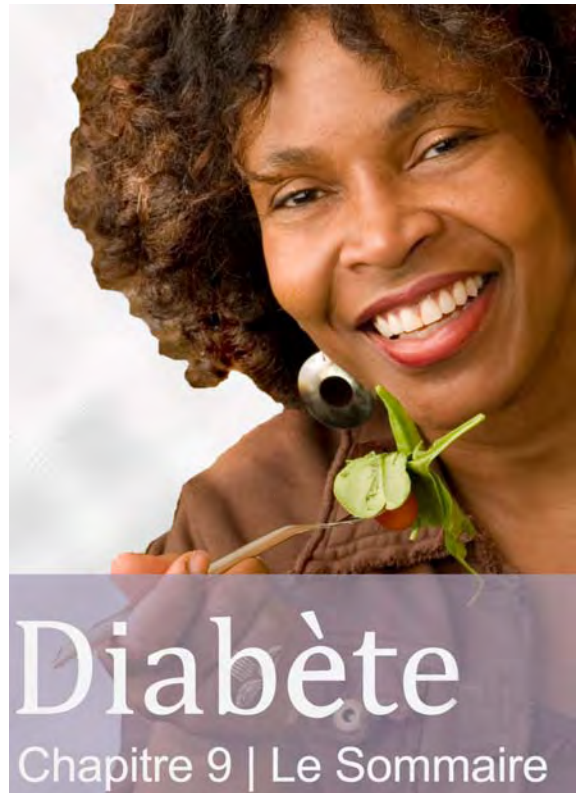




Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report
Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes
de l'Ontario sur la santé des femmes.

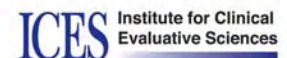


Auteurs:

Gillian Booth, MD, MSc, FRCPC
Lorraine L. Lipscombe, MD, MSc, FRCPC
Onil Bhattacharyya, MD, PhD, CFPC
Denice Feig, MD MSc
Baiju R. Shah, MD PhD FRCPC
Ashley Johns, MSc
Naushaba Degani, PhD
Beatrix Ko, BSc
Arlene S. Bierman, MD, MS, FRCPC

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

© 2010 l'Hôpital St. Michael, et l'Institut de recherche en services de santé



QUESTION TRAITÉE

Plus de trois millions de Canadiennes et de Canadiens sont diabétiques et ce nombre est appelé à augmenter considérablement au cours des 10 prochaines années. On prédit qu'entre 2007 et 2017, 1,9 million de Canadiennes et Canadiens deviendront diabétiques. Les données récentes pour l'Ontario indiquent que le taux de diabète a connu une forte augmentation au cours des 10 dernières années, et qu'il dépasse déjà les prédictions de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la prévalence mondiale du diabète pour 2030. Dans les pays développés, le diabète est l'une des causes premières de cécité et la cause la plus fréquente d'insuffisance rénale terminale, sans compter que c'est une cause importante de complications cardiovasculaires telles que les crises cardiaques et les accidents cérébrovasculaires. De plus, le traitement du diabète est complexe et coûteux, les coûts directs du traitement représentant de 2,5 % à 15 % des budgets de santé. Le diabète, avec sa prévalence qui augmente, les complications qui s'y rattachent et son traitement coûteux, est l'une des maladies chroniques les plus onéreuses de notre époque.

Près de 10 % des diabétiques ont le diabète de type 1, qui se manifeste surtout chez les enfants et les jeunes adultes et qui est causé par la destruction auto-immune des cellules du pancréas qui produisent l'insuline. L'augmentation de la prévalence de diabète est attribuable en grande partie à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de diabète 2, dont l'apparition se manifeste à un âge plus avancé et qui résulte en partie d'un affaiblissement de la fonction insulinique, le plus souvent en raison de facteurs de risque comportementaux et de l'hérédité. L'augmentation du diabète de type 2 s'explique par l'augmentation de facteurs de risque tels que l'obésité, le mode de vie sédentaire, les régimes alimentaires malsains et le vieillissement de la population. Dans les pays développés, l'accroissement de la migration des populations susceptibles ainsi que les changements de mode de vie alourdissent le fardeau du diabète. La survie plus longue des personnes atteintes de diabète contribue également à l'augmentation de sa prévalence.

L'incidence et les complications du diabète affectent certaines populations différemment. Par exemple, les populations à faible revenu présentent un risque plus élevé de développer le diabète et lorsqu'elles en sont atteintes, les résultats sont plus graves. Le risque de diabète est également plus élevé chez les immigrants récents et dans certains groupes ethniques, notamment les groupes d'origine sud-asiatique, africaine, hispanique et autochtone. Les Canadiennes et Canadiens vivant dans des régions rurales ont des taux de diabète plus élevés que les habitants des villes. Les études indiquent que les habitants de régions rurales ont moins accès à des soins, ont des revenus plus bas et sont plus susceptibles de présenter certains facteurs de risque comportementaux qui les rendent vulnérables au diabète et à d'autres maladies chroniques. Bien que le diabète demeure plus prévalent chez les hommes que chez les femmes, les données récentes suggèrent qu'au cours des 10 dernières années, la plus forte augmentation relative de la prévalence du diabète se retrouve chez les jeunes femmes (âgées de 20 à 49 ans). Non seulement les jeunes femmes diabétiques présentent-elles la possibilité d'un risque plus élevé de complications connues du diabète étant donné que le diagnostic a été posé plus tôt, mais elles font aussi face à d'autres problèmes de santé tels que des problèmes de reproduction et des complications pendant la grossesse.

L'Ontario a lancé une stratégie complète de lutte contre le diabète qui se fonde sur les pratiques exemplaires acceptées partout dans le monde et sur les recommandations d'un comité d'experts en matière de gestion du diabète. Cette stratégie comprend des efforts visant à prévenir le début du diabète, à améliorer l'accès à de l'information et à du matériel éducatif faisant la promotion de l'auto-gestion du diabète, et à fournir aux personnes diabétiques meilleur accès à des soins complets donnés par une équipe. Le chapitre de l'Étude Power sur le diabète traite du fardeau de cette maladie en Ontario, et tout particulièrement des indicateurs de la gestion du diabète et des disparités possibles selon le genre, le revenu et la région. Cette information pourra servir à améliorer l'efficacité de la mise en œuvre de programmes de diabétologie partout dans la province.

