

Le diabète, un défi de santé publique — Montréal et ses CSSS, 2003-2004

Parmi les gens de 20 ans et plus, la prévalence du diabète diagnostiqué atteignait 6,8 % à Montréal en 2003-2004 avec des variations s'échelonnant de 6 % à 8,7 % selon les territoires de CSSS. La situation est encore plus contrastée à l'échelle des secteurs de CLSC avec des prévalences passant de 4,2 % à 10,4 %. La prévalence du diabète augmente avec la défavorisation matérielle, tant chez les femmes que chez les hommes. Cette maladie en expansion frappe et tue davantage les gens des milieux défavorisés. Elle ne pourra être contenue par la seule approche de *disease management*. L'adoption d'une stratégie populationnelle intégrant les déterminants sociaux de la santé et axée sur les divers paliers de prévention est essentielle.

Le diabète ne cesse de s'accroître, soit-il déclaré lors des enquêtes (de 2,5 % en 1978 à 3,4 % en 1996¹, puis à 4,5 % en 2001² à l'échelle du Canada; de 4,7 % à 5,8 % entre 2001 et 2005 à l'échelle de Montréal) ou pisté par de nouveaux systèmes de surveillance épidémiologique (3,8 % pour les femmes et 4,5 % pour les hommes en 1997-1998 à respectivement 4,4 % et 5,2 % en 1999-2000 pour l'ensemble du Canada)³. Deux facteurs principaux expliquent cette progression remarquable : le vieillissement continu de la population et l'augmentation parmi celle-ci de l'embonpoint et de l'obésité^{4,5}. La propagation du diabète dans la population crée une pression de plus en plus forte sur le système de santé⁶ : les diabétiques utilisent davantage les services que les non-diabétiques². À Montréal, 45 % des diabétiques ont consulté un médecin au moins 10 fois au cours de la période 2003-2004; 22 % ont vu un spécialiste aussi fréquemment⁷.

La prévalence du diabète diagnostiqué atteignait 6,8 % parmi les Montréalais de 20 ans et plus en 2003-2004. Montréal est ainsi la troisième région la plus touchée au Québec (à l'exclusion de l'Outaouais et des régions nordiques) qui affiche globalement une prévalence de 6,4 %. Ces statistiques proviennent de fichiers administratifs qui ne tiennent compte que des utilisateurs de services. Or le tiers des diabétiques ne serait pas diagnostiqué⁸.

Comme le montre l'étude *Diabetes In Canada Evaluation* (DICE), à cause de ses complications, cette maladie entraîne une détérioration de la qualité de vie : hypertension (63 % des cas), dyslipidémie (59 %),

Diabète de types 1 et 2

Le diabète se caractérise par une forte concentration de glucose dans le sang. On distingue le diabète de type 1, causé par une carence totale ou presque d'insuline, du diabète de type 2 dont l'apparition résulte d'une incapacité du corps à utiliser correctement l'insuline. Le diabète de type 2 compte pour 90 % des cas.

Définition du diabète diagnostiqué

« Une personne est dite diabétique si au cours d'une période de deux ans (730 jours), elle a : a) deux diagnostics de diabète inscrits au fichier des services médicaux de la RAMQ, ou b) un diagnostic de diabète inscrit parmi les diagnostics principal ou secondaires au fichier des hospitalisations. »

Le diabète gestationnel est exclu des calculs de la prévalence parce qu'il disparaît habituellement après la naissance du bébé.

V. Émond et L. Rochette (2005), *La surveillance du diabète au Québec. Prévalence et mortalité en 2001-2002*, Institut national de santé publique du Québec, p. 2-3.

complications macrovasculaires telles que crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral (28 %), complications microvasculaires telles que néphropathie, atteinte nerveuse, perte de la vue (38 %)^{9,10}. Les diabétiques sont atteints en moyenne de 2,5 autres pa-

thologies — un nombre qui passe de deux au cours des deux premières années suivant le diagnostic à quatre après 15 ans⁹.

Les diabétiques voient leur risque de mourir prématurément multiplié par deux en comparaison des non-diabétiques³. Leur espérance de vie serait réduite de 12¹¹ à 13 ans¹². Au Québec, pendant la période 2001-2002, environ une personne décédée sur

quatre aurait été diabétique (13 000/54 000 décès) : le ratio de mortalité atteignait 2,1 chez les femmes et 1,8 chez les hommes diabétiques comparativement aux gens non diabétiques¹³. Or, entre 1976 et 1996 (dernière année d'observation), la mortalité par diabète a explosé parmi les plus pauvres des régions urbaines du Canada¹⁴. Un phénomène particulièrement frappant chez les hommes pauvres tandis que chez les femmes défavorisées, cette surmortalité s'est confirmée un peu plus tardivement, soit au milieu des années quatre-vingt¹⁴.

Les prévisions s'avèrent plutôt sombres : entre les années 2000 et 2016, la prévalence du diabète au Québec augmenterait de 53 % et ses coûts, de 60 %¹⁵. L'accroissement du fardeau de la maladie et du fardeau économique qu'elle représente préoccupent. Quelle est la situation à l'échelle des CSSS de Montréal? Et quels éléments concourent aux disparités observées entre ces territoires?

