

La Nation
Métisse
de l'Ontario

LE DIABÈTES DANS LA NATION DES MÉTIS DE L'ONTARIO

RAPPORT TECHNIQUE

MARS 2012

Préparé par :
Baiju R. Shah, MD PhD
Karen Cauch-Dudek, BA
C. Fangyun Wu, MSc

ICES Institute for Clinical
Evaluative Sciences

CONTEXTE ET RAISONNEMENT

Les disparités entre la santé des peuples autochtones du Canada et la population générale sont bien documentées. (1-9) Cependant, la plupart de ces données concernent les Premières Nations. (10,11) Il y a peu de données particulières aux Métis, malgré le fait que le Recensement du Canada de 2006 fait état de 400 000 Métis. (12) Malheureusement, l'absence de données basées sur une population a contribué au manque d'études jugées par les pairs sur la santé et les soins de santé des Métis. (13) La population métisse est plus jeune et économiquement plus défavorisée que la population générale canadienne. Par conséquent, il s'agit d'une population où on devrait évaluer l'incidence du diabète et ses aboutissements.

La santé des Métis et leurs soins de santé représentent un souci primordial de la Nation des Métis de l'Ontario (MNO), le seul organisme représentant les Métis en Ontario. La raison d'être principale de la MNO est de soutenir et de promouvoir le développement d'organismes d'autonomie gouvernementale pour la Nation métisse de l'Ontario, de même que de représenter et favoriser les intérêts particuliers du peuple métis de l'Ontario.

Afin d'examiner les données basées sur la population concernant le diabète et ses conséquences chez les Métis de l'Ontario, la MNO a entrepris une recherche subventionnée par l'Agence de la santé publique du Canada. Comme les données en santé de l'Ontario ne comprennent pas d'identificateurs de l'ethnie ou de la culture des individus, il a fallu trouver un autre moyen d'identifier la population métisse. Pour ce faire, la MNO a conclu une convention de recherche avec l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) afin de permettre la liaison entre son registre de citoyenneté et les bases de données sur l'administration des soins de santé en Ontario. Le présent rapport décrit le couplage des données, les méthodes d'analyse utilisées et les résultats.

ANALYSE DOCUMENTAIRE

Les enquêtes post-recensement auprès des peuples autochtones (EAPA) qui ont été effectuées au palier national en 1991, 2001 et 2006 fournissent quelques-unes des données sur le diabète particulières aux Métis. (14-16) On a identifié les répondants à partir du Recensement ou de leur enregistrement en vertu de la Loi sur les Indiens. En 1991, le taux de réponse a été de 75 % des personnes questionnées dans les collectivités à forte concentration de personnes autochtones.

Chez les Métis, la prévalence de diabète déclaré par l'intéressé était de 5,5 % en 1991 (14) augmentant jusqu'à 7 % en 2006. (16) Cependant, le taux véritable pourrait être plus élevé. L'étude sur les besoins en soins de santé des Métis effectuée par Santé Canada en 2005 précise que le taux de prévalence du diabète standardisé selon l'âge pourrait s'élever à plus de trois fois ce niveau. (17) De fait, le sondage sur la santé des Métis effectué en Saskatchewan en 2009 auprès de plus de 1 400 Métis fait état de 15,7 % de diabète. (18)

Les données de l'EAPA de 1991 ont été utilisées pour explorer en détail le diabète chez les Métis. (19-21) Les chercheurs de l'Université du Manitoba ont examiné les facteurs de risque du diabète et déterminé que la prévalence brute du diabète parmi les Métis de l'Ouest du Canada est de 6,1 %. (19) Leur analyse incluait 3 062 dossiers correspondant à un échantillon pondéré de 58 894 individus métis. Dans une étude de 2003, ce même groupe a caractérisé le problème du diabète chez les Métis en particulier en se fondant sur deux sources, soit un sondage par entrevues sur la santé et le lien entre un registre manitobain de personnes diabétiques et le registre de citoyenneté de l'organisme provincial des Métis. (21) Il a constaté que la prévalence du diabète chez les Métis est presque le double de celle de la population générale.