Le chapitre sur le diabète est divisé en six sections :

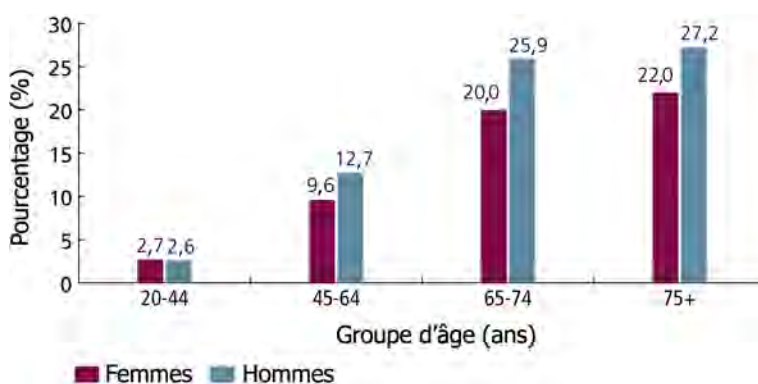
- L'état de santé et l'état fonctionnel
- L'accessibilité et l'utilisation des soins
- Le dépistage, l'évaluation et la surveillance
- Le traitement pharmacologique
- Les résultats pour la santé
- Le diabète et la grossesse

Dans la première section, nous brossons un tableau de **l'état de santé et de l'état fonctionnel** des Ontariennes et des Ontariens diabétiques à l'égard des points suivants : la morbidité (la présence d'autres maladies chroniques ou de dépression probable); les restrictions de l'activité physique, l'auto-évaluation de la santé et les comportements liés à la santé. La deuxième section renferme des indicateurs de **l'accessibilité et de l'utilisation des soins** donnés par des fournisseurs de services, y compris la prestation régulière de soins primaires et l'accessibilité et l'utilisation de services spécialisés. Dans la section sur le **dépistage, l'évaluation et la surveillance**, nous mesurons la gestion clinique et l'auto-surveillance de la glycémie, le soin des pieds ainsi que la surveillance clinique du fonctionnement rénal et les examens de la vue. La section sur **le traitement pharmacologique** mesure l'utilisation de l'insuline et de médicaments oraux déclarée par les patients ainsi que l'usage de médicaments servant à traiter l'hypertension et le cholestérol chez les adultes diabétiques âgés de 65 ans et plus. La section sur **les résultats pour la santé** liés au diabète inclut des indicateurs des taux de complications liées au diabète, dont les complications se rapportant à la glycémie, ainsi que la rétinopathie, les maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, la maladie vasculaire périphérique et les dommages rénaux. Enfin, la section sur le **diabète et la grossesse** mesure les indicateurs des soins prénatals, les complications obstétriques et le pronostic foetal chez les femmes atteintes de diabète prégestationnel et gestationnel, comparé aux femmes non diabétiques.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Le diabète est l'une des maladies les plus courantes dans notre société. En Ontario, près d'un adulte sur 10 a un diagnostic de diabète – toutefois, à l'âge de 65 ans, cette proportion passe à près d'un adulte sur quatre, les taux enregistrés chez les hommes (27 %) étant plus élevés que chez les femmes (22 %) (**Figure 1**). Nous avons cependant constaté que les taux de diabète chez les femmes en âge de procréer sont similaires à ceux que l'on retrouve chez les jeunes hommes (2,7 % contre 2,6 % respectivement). L'apparition du diabète à un âge plus jeune peut avoir des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les femmes, mais chez les femmes, il a encore plus d'implications. Nous avons trouvé que le diabète avant la grossesse est associé avec un risque passablement plus élevé d'issue défavorable de la grossesse et si le diabète est mal contrôlé, il peut causer des torts sérieux à l'enfant à naître.

Figure 1 | Prévalence de diabète en adultes âgés 20 ans et plus, par sexe et le groupe d'âge, en Ontario, 2006/07

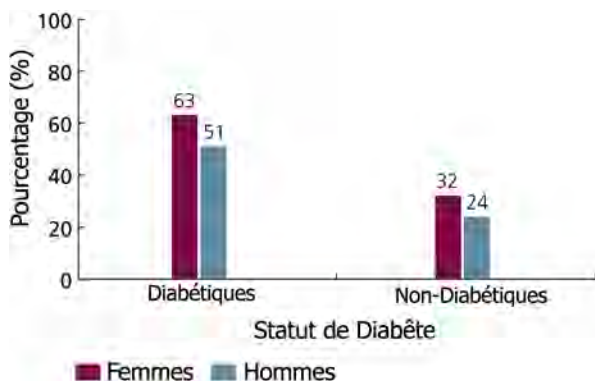


SOURCE DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario

L'état fonctionnel et l'autoévaluation de la santé sont moins bons chez les diabétiques que chez les non-diabétiques. Le diabète est associé avec une moins bonne auto-évaluation de l'état de santé (Figure 9A.7), des taux plus élevés de comorbidité (**Figure 2**) et de dépression (Figure 9A.5), ainsi qu'avec de plus grandes restrictions dans les activités instrumentales de la vie quotidienne et les activités de la vie quotidienne. Cinquante-six pour cent des femmes et des hommes diabétiques disent avoir au moins deux autres maladies chroniques en plus du diabète (comparé à 28 % des adultes non diabétiques), ce qui complique davantage la prestation des soins. Parmi les adultes diabétiques, les femmes ont un état de santé et un état fonctionnel moins bons que les hommes, y compris des taux plus élevés de comorbidité (63 % contre 51 % respectivement), de dépression (11,1 % contre 4,3 % respectivement) ainsi que des taux plus élevés de restrictions dans les activités instrumentales de la vie quotidienne et les activités de la vie quotidienne (49 % contre 27 % respectivement). La situation des groupes à faible revenu est nettement moins bonne que celle des groupes à revenu élevé (Figures 9A.7, 9A.8); les premiers sont plus susceptibles de déclarer avoir une santé médiocre ou mauvaise (52 % contre 33 %) et les hommes sont plus susceptibles d'avoir au moins deux autres maladies chroniques (66 % contre 41 % respectivement). Les troubles concomitants ont beaucoup d'impact sur la qualité de vie et compliquent la gestion du diabète. Pour les praticiens, la rivalité des problèmes médicaux et des problèmes sociaux peut détourner la gestion du diabète; pour les patients, la dépression et l'invalidité peuvent réduire leur capacité à

modifier leur régime alimentaire, à augmenter leur activité physique, à perdre du poids, à autogérer le diabète et même à prendre leurs médicaments selon le programme prescrit. Ces constatations ont des implications au niveau de la stratégie ontarienne de lutte contre les maladies chroniques et font ressortir la nécessité d'avoir des modèles de gestion des maladies chroniques axés sur le patient et prévoyant le traitement de plusieurs maladies à la fois.

