cause pouvant être associée au diabète et 1 133 (3 %) en raison de leur diabète. La majorité des personnes a donc consulté à l'urgence pour des causes non reliées au diabète.

Pour cette même année, le nombre total de visites à l'urgence était de 30 163 dont 4 618 (15 %) faites en raison d'une cause pouvant être associée au diabète et 1 366 (5 %) avec le diabète en raison principale. Ce sont donc 80 % des visites à l'urgence qui sont réalisées pour d'autres raisons que le diabète.

Les hommes ont visité l'urgence dans une proportion légèrement supérieure à celle des femmes, mais ces dernières ont eu un nombre moyen de visites légèrement supérieur.

La répartition des personnes était à peu près équivalente entre les différents groupes d'âge, soit environ 30 % pour les 50-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus. Le nombre moyen de visites à l'urgence par les 20-34 ans est toutefois le plus élevé, mais pour un petit nombre d'individus (425, soit 3 %)

Entre 2003-2004 et 2007-2008, une augmentation de 16 % du nombre de personnes diabétiques ayant consulté à l'urgence a été observée, proportion légèrement inférieure à l'augmentation de la cohorte. Le nombre de celles ayant des causes pouvant être reliées au diabète a augmenté de 12 % et le nombre de celles avec une raison principale de diabète a régressé de 5 %. Le nombre total de visites a varié dans des proportions presque équivalentes.

Figure 14

Nombre de personnes et de visites à l'urgence selon la cause, Capitale-Nationale en 2003-2004 et 2007-2008

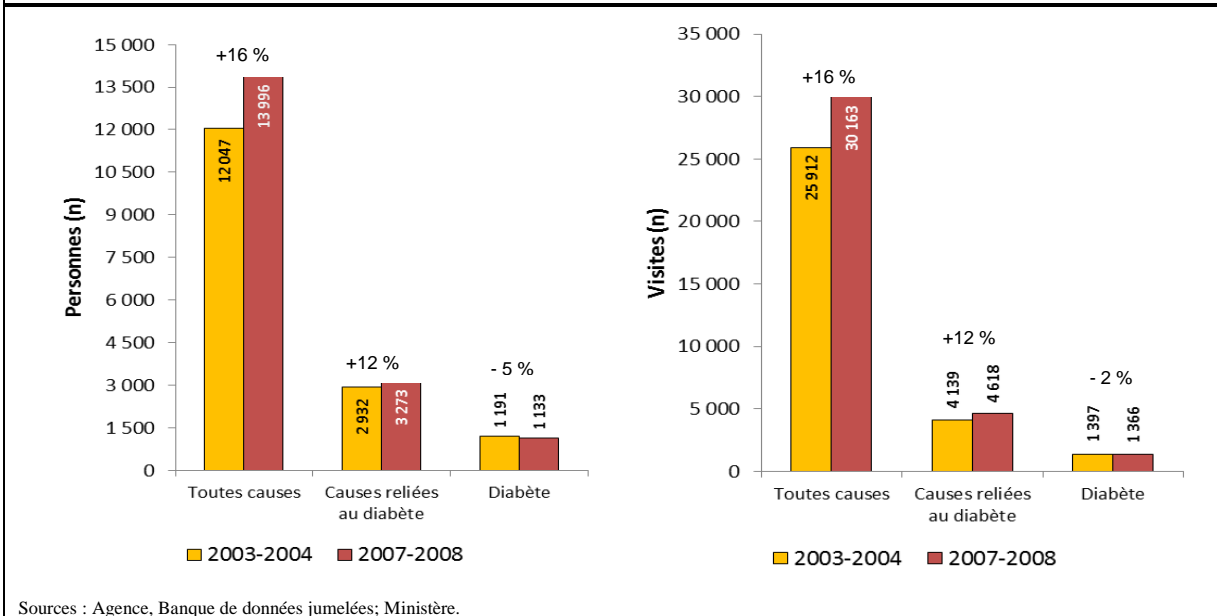
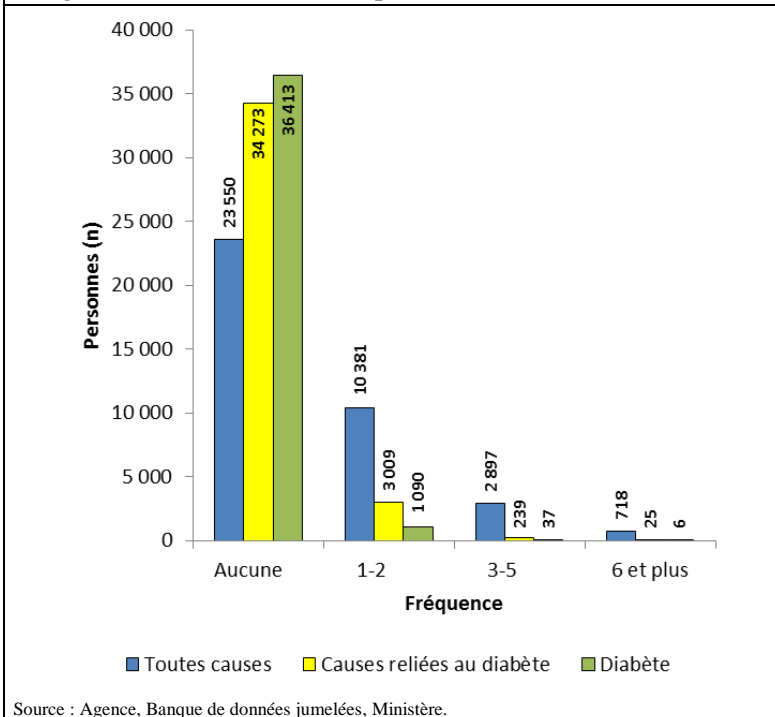


Figure 15

Répartition des personnes selon la fréquence des visites à l'urgence et selon la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008



Le nombre moyen de visites à l'urgence était de 2 par personne.

La grande majorité des personnes ayant fréquenté l'urgence, soit 10 381 des 13 996, ont effectué 1 à 2 visites.

Toutefois, 264 personnes se sont rendues à l'urgence 3 fois et plus pour une cause pouvant être reliée au diabète et 43 en raison de leur diabète.

La proportion de 37 % de personnes ayant visité l'urgence ainsi que le nombre moyen de 2 visites par personne varient peu entre les districts de CLSC, sauf pour deux milieux. Le territoire du CSSS de Charlevoix se distingue avec 56 % de diabétiques qui ont utilisé l'urgence et le district Orléans du CSSS de Québec-Nord avec 45 %. Les services médicaux ambulatoires en dehors des heures de bureau sont principalement offerts par les urgences des hôpitaux des secteurs est et ouest du territoire de Charlevoix, ainsi qu'à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré pour les résidents de la Côte-de-Beaupré du CSSS de Québec-Nord. Le détail de ces informations se trouve à l'annexe E.

