

SOMMET SUR LE DIABÈTE EN MILIEU URBAIN

Compte rendu de colloque





Remerciements

Autrice du rapport

Lisa Dias

Équipe du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète

Adria Cehovin, M.Sc. (gestionnaire de projet),
Hiba Syed, B.Sc. (agente de liaison), et
Maleka El Naghi, MPH (agente d'évaluation en équité des soins de santé)

Nous tenons à remercier les conférencières et les membres du public pour leur participation à la Sommet sur le diabète en milieu urbain.

Le cadre national sur le diabète et la mobilisation des Autochtones

Dans le contexte de la Réconciliation et dans la perspective de renouveler une relation fondée sur la reconnaissance pleine et entière du droit des peuples autochtones à l'autonomie, à l'autodétermination et à la souveraineté, l'Agence de la santé publique du Canada a accordé un financement indépendant à l'Association nationale autochtone du diabète (ANAD). La ANAD collabore avec divers peuples, nations et organisations autochtones du Canada à l'élaboration d'un cadre sur le diabète par et pour les Autochtones. La ANAD, qui soutient un dialogue ouvert, siège au comité Action pancanadienne sur le diabète de Diabète Canada/ SMIDF afin de promouvoir la collaboration et l'échange mutuel de connaissances. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la ANAD, visitez son site web (www.nada.ca – en anglais).



Table des matières

1.0 Sommaire	4
2.0 Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada et du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète (MRACD)	4
3.0 À propos du Sommet sur le diabète en milieu urbain	6
4.0 Exposés	7
4.1 Julie McKeen – Clinique du diabète chez l'adulte du Diabetes Centre Calgary (Alberta Health Services)	7
4.2 Doreen Rabi – Équité des services de santé et diabète en Alberta	9
4.3 Philip Cavicchia – Initiatives de la santé publique en matière de prévention des maladies chroniques dans la région de Peel	11
4.4 Shagun Tiwari et Divya Sandhu – South Asian Health Institute : aperçu du programme	13
4.5 Barbara MacDonald – Projet Unlocking Hope Diabetes d'IDEA Diabetes	14
4.6 David Campbell – Clinique mobile de soins du diabète de Calgary	15
4.7 Renea Marsden – Point de vue des patients et des familles sur les soins du diabète	16
5.0 Discussions de groupe	17
5.1 Première discussion de groupe	17
5.2 Deuxième groupe de discussion	21
5.3 Discussion ouverte	25
6.0 Conclusion	28
Références	28

1.0 Sommaire

Le 3 mars 2025, Diabète Canada a organisé, grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada, un Sommet sur le diabète en milieu urbain à Edmonton, en Alberta. Ce sommet a réuni environ 35 participants et participantes venus de partout au pays pour partager leurs connaissances et discuter des soins liés au diabète dans les grandes villes. Conformément au Cadre sur le diabète au Canada, le principe de l'équité des services de santé a été au cœur des discussions tout au long de la rencontre.

Des participants et participantes de l'Ouest et du Centre du Canada étaient au rendez-vous, dont des acteurs des secteurs suivants :

- Professionnels de la santé;
- Chercheurs spécialisés en diabète;
- Spécialistes et défenseurs de l'équité des soins de santé;
- Organisations non gouvernementales (ONG);
- Responsables de la santé publique et du gouvernement.

Le Sommet a offert un espace de dialogue où ces intervenants de divers milieux ont pu partager leurs connaissances sur les initiatives, programmes et services en contexte urbain, puis discuter de ce qui fonctionne et de ce qui peut être amélioré pour rendre les soins du diabète plus efficaces et équitables au Canada. Certains participants et participantes ont présenté leur point de vue sur les soins du diabète en milieu urbain dans des exposés couvrant différents aspects de la question : modèles de soins du diabète; stratégies de prévention mises en œuvre par la santé publique; expérience vécue au sein du système de santé et initiatives de prévention et de soins plus équitables menées auprès de groupes dignes d'équité.