MÉTHODES DE RECHERCHE

SOURCES DE DONNÉES

L'Institut de recherche en services de santé a fourni le registre de citoyenneté de la MNO datée du mois d'août 2009 pour le mettre en lien avec d'autres sources de données sur la santé. Le nettoyage initial des données du registre de citoyenneté a inclus le contrôle par fourchette et la radiation des duplicatas. On a ensuite relié des citoyens de la MNO à la Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), le registre de toutes les personnes admissibles à la carte santé de l'Ontario. Des 14 480 individus au registre de citoyenneté, on a réussi à en relier 14 021 (96 %), dont 13 173 (94 %) avaient une adresse valide en Ontario inscrite dans le BDPI. Ces personnes composent la cohorte des Métis concernée par l'étude. Tous les autres résidents de l'Ontario ont été considérés comme faisant partie de la population générale. Quant au calcul de l'incidence du diabète (voir ci-dessous), on a utilisé le registre de citoyenneté de 2005, qui avait déjà servi dans un projet antérieur.

Le numéro de la carte-santé de chaque personne a ensuite été anonymisé à l'aide d'un algorithme de chiffrement reproductible. Les noms et les numéros des cartes-santé chiffrés ont été supprimés pour protéger la confidentialité des données. On pouvait alors relier les numéros de cartes-santé chiffrés à d'autres sources de données administratives sur les soins de santé, qui partagent toutes les mêmes numéros de cartes-santé chiffrés pour identifier les personnes. Ainsi, on peut relier les dossiers individuels entre les sources de données à travers le temps. Voici les autres sources de données administratives utilisées :

- La base de données du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP) qui enregistre toutes les demandes de règlement pour services médicaux à l'acte présentées par les médecins ontariens relatives aux consultations, visites et procédés de soins.
- La Base de données sur les congés des patients (DAD) qui contient des informations détaillées sur chaque hospitalisation dans un hôpital de l'Ontario, y compris les diagnostics et les procédures effectuées pendant le séjour.
- La base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) qui contient des données sur tous les services d'urgence en Ontario.
- La base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (ODB) qui contient des informations sur toutes les ordonnances inscrites au formulaire provincial pour les personnes admissibles aux médicaments payés par l'État, y compris les personnes de 65 ans et plus.
- La base de données sur le diabète de l'Ontario (ODD) est un registre validé comprenant toutes les personnes chez qui on a diagnostiqué le diabète en Ontario, et qui est dérivé des autres sources d'information administratives. Elle ne fait pas la distinction entre le type 1, le type 2 ou d'autres types de diabète. Par conséquent, on n'a pas été en mesure de faire des analyses par type de diabète. Cependant, plus de 90 % des diabétiques souffrent du type 2.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU DIABÈTE

La prévalence du diabète (la proportion des gens qui vivent avec le diabète) au 1er avril 2007 et l'incidence du diabète (la proportion de la population nouvellement diagnostiquée comme ayant le diabète) entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007 sont calculées pour la population métisse en reliant le registre de citoyenneté de la MNO avec l'ODD. La prévalence et l'incidence du diabète dans la population générale sont calculées en reliant avec l'ODD toutes les personnes dans la BDPI qui ne se trouvaient pas dans le registre de citoyenneté de la MNO. Comme la structure par âge dans la population de la MNO est différente de celle de la population générale de l'Ontario, on a standardisé les taux relatifs à l'âge et au sexe. On n'a pas standardisé les taux relatifs au statut socioéconomique et au lieu de résidence, car ces facteurs pourraient faire partie de l'enchaînement de causalité expliquant les différences épidémiologiques entre les Métis et la population générale.

PROCÉDÉS DES SOINS DU DIABÈTE

Les procédés des soins sont les choses que font les médecins et les autres professionnels de la santé pour les patients. Ces procédés comprennent, par exemple, les visites, les demandes de tests sanguins, la prise de la pression artérielle et les ordonnances de médicaments. Ce sont des mesures utiles, parce que les procédés de soins définissent souvent la qualité du soin. En outre, certains procédés s'appliquent à tous les patients diabétiques, sans égard aux complications ou à d'autres maladies comorbides, réduisant ainsi la portée du facteur de confusion. Enfin, les procédés sont contrôlés directement par les fournisseurs de soins de santé et pourraient donc être moins influencés par les variantes biologiques ou comportementales des patients.