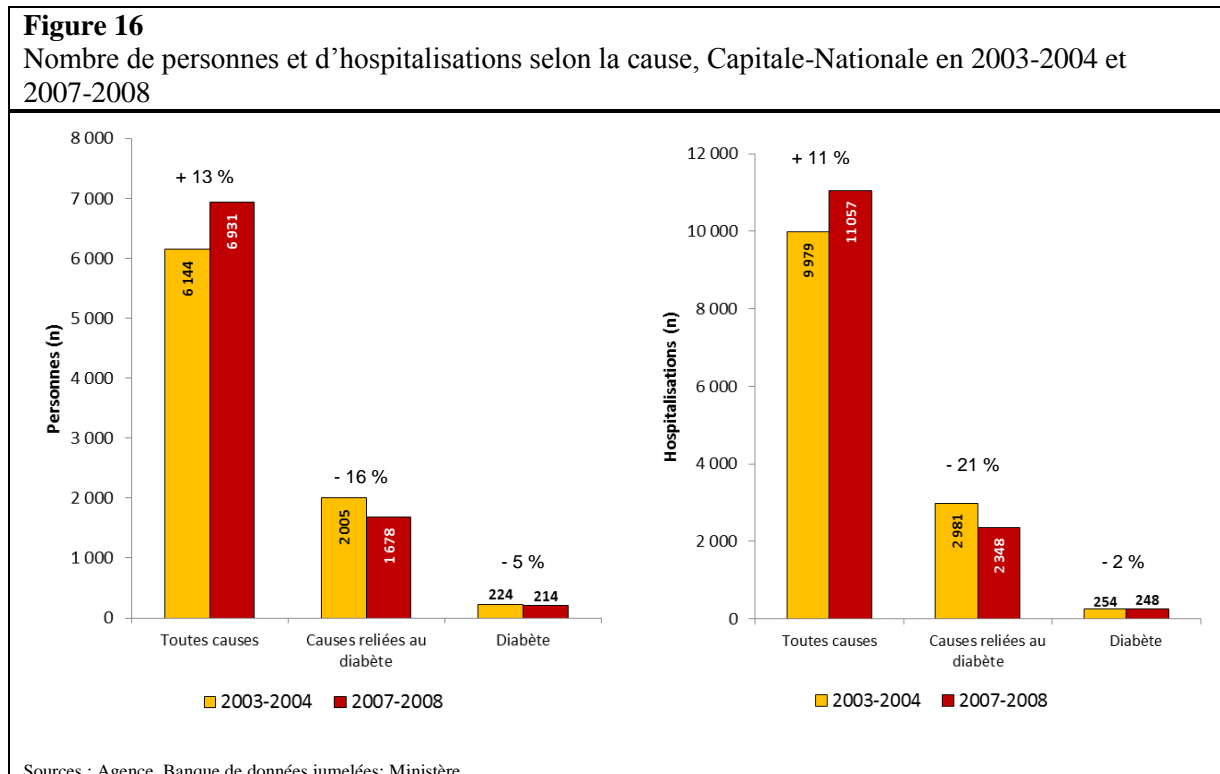
Hospitalisations

En 2007-2008, 6 931 personnes diabétiques (19 %) ont été hospitalisées pour toutes causes confondues. De ce nombre, 1 678 (5 %) l'ont été pour une cause pouvant être reliée au diabète et 214 (0,6 %) en raison de leur diabète. La majorité des personnes a donc été hospitalisée pour des causes non reliées au diabète.

Pour cette même année, le nombre total d'hospitalisations était de 11 057 dont 2 348 (21 %) en raison d'une cause pouvant être associée au diabète et 248 (2 %) avec le diabète en raison principale. Ce sont donc 77 % des hospitalisations qui sont réalisées pour d'autres raisons que le diabète.

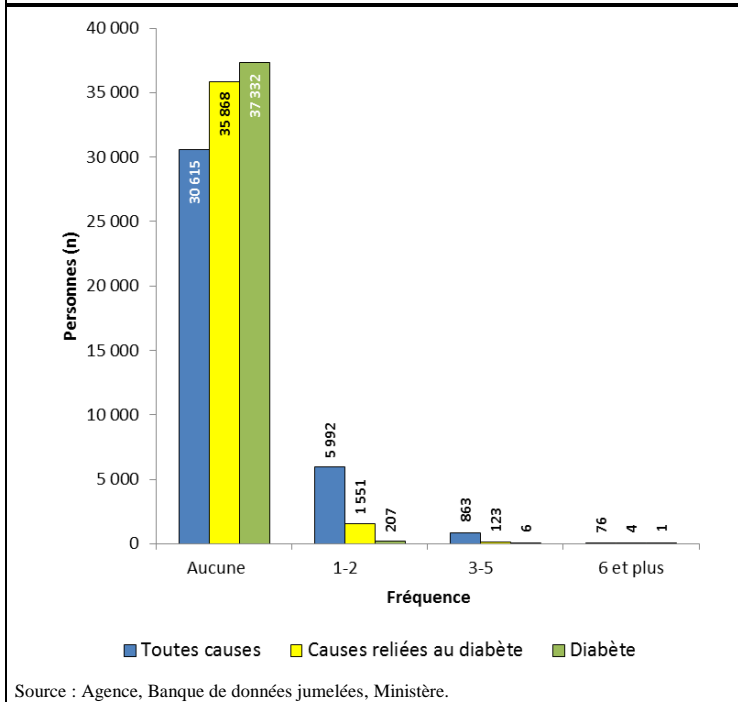
Les hommes ont été hospitalisés dans une proportion légèrement supérieure à celle des femmes. Ils ont aussi eu un nombre moyen d'hospitalisations légèrement supérieur.

Les personnes de 75 ans et plus sont celles qui cumulent le plus grand nombre d'hospitalisations, avec une proportion de 40 %. Toutefois, le nombre moyen d'hospitalisations le plus élevé se retrouve chez les 20-34 ans, mais pour un petit nombre d'individus (118, soit moins de 2 %).



Entre 2003-2004 et 2007-2008, le nombre des personnes diabétiques hospitalisées a augmenté de 13 %, augmentation inférieure à celle de la cohorte. Toutefois, le nombre de celles hospitalisées pour des causes pouvant être reliées au diabète a diminué de 16 % et celui pour une raison principale de diabète de 5 %. Le nombre des hospitalisations a suivi une variation semblable, soit une augmentation de 11 % du nombre total et une diminution de 21 % des hospitalisations pour des causes pouvant être reliées au diabète et de 2 % en raison du diabète.

Figure 17
Répartition des personnes selon la fréquence des hospitalisations et selon la cause, Capitale-Nationale, 2007-2008



Le nombre moyen d'hospitalisations était de 1,6 par personne.

La majorité des personnes hospitalisées, près de 6 000 des 6 931, l'a été de 1 à 2 fois et 939 l'a été 3 fois et plus.

Les personnes hospitalisées pour leur diabète ou pour une cause pouvant y être reliée le sont rarement 3 fois et plus, soit respectivement 7 et 127 personnes au cours de l'année 2007-2008.

L'analyse territoriale révèle certains écarts par rapport à la proportion régionale de 19 % de personnes ayant été hospitalisées. Les districts des CLSC Loretteville-Val-Bélair et Orléans du CSSS de Québec-Nord et des CLSC Laurentien et Duberger-Les Saules-Lebourgneuf du CSSS de la Vieille-Capitale ont la proportion la plus basse avec 16 % et celui de Québec Haute-Ville la plus haute avec 22 %. Le nombre moyen d'hospitalisations par personne, bien que variable, demeure inférieur à 2 par personne pour tous les territoires, soit entre 1,53 et 1,82. Le détail de ces informations est disponible à l'annexe E. Rappelons que les petits volumes limitent l'interprétation des données.

3.5 Consommation de services en CSSS (mission CLSC)

En 2007-2008, 12 477 personnes, représentant 33 % de la cohorte, soit 1 diabétique sur 3, ont eu recours à des services en CLSC.

Pour cette même année, le nombre total d'interventions en CLSC était de 250 588.

Contrairement aux autres services, les données des femmes sont supérieures quant au nombre de personnes (53 % F — 47 % H) et d'interventions (57 % F — 43 % H). Elles ont aussi le nombre moyen d'interventions par personne le plus élevé avec 22 contre 18 pour les hommes.

Concernant l'âge, 73 % des interventions en CLSC sont réalisées auprès de personnes de 65 ans et plus, dont 50 % auprès des 75 ans et plus. Ces dernières ont aussi le nombre moyen par personne le plus élevé avec 29.

Entre 2003-2004 et 2007-2008, le nombre de personnes diabétiques ayant reçu des services du CLSC a augmenté de 20 %, ce qui est comparable à l'augmentation de la cohorte. Le nombre total des interventions a, quant à lui, augmenté de 28 %.