Figure 2 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes de 20 ans et plus qui atteintes ayant au moins deux maladies chroniques^ diagnostiquée par un professionnel de la santé, par sexe et l'état diabète, en Ontario, 2005 et 2007



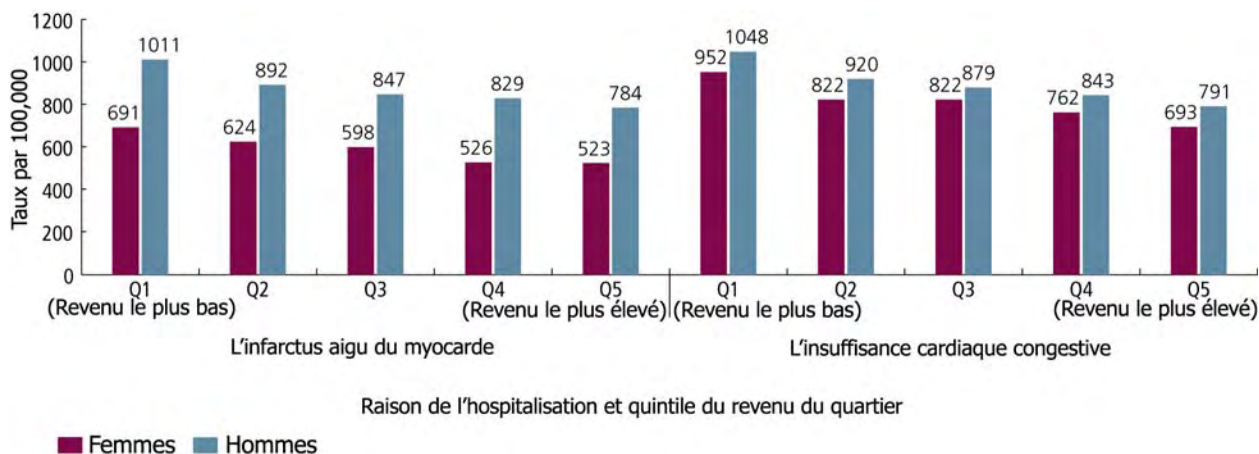
SOURCE DE DONNÉES : l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2005 cycle 3.1

^ Chez les personnes diabétiques, cela signifie qu'elles ont au moins deux autres maladies chroniques en plus du diabète

L'augmentation sans cesse croissante de la prévalence du diabète crée un problème de taille pour ceux qui fournissent et qui financent les services de santé. Le diabète est l'une des maladies les plus souvent rencontrées dans les pratiques de médecine primaire. Il représente, en Ontario, près de 7 millions de visites par année chez les médecins de famille. Nous avons constaté que les personnes diabétiques vont chez leur médecin de famille en moyenne 7,3 fois par année. Un peu comme pour les différences selon le genre rapportées par le chapitre de l'Étude Power sur l'accès aux services de santé, les femmes diabétiques utilisent les services de santé plus que les hommes. Le nombre moyen de visites chez un médecin de soins primaires est plus élevé chez les adultes vivant dans des quartiers à faible revenu que chez les adultes vivant dans les quartiers à revenu élevé (7,7 visites par année contre 6,8 respectivement). Par contre, les adultes diabétiques des quartiers à faible revenu présentent plus de complications du diabète, ce qui laisse supposer que les modèles de soins actuels ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de santé de ces personnes.

Les taux de complications du diabète sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Cela inclut des taux plus élevés de maladie cardiovasculaire; toutefois, l'écart observé selon le genre dans les interventions de revascularisation est plus grand que les différences enregistrées dans le fardeau de la maladie cardiovasculaire (**Figure 3**), ce qui suggère une sous-utilisation possible de ces interventions chez les femmes diabétiques ou la présence de différences selon le genre dans la pertinence de la revascularisation.

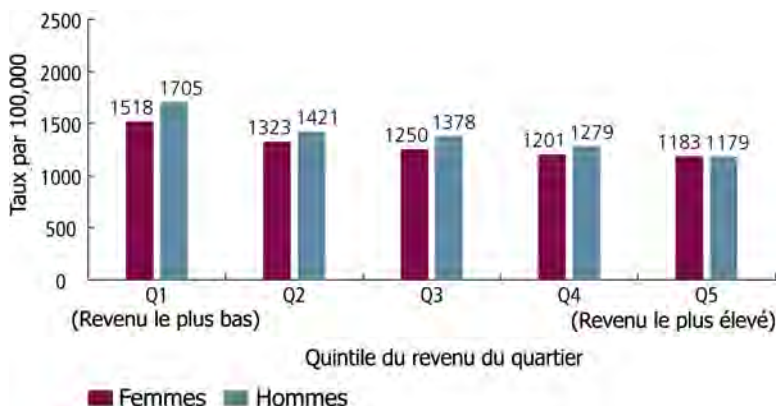
Figure 3 | Nombre normalisé selon l'âge de 20 ans et plus ayant le diabète par 100,000 personnes hospitalisées en raison d'une maladie cardiaque, par sexe et le quintile du revenu du quartier, en Ontario, 2006/07



SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Le recensement de Statistique Canada de 2006

Les différences selon le genre dans les taux d'admission pour l'infarctus aigu du myocarde, l'insuffisance cardiaque congestive et les accidents cérébrovasculaires ainsi que les différences dans les taux de dialyse et le traitement par photocoagulation au laser pour les maladies des yeux chez les diabétiques sont plus élevées dans les groupes d'âges plus jeunes et ont tendance à diminuer avec l'âge, ce qui fait ressortir des différences entre les hommes et les femmes dans les facteurs biologiques donnant lieu à des complications, ou le fait que les jeunes hommes contrôlent moins bien les facteurs de risque. Les jeunes hommes et les hommes vivant dans des quartiers à faible revenu (**Figure 4**) sont plus portés à aller à l'hôpital pour la gestion d'urgence de l'hyper et de l'hypoglycémie, une complication qui peut être évitée par une bonne gestion en consultation externe et par une bonne autogestion.