On a défini une cohorte comme comprenant tous les résidents ayant un diabète diagnostiqué au 1er avril 2007 qui, selon l'ODD, étaient encore vivants et résidaient en Ontario le 31 mars 2008. La cohorte a été divisée entre Métis (en fonction de l'enregistrement de citoyenneté à la MNO) et population générale. Chacun des trois procédés suivants a été mesuré au cours de l'année civile en effectuant des liens avec les sources de données administratives.

- Visites de soins primaires : le nombre de visites au cabinet du médecin en soins primaires, fondé sur les demandes de règlement inscrites dans la base de données de l'OHIP. On a délimité les catégories 0, 1, 2 à 4, et 5+.
- Visites auprès d'un spécialiste en diabète : au moins une visite dans le cabinet d'un endocrinologue ou d'un interniste, fondé sur les demandes de règlement inscrites dans la base de données de l'OHIP.
- Visite pour le soin des yeux : au moins une visite dans le cabinet d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste fondé sur les demandes de règlement inscrites dans la base de données de l'OHIP. On recommande aux diabétiques de faire une visite de dépistage des maladies de l'œil diabétique tous les uns ou deux ans.

En outre, on a mesuré les procédés relatifs aux ordonnances à partir de la base de données de l'ODB, pour les membres de la cohorte de 65 ans ou plus (soit les personnes pour qui des données complètes d'ordonnance de médicaments sont disponibles).

- Régime hypoglycémiant : catégorisé comme « insuline » si le patient a reçu au moins une ordonnance d'un produit d'insuline, comme « médicament oral » si le patient a reçu au moins une ordonnance d'un médicament hypoglycémiant oral, ou comme « régime seulement ».
- Ordonnance d'une statine : réception d'au moins une ordonnance de statine (une classe d'hypolipidémiant utilisé pour baisser la cholestérolémie).
- Ordonnance d'un antihypertenseur : réception d'au moins une ordonnance d'antihypertenseur.
- Ordonnance d'un inhibiteur ECA/agent bloquant des récepteurs de l'angiotensine : réception d'au moins une ordonnance de ces médicaments antihypertenseurs particuliers qui sont recommandés comme traitement de première ligne pour baisser la tension artérielle des patients diabétiques et qui ont d'autres effets bénéfiques y compris la réduction de la microalbuminurie et la protection cardiovasculaire.
- Autosurveillance de la glycémie : réception d'au moins une ordonnance de bandelettes de l'automesure de la glycémie capillaire.

On rapporte les fréquences brutes de chaque procédé. On ne fait pas rapport sur les taux standardisés, car les procédés de soins devraient être principalement indépendants des différences sociodémographiques des populations.

RÉSULTATS DES SOINS DU DIABÈTE

Les résultats des soins sont des événements réels que subissent les patients comme les complications et l'hospitalisation. Ce sont les facteurs de mesure de la qualité des soins les plus pertinents pour les patients, étant donné que le but des soins de qualité est de les éviter. Cependant, l'occurrence de ces événements n'est que partiellement liée aux soins reçus auparavant. Ils peuvent être le fait d'une multitude d'autres facteurs qui ne sont

pas mesurables et en fonction desquels on ne peut pas effectuer d'ajustement. Donc, le potentiel de confusion et de distorsion est considérable.

Comme pour les procédés des soins, on a évalué les résultats des soins entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008 dans une cohorte composée de tous les résidents ontariens diabétiques, elle-même divisée en Métis et population générale. On a mesuré les huit résultats suivants :