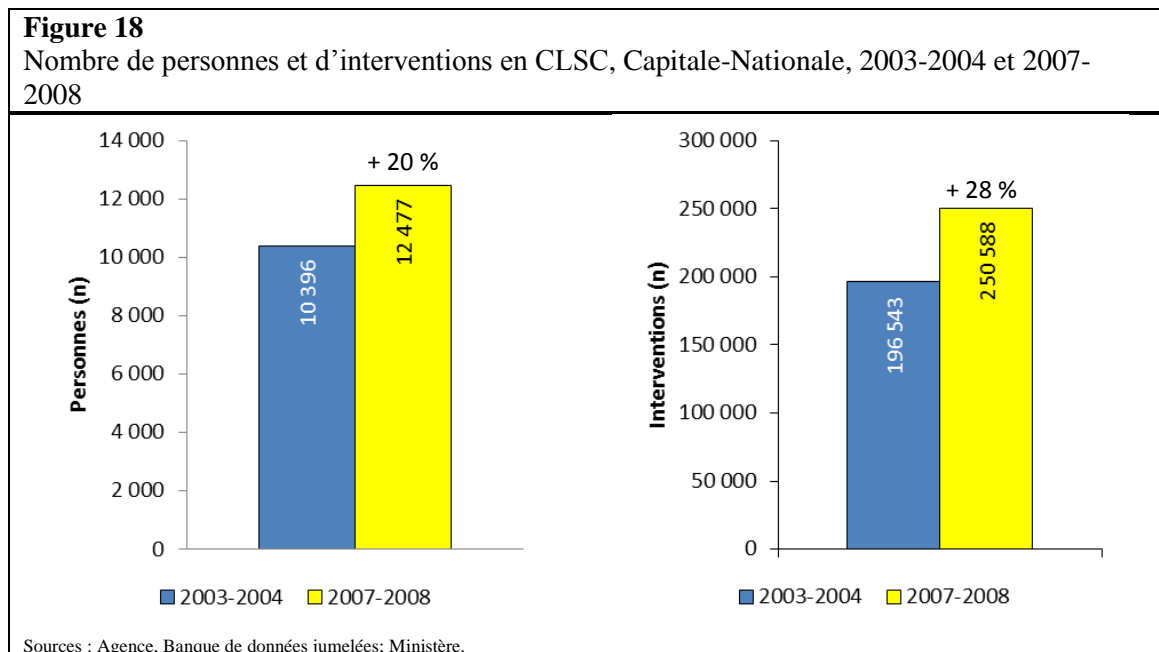
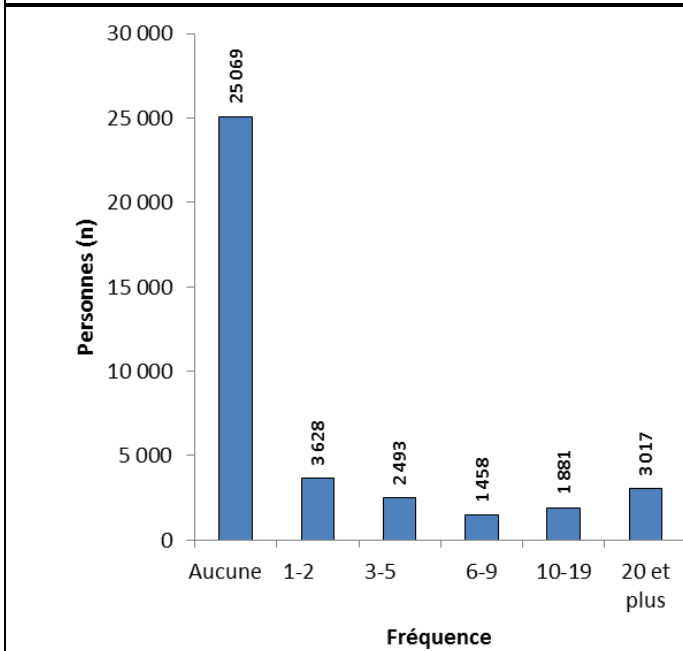


Figure 19
Répartition des personnes selon la fréquence des interventions en CLSC, Capitale-Nationale, 2007-2008



Source : Agence, Banque de données jumelées, Ministère.

Le nombre moyen d'interventions en CLSC par personne a été de 20.

Bien que le nombre de personnes ayant reçu 1 ou 2 interventions soit légèrement plus élevé, ce sont plus de 3 000 personnes qui ont reçu des services plus intensifs avec 20 interventions et plus.

Le tableau suivant permet de préciser les services en CLSC pour les personnes diabétiques de la région pour 2007-2008. L'analyse porte sur les catégories d'intervenants impliqués, sur les lieux de prestation des services ainsi que sur le profil d'interventions des personnes ayant reçu ces services.

Tableau VIII

Caractéristiques des interventions offertes en CLSC aux personnes diabétiques de la Capitale-Nationale en 2007-2008

Caractéristiques	Personnes		Interventions		n moyen d'interventions/personne
	n	%	n	%	
CATÉGORIE D'INTERVENANTS					
Infirmière	10 442	84	117 083	47	11
Travailleur social et psychologue	3 051	25	27 408	11	9
Médecin	1 857	15	5 408	2	3
Aide familiale	1 479	12	73 577	29	50
Ergothérapeute	1 346	11	7 963	3	6
Nutritionniste	1 075	9	3 304	1	3
Physiothérapeute	812	7	5 268	2	7
Éducateur et psychoéducateur	264	2	4 217	2	16
Kinésiologue	65	.5	134	0,1	2
Autres catégories	1 808	15	6 226	3	3
TOTAL	12 477 personnes différentes	—	250 588	100	20
LIEU DE PRESTATION DE SERVICES					
CLSC	10 318	83	77 625	31	8
Domicile	5 850	47	141 624	57	24
Hébergement en résidence privée	1 646	13	24 351	10	15
Autres lieux	1 210	10	6 988	3	6
TOTAL	12 477 personnes différentes	—	250 588	100	20
PROFIL D'INTERVENTION					
Santé physique court terme	7 786	62	44 131	18	6
Perte d'autonomie liée au vieillissement	4 048	32	114 141	46	28
Santé physique long terme	3 203	26	25 890	10	8
Postchirurgie	1 773	14	17 601	7	10
Santé publique autres	1 110	9	1 373	1	1
Santé mentale	1 105	9	17 481	7	16
Soins palliatifs	499	4	11 416	5	23
Autres profils	855	7	18 555	7	22
TOTAL	12 477 personnes différentes	—	250 588	100	20

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Catégorie d'intervenants

Les infirmières sont intervenues auprès de 84 % des personnes ayant reçu des services en CLSC. Elles ont réalisé 47 % des 250 588 interventions, pour un nombre moyen de 11 interventions par personne.

Les aides familiales sont intervenues auprès de 12 % des personnes et ont effectué 29 % du total des interventions avec un nombre moyen de 50 interventions par personne.

Il est important de noter que les 27 408 interventions réalisées par des travailleurs sociaux et des psychologues auprès de 3 051 personnes en 2007-2008 ont doublé par rapport au nombre obtenu pour 2003-2004.

Le petit nombre de personnes ayant consulté une nutritionniste ou un kinésologue en CLSC, professionnels reconnus comme devant jouer un rôle important dans la prévention primaire et secondaire du diabète, doit attirer notre attention. Ce sont 1 075 personnes, soit 3 % de la cohorte, qui ont vu une nutritionniste et 65, un kinésologue. Les données des autres milieux de soins, où ces services sont également disponibles, n'ont pu être obtenues dans le cadre de la présente étude.

Lieu de prestation des services

Bien que 83 % des personnes aient reçu des services au CLSC, ce sont 57 % de toutes les interventions qui ont été effectuées à domicile. Lorsque l'on ajoute celles effectuées en résidences d'hébergement privées (10 %), ces dernières étant considérées comme le domicile des personnes, nous pouvons déduire que la grande majorité des interventions a été faite à domicile.

Le nombre moyen des interventions à domicile est de 24, celui en résidence privée de 15 et celui en CLSC est de 8.

Profil d'intervention

Près de la moitié de toutes les interventions en CLSC, soit 114 141, sont réalisées auprès de personnes ayant le profil de perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)⁶, dont 4 048 personnes (32 %) ayant reçu une moyenne de 28 interventions. Rappelons que 73 % des interventions en CLSC ont été réalisées auprès de personnes âgées de 65 ans ou plus, dont 50 % auprès de personnes âgées de 75 ans et plus.

Le profil santé physique court terme est enregistré pour 62 % des personnes et pour 18 % des interventions, suivi du profil santé physique long terme pour 26 % des personnes et 10 % des interventions⁷.

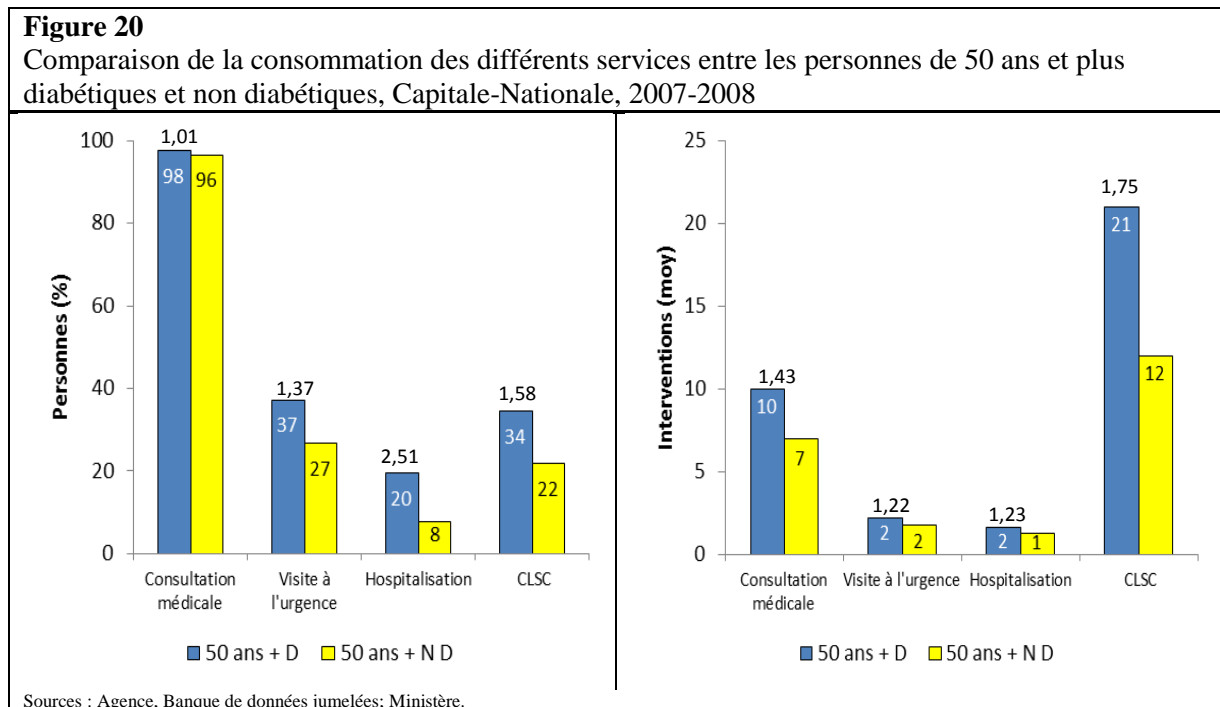
⁶ À partir de 2013, ce programme s'appelle « programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ».