Figure 4 | Nombre normalisé selon d'âge d'adultes âgés 20 et plus ayant le diabète par 100,000 personnes qui sont allés a l'hôpital au moins une fois^ pour hyperglycémie or hypoglycémie, par sexe et le quintile du revenu du quartier, en Ontario, 2006/07

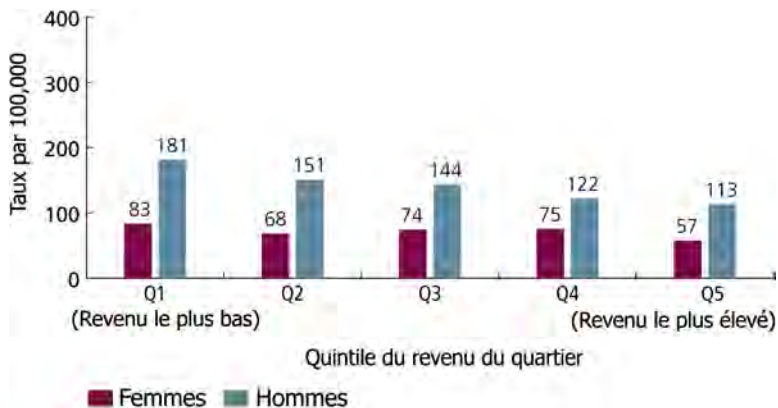


SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); Le recensement de Statistique Canada de 2006

^ Inclut les visites à les services des urgences ou admissions à l'hôpital

Une autre importante différence selon le genre se retrouve dans le risque d'amputation et de revascularisation périphérique (**Figure 5**).

Figure 5 | Nombre normalisé selon l'âge d'adultes âgés 20 et plus ayant le diabète par 100,000 personnes qui ont subi une amputation majeure, par sexe et le quintile du revenu du quartier, en Ontario, 2006/07

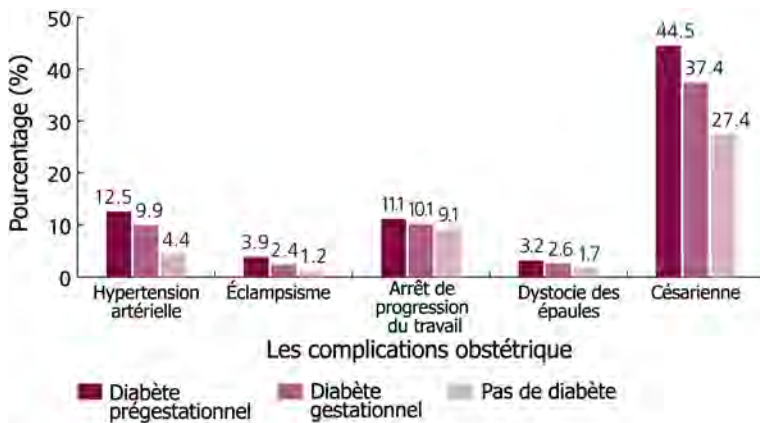


SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); Le recensement de Statistique Canada de 2006

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir une amputation mineure (109 par 100 000, contre 44 par 100 000, respectivement), une amputation majeure (143 par 100 000 contre 72 par 100 000, respectivement) ou la revascularisation périphérique (143 par 100 000 contre 77 par 100 000, respectivement). Ces différences se retrouvent dans la plupart des groupes d'âge. On observe des variations entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les facteurs de risque de maladie vasculaire périphérique et l'attention donnée aux soins routiniers des pieds ou au traitement des ulcères ou des infections des pieds, et les femmes et les hommes sont exposés différemment aux traumatismes mineurs, qui sont des facteurs précipitants pouvant donner lieu à une infection mais possiblement à la gangrène et à l'amputation. D'après nos données, les taux auto-déclarés d'examen des pieds effectués par un professionnel de la santé (50 % chez les femmes et 51 % chez les hommes) et le fait d'avoir déjà fait un auto-examen des pieds (69 % chez les femmes et 67 % chez les hommes) ne varient pas selon le genre; toutefois, les taux d'auto-examen des pieds pourraient représenter une mesure neutre des soins routiniers des pieds. De plus, les hommes sont plus portés que les femmes à attendre que la situation soit à toute fin pratique irréversible pour obtenir un traitement pour les ulcères des pieds. Comme les hommes vont chez leur médecin primaire moins de fois par année, ils ont sans doute moins d'occasions de recevoir des services de counseling de prévention et de gestion.

Le diabète pendant la grossesse est associé avec des taux plus élevé de complications. Comparé aux femmes enceintes non diabétiques, les femmes enceintes ayant le diabète prégestationnel présentent un risque de complications graves de une et demie à trois fois plus élevé y compris un risque d'hypertension artérielle (12,5 % contre 4,4 % respectivement), d'éclampsie (3,9 % contre 1,2 % respectivement) et de dystocie des épaules (3,2 % contre 1,7 % respectivement); ainsi que des taux plus élevés de césariennes (44,5 % contre 27,4 % respectivement) (**Figure 6**).

Figure 6 | Pourcentage normalisé selon l'âge de femmes enceintes qui ont des complications obstétrique, par l'état diabète, en Ontario, 2002/03-2006/07

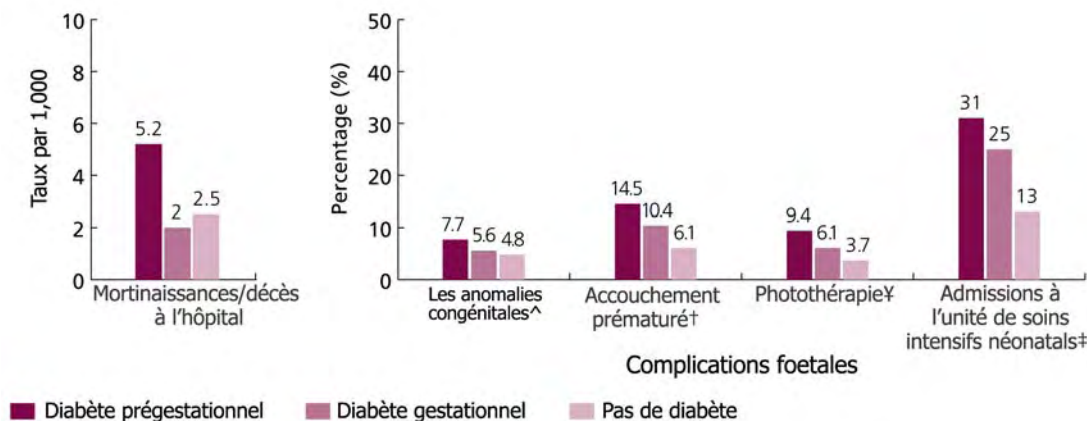


SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP)

† Inclut dystocie des épaules

Les femmes atteintes de diabète gestationnel présentent également un risque plus élevé d'événements défavorables que les femmes non diabétiques. Un fait est très préoccupant : les femmes atteintes de diabète prégestationnel présentent un taux presque deux fois plus élevé de complications fœtales que les femmes non diabétiques, y compris des anomalies congénitales majeures et mineures (7,7 % contre 4,8 % respectivement) et de mortinaissances ou de mortalité à l'hôpital (5,2 % contre 2,5 % respectivement) (**Figure 7**) – des résultats qui sont évitables au moyen d'une gestion optimale de la glycémie, de la tension artérielle et d'autres facteurs de risque au moment de la conception et pendant la grossesse.