Distribution inégale du diabète sur l'île de Montréal

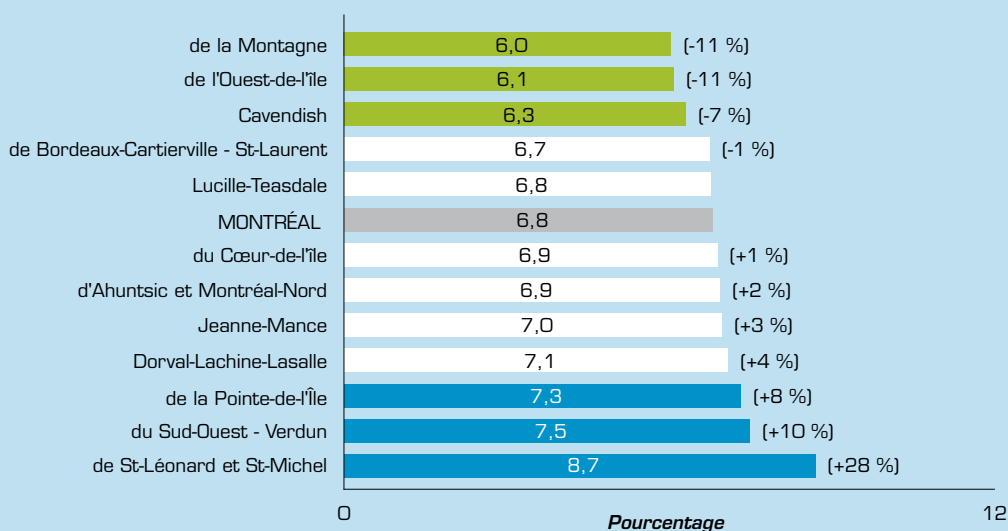
À l'échelle des CSSS, la prévalence du diabète diagnostiqué varie de 6 % à 8,7 %, alors qu'elle s'étend de 4,2 % à 10,5 % entre les secteurs de CLSC qui les composent. Un indice comparatif révèle l'ampleur des disparités entre territoires de CSSS et leurs secteurs (figures 1 et 2).

Indice comparatif (IC)

Il s'agit d'un ratio entre le taux standardisé selon l'âge d'une maladie dans un territoire donné et le taux de cette maladie pour l'ensemble de Montréal. Ce ratio résulte du rapport entre le taux ajusté par âge d'un CSSS ou d'un CLSC et le taux ajusté de Montréal. Il est multiplié par 100. Les territoires où l'indice comparatif est inférieur à 100 ont un taux inférieur à la moyenne montréalaise. Si un indice vaut 120 pour un CSSS, c'est dire que l'incidence du diabète y est de 20 % supérieure à celle de Montréal. Un test statistique permet de déterminer si la valeur obtenue dans un CSSS ou un CLSC est semblable ou différente de celle de Montréal, et ce, 19 fois sur 20. Dans les figures, les taux se rapportant aux CSSS ou aux CLSC sont distingués par une couleur contrastée selon qu'ils sont statistiquement plus élevés ou plus faibles que la valeur correspondante pour Montréal.

FIGURE 1

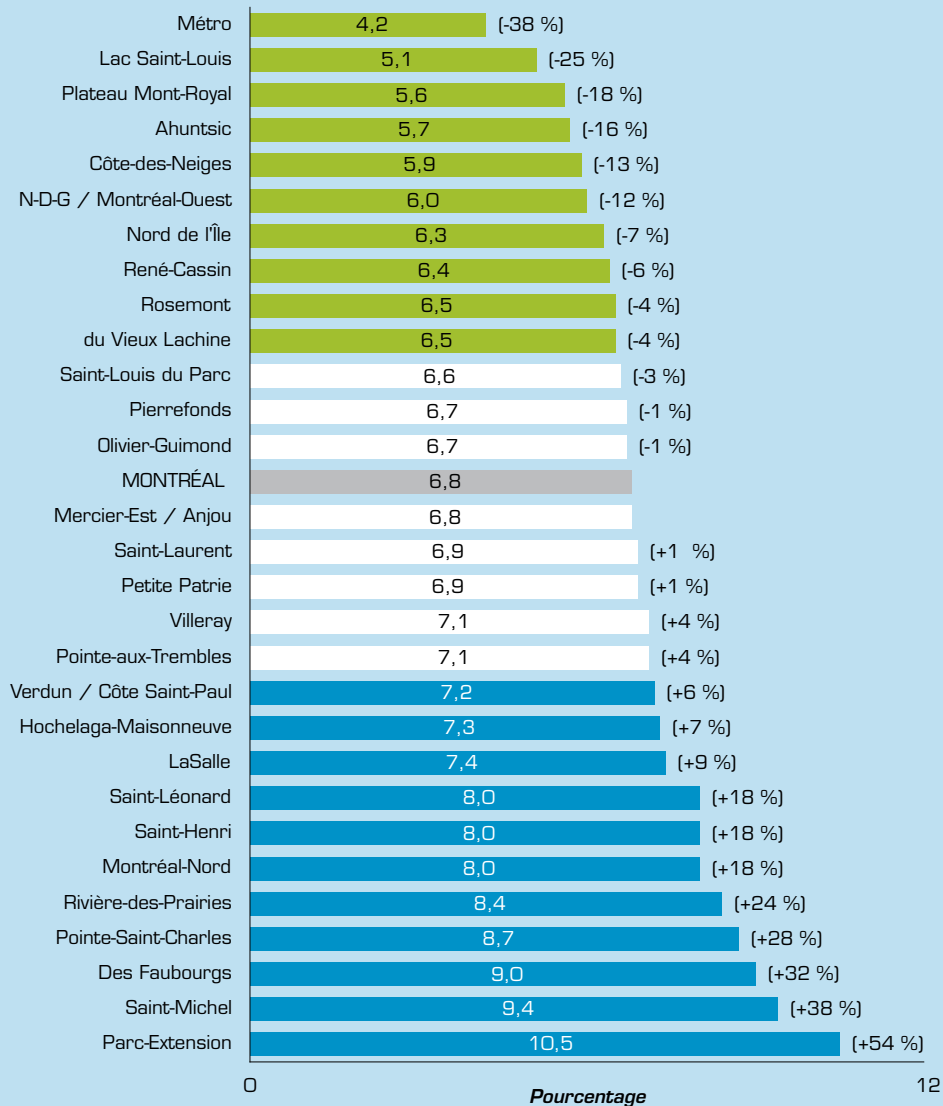
Prévalence¹ du diabète diagnostiqué et écart par rapport à Montréal, population de 20 ans et plus, territoires de CSSS, 2003-2004