⁷ Source : Cadre normatif Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), Ministère, version 1^{er} avril 2009.

La proportion régionale de 33 % des personnes diabétiques ayant reçu des services en CLSC ainsi que le nombre moyen de 20 interventions par personne varient beaucoup entre les territoires. Ces différences observées sont probablement liées à la disponibilité et à l'organisation des services sur les territoires. Des tableaux décrivant les types d'intervenant, les lieux d'intervention ainsi que les profils d'intervention pour chacun des CSSS ont été ajoutés à l'annexe F afin de permettre une analyse plus en profondeur des écarts.

3.6 Comparaison de la consommation de services des personnes de 50 ans et plus diabétiques à celle des personnes non diabétiques

En 2007-2008, 253 509 personnes habitant la région de la Capitale-Nationale étaient âgées de 50 ans et plus. En utilisant les banques de données jumelées et selon la méthodologie d'obtention des résultats présentée antérieurement, la consommation de services de 194 708 individus a été analysée afin de la comparer à celles des 32 348 diabétiques de 50 ans et plus de notre cohorte. Rappelons que 86 % des diabétiques de la région étaient âgés de 50 ans et plus.



La figure 20 illustre les différences observées pour la consommation de services des personnes de 50 ans et plus diabétiques et non diabétiques. La comparaison a été traduite sous forme de ratio ($98\%/96\% = 1,01$ ou $10/7$ consultations médicales = 1,43), le dénominateur étant défini par la situation des personnes non diabétiques.

Ainsi, en 2007-2008, pour l'ensemble des services considérés, les personnes de 50 ans et plus diabétiques auraient consommé des services dans des proportions toujours supérieures à celles des non-diabétiques. Si l'on excepte la proportion des personnes ayant consulté un médecin où le ratio est égal à 1,01 (98%/96%), signalant une égalité entre les deux groupes, la proportion de personnes diabétiques serait 2,5 fois supérieure pour les

hospitalisations, 1,6 fois supérieure pour la consommation de services en CLSC et 1,4 fois supérieure pour les visites à l'urgence. En matière d'intensité des services reçus, le nombre moyen de consultations médicales par personne diabétique était de 1,4 fois supérieur à celui des non-diabétiques, le nombre moyen d'interventions en CLSC 1,75 fois supérieur et le nombre moyen d'hospitalisations et de visites à l'urgence était 1,2 fois plus élevé.

Considérant que la proportion de personnes recevant des services et que la fréquence de ces derniers sont des indicateurs indépendants, les ratios observés peuvent être combinés en les multipliant pour traduire l'impact global du diabète sur le taux de consommation des services. Cette analyse révèle que les écarts les plus marqués concernent les services en milieu hospitalier et en CLSC, les ratios combinés atteignant les valeurs de 3,0 pour l'hospitalisation, de 2,7 pour les services en CLSC et de 1,7 pour les services aux urgences. Ces résultats montrent clairement que les personnes atteintes de diabète de 50 ans et plus consomment davantage de services que le reste de la population du même âge, et ce, dans un rapport pouvant aller jusqu'à 3 fois la valeur du groupe non atteint.

3.7 Synthèse et discussion de quelques éléments concernant la consommation de services des personnes diabétiques en 2007-2008

Le tableau synthèse suivant permet de constater rapidement l'ampleur de la consommation des services médicaux, des services en milieu hospitalier ainsi que ceux offerts en CLSC pour les diabétiques de la région de la Capitale-Nationale.

Tableau IX

Synthèse des données de consommation de services des personnes diabétiques, Capitale-Nationale, 2007-2008

Description	Personnes		Services	
	N	%	N	N moyen/pers.
Cohorte totale	37 546	100	---	---
Consultations médicales totales	36 532	97	347 774	10
Consultations médecin de famille	33 277	89	168 450	5
Consultations médecin spécialiste	28 553	76	179 324	6
Visites à l'urgence	13 996	37	30 163	2
Visites à l'urgence causes reliées	3 273	9	4 618	1
Visites à l'urgence pour diabète	1 133	3	1 366	1
Hospitalisation	6 931	19	11 057	2
Hospitalisation causes reliées	1 678	5	2 348	1
Hospitalisation pour diabète	214	1	248	1
Interventions en CLSC	12 477	33	250 588	20

Sources : Agence, Banque de données jumelées; Ministère.

Il est impératif de réaliser l'importance des besoins de santé de cette clientèle comme en témoignent près de 350 000 consultations médicales, plus de 30 000 visites à l'urgence, plus de 11 000 hospitalisations et plus de 250 000 interventions en CLSC. La pression exercée sur le système de soins et sur les services médicaux par cette portion de la population est de plus en plus importante.

Les diabétiques sont en très grande majorité pris en charge par un médecin de famille. Seulement 3 % des consultations médicales totales ont été réalisées par un endocrinologue ou un interniste. L'implantation de GMF à partir de 2002 impliquant l'introduction d'infirmières cliniciennes auprès des équipes médicales a certainement eu un impact sur le suivi en première ligne des personnes atteintes de diabète. De 4 GMF en 2002-2003, le nombre est passé à 25 en 2007-2008. Cette réorganisation des services médicaux contribue certainement à expliquer la diminution du nombre de consultations auprès des médecins de famille pour la dernière année analysée, malgré l'augmentation du nombre des personnes atteintes. De plus, en 2008, grâce à l'initiative de médecins spécialistes, en collaboration avec quelques médecins de famille, nous avons assisté à la naissance d'une communauté de pratique en diabétologie. Cette communauté virtuelle regroupe la majorité des GMF de la région. L'objectif principal de la démarche est de soutenir la prise en charge du diabète en première ligne, conjointement par les médecins de famille et les infirmières.

Les médecins spécialistes ont effectué plus de la moitié des 347 774 consultations médicales auprès des patients diabétiques. Les consultations auprès des médecins spécialistes ont connu une croissance de 14 % durant les cinq années d'observation. L'augmentation du nombre de personnes atteintes, la nature même de cette maladie reconnue pour entraîner de nombreuses complications, associées au phénomène du vieillissement de la population, contribuent à justifier le nombre important de consultations auprès de médecins spécialistes.

Seulement 20 % des visites à l'urgence et 23 % des hospitalisations des personnes diabétiques ont une cause pouvant être reliée à leur diabète. Cette observation tend à confirmer que la prise en charge et le suivi de la maladie sont principalement faits en première ligne.

Le profil de consommation en CSSS (mission CLSC) est tout aussi notable. En effet, en 2007-2008, le tiers des diabétiques de la région ont eu recours à ces services pour un total de 250 558 interventions. La moyenne de 20 interventions par patient est en partie explicable par l'âge des personnes concernées. La proportion des services rendus à domicile ainsi que de ceux enregistrés au profil PALV sont en lien direct avec la prévalence de la maladie qui augmente avec l'âge pour atteindre 25 % des personnes de 80 à 84 ans. Au cours des cinq années administratives de notre analyse, nous notons une augmentation de 19 % de la clientèle diabétique ayant recours au service du CLSC et une augmentation de 28 % des interventions rendues.

4 Autres ressources disponibles pour les personnes diabétiques de la Capitale-Nationale

La description de la population des personnes diabétiques de la Capitale-Nationale et de sa consommation de services au regard des consultations médicales auprès des médecins de famille et des spécialistes, des visites à l'urgence, des hospitalisations et des interventions en CLSC ne serait pas complète sans un survol des autres ressources qui contribuent aux mieux-être de ces clientèles. Vivre avec le diabète requiert du soutien afin d'acquérir les connaissances nécessaires à sa gestion quotidienne.