Figure 7 | Taux normalisés selon l'âge de complications fœtales, selon le statut diabétique de la mère, en Ontario, 2002/03-2006/07



SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); la base de données des l'IRSS sur les mères et les enfants (MOMBABY)

^ Inclut les anomalies congénital majeures et mineures

† Naissance avant 37 semaines de gestation

‡ Hyperbilirubinémie exigeant de la photothérapie

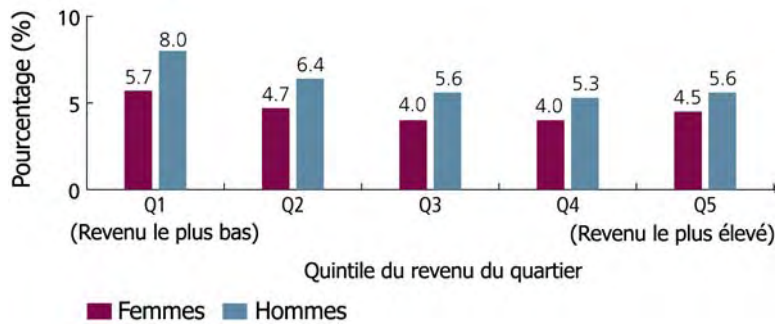
‡ Inclut toutes admissions dans des unités de soins intensifs néonataux, y compris les admissions dans des unités pour les affections mineures et pour un séjour de court durée (p. ex. quelques heures seulement)

Les jeunes femmes diabétiques (âgées de moins de 30 ans) présentent les taux les plus élevés de complications fœtales, ce qui fait ressortir, dans ce groupe, la nécessité de procéder à une meilleure planification et d'offrir du counselling pré-grossesse plus ciblé et de meilleurs soins pendant la grossesse. Nous avons également constaté que les femmes diabétiques ne sont pas suivies de façon optimale par des spécialistes ayant de l'expérience dans la gestion intensive du diabète et dans les circonstances spéciales de la grossesse, et le taux d'utilisation des services de spécialistes varie parmi les RLISS. En Ontario, la prévalence de diabète gestationnel et pré-gestationnel est en hausse. Nous devons adopter des stratégies pour faire en sorte que les services de spécialistes soient accessibles partout dans la province et que les patientes soient aiguillées vers les soins appropriés.

Lorsqu'il s'agit de la prévalence et des complications du diabète, le revenu compte. Le fardeau du diabète est beaucoup plus lourd dans les groupes à faible revenu, et ceux-ci souffrent davantage des complications du diabète. En fait, le statut socioéconomique constitue un facteur de risque important et inverse pour pratiquement toutes les complications du diabète que nous avons étudiées, y compris la maladie cardiovasculaire (**Figure 3**) et la néphropathie. Les gradients liés au revenu sont plus prononcés chez les hommes pour ce qui est des urgences hyper ou hypoglycémiques (**Figure 4**), les amputations (**Figure 5**) et l'insuffisance rénale terminale exigeant la dialyse. Quant à la revascularisation coronarienne, cette intervention n'est pas affectée par le revenu du quartier malgré le lourd fardeau des maladies vasculaires chez les adultes vivant dans les quartiers à faible revenu; cela suggère qu'il y a possiblement une sous-utilisation de ces interventions dans cette population. Il est également à noter qu'aucune différence importante liée au revenu n'a été relevée dans les interventions pour les yeux.

En Ontario, les groupes à faible revenu qui sont atteints de diabète présentent de moins bons résultats pour la santé malgré le fait qu'ils utilisent les services de santé primaires davantage, ce qui laisse suggérer qu'on ne saisit pas toutes les occasions d'intervenir. Les études font ressortir que les groupes à faible revenu ont besoin d'interactions plus fréquentes et plus intensives avec une équipe de services de santé pour améliorer le contrôle de leur diabète. Les taux de visites chez des spécialistes ne sont pas affectés par le statut socioéconomique; cette situation peut toutefois indiquer des problèmes d'accès à ces services, étant donné que le fardeau des complications du diabète est plus lourd dans les groupes à faible revenu. De plus, nous avons constaté que sur une période de deux ans, les hommes vivant dans les quartiers où le revenu est le plus faible sont plus susceptibles de ne recevoir aucun soin (aucun soin d'un médecin de soins primaires ou d'un spécialiste) que les hommes vivant dans les quartiers où le revenu est le plus élevé (8,0 % contre 5,6 % respectivement) (**Figure 8**). Cela suggère que les hommes des quartiers où le revenu est le plus faible ont des problèmes d'accès aux soins ou préfèrent ne pas obtenir les soins présentement offerts. Pour aider à résoudre ce problème, il nous faut apporter des changements aux services et cibler la prise de contact.

Figure 8 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés 20 ans et plus with diabète qui ne sont allés chez un omnipraticien/médecin de famille ou un spécialiste†, par sexe et l'état diabète, en Ontario, 2005 et 2007