- Hypo- ou hyperglycémie : registre des hospitalisations dans la DAD ou visites aux départements des urgences dans la SNISA de personnes qui présentent une hypo- ou hyperglycémie comme diagnostic à l'admission.
- Complications au niveau des yeux : demandes de règlement des médecins dans la base de données de l'OHIP ou dossiers d'hospitalisation dans la DAD indiquant une intervention chirurgicale pour une photocoagulation au laser ou une vitrectomie pour traiter une rétinopathie diabétique.
- Dialyse rénale : demandes de règlement des médecins dans la base de données de l'OHIP pour la dialyse rénale chronique.
- Infarctus du myocarde : registre des hospitalisations dans la DAD pour des infarctus aigus du myocarde.
- Insuffisance cardiaque congestive : registre des hospitalisations dans la DAD pour insuffisance cardiaque congestive.
- Revascularisation coronarienne : registre des hospitalisations dans la DAD pour pontage aorto-coronaire ou intervention coronarienne percutanée.
- Accident cérébrovasculaire : registre des hospitalisations dans la DAD pour accident cérébrovasculaire aigu.
- Amputation non traumatique des membres inférieurs : registre des hospitalisations dans la DAD indiquant des amputations des membres inférieurs sans diagnostic concomitant de cancer, trauma ou autre raison non vasculaire pour amputer.

On présente les fréquences de chaque mesure tant pour les taux bruts que standardisés en fonction de la population générale pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et la division de recensement.

On prévoyait également d'évaluer les résultats de grossesse et d'accouchement. Cependant, on n'a enregistré aucun accouchement entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008 dans la cohorte des Métisses.

CONSTATATIONS

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS

Tableau no 1 : Caractéristiques démographiques de la Nation des Métis de l'Ontario selon le registre de citoyenneté comparées à celles de la population métisse identifiées par le Recensement de 2006.

Caractéristiques	Registre de citoyenneté de la Nation des Métis de l'Ontario	Métis de l'Ontario identifiés par le Recensement de 2006
Nombre de personnes	13 173	73 605
Âge (médián)	43	33
Sexe	Femmes	46 %
	Hommes	54 %
Région	Sud de l'Ontario	52 %
	Nord de l'Ontario *	48 %

* Le Nord de l'Ontario comprend les districts d'Algoma et de Cochrane, la Ville du Grand Sudbury, ainsi que les districts de Kenora, de Manitoulin, de Muskoka, de Nipissing, de Parry Sound, de Rainy River, de Sudbury, de Thunder Bay et de Timiskaming.

Le registre de citoyenneté de la Nation des Métis de l'Ontario inclus dans la présente analyse comprend environ 18 % de la population totale des Métis en Ontario d'après l'auto-identification dans le Recensement 2006 de Statistiques Canada. Les personnes inscrites au registre de citoyenneté sont plus âgées et sont plus susceptibles d'être des hommes et de demeurer dans le Nord de l'Ontario que la population métisse générale de l'Ontario.

Tableau no 2 : Caractéristiques démographiques de la Nation des Métis de l'Ontario selon le registre de citoyenneté comparées à celles de la population générale de l'Ontario.

Caractéristique	Registre de	
	citoyenneté de la Nation des Métis de l'Ontario	Population générale
Nombre de personnes	13 173	14 391 351
Âge (médian)	43	38
Sexe (%)	Femmes	50
	Hommes	50
Statut socioéconomique (%)	Plus pauvre	21
	2	20
	3	20
	4	20
	Plus riche	20
Réseau local d'intégration des services de santé (RISS) (%)	Érié St Clair	5
	Sud-Ouest	7
	Waterloo Wellington	5,4
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	10,4
	Centre Ouest	6,3
	Mississauga Halton	8,7
	Toronto Centre	9,7
	Centre	13,2
	Centre Est	11,7
	Sud-Est	3,7
	Champlain	9,6
	Simcoe Nord Muskoka	3,2
	Nord Est	4,3
	Nord Ouest	1,9

En général, la population métisse comprise dans la présente étude est plus âgée et plus pauvre que la population générale de l'Ontario. Elle comprend également plus d'hommes et se trouve plus concentrée dans le Nord de l'Ontario que la population générale.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU DIABÈTE

Tableau no 3 : Prévalence du diabète par 100 individus au 1er avril 2007.

Prévalence	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	8,92	6,45	<0,0001
Taux standardisé *	8,13	6,45	<0,0001

* Standardisé pour l'âge et le sexe

La prévalence brute du diabète est presque 40 % plus élevée dans la population métisse que dans la population générale de l'Ontario. Cette différence est quelque peu diminuée après la standardisation pour l'âge et le sexe. Néanmoins, la prévalence standardisée demeure plus élevée dans la population métisse que dans la population générale de l'Ontario.