L'absence de données quantitatives concernant les autres ressources impliquées dans les services offerts aux personnes diabétiques n'en atténue pas pour autant la valeur et l'importance. Elles demeurent des partenaires, dont les interventions sont primordiales pour une meilleure gestion de cette maladie.

Infirmières et autres professionnels des GMF

Les GMF se sont progressivement implantés dans la région de la Capitale-Nationale. Des 4 premiers en 2002-2003, nous en cumulons ensuite 25 en 2007-2008 et 29 en 2011-2012. Ce déploiement des GMF a été accompagné d'ajout d'infirmières principalement impliquées auprès des personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète. Aucune donnée n'est disponible quant au nombre d'interventions réalisées auprès des diabétiques, à la nature de ces interventions ni au nombre de personnes qui ont profité de leurs services. Toutefois, elles contribuent assurément au dépistage de la maladie et offrent de l'enseignement et du suivi en collaboration avec les médecins de famille à des degrés divers selon les équipes médicales. Il est à noter que certains GMF comptent également parmi leurs équipes d'autres professionnels en soutien aux médecins de famille.

Programme régional de réadaptation destiné à toute personne atteinte d'une maladie chronique, Traité santé

Depuis 2003, le programme Traité santé offre des services de réadaptation aux personnes atteintes de maladies chroniques, dont le diabète fait partie. Le principal objectif du programme est d'offrir du soutien aux changements des habitudes de vie en vue de réduire les facteurs de risque et d'améliorer l'état de santé des participants. Présentes dans chaque CSSS, les équipes composées d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues proposent un suivi et des services individuels et en groupe en collaboration avec différents partenaires privés et publics, et ce, durant huit mois.

Professionnels des cliniques ambulatoires spécialisées en diabète des différents hôpitaux de la région, infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux, etc.

Dans chacun des centres hospitaliers de la région, des professionnels collaborent avec les endocrinologues et les internistes à une meilleure prise en charge des personnes diabétiques principalement les plus atteintes et présentant un état de santé plus instable au sein des cliniques ambulatoires.

Pharmacies communautaires avec l'implication des pharmaciens ainsi que d'autres professionnels comme des infirmières et des nutritionnistes

Comme les pharmaciens assurent, en plus de la médication, la distribution du matériel pour l'autogestion de la maladie, entre autres les glucomètres et les tensiomètres, ils sont souvent directement impliqués auprès des personnes diabétiques pour l'éducation et le suivi de leur maladie. Différentes pharmacies offrent périodiquement des plages horaires de consultation avec un pharmacien, une infirmière ou une nutritionniste pour leur clientèle, et ce, gratuitement ou moyennant rémunération.

Nutritionnistes intervenant en bureau privé

Toutes les personnes qui désirent obtenir une consultation avec une nutritionniste ont accès, par l'intermédiaire de l'Ordre des diététistes du Québec, à la liste de personnes accréditées. Les assurances privées remboursent une proportion des consultations avec ces professionnels de la santé.

Kinésologues intervenant en bureau privé ou par l'entremise de centres d'entraînement privés

De plus en plus de spécialistes en activité physique interviennent pour aider les personnes à mieux gérer leurs maladies chroniques, dont le diabète, en intégrant l'activité physique dans leur quotidien.

Les Diabétiques de Québec

L'association *Les Diabétiques de Québec* a pour mission d'améliorer les conditions de vie des personnes atteintes de diabète en privilégiant trois axes d'intervention : le soutien, l'information et la prévention. Elle offre plusieurs services aux personnes diabétiques de la région de la Capitale-Nationale. En participant aux activités animées par des professionnels de la santé, les personnes atteintes ont l'occasion d'échanger avec d'autres personnes diabétiques et de constater qu'elles ne sont pas seules à vivre avec ce problème de santé. Elles peuvent également améliorer leurs connaissances et réviser ce qu'elles ont déjà appris.

Diabète Québec

Depuis sa création en 1954, *Diabète Québec* s'est donné comme mission d'informer et sensibiliser la population au diabète. Cette volonté se trouve au cœur de toutes les interventions et de toutes les actions de *Diabète Québec*. Des activités de formation et des outils s'adressent autant aux personnes atteintes qu'aux professionnels. L'association a aussi une grande implication dans les domaines de la recherche et de la défense des droits.

Conclusion

Ce portrait des personnes atteintes de diabète et de leur consommation de services fait suite à l'engagement de l'Agence de documenter la situation de certaines maladies chroniques dans la région de la Capitale-Nationale dans le cadre de son plan d'action régional visant la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Nous assistons à une explosion du nombre de patients diabétiques, dont l'amplitude est comparable à ce qui est observé partout dans la province. Le vieillissement de la population et les habitudes de vie favorisent ce phénomène. En 2008-2009, un peu plus de 42 000 personnes, soit 7,7 % des personnes de 20 ans et plus, ont reçu un diagnostic de diabète. Durant cette même année, environ 3 200 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Les dernières données sur la mortalité révèlent que 7,8 % des personnes décédées avaient le diabète comme cause principale ou comme cause secondaire de décès.

Le diabète génère une importante pression sur notre système de santé et de services sociaux. Seulement dans la région de la Capitale-Nationale, on dénombre près de 350 000 consultations médicales, plus de 30 000 visites à l'urgence, plus de 11 000 hospitalisations et plus de 250 000 interventions en CLSC pour cette clientèle.

Les médecins de famille occupent une grande place en ce qui concerne le suivi de la clientèle diabétique de la région. Près de 90 % de cette dernière ont consulté un médecin de famille durant l'année. L'implantation progressive des GMF, (plus de 25 en 2008) et l'ajout d'infirmières aux équipes médicales ont certainement contribué à améliorer le suivi de la clientèle en première ligne. Il serait très intéressant de connaître l'implication et l'impact des infirmières en ce qui a trait au suivi de la clientèle en clinique médicale, mais les systèmes d'information en place ne nous permettent pas de documenter de façon précise les interventions réalisées par celles-ci.

L'exercice de comparaison de la consommation de services des personnes diabétiques de 50 ans et plus à celle des non-diabétiques, a permis de confirmer que la clientèle atteinte nécessite jusqu'à 3 fois plus de services dans les établissements de santé.

Le diabète représente un défi pour la santé publique. Pour en contrôler la progression, il faut nécessairement accroître les actions visant à prévenir la maladie et agir en amont de la problématique en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie par le maintien d'un poids santé, la pratique régulière d'activité physique, une alimentation saine, et ce, auprès de la clientèle dite à risque, mais également auprès de l'ensemble de la population.

Il faut aussi poursuivre les efforts visant l'amélioration du traitement de la maladie et de ses complications par la consolidation de l'offre de service en première ligne ainsi que de l'accès aux différents services spécialisés et aux plateaux techniques. Il est impératif de favoriser l'implication du patient et de ses proches dans la gestion de la maladie, de valoriser l'interdisciplinarité dans la prise en charge et le suivi des personnes atteintes ainsi que de développer une approche concertée dans la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Le document présent confirme la réalisation de la prise en charge et du suivi en première ligne de la clientèle diabétique de la région. Les actions prioritaires, énoncées dans le *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, déposé en septembre 2012 par le Ministère, doivent orienter les établissements dans la poursuite des travaux pour consolider l'offre de service visant à prévenir la maladie, la dépister ainsi qu'à apporter les améliorations dans le traitement et le suivi afin de limiter le plus possible les complications liées à un mauvais contrôle de celle-ci.

Les actions prioritaires sont :

1. Développer des services de première ligne intégrés en prévention et en gestion des maladies chroniques selon une approche interdisciplinaire, incluant des services de réadaptation et d'autogestion.
2. Soutenir les pratiques interdisciplinaires de l'équipe de première ligne pour le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques.
3. Consolider les trajectoires entre les services de première ligne et les services spécialisés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques.

Une harmonisation de la hiérarchisation des services dans la région ainsi qu'une approche interdisciplinaire concertée dans la prévention et la gestion des maladies chroniques demeurent des enjeux de taille pour les administrateurs et les cliniciens de notre réseau.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa, 2011, 80 p. Disponible par Internet à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php

COMITÉ D'EXPERTS DES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. « Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Can J Diabetes*, vol. 32, suppl. 1, 2008, p. S1-S225.

Disponible par Internet à l'adresse :

www.diabetes.ca/for-professionals/resources/2008-cpg/

ÉMOND, Valérie et Louis ROCHETTE. *La surveillance du diabète au Québec. Prévalence et mortalité en 2001-2002*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2005, 15 p. Disponible par Internet à l'adresse :

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/373-SurveillanceDiabete-Prevalence2001-2002.pdf>

FERLAND, Marc et Michel PAGEAU. *Bilan de santé des Centres de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale : Comparaison des cycles 2003 et 2007-2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2011, 141 p. Disponible par Internet à l'adresse : www.dspq.qc.ca/asp/detPublication.asp?id=4864

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mise à jour des données régionales de surveillance du diabète – Mai 2011*, 2011, 6 p.