1 Prévalence ajustée selon l'âge, ensemble du Québec, 2001
Source : Surveillance du diabète, INSPQ

FIGURE 2

Prévalence¹ du diabète diagnostiqué et écart par rapport à Montréal, population de 20 ans et plus, secteurs de CLSC, 2003-2004



1 Prévalence ajustée selon l'âge, ensemble du Québec, 2001
Source : Surveillance du diabète, INSPQ

Trois CSSS occupent une position avantageuse par rapport à Montréal : les CSSS de la Montagne et de l'Ouest-de-l'Île, avec une prévalence statistiquement inférieure de 11 % à celle de Montréal et celui de Cavendish, avec 7 % de moins. Sept territoires affichent des prévalences supérieures, dont trois présentent un écart significativement plus grand. Avec un écart de 28 %, celui de Saint-Léonard et Saint-Michel se démarque le plus.

À cause de la composition hétérogène de leurs populations, des différences plus importantes encore

se manifestent au sein même des CSSS. Ainsi, les secteurs de CLSC Métro et Parc-Extension se trouvent aux positions extrêmes et opposées : le premier occupe le meilleur rang (prévalence de 4,2 %, soit 38 % de moins que Montréal); le second, le pire (prévalence de 10,5 %, soit 54 % de plus que Montréal). Or ces deux secteurs font partie du CSSS de la Montagne, qui est situé en tête du peloton avec la plus faible prévalence de diabète diagnostiqué de toute l'île.

Sources des disparités

L'âge, le sexe, le poids, les habitudes de vie et le statut socioéconomique sont tous des facteurs de risque reconnus du diabète. Une large part des disparités observées entre les territoires de CSSS proviendrait de ce qui les distingue les uns des autres : leur composition démographique respective et les conditions de vie de leurs résidents. Qu'en est-il?

Composition démographique

Le seuil de l'âge à risque de diabète a récemment été abaissé à 40 ans⁴. L'âge moyen de la population de l'île de Montréal atteignait 39,4 ans en 2001 — une moyenne d'âge plus élevée que celle du reste du Québec. Or, avec l'avancement en âge, on observe une augmentation du nombre de diabétiques^{15,16,17}. D'ailleurs à Montréal, plus de la moitié des adultes diabétiques font partie des 65 ans et plus (voir annexe 1). Nous n'avons pu établir néanmoins de corrélation statistique entre la proportion de gens âgés de 65 ans ou plus par secteur de CLSC et la prévalence du diabète chez les adultes. Des données agrégées à une échelle plus fine ou, mieux encore, des données individuelles permettraient d'estimer la réalité de façon plus juste.

Les immigrants d'origine latino-américaine, asiatique (plus particulièrement ceux d'Asie du Sud-Est) et africaine auraient un risque plus élevé de diabète que la population canadienne dans son ensemble^{4,18}. Ainsi le ratio de prévalence du diabète est significativement plus élevé chez les Ontariens d'une origine ethnique autre que canadienne et européenne⁵. De plus, au Canada, la prévalence d'un diagnostic de diabète déclaré s'accroît avec le nombre d'années que les immigrants y vivent, comme nous l'apprend l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC)¹⁹. Une analyse corrélationnelle montre qu'il existe une relation écologique, très faible cependant, entre la proportion d'immigrants et la prévalence de diabète par secteur de CLSC à Montréal.

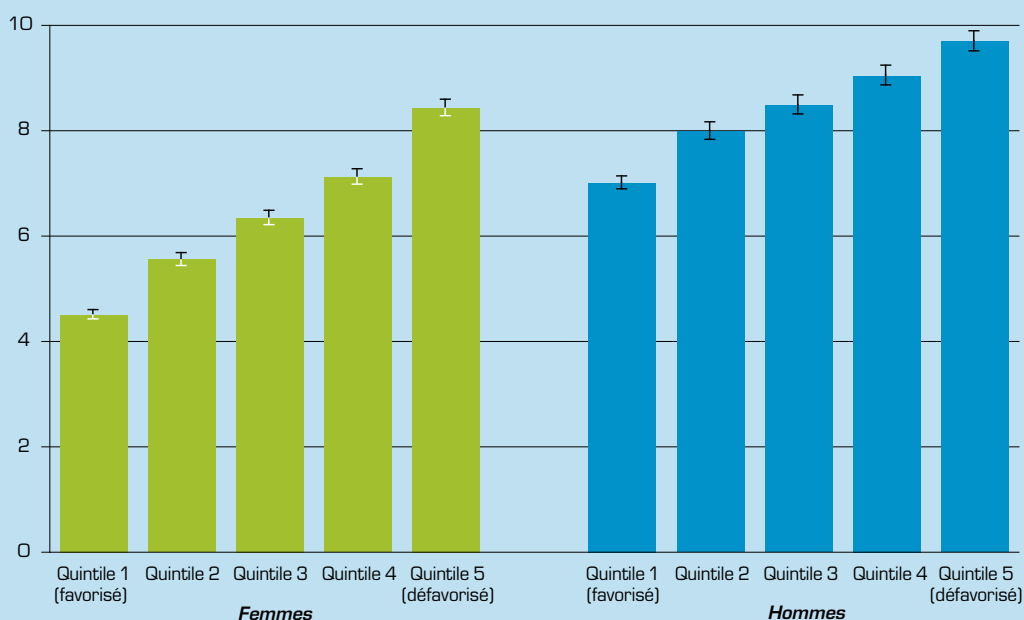
D'autres facteurs seraient donc en jeu et contribueraient peut-être davantage aux différences observées entre secteurs.