Tableau no 4 : Prévalence brute du diabète par 100 individus dans l'échantillon stratifié en fonction de l'âge et du sexe au 1er avril 2007.

Prévalence	Métis	Population générale
Hommes		
0 à 34 ans	1,10	0,67
35 à 49 ans	5,91	4,38
50 à 64 ans	17,30	13,84
65 à 74 ans	30,29	25,01
75 ans +	37,43	25,98
Sur l'ensemble	9,82	6,75
Femmes		
0 à 34 ans	1,93	0,81
35 à 49 ans	5,19	4,09
50 à 64 ans	11,88	10,84
65 à 74 ans	27,07	19,64
75 ans +	28,19	21,41
Sur l'ensemble	7,88	6,15

La prévalence du diabète dans la population métisse est plus élevée que celle de la population générale dans les deux sexes et dans tous les groupes d'âge.

Tableau no 5 : Incidence annuelle du diabète par 100 individus entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2007.

Incidence	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	0,96	0,66	<0,0001
Taux standardisé*	0,82	0,66	0,04

* Standardisé pour l'âge et le sexe

L'incidence brute du diabète est plus élevée de 45 % dans la population métisse que dans la population générale de l'Ontario. Cette différence est quelque peu diminuée après la standardisation pour l'âge et le sexe. Néanmoins, l'incidence standardisée demeure plus élevée dans la population métisse que dans la population générale de l'Ontario.

Tableau no 6 : Incidence annuelle brute du diabète par 100 individus dans l'échantillon stratifié en fonction de l'âge et du sexe entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008..

Incidence	Métis	Population générale
Hommes		
0 à 34 ans	0,14	0,09
35 à 49 ans	0,90	0,68
50 à 64 ans	2,20	1,75
65 à 74 ans	2,76	2,57
75 ans +	2,56	2,08
Sur l'ensemble	1,04	0,70
Femmes		
0 à 34 ans	0,34	0,11
35 à 49 ans	0,52	0,54
50 à 64 ans	1,99	1,35
65 à 74 ans	2,51	2,03
75 ans +	0	1,78
Sur l'ensemble	0,88	0,62

L'incidence du diabète dans la population métisse est plus élevée que celle de la population générale dans les deux sexes et dans tous les groupes d'âge.

PROCÉDÉS DES SOINS DU DIABÈTE

Tableau no 7 : Distribution des visites en soins primaires par les diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Nombre de visites en soins primaires	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Aucune	7,9	11,0	<0,0001
1	8,9	6,6	
2 à 4	33,1	27,6	
5 ou plus	50,1	54,8	

Environ 50 % des Métis diabétiques ont fait 5 visites ou plus de soins primaires chez le médecin comparé à 55 % de la population générale. Par contre, moins de Métis diabétiques n'ont fait aucune visite de soins primaires.

Tableau no 8 : Visites auprès d'un spécialiste en diabète par 100 individus diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008..

Visites auprès d'un spécialiste	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	15,0	18,3	0,004

Les Métis diabétiques ont 18 % moins tendance à être soignés par un spécialiste en diabète que les diabétiques de la population générale.

Tableau no 9 : Visites en soins des yeux par 100 individus diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Visite pour le soin des yeux	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	49,5	48,4	0,5

Il n'y a pas de différence entre le nombre de visites pour les soins des yeux par les diabétiques métis et les diabétiques de la population générale. Dans les deux groupes, moins de la moitié des diabétiques ont été examinés par un ophtalmologiste ou un optométriste.

Tableau no 10 : Régime hypoglycémiant adopté par des diabétiques de ≥ 65 ans entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Régime hypoglycémiant	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Insuline	16,9	12,7	
Médicament hypoglycémiant oral	49,1	49,1	0,03
Régime seulement	34	38,2	

Les Métis diabétiques de ≥ 65 ans suivent un régime hypoglycémiant plus sévère que les diabétiques de ≥ 65 ans de la population générale, une plus grande proportion utilisant l'insuline et une plus petite proportion le régime seulement.