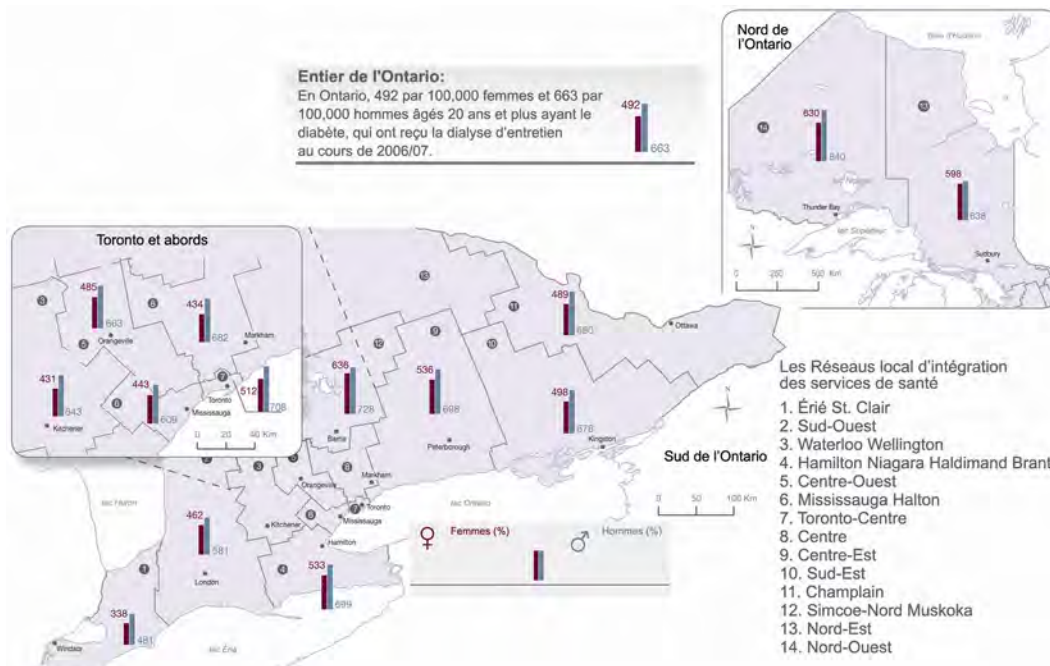


SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Base de données sur les médecins de l'institut de recherche en services de santé (ICIS-BDCP); Le recensement de Statistique Canada de 2006

† Inclut les visites chez les endocrinologues, les internistes généraux ou les gériatres

Le rendement d'un grand nombre de mesures varie dans la province. Nous avons constaté que, lorsqu'il s'agit du risque de complications du diabète, le lieu de résidence en Ontario compte (Figure 9). Les taux les plus élevés de complications se retrouvent dans le Nord de la province et dans les régions rurales, où les soins sont plus difficilement accessibles. Les différences régionales enregistrées pour la prévalence, les caractéristiques de la population et les facteurs de risque ont peut-être contribué à produire ces constatations. Il est également possible que la proportion d'habitants qui ne sont pas allés chez un médecin de soins primaires ou un spécialiste sur une période de deux ans soit plus élevée dans certains RLISS en raison du manque de médecins dans certaines régions sous-desservies ou différemment desservies, ou en raison des variations de l'accessibilité des services attribuables à la langue, au statut socioéconomique ou aux barrières culturelles.

Figure 9 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés 20 ans et plus ayant le diabète, qui ont reçu la dialyse d'entretien, par sexe et réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, 2006/07

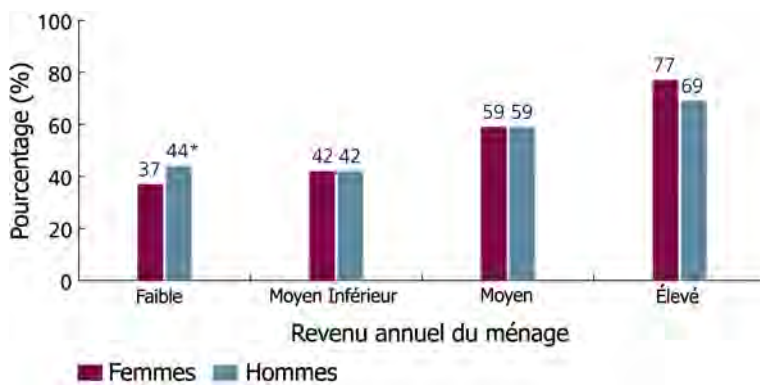


SOURCES DE DONNÉES : Base de données sur le diabète de l'Ontario; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP)

L'âge représente un important facteur de risque de complications du diabète. On peut donc présumer que le fardeau des complications du diabète continuera de s'alourdir avec le vieillissement de la population. Cette constatation a un impact énorme sur la planification et la prestation des services de santé, y compris, entre autres, le besoin de lits d'hôpitaux et de services de dialyse et de réadaptation cardiovasculaire. Les personnes âgées diabétiques affichent déjà des taux élevés d'utilisation des services de santé primaires et continueront de se prévaloir de ces services. Nous avons trouvé que chez les adultes diabétiques, plus l'âge est avancé, moins il est probable que ces personnes consultent un spécialiste (endocrinologue, interniste général ou gériatre). Il est possible que le diabète ait débuté récemment chez les personnes plus âgées et qu'il soit peu prononcé, et que les médecins soient moins portés à aiguiller les patients plus âgés vers les services voulus, soit en raison des préférences de ces patients, soit parce que le traitement de ce groupe est assuré selon une approche plus conservatrice.

Malgré les données probantes de plus en plus nombreuses sur les pratiques exemplaires pour le diabète, les écarts au niveau des soins persistent. Nous avons constaté que les taux rapportés d'examen des pieds et de soins dentaires (**Figure 10**) sont sous-optimaux. Chez les personnes diabétiques, les taux de soins dentaires au cours des 12 derniers mois sont particulièrement bas dans le groupe des adultes âgés de 65 ans et plus (56 %), dans le groupe dont le revenu est le plus faible (45 %) et le groupe d'adultes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (46 %); ce qui pourrait indiquer une tendance plus faible à rechercher des soins, ou des obstacles financiers à l'accès aux soins en raison du manque de protection d'assurance. Nous avons également constaté que les taux d'examen de la vue dans les deux années suivant le diagnostic de diabète sont bas (58 %), ce qui est vrai dans tous les RLIS de l'Ontario. Ces constatations font ressortir qu'il est aussi peu probable aujourd'hui de recevoir un examen de la vue dans les deux années suivant le diagnostic de diabète que ce l'était il y a 10 ans. Toutefois, nos données s'appuient uniquement sur les demandes de remboursement pour services à l'acte et n'incluent pas les remboursements effectués par les assureurs privés ou les paiements assumés par les patients pour la photographie rétinienne, les services de télémédecine et les programmes mobiles de soins de la vue dans le Nord de l'Ontario, autant de facteurs qui pourraient produire une sous-estimation des taux véritables de dépistage rétinien dans la province. On ne sait pas clairement non plus si les temps d'attente pour les soins de la vue influent sur ces taux, ou si les diabétiques n'obtiennent pas les services disponibles. Il est possible qu'en éliminant les visites d'optométrie générale de la liste des services couverts par l'OHIP, l'accès aux soins de la vue ait été involontairement réduit, surtout dans les régions qui dépendent de ces services, et malgré le fait que les personnes diabétiques sont exemptées de cette politique.