Défavorisation matérielle

Les conditions de vie affectent l'état de santé des gens : les plus démunis présentent habituellement un moins bon état de santé que les autres. C'est également le cas des Montréalais atteints de diabète. La figure 3 montre une progression par

FIGURE 3

Prévalence¹ du diabète selon le quintile de défavorisation matérielle et le sexe, Montréal, 2003-2004



1 Prévalence ajustée selon l'âge, ensemble du Québec, 2001
Source : Surveillance du diabète, INSPQ

palier de la prévalence du diabète selon le niveau de défavorisation matérielle. L'écart entre les plus favorisés (quintile 1) et les plus démunis (quintile 5) est encore plus prononcé chez les femmes que chez les hommes. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études canadiennes qui indiquent une augmentation de la prévalence du diabète inverse au revenu^{11,17,20,21,22,23} avec un gradient plus accentué chez les femmes^{24,25}.

Au tableau 1, on voit que six CSSS affichent, parmi leur population favorisée (Q1), une prévalence de diabète supérieure à celle de l'ensemble des Montréalais favorisés. Du côté des défavorisés (Q5),

Défavorisation matérielle

L'indice de défavorisation matérielle capte la réalité économique de la population d'une aire de diffusion (632 personnes en moyenne). Il tient compte à la fois du revenu personnel moyen, des proportions de la population en emploi et de celle n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. C'est une mesure relative en ce qu'elle compare la position des gens se situant dans un quintile (20 % de la population) à la position de ceux des autres quintiles, soit du quintile incluant les caractéristiques les plus faibles jusqu'au quintile ayant les plus élevées.

TABEAU 1

Prévalence¹ du diabète chez les 20 ans et plus selon le quintile de défavorisation matérielle, CSSS de Montréal, 2003-2004

CSSS	Quintile de défavorisation matérielle				
	1	2	3	4	5
	(favorisé)				(défavorisé)
	%	%	%	%	%
Ahuntsic et Montréal-Nord	5,2 (4,9 ; 5,5)	6,0 - (5,7 ; 6,4)	6,9 (6,6 ; 7,3)	8,4 (8,1 ; 8,8)	8,5 (8,2 ; 8,8)
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	6,3 + (6,0 ; 6,6)	6,7 (6,4 ; 7,1)	6,8 - (6,4 ; 7,1)	7,2 - (6,8 ; 7,6)	8,2 - (7,7 ; 8,6)
Cavendish	5,7 (5,5 ; 5,9)	6,0 - (5,7 ; 6,4)	7,0 (6,5 ; 7,5)	8,2 (7,5 ; 8,9)	9,2 (8,4 ; 10,0)
de la Montagne	4,1 - (4,0 ; 4,2)	6,4 (6,0 ; 6,9)	7,4 (6,9 ; 8,0)	8,3 (7,8 ; 8,9)	9,9 + (9,6 ; 10,3)
de la Pointe-de-l'Île	6,6 + (6,2 ; 7,0)	7,2 + (6,9 ; 7,5)	7,6 (7,3 ; 7,8)	8,2 (7,9 ; 8,5)	9,6 (9,1 ; 10,1)
de l'Ouest-de-l'Île	5,9 + (5,8 ; 6,1)	7,1 + (6,8 ; 7,4)	7,7 (7,3 ; 8,2)	8,3 (7,5 ; 9,2)	14,4 + (11,1 ; 18,3)
Dorval-Lachine-LaSalle	6,0 (5,7 ; 6,3)	6,8 (6,5 ; 7,1)	7,4 (7,0 ; 7,7)	8,2 (7,9 ; 8,6)	8,5 (8,1 ; 9,0)
du Cœur-de-l'Île	6,9 + (6,2 ; 7,5)	6,4 (6,0 ; 6,8)	6,7 - (6,3 ; 7,1)	7,2 - (6,9 ; 7,6)	7,9 - (7,5 ; 8,4)
du Sud-Ouest - Verdun	5,6 (5,3 ; 5,9)	8,0 + (7,4 ; 8,6)	7,6 (7,2 ; 8,1)	8,0 (7,7 ; 8,4)	8,9 (8,6 ; 9,3)
Jeanne-Mance	7,0 + (6,7 ; 7,3)	5,9 - (5,5 ; 6,3)	7,0 (6,6 ; 7,5)	8,1 (7,6 ; 8,6)	9,9 + (9,2 ; 10,5)
Lucille-Teasdale	6,0 (5,7 ; 6,3)	6,4 (6,1 ; 6,6)	7,0 (6,7 ; 7,3)	6,7 - (6,4 ; 7,0)	7,6 - (7,3 ; 8,0)
St-Léonard et St-Michel	11,0 + (9,8 ; 12,3)	9,1 + (8,3 ; 9,8)	8,5 + (8,1 ; 8,9)	8,9 + (8,6 ; 9,3)	9,6 + (9,3 ; 9,9)
MONTRÉAL	5,6 (5,5 ; 5,7)	6,6 (6,5 ; 6,7)	7,3 (7,2 ; 7,4)	7,9 (7,8 ; 8,1)	9,0 (8,8 ; 9,1)

1 Prévalence ajustée selon l'âge, ensemble du Québec, 2001.

- Significativement plus faible que Montréal ; + Significativement plus élevé que Montréal.

Source : Surveillance du diabète, INSPQ

quatre CSSS présentent une prévalence supérieure à celle des Montréalais les plus démunis. La prévalence est toujours plus faible chez les favorisés comparativement aux plus démunis, à l'exception du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. Fait inhabituel : la prévalence du diabète y est supérieure chez les plus favorisés. Nous ne disposons pas des informations nécessaires pour explorer ce cas particulier. (Voir aussi l'annexe 2 pour connaître le nombre de cas de diabète par quintile dans les CSSS.) Pour la quasi-totalité des CSSS, la prévalence du diabète suit un gradient de défavorisation²⁶. De multiples facteurs entrent en jeu pour expliquer la variabilité des résultats entre CSSS — la position dans l'échelle des caractéristiques matérielles étant l'un d'entre eux.