Tableau no 11 : Réception de médicaments par 100 diabétiques de ≥ 65 ans entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Médicament	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Statine	66,8	62,6	0,09
Antihypertenseur	78,4	81,2	0,002
Inhibiteur ECA/agent bloquant des récepteurs de l'angiotensine	73,1	69,3	0,1

Les Métis diabétiques de ≥ 65 ans sont moins susceptibles de recevoir un antihypertenseur que les diabétiques de ≥ 65 ans dans la population générale. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la réception de statines ou d'inhibiteurs ECA/agents bloquant des récepteurs de l'angiotensine par les diabétiques de ≥ 65 ans de la population Métis et de la population générale.

Tableau no 12 : Auto-surveillance de la glycémie par 100 diabétiques de ≥ 65 ans entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Auto-surveillance de la glycémie	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	64,4	54,3	<0,0001

Les Métis diabétiques de ≥ 65 ans ont 19 % plus tendance à effectuer l'auto-surveillance de leur glycémie que les diabétiques de ≥ 65 ans dans la population générale.

RÉSULTATS DES SOINS DU DIABÈTE

Tableau no 13 : Hypo- ou hyperglycémie par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Hypo- ou hyperglycémie	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	1,40	1,22	0,6
Taux standardisé*	1,35	1,22	0,7

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Même si les taux semblent différents, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la population diabétique métisse et les diabétiques dans la population générale concernant les visites aux urgences ou les hospitalisations pour hypo- ou hyperglycémie.

Tableau no 14 : Complications au niveau des yeux par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Complications au niveau des yeux	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	0,96	1,39	0,2
Taux standardisé*	1,02	1,39	0,2

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Même si les taux semblent différents, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la population diabétique métisse et les diabétiques dans la population générale concernant les complications au niveau des yeux.

Tableau no 15 : Dialyse rénale par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Dialyse rénale	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	0,87	0,57	0,2
Taux standardisé*	0,90	0,57	0,2

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Même si les taux semblent différents, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la population diabétique métisse et les diabétiques dans la population générale concernant la dialyse rénale

Table 16 : Myocardial infarction per 100 people with diabetes, between April 1, 2007 and March 31, 2008.

Infarctus du myocarde	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	1,75	0,73	<0,0001
Taux standardisé*	1,36	0,73	0,04

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Les Métis diabétiques sont 86 % plus susceptibles d'être hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde que les diabétiques dans la population générale.

Tableau no 17 : Insuffisance cardiaque congestive par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Insuffisance cardiaque congestive	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	1,40	1,14	0,40
Taux standardisé*	1,35	1,14	0,5

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Même si les taux semblent différents, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la population diabétique métisse et les diabétiques dans la population générale concernant les hospitalisations pour insuffisance cardiaque congestive

Tableau no 18 : Revascularisation coronarienne par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008..

Revascularisation coronarienne	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	1,75	0,81	0,0004
Taux standardisé*	1,30	0,81	0,1

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Le taux brut de revascularisation coronarienne est plus élevé chez la population métisse que chez les diabétiques de la population générale. Cependant, après la standardisation pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence cette différence n'est plus statistiquement significative.

Tableau no 19 : Accident cérébrovasculaire par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Accident cérébrovasculaire	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	0,26	0,34	0,7
Taux standardisé*	0,34	0,34	1,0

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la population diabétique métisse et les diabétiques dans la population générale concernant les hospitalisations pour accident cérébrovasculaire.

Tableau no 20 : Amputation non traumatique des membres inférieurs par 100 diabétiques entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Amputation non traumatique des membres inférieurs	Métis	Population générale	Valeur prédictive
Taux brut	0,17	0,16	0,9
Taux standardisé*	0,10	0,16	0,40

* Standardisé pour l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence

A Même si les taux semblent différents, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la population diabétique métisse et les diabétiques dans la population générale concernant l'amputation non traumatique des membres inférieurs.

LIMITATIONS

Il est généralement recommandé d'utiliser les données administratives pour la surveillance des maladies chroniques parce qu'elles représentent un moyen efficace d'obtenir la mesure du fardeau des maladies basée sur la population. Elles présentent cependant certaines limitations. On ne vérifie pas l'exactitude des diagnostics dans les demandes de règlement des médecins et même si le codage des dossiers hospitaliers est plus rigoureux, la précision demeure imparfaite.