LYON, Andrew W., Erik T. LARSEN et Alun L. EDWARDS. « The impact of new guidelines for glucose tolerance testing on clinical practice and laboratory services », *CMAJ*, vol. 171, n° 9, octobre, 2004, p. 1067-1069. Disponible par Internet à l'adresse : www.cmaj.ca/content/171/9/1067.full.pdf+html

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 156 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 28 p. Disponible par Internet à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf>

PIGEON, Étienne et Isabelle LAROCQUE, I. *Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007*, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 11 p. Disponible par Internet à l'adresse : www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1239

Annexe A

Liste de codes des maladies retenues comme étant possiblement reliées au diabète

Tableau A-X

Liste de codes des maladies retenues comme étant possiblement reliées au diabète

CIM-9	Description	CIM-10
Maladie de la peau		
681 et 682	Infection de la peau et des extrémités	L02 - L03- L08
707	Ulcération chronique de la peau	L98.4
785.4	Gangrène	I96
783	Perturbation de la sensibilité cutanée	R20
Maladies rénales		
580	Glomérulonéphrite	N00
581	Syndrome néphrotique	N04
582	Glomérulonéphrite chronique	N03
583	Néphrite et néphropathie non précisée	N05
584	Insuffisance rénale aiguë	N17
585	Insuffisance rénale chronique	N18
586	Insuffisance rénale sans précision	N19
587	Sclérose rénale	N26
791.1	Protéinurie	R80.9
Maladies vasculaires périphériques		
440	Athérosclérose	I70
443	Autres maladies du système vasculaire périphérique	I77
459.8	Autres troubles de l'appareil circulatoire (veineux)	I87.2
459.9	Troubles de l'appareil circulatoire sans précision	I99.9
444	Embolies et thromboses artérielles	I74
Maladies cérébro-vasculaires		
430	Hémorragie sous-arachnoïdienne	I60
431	Hémorragie cérébrale	I61
432	Hémorragies intracrâniennes autres et sans précision	I62
433	Occlusion et sténoses des artères précérébrales	I65
434	Occlusion des artères cérébrales	I66
435	Ischémie cérébrale transitoire	G45
436	Maladies cérébrovasculaires aiguës mal définies	I67
437	Maladies cérébrovasculaires autres et mal définies	I67
438	Séquelles de maladies cérébrovasculaires	I69
Maladies cardiovasculaires		
410	Infarctus aigu du myocarde	I21
411	Autres formes cardiopathies ischémiques aiguës ou subaiguës	I24
412	Infarctus ancien du myocarde	I25
413	Infarctus aigu du myocarde	I20
414	Autres formes de cardiopathie ischémique chronique	I25
428	Insuffisance cardiaque	I50
429.2	Maladie cardiovasculaire sans précision	I25
429.3	Cardiomégalie	I51.7
429.9	Cardiopathie sans précision	I51.9

CIM-9	Description	CIM-10
Hypertension artérielle		
401	Hypertension essentielle	I10
402	Cardiopathie hypertensive	I11
403	Néphropathie liée à l'hypertension artérielle	I12
404	Cardio-néphropathie liée à l'hypertension artérielle	I13
405	Hypertension artérielle secondaire	I15

Source : Dictionnaire de données MED-ÉCHO.

Annexe B

Nombre de cas de diabète et prévalence (%) selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009

Tableau B-XI

Nombre de cas de diabète et prévalence (%) selon le groupe d'âge et le sexe, 20 ans et plus, Capitale-Nationale, 2008-2009

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total	
	Cas	Prévalence (%) (intervalle de confiance à 95 %)	Cas	Prévalence (%) (intervalle de confiance à 95 %)	Cas	Prévalence (%) (intervalle de confiance à 95 %)
20-24	97	0,4 (0,36-0,54)	109	0,5 (0,41-0,60)	206	0,5 (0,41-0,54)
25-29	172	0,7 (0,59-0,80)	166	0,6 (0,53-0,72)	338	0,7 (0,59-0,73)
30-34	237	1,1 (0,99-1,28)	206	0,9 (0,77-1,02)	443	1,0 (0,91-1,10)
35-39	341	1,8 (1,58-1,96)	345	1,6 (1,46-1,81)	686	1,7 (1,57-1,83)
40-44	507	2,1 (1,96-2,34)	692	2,8 (2,60-3,02)	1 199	2,5 (2,34-2,62)
45-49	885	3,2 (2,97-3,39)	1 233	4,4 (4,15-4,64)	2 118	3,8 (3,62-3,95)
50-54	1 359	4,7 (4,45-4,95)	1 980	7,2 (6,90-7,54)	3 339	5,9 (5,72-6,13)
55-59	1 856	7,1 (6,77-7,42)	2 862	11,7 (11,27-12,13)	4 718	9,3 (9,05-9,58)
60-64	2 340	10,2 (9,84-10,67)	3 492	16,5 (15,94-17,04)	5 832	13,2 (12,91-13,59)
65-69	2 536	14,3 (13,74-14,86)	3 431	21,4 (20,70-22,14)	5 967	17,7 (17,23-18,13)
70-74	2 477	18,2 (17,48-18,92)	2 751	25,0 (24,12-26,00)	5 228	21,2 (20,68-21,83)
75-79	2 696	21,5 (20,65-22,28)	2 413	26,7 (25,65-27,79)	5 109	23,6 (23,00-24,31)
80-84	2 319	23,7 (22,72-24,66)	1 559	26,9 (25,58-28,27)	3 878	24,9 (24,10-25,67)
85 et plus	2 133	21,0 (20,16-21,96)	867	23,8 (22,22-25,41)	3 000	21,8 (21,00-22,56)

Source : INSPQ, mai 2011.

Annexe C

Nombre de cas de diabète et prévalence ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

Tableau C-XII

Nombre de cas de diabète et prévalence (%) ajustée pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

CSSS et district de CLSC	Nombre de cas	Population de 20 ans et plus	Prévalence ajustée (%) (intervalle de confiance à 95 %)
CSSS DE PORTNEUF	3 512	37 690	7,7 (7,41-7,93) (+)
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	18 830	253 056	6,4 (6,34-6,52) (-)
Laurentien	2 549	46 468	5,5 (5,33-5,77) (-)
Sainte-Foy-Sillery	4 306	64 996	5,2 (5,01-5,33) (-)
Québec Haute-Ville	2 129	33 205	4,9 (4,66-5,09) (-)
Québec Basse-Ville	2 225	23 416	8,7 (8,31-9,04) (+)
Limoilou-Vanier	5 079	49 985	8,8 (8,55-9,04) (+)
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	2 542	34 986	7,0 (6,76-7,31)
CSSS DE QUÉBEC-NORD	17 462	230 054	7,1 (7,00-7,21) (+)
Loretteville-Val-Bélair	4 493	63 851	7,6 (7,42-7,88) (+)
Beauport	4 930	63 619	6,9 (6,73-7,12)
Orléans	1 946	24 388	6,8 (6,48-7,10)
Charlesbourg	6 093	78 196	7,0 (6,81-7,17) (+)
CSSS DE CHARLEVOIX	2 257	23 974	7,4 (7,08-7,71) (+)
Charlevoix-Est	1 343	13 151	8,2 (7,73-8,63) (+)
Charlevoix-Ouest	914	10 823	6,5 (6,08-6,97)
CAPITALE-NATIONALE	42 061	544 774	6,7 (6,68-6,81)

Prévalence ajustée selon la structure d'âge par groupes d'âge quinquennaux de la population du Québec en 2001, sexes réunis (méthode de standardisation directe).

(-) (+) : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de la région, au seuil de 5 % (en utilisant les intervalles de confiance).

Source : INSPQ, mai 2011.