Le diabète constitue un facteur de risque important des maladies cardiovasculaires. Or les diabétiques plus démunis au plan économique sont aussi plus à risque de développer d'autres problèmes de santé, dont l'hypertension et des maladies cardiaques, comme le révèle l'ESCC¹⁷.

Habitudes de vie

Selon l'Organisation mondiale de la santé, trois cas de diabète sucré sur cinq sont imputables à un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 21 kg/m²²⁷. Au Canada, le risque de faire du diabète augmente avec l'IMC, qu'il s'agisse d'embonpoint (IMC $\geq 25 < 30$) ou d'obésité (IMC ≥ 30). Par rapport à ceux qui ont un poids normal (IMC $\geq 18,5 < 24,9$), ce risque est deux ou cinq fois plus élevé selon qu'on fait partie de l'une ou l'autre de ces catégories²⁸. Mentionnons que la transition démographique qui s'est effectuée dans les pays industrialisés a eu pour effet de renverser la distribution sociale des maladies : ainsi, les maladies cardiovasculaires et l'obésité ne sont plus le lot des riches, mais celui des pauvres²⁹. En 2004, les proportions de Canadiens obèses étaient plus élevées chez les gens sans diplôme d'études secondaires ou ayant uniquement ce diplôme que chez les détenteurs d'un diplôme d'études postsecondaires²⁸. Par contre,

TABEAU 2

Surplus de poids et niveau¹ d'activité physique de loisirs, 18 ans et plus, CSSS de Montréal, 2005

CSSS	Surplus de poids		Sédentaire ¹		Peu actif ¹	
	Population estimée	%	Population estimée	%	Population estimée	%
Ahuntsic et Montréal-Nord	63 800	49	30 800	23	23 300	18
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	49 400	50	25 200	25	17 800	18
Cavendish	35 000	38	15 200	16*	14 800	16*
de la Montagne	69 600	38	28 600	16 (-)	36 600	20
de la Pointe-de-l'île	70 800	48	45 600	30 (+)	34 000	23
de l'Ouest-de-l'île	74 800	45	31 500	19	27 400	17
Dorval-Lachine-LaSalle	47 000	44	22 800	21	17 800	17
du Coeur-de-l'île	34 500	39	17 600	20	13 500	15*
du Sud-Ouest - Verdun	46 500	46	21 300	20	13 000	13*
Jeanne-Mance	34 900	31 (-)	21 000	18	14 300	12*
Lucille-Teasdale	54 200	40	36 100	26	22 400	16
St-Léonard et St-Michel	55 000	55 (+)	27 500	28	19 300	19
MONTRÉAL	635 500	43	323 200	22	254 100	17

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 (-) Significativement plus faible que Montréal; (+) Significativement plus élevé que Montréal.

Source: Fichier de microdonnées à grande diffusion, ESCC 2005.

par rapport à la période 1986-1992, la relation entre le revenu et l'obésité s'est modifiée avec l'accroissement du pourcentage de personnes obèses dans toutes les catégories de revenu des ménages supérieures à celle du revenu le plus faible³⁰. Ainsi dans les ménages à revenu moyen-inférieur, la proportion d'hommes obèses était moins importante que dans les catégories supérieures, tandis que cette proportion était plus importante chez les femmes des catégories de revenu moyen et moyen-supérieur²⁸.

L'ESCC-Nutrition 2004 fournit des données mesurées du poids et de la taille, donc plus proches de la réalité que les données déclarées habituellement recueillies dans les enquêtes. Il ressort qu'entre 1978-1979 et 2004, l'IMC médian est passé de 24,4 à 26,1. Alors qu'à la fin des années soixante-dix, la moitié de la population adulte du Canada faisait de l'embonpoint (35,4 %) ou était obèse (13,8 %), cette proportion atteignait 59 % en 2004²⁸. Plus d'hommes que de femmes sont concernés par ce problème. Et les hommes deviennent obèses plus jeunes que par le passé : les 25-34 ans connaissent la hausse la plus marquée³⁰. Ce déplacement vers des poids plus élevés s'est aussi produit au Québec bien que dans des proportions moindres. À Montréal, un peu plus de la moitié de la population avait un surplus de poids (embonpoint et obésité) comparativement à près de trois personnes sur cinq pour l'ensemble du Québec et du Canada³¹. À l'échelle des CSSS de Montréal, la proportion d'adultes ayant déclaré un surplus de poids varie entre 31 % et 53 % (tableau 2).

Comme il existe une relation claire entre le régime alimentaire, l'activité physique et l'obésité²⁸, l'examen de la consommation de fruits et légumes et du niveau d'activité physique s'avère intéressant. En 2003, 56 % des Montréalais déclaraient consommer moins de cinq fruits et légumes par jour, la norme recommandée. En 2005, entre le tiers et la moitié des résidents adultes des CSSS étaient peu actifs, voire tout à fait sédentaires (tableau 2). Il est possible d'agir sur tous ces facteurs de risque.

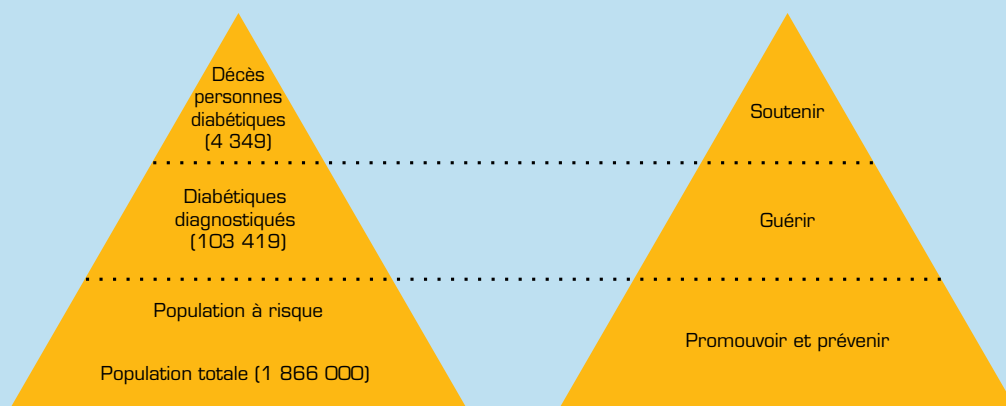
Action, prévention et responsabilité populationnelle

« Selon l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population simplement en lui fournissant des services de soins, fussent-ils de la meilleure qualité technique possible. De même, une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres, en leur disant qu'ils et elles sont « responsables » de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée. » (Marc Renaud et Louise Bouchard, Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé, 1994, p. 22.)