À la suite des présentations, les participants et participantes ont été invités à échanger sur la prévention et les soins du diabète en milieu urbain. L'exercice visait à dégager les grandes priorités en santé, à évaluer les initiatives en cours (dont les obstacles et facteurs de réussite) et à examiner les pistes d'amélioration

possibles. Les discussions ont permis de faire ressortir plusieurs priorités stratégiques, dont le renforcement de la collaboration en soins primaires, l'amélioration de la communication clinique, le développement des capacités, la continuité des soins et la réduction des disparités intra- et interprovinciales.

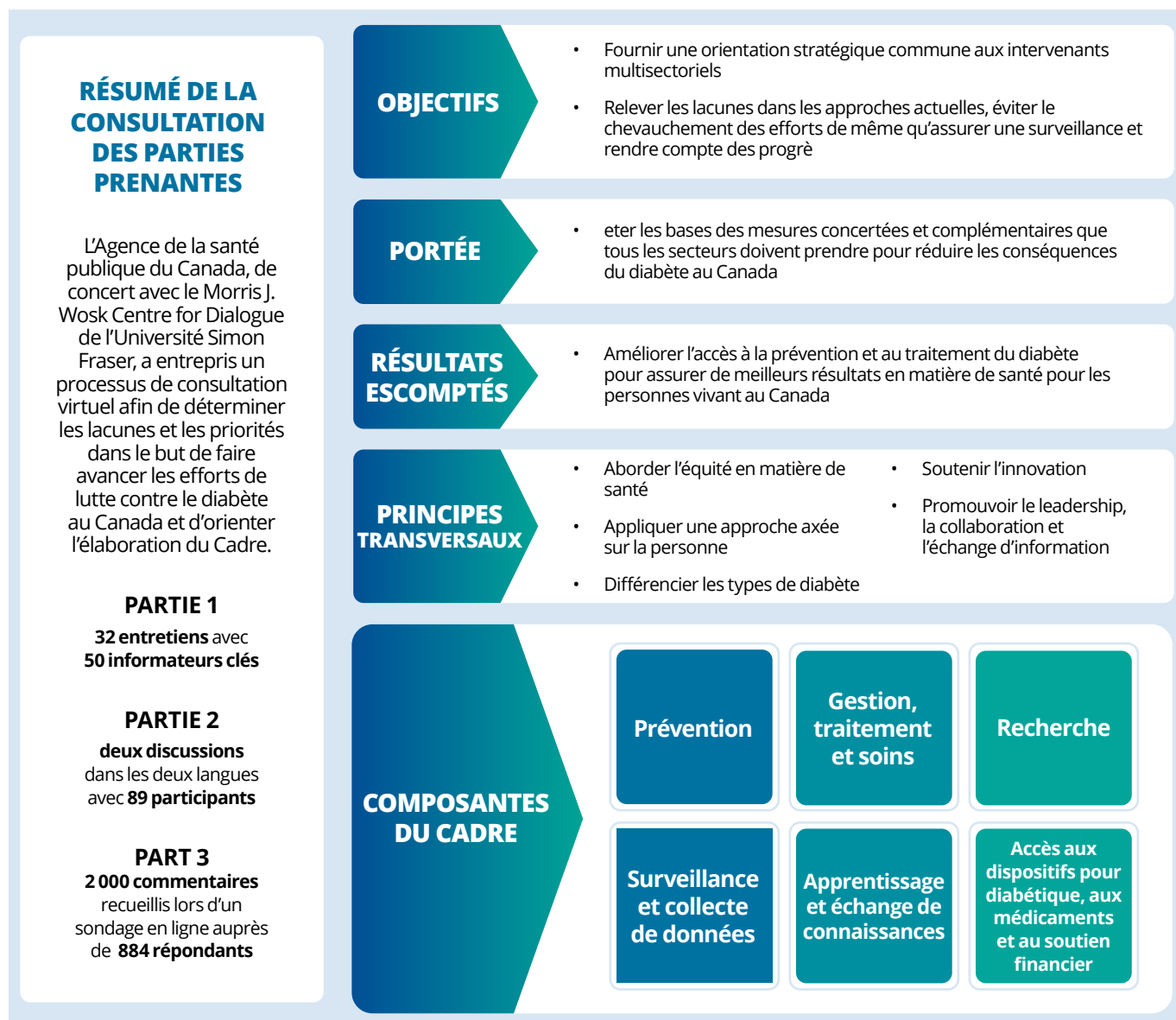
2.0 Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada et du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète (MRACD)