La base de données sur le diabète de l'Ontario, qui est au centre du présent rapport a été validée en fonction de données tirées des dossiers de soins primaires de la population générale de l'Ontario. On constate que l'ODD détecte 86 % des cas de diabète diagnostiqués et qu'on trouve moins de 0,2 % d'étiquetage erroné. Par contre, on n'a pas effectué cette validation pour une population métisse particulière et si l'utilisation des services diffère, la validité peut être différente aussi. Si les taux de détection sont plus faibles dans la population métisse, alors le fardeau supplémentaire du diabète dans la population est plus important que ce que la présente analyse reflète. Parmi les diabétiques, jusqu'à 30 % des cas ne sont pas diagnostiqués et ces personnes ne seront pas recensées par l'ODD qui ne comprend que les cas de diabète diagnostiqués.

Les données administratives ne dressent pas un portrait complet de la prestation des services de santé dans tous les cas. Voici les domaines où on manque d'information : l'exercice, le régime alimentaire, la cessation du tabagisme, et d'autres changements de mode de vie pour contrôler le diabète; la prestation de soins par des médecins salariés et autres fournisseurs de service non payés à l'acte y compris les non-médecins; l'usage de médicaments par les personnes de moins de 65 ans; les données des tendances et résultats des épreuves de laboratoire.

Enfin, le registre de citoyenneté de la MNO n'est pas représentatif de toute la population des Métis de l'Ontario. Les personnes qui ne sont pas des citoyens enregistrés peuvent être très différentes (des points de vue démographique, comportemental ou clinique) de ceux qui sont enregistrés. Ainsi, généraliser ces résultats en les appliquant à tous les Métis en Ontario n'est peut-être pas approprié. Les Métis non inscrits au registre de citoyenneté de la MNO sont inclus dans la population générale aux fins de la présente étude.

CONCLUSIONS

La prévalence et l'incidence du diabète standardisées en fonction de l'âge et du sexe sont environ 25 % plus élevées dans la population métisse que dans la population générale. La prévalence est de 8,13 % chez les Métis comparée à 6,45 % dans la population générale, alors que l'incidence annuelle est de 0,82 % chez les Métis comparée à 0,66 % dans la population générale. La prévalence et l'incidence sont également plus élevées dans presque toutes les strates d'âge et de sexe. La fréquence élevée du diabète peut être attribuée en partie au fait du statut socioéconomique légèrement plus faible dans la population métisse comparé à la population générale. En conséquence, le diabète pose un fardeau disproportionné sur la santé de la collectivité métisse.

Les diabétiques de la population métisse sont légèrement moins susceptibles de visiter un médecin de soins primaires cinq fois ou plus, et moins susceptibles de recevoir des soins spécialisés de la part d'endocrinologues ou d'internistes. Cela reflète peut-être en partie le fait que la population métisse demeure principalement dans le Nord de l'Ontario où l'accès aux médecins et surtout aux spécialistes est considérablement plus limité que dans le Sud de l'Ontario, et où la population peut aller à Winnipeg pour des soins spécialisés qui ne seraient pas répertoriés dans les données ontariennes. Par contre, plus de Métis suivent un régime hypoglycémiant et, à ce titre sont plus susceptibles de pratiquer l'auto-surveillance de la glycémie. L'utilisation de statines et d'inhibiteurs ECA/agents bloquant des récepteurs de l'angiotensine, deux classes de médicaments qui réduisent le risque de maladies cardiovasculaires, est similaire à celle de la population générale, mais l'usage d'antihypertenseurs en général est légèrement moins élevé. En résumé, il n'y pas de distribution constante qui pourrait indiquer la présence de disparités dans les procédés de soins des Métis diabétiques.

Il n'y a presque pas de différences statistiquement significatives concernant les complications du diabète micro-vasculaires ou macrovasculaires chroniques aiguës dans la population métisse et la population générale. La seule exception est le taux significativement plus élevé d'infarctus aigu du myocarde dans la population métisse et une tendance concomitante à un taux plus élevé de revascularisation coronarienne.