L'expansion d'une maladie chronique comme le diabète pose un défi de santé publique qui interpelle les CSSS. Comment améliorer l'état de santé d'une population si on ne s'occupe que de maladie? Cibler les catégories de personnes à risque et prévenir les complications chez les patients déjà atteints de diabète sont deux conditions essentielles mais non suffisantes

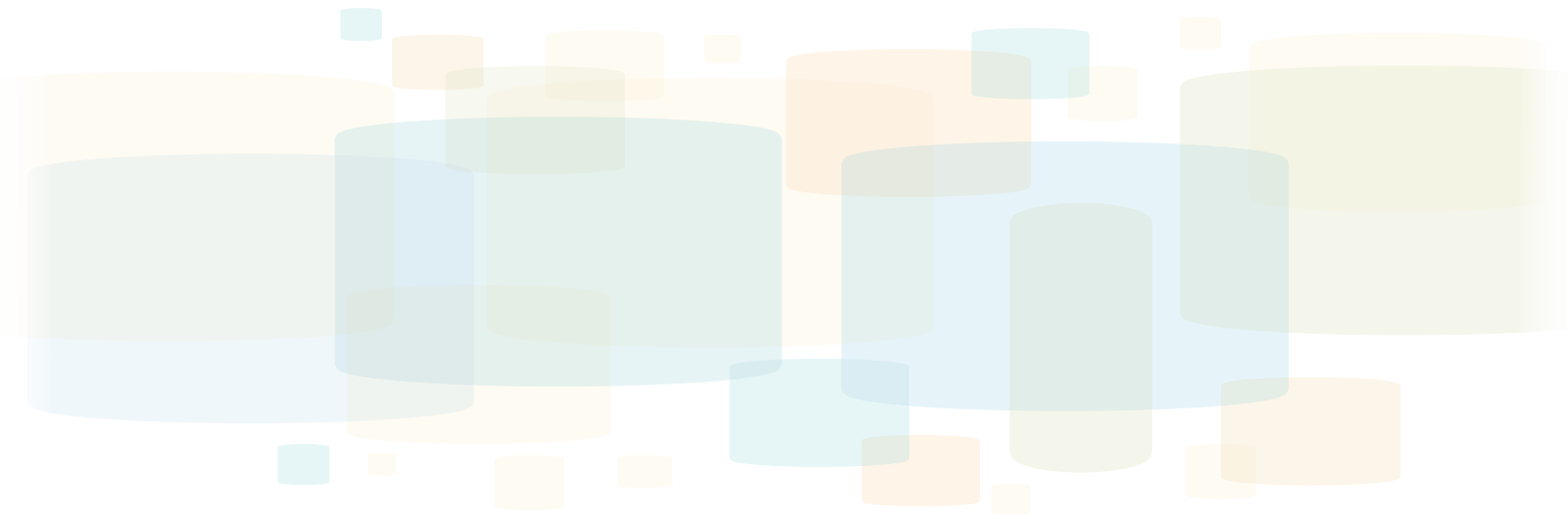
FIGURE 4

Cas estimés de diabète – Montréal, 2003-2004 – en lien avec une approche de gestion préventive



pour ralentir la progression de la maladie. On ne peut seulement traiter le diabète et en réduire les méfaits, il faut aussi agir sur les autres déterminants de la santé, viser la population dans son ensemble.

L'amélioration de la santé d'une population implique de travailler à réduire l'incidence du diabète et donc l'adoption d'une approche universelle de prévention et de promotion. Plus concrètement, cela suppose des actions sur des plans multiples qui nécessitent des collaborations intersectorielles. Des environnements social, économique, culturel et physique concourent au surpoids, à la maladie, aux inégalités de santé et sont autant de prises à partir desquelles il est possible d'agir. C'est probablement ici que le défi se révèle le plus grand : il impose de réfléchir en termes de politique de santé plutôt que de politiques de soins.



Annexe 1

Prévalence¹ du diabète chez les 20 ans et plus selon l'âge, territoires de CSSS et secteurs de CLSC, Montréal, 2003-2004