Diabète Canada est un organisme de bienfaisance national qui représente près de 4 millions de Canadiennes et Canadiens vivant avec le diabète. Fer de lance de la lutte contre le diabète, Diabète Canada aide les personnes touchées à mener une vie saine et œuvre pour la prévention de la maladie et de ses conséquences. En partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'organisme met en œuvre un projet triennal intitulé « Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète ». Présenté par le gouvernement fédéral en 2022, le Cadre sur le diabète au Canada (le « Cadre ») vise à encourager la prévention et le traitement du diabète de tous types, de même qu'à imprimer une orientation politique commune aux efforts de lutte contre le diabète au Canada (ASPC, 2022). Il a également pour but de relever les lacunes inhérentes aux modèles de soins et de réduire le chevauchement des efforts tout en permettant au gouvernement d'effectuer un suivi et de rendre compte des progrès (ASPC, 2022). Le Cadre comprend six éléments interdépendants et interreliés qui sous-tendent les efforts de lutte contre le diabète, à savoir :

- La prévention;
- La gestion, le traitement et les soins;
- La recherche;
- La surveillance et la collecte de données;
- L'apprentissage et le partage des connaissances;
- L'accès aux dispositifs, aux médicaments et aux mesures d'aide financière.

Le Cadre sur le diabète au Canada est illustré par le schéma présenté à la figure 1.

Figure 1 : Schéma du Cadre sur le diabète au Canada (ASPC, 2022)





3.0 À propos du Sommet sur le diabète en milieu urbain

Le Sommet sur le diabète en milieu urbain s'est tenu le 3 mars 2025 à Edmonton, en Alberta, afin de répondre à un triple objectif : favoriser la collaboration intersectorielle et interprovinciale; encourager le partage de connaissances; permettre un dialogue structuré sur la prévention et les soins du diabète dans les grandes villes. Environ 35 participants et participantes venus de l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba) et du Centre (Ontario) du Canada ont pris part à la rencontre.

Les personnes présentes provenaient de divers secteurs, dont les suivants :

- Professionnels de la santé;
- Chercheurs spécialisés en diabète;
- Spécialistes et défenseurs de l'équité des soins de santé;
- Organisations non gouvernementales (ONG);
- Responsables de la santé publique et fonctionnaires.

Des présentations sous forme d'exposés, suivies d'échanges dirigés, ont permis aux participantes et aux participants de mettre leurs connaissances en commun. Ces exposés nous ont permis de mieux comprendre le contexte et la portée de certaines initiatives en lien avec

les soins et la prévention du diabète dans les grandes villes canadiennes. Plusieurs dimensions des soins du diabète y ont été abordées, telles que les modèles de prestation, les stratégies de prévention en santé publique, les expériences personnelles vécues dans le réseau et les efforts visant à améliorer l'équité au profit des populations mal desservies.

Après les exposés, les participantes et participants ont pris part à des échanges dirigés sur les réussites et les difficultés qui jalonnent le parcours de soins. Ce dialogue multipartite servait quatre objectifs :

- Définir les grandes priorités cliniques;
- Faire le point sur les réussites dans les soins du diabète;
- Examiner les obstacles, les lacunes et les pistes d'amélioration;
- Réfléchir aux changements envisageables à court et à long terme pour appuyer les efforts d'amélioration.

Ces objectifs et les questions connexes ont donné lieu à des discussions ciblées afin d'évaluer les initiatives en cours, de cerner les lacunes et de dégager des pistes d'action concrètes destinées à améliorer les soins à brève et à longue échéance. Le contenu des présentations est résumé à la rubrique suivante, **4.0 – Exposés**, tandis que la méthodologie et les résultats des échanges dirigés sont décrits à la rubrique **5.0 – Discussions de groupe**.