Figure 10 | Pourcentage normalisé selon l'âge d'adultes âgés 20 ans et plus ayant le diabète qui ont consulté un dentiste au cours de 12 derniers mois, par sexe et revenu annuel du ménage, en Ontario, 2005



SOURCE DE DONNÉES : l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada, 2005 cycle 3.1

* Fondé sur des valeurs qui devraient être interprétées avec prudence

Il y a aussi de bonnes nouvelles. Une forte proportion de personnes âgées diabétiques reçoivent des traitements dont il est prouvé qu'ils réduisent le risque de maladie cardiovasculaire. En fait, nous avons remarqué une augmentation impressionnante de l'utilisation de médicaments hypoglycémifiants et de médicaments pour réduire le risque de maladie cardiovasculaire, comparé à la fin des années 1990 et au début des années 2000, et cette tendance est similaire à celle que l'on retrouve à d'autres endroits. De plus, l'usage de médicaments par les personnes âgées n'affiche pratiquement aucune variation selon le sexe, l'âge, le revenu ou le RLIS, sauf dans les situations auxquelles on peut s'attendre (l'utilisation de médicaments hypoglycémifiants augmente avec l'âge). Cela signifie que lorsque le coût des médicaments est remboursé par un régime universel, le revenu n'influe que très peu sur l'accès aux traitements importants. Par contre, lorsque le coût des médicaments est assumé par les patients, il risque d'être élevé si ceux-ci n'ont pas d'assurance, ce qui fait que les différences liées au revenu pour l'accès aux traitements se retrouvent chez les groupes de diabétiques plus jeunes, mais nous n'avons pas pu les examiner dans notre étude.

Enfin, notre rapport fait ressortir **l'importance d'examiner des sous-groupes de personnes** lorsque nous évaluons la qualité des soins. La stratification selon l'âge, le sexe, le revenu ou d'autres facteurs nous permet d'identifier certains sous-groupes plus vulnérables, ainsi que certains aspects méritant une étude plus poussée ou des améliorations ciblées.

MESSAGES CLÉS

Nous avons examiné largement le fardeau du diabète ainsi que la qualité et les résultats du traitement du diabète dans la province, et nous nous sommes penchés sur les variations selon le genre, les facteurs socioéconomiques et la région. Beaucoup de progrès réalisés ont permis d'améliorer la qualité et les résultats du traitement du diabète, mais il y a encore beaucoup de travail à faire. Nos constatations font ressortir un certain nombre de points clés exigeant une intervention et une amélioration. Les iniquités en matière de santé et au niveau de l'état fonctionnel qui sont associées avec le genre et le statut socioéconomique sont beaucoup plus grandes que les iniquités dans la prestation de soins pour le diabète, ce qui fait ressortir la nécessité de tenir compte des déterminants sociaux de la santé si nous voulons réduire le fardeau du diabète. Pour bien des indicateurs, nous avons relevé des variations importantes selon le RLISS. La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète vise à réduire les variations régionales dans le traitement du diabète. Les RLISS peuvent utiliser les résultats de nos analyses pour établir leurs priorités, faire leur planification et mener leurs activités d'amélioration de la qualité. Si nous mettons en œuvre des interventions au niveau des politiques, de la santé de la population et des pratiques, et si nous coordonnons ces interventions pour qu'elles produisent un maximum d'impact, il nous sera possible d'accélérer les progrès. Pour répondre aux besoins régionaux, la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète a prévu l'établissement, au sein de chacun des 14 RLISS, d'un centre régional de coordination des soins diabétologiques, chargé de diriger l'intégration des meilleures pratiques diabétologiques des fournisseurs de services, de renforcer la coordination au sein du système et de soutenir l'amélioration des soins le long du continuum.

Les cinq mesures suivantes pourront contribuer à accélérer les progrès à l'égard de la réduction du fardeau du diabète, de l'amélioration des résultats pour la santé chez les femmes et chez les hommes diabétiques, et de la réduction des iniquités en matière de santé qui sont liées au diabète. Pour que ces mesures soient réellement efficaces, il nous faut tenir compte des différences selon le genre et le statut socioéconomique dans le fardeau du diabète et l'expérience des soins reçus.

Nous avons un besoin urgent de stratégies pour freiner l'épidémie de diabète et réduire au maximum le fardeau imposé au système de santé par le diabète et par d'autres maladies liées à l'obésité.

- Pour freiner l'épidémie d'obésité, il nous faudra adopter une approche multifacettes favorisant des changements positifs du mode de vie dans la population et reconnaissant la nécessité de tenir compte de certains facteurs habilitants tels que l'accès à des aliments sains et l'aménagement de quartiers sécuritaires et piétonniers qui favorisent l'activité physique. Une façon d'aider à mettre un frein à l'incidence sans cesse croissante de diabète serait d'utiliser le modèle des campagnes de lutte contre le tabagisme pour créer une stratégie qui combine des changements sociaux et au niveau des politiques publiques avec des campagnes de sensibilisation et des interventions cliniques visant à promouvoir l'activité physique et une alimentation plus saine.

- On devrait cibler des stratégies plus intensives de prévention du diabète sur les populations à risque élevé, y compris les groupes à faible revenu, les immigrants récents, les communautés autochtones et les femmes atteintes de diabète gestationnel. Pour surmonter les obstacles socioéconomiques et démographiques s'opposant à l'adoption d'un mode de vie sain, il nous faudra avoir recours à des approches innovantes. Il faudra également mettre sur pied des programmes et services adaptés à la culture pour améliorer l'activité physique et promouvoir une alimentation plus saine dans les groupes ethniques. Quant aux femmes atteintes de diabète gestationnel récent, les exigences de la période du post-partum combinées avec l'équilibre travail-famille et d'autres obligations posent encore plus d'obstacles au changement du mode de vie.

Réduire les disparités liées au revenu dans les résultats pour le diabète.

- Si nous concentrons nos efforts en amont par le biais de la collaboration intersectorielle, nous pouvons nous attaquer aux causes profondes des iniquités en matière de santé qui sont liées au revenu tout en réduisant le fardeau du diabète dans la population. Il nous faudra probablement adopter une approche multifacettes pour résoudre les nombreux problèmes qui engendrent une plus forte prévalence du diabète et une moins bonne santé dans ces groupes.
- Pour réussir, les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies devront comporter des mesures visant à améliorer la santé des groupes à faible revenu et d'autres populations à risque élevé. Ces mesures devront s'attaquer aux obstacles à l'accès aux soins qui sont liés à la pauvreté et à l'immigration, tels que la barrière des langues et le coût élevé des médicaments.