CSSS et CLSC	20-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus		20 ans et plus ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ahuntsic et Montréal-Nord	822	1,4	3 536	8,7	5 800	19,5	10 158	6,9
Ahuntsic	320	1,1	1 303	6,5	2 443	17,6	4 066	5,7 (-)
Montréal-Nord	502	1,7	2 233	10,8	3 357	21,1	6 092	8,0 (+)
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	591	1,2	2 545	8,6	4 441	18,9	7 577	6,7
Nord de l'Île	255	1,3	995	8,0	1 796	18,0	3 046	6,3 (-)
Saint-Laurent	336	1,2	1 550	9,1	2 645	19,5	4 531	6,9
Cavendish	503	1,2	2 089	7,2	4 266	19,4	6 858	6,3 (-)
N-D-G / Montréal-Ouest	335	1,2	1 136	6,6	1 835	18,7	3 306	6,0 (-)
René-Cassin	168	1,2	953	8,1	2 431	19,9	3 552	6,4 (-)
de la Montagne	1 126	1,2	3 515	7,2	5 853	17,7	10 494	6,0 (-)
Côte-des-Neiges	664	1,2	1 978	6,9	3 456	17,6	6 098	5,9 (-)
Métro	182	0,7	649	4,7	1 277	13,4	2 108	4,2 (-)
Parc-Extension	280	2,1	888	13,5	1 120	28,5	2 288	10,5 (+)
de la Pointe-de-l'Île	982	1,5	4 560	8,7	5 915	21,5	11 457	7,3 (+)
Mercier-Est / Anjou	418	1,5	1 871	8,1	2 745	20,2	5 034	6,8
Pointe-aux-Trembles	251	1,3	1 256	8,1	1 571	21,6	3 078	7,1
Rivière-des-Prairies	313	1,6	1 433	10,3	1 599	24,1	3 345	8,4 (+)
de l'Ouest-de-l'Île	954	1,3	4 068	7,3	4 395	17,5	9 417	6,1 (-)
Lac Saint-Louis	269	1,0	1 278	5,8	1 733	15,8	3 280	5,1 (-)
Pierrefonds	685	1,5	2 790	8,3	2 662	18,8	6 137	6,7
Dorval-Lachine-Lasalle	712	1,5	3 050	8,6	4 476	20,3	8 238	7,1
du Vieux Lachine	303	1,4	1 210	7,7	1 865	19,1	3 378	6,5 (-)
LaSalle	409	1,5	1 840	9,2	2 611	21,3	4 860	7,4 (+)
du Cœur-de-l'Île	555	1,1	1 883	8,0	3 127	21,4	5 565	6,9
Petite Patrie	213	0,9	777	7,7	1 310	21,7	2 300	6,9
Villeray	342	1,2	1 106	8,2	1 817	21,3	3 265	7,1
du Sud-Ouest - Verdun	785	1,4	3 135	9,2	4 054	21,4	7 974	7,5 (+)
Pointe-Saint-Charles	102	1,8	399	12,0	347	22,2	848	8,7 (+)
Saint-Henri	176	1,4	573	9,0	684	24,6	1 433	8,0 (+)
Verdun / Côte Saint-Paul	507	1,4	2 163	8,9	3 023	20,8	5 693	7,2 (+)
Jeanne-Mance	650	0,9	2 452	7,9	3 395	22,7	6 497	7,0
Des Faubourgs	307	1,3	1 235	11,0	1 707	26,3	3 249	9,0 (+)
Plateau Mont-Royal	192	0,7	675	5,8	906	18,3	1 773	5,6 (-)
Saint-Louis du Parc	151	0,7	542	6,5	782	22,4	1 475	6,6
Lucille-Teasdale	894	1,3	3 557	8,1	5 809	20,0	10 260	6,8
Hochelaga-Maisonneuve	279	1,2	1 051	9,0	1 255	20,9	2 585	7,3 (+)
Olivier-Guimond	199	1,3	946	8,0	1 714	20,4	2 859	6,7
Rosemont	416	1,3	1 560	7,6	2 840	19,4	4 816	6,5 (-)
St-Léonard et St-Michel	776	1,6	3 317	11,2	4 831	24,0	8 924	8,7 (+)
Saint-Léonard	388	1,5	1 796	10,5	2 928	23,0	5 112	8,0 (+)
Saint-Michel	388	1,8	1 521	12,3	1 903	25,6	3 812	9,4 (+)
MONTRÉAL	9 350	1,3	37 707	8,3	56 362	20,1	103 419	6,8

¹ Prévalence ajustée selon l'âge, ensemble du Québec, 2001.

(-) Significativement plus faible que Montréal; (+) Significativement plus élevé que Montréal.

Source : Surveillance du diabète, INSPQ

Annexe 2

Nombre de cas de diabète selon le quintile de défavorisation matérielle, CSSS de Montréal, 2003-2004

CSSS	Quintile de défavorisation matérielle				
	1	2	3	4	5
	(favorisé) n	n	n	n	(défavorisé) n
Ahuntsic et Montréal-Nord	1 376	1 256	1 451	2 192	3 286
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 687	1 441	1 319	1 335	1 302
Cavendish	2 867	1 350	881	606	607
de la Montagne	3 712	828	769	843	3 671
de la Pointe-de-l'Île	1 191	2 519	2 674	2 831	1 538
de l'Ouest-de-l'Île	5 095	2 350	1 044	427	78
Dorval-Lachine-LaSalle	1 394	1 661	1 652	1 811	1 164
du Cœur-de-l'Île	457	1 057	1 239	1 395	1 180
du Sud-Ouest - Verdun	1 130	725	1 133	1 727	2 638
Jeanne-Mance	2 081	975	857	1 003	900
Lucille-Teasdale	1 576	2 336	2 092	1 919	1 581
St-Léonard et St-Michel	299	591	1 683	2 501	3 722
MONTRÉAL	22 865	17 089	16 794	18 590	21 667

Source : Surveillance du diabète, INSPQ.