4.0 Exposés

Sujet	Présentatrices ou présentateurs
Accueil et reconnaissance des terres	Peter Senior, BMedSci, MBBS, Ph.D., FRCP, FRCP(E) Kathy Dmytruk, B.Sc., RD
Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada	Adria Cehovin, M.Sc.
4.1 Clinique du diabète chez l'adulte du Diabetes Centre Calgary (Alberta Health Services)	Julie McKeen, MD, FRCPC
4.2 Équité des services de santé et diabète en Alberta	Doreen Rabi, MD, M.Sc., FRCPC
4.3 Initiatives de la santé publique en matière de prévention des maladies chroniques, région de Peel	Philip Cavicchia, Ph.D.
4.4 South Asian Health Institute (SAHI) : aperçu du programme	Shagun Tiwari, B.Sc. Divya Sandhu, MPH
4.5 Projet Unlocking Hope Diabetes d'IDEA Diabetes	Barbara MacDonald, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc. DEDM, CDE
4.6 Clinique mobile de soins du diabète de Calgary	David Campbell, MD, FRCPC, Ph.D.
4.7 Point de vue des patients et des familles sur les soins du diabète	Renea Marsden

4.1 Julie McKeen – Clinique du diabète chez l'adulte du Diabetes Centre Calgary (Alberta Health Services)

La D^{re} Julie McKeen est directrice médicale du Diabetes Centre Calgary (DCC) et professeure adjointe d'enseignement clinique au Département de médecine de la Cumming School of Medicine de l'Université de Calgary. Son expertise clinique en endocrinologie couvre notamment le diabète (dont le diabète gestationnel), les maladies thyroïdiennes, les troubles de la reproduction ainsi que les affections de l'hypophyse et des glandes surrénales.

Dans sa présentation, la D^{re} McKeen a proposé une vue d'ensemble des services du DCC, en soulignant le rôle qu'il joue dans un plus vaste programme d'endocrinologie et métabolisme à Calgary. Le DCC accompagne une clientèle hétérogène comprenant des personnes atteintes de diabète de type 1 ou 2, des patients sous insulinothérapie par pompe ainsi que des femmes enceintes souffrant de diabète gestationnel. Le centre regroupe six cliniques ambulatoires, dont

deux cliniques de proximité destinées à des clientèles défavorisées. Il offre également des services-pivots dans quatre centres de soins de courte durée à des personnes hospitalisées et à des femmes enceintes.

Le DCC compte une équipe interdisciplinaire composée d'éducatrices et éducateurs spécialisés en diabète (infirmiers, nutritionnistes, pharmaciens) ainsi que d'intervenantes et intervenants psychosociaux. Cette équipe collabore étroitement avec les médecins traitants pour répondre aux divers besoins des patients. Les éducatrices et éducateurs en diabète exercent pleinement leur profession en jouant différents rôles – du soutien clinique à l'enseignement de l'autogestion, en passant par l'éducation, la défense des droits et les soins centrés sur la personne. Les services du DCC sont accessibles par un système centralisé de triage en endocrinologie, l'ECAT (Endocrinology Central Access and Triage). Ce système accepte les demandes d'aiguillage provenant de généralistes, de spécialistes et de prestataires de soins de courte durée œuvrant à Calgary, dans le sud de l'Alberta et dans l'est de la Colombie-Britannique. Pour l'heure, le DCC n'accepte pas

les demandes présentées par les patients eux-mêmes; un suivi par un médecin généraliste ou spécialiste est requis. Le DCC aide toutefois les patients à se trouver un médecin de famille en les redirigeant vers le site « Alberta Find a Doctor » – un répertoire regroupant les médecins de famille de la province qui acceptent de nouveaux patients – ou en les orientant vers des cliniques sans rendez-vous qui ont des créneaux vacants. En revanche, il n'est pas nécessaire d'avoir une requête en endocrinologie pour voir une éducatrice ou un éducateur en diabète du DCC. Les endocrinologues n'agissent donc pas comme « filtres d'accès » au programme. Pour réduire davantage les obstacles à l'accessibilité, les consultations sont offertes selon différentes modalités : en personne, par téléphone, en ligne ou par courriel.