Annexe D

Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

Tableau D-XIII

Nombre de nouveaux cas de diabète et taux d'incidence ajusté pour l'âge, 20 ans et plus, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2008-2009

CSSS et district de CLSC	Nombre de nouveaux cas	Population corrigée ¹	Taux d'incidence pour 1 000 ajusté pour l'âge (intervalle de confiance à 95 %)	
CSSS DE PORTNEUF	250	34 428	6,4	(5,65-7,30)
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	1 414	235 640	5,6	(5,34-5,93)
Laurentien	222	44 141	5,2	(4,51-5,97)
Sainte-Foy-Sillery	338	61 028	4,7	(4,19-5,23) (-)
Québec Haute-Ville	180	31 256	4,8	(4,13-5,61) (-)
Québec Basse-Ville	136	21 327	6,4	(5,41-7,63)
Limoulou-Vanier	328	45 234	7,0	(6,22-7,75) (+)
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	210	32 654	6,6	(5,73-7,57)
CSSS DE QUÉBEC-NORD	1 327	213 919	6,1	(5,81-6,48)
Loretteville-Val-Bélair	350	59 708	6,7	(5,96-7,43)
Beauport	370	59 059	5,9	(5,27-6,49)
Orléans	146	22 588	5,8	(4,87-6,82)
Charlesbourg	461	72 564	6,1	(5,56-6,69)
CSSS DE CHARLEVOIX	172	21 889	6,6	(5,67-7,75)
Charlevoix-Est	93	11 901	6,8	(5,45-8,35)
Charlevoix-Ouest	79	9 988	6,5	(5,14-8,27)
CAPITALE-NATIONALE	3 163	505 876	5,9	(5,74-6,16)

1. Population corrigée : les cas prévalents ont été exclus.

Taux d'incidence ajusté selon la structure d'âge par groupes d'âge quinquennaux de la population du Québec en 2001, sexes réunis (méthode de standardisation directe).

(-) (+) : Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle de la région, au seuil de 5 % (en utilisant les intervalles de confiance).

Source : INSPQ, mai 2011.

Annexe E

Comparaison des données de consommations de services, CSSS et district de CLSC de la Capitale-Nationale, 2007-2008

Tableau E-XIV

Nombre de personnes diabétiques pour les consultations médicales, visites à l'urgence, hospitalisations et interventions en CLSC, CSSS et district de CLSC, Capitale-Nationale, 2007-2008

CSSS et district de CLSC	Cohorte	Consultations médicales	Visites à l'urgence	Hospitalisations	Interventions en CLSC
CSSS DE PORTNEUF	3 163	3 076	1 159	523	2 139
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	16 781	16 265	6 178	3 302	5 000
Laurentien	2 271	2 223	705	362	529
Sainte-Foy–Sillery	3 912	3 798	1 385	811	1 013
Québec Haute-Ville	1 937	1 847	760	417	801
Québec Basse-Ville	1 937	1 843	791	410	671
Limoilou-Vanier	4 605	4 490	1 821	966	1 509
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	2 119	2 090	716	336	477
CSSS DE QUÉBEC-NORD	15 615	15 259	5 551	2 703	4 592
Loretteville–Val-Bélair	4 062	3 984	1 516	664	872
Beauport	4 533	4 435	1 533	833	1 269
Orléans	1 690	1 658	761	268	573
Charlesbourg	5 330	5 182	1 741	938	1 878
CSSS DE CHARLEVOIX	1 987	1 939	1 108	403	746
Charlevoix-Est	1 126	1 092	666	228	351
Charlevoix-Ouest	861	840	442	175	395
CAPITALE-NATIONALE	37 546	36 532	13 996	6 931	12 477

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau E-XV

Consultations médicales, CSSS et district de CLSC, 2007-2008

CSSS et district de CLSC	Cohorte	Nombre de personnes ayant consulté	% de la cohorte du territoire	Nombre de consultations médicales	Nombre moyen de consultations par personne
CSSS DE PORTNEUF	3 163	3 076	97	29 176	9,5
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	16 781	16 265	97	160 616	9,9
Laurentien	2 271	2 223	98	19 122	8,6
Sainte-Foy-Sillery	3 912	3 798	97	37 194	9,8
Québec Haute-Ville	1 937	1 847	95	19 002	10,3
Québec Basse-Ville	1 937	1 843	95	18 245	9,9
Limoilou-Vanier	4 605	4 490	98	47 010	10,5
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	2 119	2 090	97	20 043	9,7
CSSS DE QUÉBEC-NORD	15 615	15 259	98	139 043	9,1
Loretteville-Val-Bélair	4 062	3 984	98	35 514	8,9
Beauport	4 533	4 435	98	39 442	8,9
Orléans	1 690	1 658	98	16 004	9,7
Charlesbourg	5 330	5 182	97	48 083	9,3
CSSS DE CHARLEVOIX	1 987	1 939	97	18 939	9,8
Charlevoix-Est	1 126	1 092	97	10 441	9,6
Charlevoix-Ouest	861	840	98	8 498	10,1
CAPITALE-NATIONALE	37 546	36 532	97	347 774	9,5

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau E-XVI

Visites à l'urgence pour toutes causes, CSSS et district de CLSC, 2007-2008

CSSS et district de CLSC	Cohorte	Nombre de personnes ayant consulté	% de la cohorte du territoire	Nbre de visites	Moyen/pers
CSSS DE PORTNEUF	3 163	1 159	37	2 504	2,2
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	16 781	6 178	37	13 110	2,1
Laurentien	2 271	705	31	1 423	2,0
Sainte-Foy-Sillery	3 912	1385	35	2 822	2,0
Québec Haute-Ville	1 937	760	39	1 598	2,1
Québec Basse-Ville	1 937	791	41	1 790	2,3
Limoilou-Vanier	4 605	1 821	40	4 107	2,3
Dubéger-Les Saules-Lebourgneuf	2 119	716	34	1 370	1,9
CSSS DE QUÉBEC-NORD	15 615	5551	36	11 546	2,1
Loretteville-Val-Bélair	4 062	1516	37	3 159	2,1
Beauport	4 533	1533	34	3 119	2,0
Orléans	1 690	761	45	1 845	2,4
Charlesbourg	5 330	1741	33	3 423	2,0
CSSS DE CHARLEVOIX	1 987	1108	56	3 003	2,7
Charlevoix-Est	1 126	666	59	1 943	2,9
Charlevoix-Ouest	861	442	51	1 060	2,4
CAPITALE-NATIONALE	37 546	13 996	37	30 163	2,2

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau E-XVII

Hospitalisations pour toutes les causes, CSSS et district de CLSC, 2007-2008

CSSS et district de CLSC	Cohorte	Nombre de personnes hospitalisées	% de la cohorte du territoire	Nombre d'hospitalisations	Moyen/pers
CSSS DE PORTNEUF	3 163	523	17	805	1,54
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	16 781	3302	20	5 297	1,60
Laurentien	2 271	362	16	570	1,57
Sainte-Foy–Sillery	3 912	811	21	1 290	1,59
Québec Haute-Ville	1 937	417	22	683	1,64
Québec Basse-Ville	1 937	410	21	684	1,67
Limoilou-Vanier	4 605	966	21	1 555	1,61
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	2 119	336	16	515	1,53
CSSS DE QUÉBEC-NORD	15 615	2703	17	4 271	1,58
Loretteville–Val-Bélair	4 062	664	16	1 022	1,54
Beauport	4 533	833	18	1 385	1,66
Orléans	1 690	268	16	428	1,60
Charlesbourg	5 330	938	18	1 436	1,53
CSSS DE CHARLEVOIX	1 987	403	20	684	1,70
Charlevoix-Est	1 126	228	20	365	1,60
Charlevoix-Ouest	861	175	20	319	1,82
CAPITALE-NATIONALE	37 546	6 931	19	11 057	1,60

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau E-XVIII

Interventions en CLSC, CSSS et district de CLSC, 2007-2008

CSSS et district de CLSC	Cohorte	Nombre de personnes	Proportion des personnes par rapport à la cohorte du territoire	Nombre d'interventions	Nombre moyen d'interventions par personne
CSSS DE PORTNEUF	3 163	2 139	68	23 152	11
CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	16 781	5 000	30	118 033	24
Laurentien	2 271	529	23	9 537	18
Sainte-Foy-Sillery	3 912	1 013	26	23 714	23
Québec Haute-Ville	1 937	801	41	16 275	20
Québec Basse-Ville	1 937	671	35	15 091	23
Limoilou-Vanier	4 605	1 509	33	41 727	28
Duburger-Les Saules-Lebourgneuf	2 119	477	23	11 689	25
CSSS DE QUÉBEC-NORD	15 615	4 582	29	96 462	21
Loretteville-Val-Bélair	4 062	872	22	20 294	23
Beauport	4 533	1 269	28	30 415	24
Orléans	1 690	573	34	11 764	21
Charlesbourg	5 330	1 878	35	33 989	18
CSSS DE CHARLEVOIX	1 987	746	38	12 941	17
Charlevoix-Est	1 126	351	31	5 896	17
Charlevoix-Ouest	861	395	46	7 045	18
CAPITALE-NATIONALE	37 546	12 477	33	250 588	20

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Annexe F

Caractéristiques des interventions offertes en CLSC aux personnes diabétiques en 2007-2008 pour chacun des CSSS de la Capitale-Nationale