Bibliographie

- 1 Agence de santé publique du Canada. *Le diabète au Canada*, [En ligne], 1999, [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/pdf/Diab99_f.pdf].
- 2 Millar, W. J., et K. T. Young. « Tracking diabetes : Prevalence, incidence and risk factors », *Health Reports*, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue), vol. 14, n° 3, 2003.
- 3 Agence de santé publique du Canada. *Relever le défi posé par le diabète au Canada : Premier rapport du système national de surveillance du diabète (SNSD)*, [En ligne], 2003, [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/ndss-snsd/francais/pubs_reports/pdf/WEB_NDSS_French_Report-nocover.pdf].
- 4 Association canadienne du diabète et Diabète Québec. *Rapport d'étape de 2003 sur le diabète : Politique provinciale, territoriale et fédérale et programmes destinés aux diabétiques*, [En ligne], 2003, 46 p., [http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/monde/pdf/rapport_diabete_2003.pdf].
- 5 Manuel, D. G., et S. E. Schultz. « Diabetes Health Status and Risk Factors (chap. 4) », *Diabetes in Ontario : Practice Atlas*, Institute for Clinical Evaluative Sciences, [En ligne], 2003, [http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=67&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=1312&type=atlas].
- 6 Association canadienne du diabète. *Une stratégie nationale sur le diabète. Un investissement dans la santé des Canadiens : Recommandations présentées au Comité permanent des finances de la Chambre des communes*, [En ligne], novembre 2004, [http://www.diabetes.ca/files/Canadian%20diabetes%20association%201919195_fr.Oct2004.pdf].
- 7 Lemoyne, O., et autres. *L'utilisation des services de santé par les diabétiques montréalais en 2003-2004*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique de Montréal, INSPQ, [En ligne], 2006, 45 p., [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html>].
- 8 Santé Canada. *Relever le défi posé par le diabète au Canada : Premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD)*, [En ligne], 2003, [www.snsd.ca].
- 9 Harris, S. V., et autres. « Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study) », *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 70, n° 1, 2005, p. 90-97.
- 10 Diabète Québec. *Dice : le contrôle du diabète de type 2 (Étude canadienne, octobre 2005)*, [En ligne], 2005, [http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/recherche/html/dice.html].
- 11 Santé Canada. *Le diabète au Canada*, 2^e édition, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, [En ligne], 2002, [<http://www.santecanada.ca>].
- 12 Association canadienne du diabète. *Les lignes directrices de pratique clinique 2003*, [En ligne], 2003, [<http://www.diabetes.ca/cpgfrancais/chapters.aspx>].
- 13 Émond, V., et L. Rochette. *La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002*, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 15 p.
- 14 Wilkins, R., J.-M. Berthelot et E. Ng. « Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 », *Supplément aux Rapports sur la santé*, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue), vol. 13, 2002.
- 15 Ohinmaa, A., et autres. « The Projection of Prevalence and Cost of Diabetes in Canada: 2000 to 2016 », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 28, n° 2, 2004, p. 116-123.
- 16 Boyle, J. P., et autres. « Projection of Diabetes Burden Through 2050 : Impact of changing demography and disease prevalence in the U.S. », *Diabetes Care*, vol. 24, n° 11, 2001, p. 1936-1940.
- 17 Mo, F., et autres. « Prevalence of Diabetes and Cardiovascular Comorbidity in the Canadian Community Health Survey 2002-2003 », *The Scientific World Journal*, vol. 6, 2006, p. 96-105.
- 18 Agence de santé publique du Canada. *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Synthèse de la recherche et des collaborations — Résultats des consultations*, vol. 1, [En ligne], 2005, 92 p., [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/pdf/batirstrategienationaleidiabete-f.pdf>].
- 19 Pérez, C. « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Supplément aux Rapports sur la santé*, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue), vol. 13, 2002, p. 1-14.
- 20 James, R., et autres. « The health of Canadians with diabetes », *Health Reports*, Statistique Canada (82-003-XPB au catalogue), 1997, vol. 9, n° 3, p. 47-52.
- 21 Association canadienne du diabète et Diabète Québec. *Rapport d'étape 2005 sur le diabète : Évaluation des politiques et des programmes provinciaux, territoriaux et fédéraux destinés aux diabétiques*, [En ligne], 2005, 45 p., [<http://www.diabetes.ca/files/diabetesreport2005/CDA-diabetesreport-2005-fr.pdf>].
- 22 Green, C., et autres. « Geographic analysis of diabetes prevalence in an urban area », *Social science & medicine*, vol. 57, n° 3, août 2003, p. 551-560.
- 23 Rabi, D. M., et autres. « Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services », *BMC Health Services Research*, vol. 6, article 124, octobre 2006.
- 24 Choi, B. C. K., et F. Shi. « Risk factors for diabetes mellitus by age and sex : results of the National Population Health Survey », *Diabetologia*, vol. 44, n° 10, octobre 2001, p. 1221-1231.

- 25 Tang, M., Y. Chen et D. Krewski. « Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes », *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, juin 2003, p. 381-385.
- 26 Pour de plus amples détails sur la défavorisation dans les CSSS de Montréal et leurs secteurs de CLSC, voir le site Web de la Direction de santé publique de Montréal : [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/tourhorizon3.html>] et [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/tourhorizon.html>].
- 27 Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine, chap. 4, [En ligne], [<http://www.who.int/whr/2002/fr/>].
- 28 Tjepkema, M. « Obésité chez les adultes », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue), vol. 17, n° 3, [En ligne], 2006, [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-XIF/82-003-XIF2005003.pdf>].
- 29 Wilkinson, R. G. *The Impact of Inequality : How to Make Sick Societies Healthier*, The New York Press, 2005.
- 30 Shields, M., et M. Tjepkema. « Tendances de l'obésité chez l'adulte », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue), vol. 17, n° 3, [En ligne], 2006, p. 57-64, [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-XIF/82-003-XIF2005003.pdf>].
- 31 Shields, M., et M. Tjepkema. « Différences régionales en matière d'obésité », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue), vol. 17, n° 3, [En ligne], 2006, p. 65-71, [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-XIF/82-003-XIF2005003.pdf>].

Une réalisation de l'équipe Surveillance
du secteur Planification, orientations et évaluation
de la Direction de santé publique de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Auteure :

Michèle A. Dupont, agent de recherche

Collaborateurs :

James Massie, technicien

Jean Gratton, agent de recherche

Graphisme :

Paul Cloutier

Ce document est disponible sur le site internet de la DSP :
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/montreal/analyse/index.html>

La réalisation de ce projet a été rendue possible
grâce à une subvention octroyée conjointement par
le ministère de la Santé et des Services sociaux et
l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
dans le cadre du Programme de subventions en santé publique
pour projets d'études et d'évaluation.

© Direction de santé publique de l'Agence de la santé et
des services sociaux de Montréal (2007)

Tous droits réservés

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-89494-610-7 (imprimé)

ISBN : 978-2-89494-611-4 (PDF)

Prix : 5 \$