Le DCC prend en charge une population à besoins élevés requérant un suivi régulier. En 2024 seulement, il a offert 3 639 rendez-vous à de nouveaux patients et 34 863 consultations de suivi. Le Centre doit toutefois composer avec un défi de taille : les soins en diabète sont de plus en plus complexes, la prévalence de la maladie est en hausse, mais le financement, lui, ne suit pas. Cette réalité appelle une grande capacité d'adaptation du programme face à l'évolution des besoins et du secteur. Devant ce problème de capacité, le DCC offre des cours de groupe virtuels aux femmes atteintes de diabète gestationnel, ainsi que des cours de groupe, en ligne ou en présentiel, sur l'utilisation d'une pompe à insuline.

Les équipes de gestion et de soutien évaluent les besoins en continu et apportent des ajustements afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins. La performance du système fait aussi l'objet d'un suivi à l'aide d'outils comme

un tableau de bord affichant les données en temps réel. Dans un souci d'efficacité, le centre utilise également les outils numériques d'Alberta Health Services (AHS), dont Connect Care (le système provincial de gestion des dossiers médicaux électroniques utilisé dans les cliniques ambulatoires spécialisées) et Access Owl (un tableau de bord de type Tableau qui fournit des données d'analyse sur l'accessibilité des soins). Le centre mise en outre sur le soutien apporté au personnel pour assurer l'efficacité du système. Les membres de l'équipe sont encouragés à formuler des suggestions pour améliorer la qualité des soins. Ils disposent également d'un accès à des lignes directrices et à des ressources complètes – tant locales qu'internationales – afin de favoriser des décisions cliniques fondées sur des données probantes dans toutes les situations. Des programmes de pointe dans les cliniques encouragent la recherche et l'innovation.

Comme le montre la présentation de la D^{re} McKeen, le DCC s'attache à fournir des soins de qualité tout en s'adaptant à la pression croissante exercée sur le système de santé. Le DCC investit également dans le renforcement des capacités en établissant des partenariats communautaires (avec des cliniques, des réseaux de soins primaires, des pharmaciens et des fournisseurs) et en encourageant la formation continue du personnel médical et de soutien.

Pour en savoir plus sur ces services :

- www.diabeteseducatorscalgary.ca (en anglais)
- www.endometab.ca (en anglais)



4.2 Doreen Rabi – Équité des services de santé et diabète en Alberta

La D^{re} Doreen Rabi est professeure à la Cumming School of Medicine de l'Université de Calgary et membre de l'Institut cardiovasculaire Libin. Elle enseigne dans plusieurs départements de la Faculté Cummings, dont ceux de médecine, de sciences de la santé communautaire et de cardiologie.

Dans son exposé, la D^{re} Rabi a souligné l'importance de l'équité des soins du diabète. Pour favoriser une telle équité, il faut répondre aux besoins propres à chacun, et non fournir les mêmes ressources à tout le monde. Chaque personne, a-t-elle dit, est façonnée par une myriade de déterminants sociaux et identitaires qui influencent son expérience de la maladie et des soins dans un système de santé foncièrement inéquitable. La stigmatisation et la honte liées au diabète peuvent exacerber les difficultés rencontrées par les personnes diabétiques quand vient le temps de gérer eux-mêmes leurs symptômes, de recourir aux soins d'un établissement de santé et d'accéder à des services sociaux. En Alberta, a-t-elle précisé, une stratégie provinciale liée au diabète vise justement à intégrer la notion d'équité dans la prestation des soins. Un groupe de travail, le DWG, a été mis sur pied en 2022 pour évaluer les soins du diabète dans la province et formuler des recommandations dans une optique d'équité des services de santé. Ce groupe a publié ses conclusions définitives au printemps 2024 et entrepris de diffuser ses recommandations préliminaires.