Si la gestion des maladies chroniques est globale et axée sur le patient, elle pourra améliorer la qualité et les résultats de la gestion du diabète.

- Le diabète est une maladie chronique complexe exigeant que le diabétique soit suivi de près par une équipe multidisciplinaire pour parvenir à une gestion optimale de la maladie. Les diabétiques ont souvent de multiples maladies chroniques, ce qui rend la gestion du diabète encore plus compliquée. Par conséquent, pour améliorer la qualité et les résultats de la gestion du diabète, nous devons mettre en œuvre une stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques qui est à la fois globale, coordonnée et axée sur le patient, et qui tient compte des besoins des populations à risque.

Pour améliorer les résultats pour la santé et réduire les iniquités en matière de soins, il nous faut adopter des modèles provinciaux, intégrés et organisés de prestation des soins.

- Nous avons trouvé que les variations régionales importantes dans les résultats de la gestion du diabète sont probablement attribuables en partie aux différences qui existent au niveau des ressources humaines et des capacités régionales, ainsi qu'aux différences régionales retrouvées dans les types de pratiques et la complexité de la population desservie. Certaines interventions, telles que la coordination des soins à l'échelle régionale, l'utilisation de la télémédecine, une plus grande disponibilité des membres de l'équipe de diabétologie ainsi que la formation et l'encadrement des praticiens locaux sont des approches qui, lorsqu'elles s'ajoutent à une meilleure éducation des patients et aux changements en faveur d'un mode de vie sain, peuvent réduire les variations régionales au niveau des soins. Les approches technologiques telles que la télémédecine peuvent améliorer l'accès à des soins efficaces dans les communautés sous-desservies. Si nous incluons des initiatives d'évaluation du rendement et d'amélioration de la qualité dans la mise en œuvre de ces programmes, nous obtiendrons de l'information à jour sur les mesures qui marchent.

Améliorer la qualité, la disponibilité et l'actualité des données afin d'évaluer les résultats et la prestation des soins pour le diabète dans la province.

- Bien que la qualité et la disponibilité des données permettant d'évaluer la gestion du diabète en Ontario se soient améliorées, il y a encore beaucoup de travail à faire. Plus précisément, nous avons besoin de données sur les médicaments chez les personnes âgées de moins de 65 ans, de données de laboratoire sur le dépistage et la surveillance, et de données cliniques (p. ex., tension artérielle et examen des pieds) pour évaluer la qualité de la gestion du diabète dans les milieux de soins habituels. Étant donné l'importance des examens de la vue pour dépister les changements précoces dus à la rétinopathie, nous avons également besoin de données sur la fréquence du dépistage de la rétinopathie.
- La gestion du diabète est assurée surtout dans le contexte des soins ambulatoires par des médecins de soins primaires et des spécialistes. Par conséquent, nous manquons de données cliniques de grande qualité. Nous avons besoin de données meilleures et plus complètes sur la gestion du diabète assurée dans le milieu des soins primaires et d'autres soins ambulatoires. Nous avons tout particulièrement besoin de données plus complètes provenant d'autres régimes d'assurance.
- Étant donné la variation connue de la prévalence du diabète dans les différentes communautés ethniques ainsi que les problèmes d'accès aux soins éprouvés par les populations immigrantes récentes, les données sur la gestion du diabète et ses résultats que l'on peut stratifier selon l'ethnicité et selon le nombre d'années d'immigration au Canada nous permettraient d'évaluer le fardeau de la maladie ainsi que l'accessibilité, la qualité et le résultat de la gestion de la maladie dans les communautés diversifiées de l'Ontario.

L'ÉTUDE

Les indicateurs dont nous rendons compte résultent d'un processus de sélection rigoureux prévoyant une étude approfondie de la littérature portant sur les indicateurs actuels ainsi que les commentaires et l'avis des experts dans le domaine (voir le chapitre 1, Introduction à l'Étude POWER). Les indicateurs inclus dans ce chapitre ont été identifiés dans plusieurs sources, dont les suivantes : Statistique Canada, Santé Canada, l'Association of Public Health Epidemiologists of Ontario, l'Institut de recherche en services de santé, le National Quality Measures Clearinghouse, le Centre for Disease Control and Prevention et les National Institutes of Health. Un grand nombre de ces indicateurs sont largement utilisés pour mesurer la qualité des soins. Ces rapports nous ont servi de points de départ et nous y avons incorporé une analyse selon le sexe et l'équité (voir le chapitre 2, Le cadre de l'Étude POWER). Cette analyse est importante parce que les tendances de la maladie, de l'invalidité et de la mortalité sont différentes chez les femmes et chez les hommes. De plus, les femmes et les hommes vivent dans des contextes sociaux différents et ont une expérience différente des soins de santé ce qui, combiné aux différences biologiques, explique en partie les différences selon le sexe retrouvées dans le domaine de la santé. En outre, les iniquités bien documentées entre les femmes et les hommes en matière de santé ainsi que les facteurs sociodémographiques sont tels que les différences dans le fardeau de la maladie entre les sous-groupes de femmes sont probablement plus marquées que les différences généralement constatées entre les femmes et les hommes.

Pour produire ce chapitre, nous avons utilisé des données provenant de plusieurs sources, y compris le recensement de 2006 de Statistique Canada; l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001 (cycle 1.1), 2005 (cycle 3.1) et 2007; la base de données de l'Ontario sur le diabète; la Base de données sur les congés des patients (BDPCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); la base de données du Programme de médicament de l'Ontario; l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); la base de données sur les médecins de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS); et la base de données liée mère-enfants (MOMBABY) de l'IRSS. Les données sur l'état de santé et l'état fonctionnel, l'autogestion et l'utilisation d'insuline et de médicaments oraux ont été stratifiées tout d'abord selon le sexe, puis stratifiées à nouveau selon des variables socioéconomiques, notamment le revenu annuel du ménage, le niveau de scolarité, l'âge, l'ethnicité, les années écoulées depuis l'immigration et le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), et elles ont été analysées si la taille de l'échantillon le permettait. Les indicateurs de soins cliniques, de gestion pharmacologique et des résultats ont été mesurés à l'aide de données administratives et ont été stratifiés selon le sexe, puis selon le quintile du revenu du quartier, le groupe d'âge et le RLISS, et ils ont ensuite été analysés si la taille de l'échantillon le permettait. L'ajustement selon l'âge a été effectué au moyen de la standardisation indirecte et les données ont été standardisées en fonction de la population diabétique. La liste complète des indicateurs utilisés dans ce chapitre et des sources de données se trouve à l'annexe 9.2.