Tableau F-XIX

Interventions offertes en CLSC, CSSS de la Vieille-Capitale, 2007-2008

CSSS de la Vieille-Capitale	Personnes		Interventions		N moyen d'interventions/ personne
	N	%	N	%	
CATÉGORIE D'INTERVENANTS					
Infirmière	3 822	76,44	52 100	44,14	13,63
Travailleur social et psychologue	1 526	30,52	13 426	11,37	8,80
Médecin	760	15,20	2 449	2,07	3,22
Aide familiale	671	13,42	36 582	30,99	54,52
Ergothérapeute	613	12,26	3 403	2,88	5,55
Nutritionniste	467	9,34	1 594	1,35	3,41
Physiothérapeute	330	6,60	2 155	1,83	6,53
Éducateur et psychoéducateur	106	2,12	1 945	1,65	18,35
Kinésiologue	36	0,72	78	0,07	2,17
Autres catégories	1 100	22,00	4 301	3,64	3,91
Total	5 000		118 033	100,0	23,61
LIEU DE PRESTATIONS DE SERVICES					
CLSC	4 019	80,38	31 544	26,72	7,85
Domicile	2 701	54,02	72 745	61,63	26,93
Hébergement en résidence privée	896	17,92	11 440	9,69	12,77
Autres lieux	417	8,34	2 304	1,95	5,53
Total	5 000		118,033	100,0	23,61
PROFIL D'INTERVENTION					
Santé physique court terme	3 090	61,80	18 945	16,05	6,13
Perte d'autonomie liée au vieillissement	1 636	32,72	51,996	44,05	31,78
Santé physique long terme	1 613	32,26	15 994	13,55	9,92
Postchirurgie	774	15,48	7 962	6,75	10,29
Santé publique autres	218	4,36	281	0,24	1,29
Santé mentale	532	10,64	7 577	6,42	14,24
Soins palliatifs	192	3,84	4330	3,67	22,55
Autres profils	349	6,98	10 948	9,28	31,37
Total	5 000		118 033	100,0	23,61

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau F-XX

Interventions offertes en CLSC, CSSS de Québec-Nord, 2007-2008

CSSS de Québec-Nord	Personnes		Interventions		N moyen d'interventions/ personne
	N	%	N	%	
CATÉGORIE D'INTERVENANTS					
Infirmière	3 877	84,43	43 282	44,87	11,18
Travailleur social et psychologue	1 059	23,08	9 626	9,98	9,09
Médecin	954	20,78	2 449	2,54	2,57
Aide familiale	605	13,180	29 907	31,00	49,43
Ergothérapeute	579	12,81	3 949	4,09	6,82
Nutritionniste	483	10,52	1 349	1,40	2,79
Physiothérapeute	375	8,17	2 381	2,47	6,35
Éducateur et psychoéducateur	116	2,53	1 834	1,90	15,81
Kinésiologue	29	0,63	56	0,06	1,93
Autres catégories	475	10,34	1 629	1,69	3,43
Total	4 592		96 462	100,0	21,01
LIEU DE PRESTATIONS DE SERVICES					
CLSC	3 732	81,27	29 765	30,86	7,98
Domicile	2 314	50,39	52 562	54,49	22,71
Hébergement en résidence privée	595	12,96	10 745	11,14	18,05
Autres lieux	384	8,36	3 390	3,51	8,83
Total	4 592		96 462	100,0	21,01
PROFIL D'INTERVENTION					
Santé physique court terme	2 640	57,49	14 441	14,97	5,47
Perte d'autonomie liée au vieillissement	1 699	37,00	45 601	47,27	26,84
Santé physique long terme	1 286	28,01	8 308	8,61	6,46
Postchirurgie	753	16,40	7 362	7,63	9,78
Santé publique autres	111	2,42	178	0,18	1,60
Santé mentale	414	9,02	8 002	8,30	19,33
Soins palliatifs	236	5,14	8 069	6,29	25,72
Autres profils	395	8,60	6 501	6,74	16,46
Total	4 592		96 462	100,0	21,01

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau F-XXI

Interventions offertes en CLSC, CSSS de Charlevoix, 2007-2008

CSSS de Charlevoix	Personnes		Interventions		N moyen d'interventions/ personne
	N	%	N	%	
CATÉGORIE D'INTERVENANTS					
Infirmière	674	90,35	7 282	56,27	10,80
Travailleur social et psychologue	187	25,07	2 126	16,43	11,37
Médecin	48	6,43	174	1,34	3,63
Aide familiale	94	12,60	2 381	18,40	25,33
Ergothérapeute	62	8,31	329	2,54	5,31
Nutritionniste	34	4,56	167	1,29	4,91
Physiothérapeute	41	5,50	279	2,16	6,80
Éducateur et psychoéducateur	15	2,01	192	1,48	12,80
Autres catégories	2	0,27	11	0,09	5,50
Total	746		12 941	100,0	17,35
LIEU DE PRESTATIONS DE SERVICES					
CLSC	556	74,53	4 500	34,77	8,09
Domicile	368	49,33	7 435	57,45	20,20
Hébergement en résidence privée	25	3,35	410	3,17	16,40
Autres lieux	168	22,52	598	4,61	3,55
Total	746		12 941	100,0	17,35
PROFIL D'INTERVENTION					
Santé physique court terme	316	42,36	2 182	16,86	6,91
Perte d'autonomie liée au vieillessement	329	44,10	6 884	53,20	20,92
Santé physique long terme	147	19,71	824	6,37	5,61
Postchirurgie	91	12,20	686	5,30	7,54
Santé publique autres	172	23,06	209	1,62	1,22
Santé mentale	56	7,51	895	6,92	15,98
Soins palliatifs	34	4,56	478	3,69	14,06
Autres profils	61	8,18	783	6,05	12,84
Total	746		12 941	100,0	17,35

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Tableau F-XXII

Interventions offertes en CLSC, CSSS de Portneuf, 2007-2008

CSSS de Portneuf	Personnes		Interventions		N moyen d'interventions/ personne
	n	%	n	%	
CATÉGORIE D'INTERVENANTS					
Infirmière	2 069	96,73	14 419	62,28	6,97
Travailleur social et psychologue	279	13,04	2 230	9,63	7,99
Médecin	95	4,44	336	1,45	3,54
Aide familiale	109	5,10	4 707	20,33	43,18
Ergothérapeute	92	4,30	282	1,22	3,07
Nutritionniste	91	4,25	194	0,84	2,13
Physiothérapeute	66	3,09	453	1,96	6,86
Éducateur et psychoéducateur	27	1,26	246	1,06	9,11
Autres	231	10,80	285	1,23	1,23
Total	2 139		23 152	100,0	10,82
LIEU DE PRESTATIONS DE SERVICES					
CLSC	2 011	94,02	11 816	51,04	5,88
Domicile	467	21,83	8 882	38,36	19,02
Hébergement en résidence privée	130	6,08	1 756	7,58	13,51
Autres lieux	241	11,27	698	3,01	2,90
Total	2 139		23 152	100,0	10,82
PROFIL D'INTERVENTION					
Santé physique court terme	1 740	81,35	8 563	36,99	4,92
Perte d'autonomie liée au vieillissement	384	17,95	9 660	41,72	25,16
Santé physique long terme	157	7,34	764	3,30	4,87
Postchirurgie	155	7,25	1 591	6,67	10,26
Santé publique autres	609	28,47	705	3,05	1,16
Santé mentale	103	4,82	1 007	4,35	9,78
Soins palliatifs	37	1,73	539	2,33	14,57
Autres profils	50	2,34	323	1,40	6,46
Total	2 139		23 152	100,0	10,82

Source : Agence, Banque de données jumelées.

Annexe G

Consultations auprès de médecins spécialistes

Tableau G-XXIII

Évolution du nombre total de consultations auprès de différents médecins spécialistes, Capitale-Nationale, 2003-2004 à 2007-2008

MD spécialistes	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Variation (%)
Cardiologue	15 583	15 894	15 977	16 454	17 096	10
Chirurgien	12 901	12 612	12 623	13 084	12 585	-2
Dermatologue	8 939	8 482	9 108	9 321	8 913	0
Endocrinologue	6 803	6 168	5 909	4 508	4 257	-37
Imagerie médicale	27 051	28 600	31 603	33 799	35 941	33
Interniste	7 604	8 392	8 904	7 350	6 689	-12
Néphrologue	12 546	14 590	16 729	17 607	18 329	46
Neurologue	1 200	1 271	1 381	1 442	1 467	22
Ophthalmologiste	22 428	22 211	23 051	24 329	24 395	9
Autres	42 204	43 813	45 629	48 829	49 652	18
Région de la Capitale-Nationale	157 259	162 033	170 914	176 723	179 324	14

Source : Agence, Banque de données jumelées, Ministère.

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-1500
418 525-1502 (ATS)
Ligne Info-Agence : 418 525-1495
Télécopieur : 418 529-4463
www.rsss03.gouv.qc.ca