Le fardeau élevé du diabète et la complication reliée d'infarctus aigus du myocarde sont une préoccupation importante pour la santé des Métis. En contrepartie, les résultats sont rassurants en ce qu'ils ne démontrent aucune autre disparité majeure dans les procédés ou les résultats des soins comparés à la population générale. Il faut sensibiliser la collectivité relativement aux risques et aux interventions comportementales, pharmacologiques et de mode de vie qui peuvent pallier ce risque. Les concepteurs de politiques sur la santé, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les Réseaux locaux d'intégration des services de santé, devraient collaborer pour gérer ce fardeau et garantir qu'il ne se développe aucune disparité d'accès aux soins de santé ou de leur utilisation. Enfin, des organismes représentatifs comme la Nation des Métis de l'Ontario et le Ralliement national des Métis peuvent assumer le leadership en promouvant la santé de leurs constituants.

REMERCIEMENTS

La présente étude a été soutenue par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) qui est financé en partie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MOHLTC). Les opinions, résultats et conclusions de ce rapport sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Nous ne présumons pas de la caution de l'IRSS ou du MOHLTC et on ne doit pas la supposer.

Cette publication a été réalisée grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Minore B, Katt M, Hill ME, Planning Without Facts: Ontario's Aboriginal Health Information Challenge, *Journal of Agromedicine*, 2009, 14(2) : 90-96.
2. Wilson K, Young TK., An overview of Aboriginal health research in the social sciences: Current trends and future directions, *International Journal of Circumpolar Health*, 2008, 67(2-3) : 179-89.
3. Richmond C, Ross NA, Egeland GM, Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of Indigenous Canadians, *American Journal of Public Health*, 2007, 97(10) : 1827-33.
4. Waldram JB, Herring DA, Young TK, Self determination and health care in Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives (2e éd.), Toronto, University of Toronto Press, 2006 : 228-58.
5. Adelson, N., The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada., *Canadian Journal of Public Health – Revue canadienne de la santé publique*, 2005, 96 (Suppl. 2) : 45-61.
6. Young, TK., Review of research on Aboriginal populations in Canada: Relevance to their health needs, *British Medical Journal*, 2003, 327(7412) : 419-22.
7. Jacobs P, Blanchard JF, James R C, Depew N., Excess costs of diabetes in the Aboriginal population of Manitoba, Canada, *Canadian Journal of Public Health – Revue canadienne de la santé publique*, 2000, 91(4) : 298-301.
8. Newbold KB, Problems in search of solutions: Health and Canadian Aboriginals, *Journal of Community Health*, 1998, 23(1) : 59-73.
9. Shah CP, Farkas CS, The health of Indians in Canadian cities: A challenge to the health care system. *CMAJ – JAMC*, 1985, 133(9) : 859-63.
10. Harris SB, Gittelsohn J, Hanley A, Barnie A, Wolever TMS, Gao J, Logan A, Zinman B., The prevalence of NIDDM and associated risk factors in Native Canadians, *Diabetes Care* 1997, 20 : 185-87.
11. Piore MP, Dyck RF, Gillis DC., Diabetes prevalence rates among First nations adults on Saskatchewan reserves in 1990: Comparison by tribal grouping, geography and with non-First Nations people, *Canadian Journal of Public Health – Revue canadienne de la santé publique*, 1996, 87 : 325-28.
12. Statistique Canada, Recensement de 2006, Peuples autochtones du Canada : un profil démographique Ottawa, Statistique Canada, 2008.
13. Nation des Métis de l'Ontario, Literature Scan and Review : Métis Health and Healthcare, 2010.
14. Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 1991.
15. Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : premiers résultats - Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve, no de catalogue 89-589-XIE.
16. Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse, no de catalogue 89-637-x.
17. Santé Canada, Analysis of the Métis Nation's Population Health Needs, 2005.
18. Métis Nation Saskatchewan, Métis Health News, 2009, 1(1) : 1-4.
19. Bruce S., Prevalence and determinants of diabetes mellitus among the Métis of western Canada, *American Journal of Human Biology*, 2000, 12(4) : 542-51.
20. Bruce S., The impact of diabetes mellitus among the Métis of western Canada, *Ethnicity & Health* 2000, 5 (1) : 47-57.
21. Bruce SG, Kliwer EV, Young TK, Mayer T, Wajda A., Diabetes among the Métis of Canada: Defining the population, estimating the disease, *Canadian Journal of Diabetes* 2003, 27(4) : 442-48.