Depuis la parution de ces premières recommandations, la province a amorcé la mise en œuvre de changements liés à la prise en charge, au traitement et aux soins du diabète, tout en améliorant l'accès aux dispositifs médicaux et aux traitements pharmacologiques. Par exemple, le régime d'assurance maladie provincial couvre dorénavant les moniteurs de glucose en continu (CGM) pour les adultes, une couverture auparavant réservée aux personnes de moins de 18 ans. Des efforts sont également en cours pour élargir l'accès à d'autres dispositifs tels que les pompes à insuline. Depuis 2013, la province rembourse le coût de ces pompes aux personnes atteintes de diabète de type 1 qui sont admissibles. L'accès à cette technologie demeure toutefois limité pour certains patients en raison des difficultés qui nuisent à l'obtention d'une requête médicale. Des démarches sont en cours pour garantir un meilleur accès à cette technologie, particulièrement en dehors des grands centres, afin d'assurer un accès équitable pour les personnes vivant en région rurale ou éloignée.

La D^{re} Rabi a également expliqué comment l'organisation du soutien a évolué en Alberta pour miser davantage sur les partenariats communautaires, en impliquant directement les personnes diabétiques. Un bon exemple est le Réseau stratégique clinique (SCN) sur le diabète, l'obésité et la nutrition, un organisme supervisé par Alberta Health Services (AHS). Avant sa dissolution, la mission du SCN consistait à réduire les écarts dans la qualité des soins. Ce réseau n'existe plus depuis la restructuration d'AHS, mais une autre initiative prometteuse lui a succédé : le Comité directeur



provincial sur le diabète. Ce comité, formé d'experts cliniques, de gestionnaires et de personnes diabétiques, a pour mandat d'identifier les besoins prioritaires en soins du diabète et d'assurer la mise en œuvre des recommandations préliminaires du Groupe de travail sur le diabète (DWG). En plus de ses fonctions stratégiques, le comité offre un espace d'échange pour renforcer le partage d'information et pallier les lacunes de communication.

Outre ces engagements provinciaux, des partenariats ciblés sont en cours de développement pour promouvoir des soins empreints de dignité et sensibles aux traumatismes à l'intention des Premières Nations, des nouveaux arrivants et des populations vulnérables telles que les personnes en situation d'itinérance. L'objectif est de veiller à ce que les personnes les plus touchées par les décisions liées aux soins du diabète soient impliquées dans les démarches d'amélioration. La D^{re} Rabi a évoqué plusieurs initiatives visant à mieux orienter les patients dans le système de santé et à favoriser un accès plus équitable aux soins. L'une d'elles est la coopérative [Multicultural Health Brokers](#), qui permet à des personnes immigrantes en attente d'une équivalence professionnelle d'agir comme intervenants-pivots au sein du système de santé auprès d'autres membres de leur communauté.

Ces partenariats sont l'occasion pour les collectivités et les patients de participer à la transformation des soins du diabète en Alberta. Bien que ces pistes soient porteuses d'espoir, plusieurs facteurs sociopolitiques continuent à poser un défi dans la province. Parmi ces enjeux, la D^{re} Rabi a mentionné les changements de garde rapides au sein du gouvernement freinant l'intégration des soins; un taux important de patients orphelins; un manque de services pour soutenir l'accueil d'un nombre croissant de nouveaux arrivants (doublé d'un discours négatif sur l'immigration); ainsi que des sentiments hostiles à l'égard de la DEI (diversité, équité et inclusion) planant sur les politiques et programmes en la matière. Elle a également souligné la nécessité d'intensifier les efforts de communication et de sensibilisation afin de contrer le déni lié à la COVID-19, qui demeure une menace pour les personnes diabétiques en raison du risque de complications qui l'accompagne.

Malgré ces enjeux, la stratégie de l'Alberta en matière de diabète continue d'évoluer en fonction de plusieurs priorités : combler les écarts dans l'accès aux soins, aux dispositifs médicaux et aux médicaments; renforcer les partenariats et la collaboration entre le personnel clinique, les équipes de recherche, les patients et les communautés; intégrer une perspective d'équité dans l'ensemble des stratégies et initiatives liées au diabète.



4.3 Philip Cavicchia – Initiatives de la santé publique en matière de prévention des maladies chroniques dans la région de Peel

Philip Cavicchia, docteur en épidémiologie, est le directeur du programme Alimentation saine, vie active et promotion de la santé mentale au sein de la Division de la prévention des maladies et des blessures chroniques de Peel Public Health. Dans sa présentation, M. Cavicchia a proposé un survol détaillé des initiatives de santé publique menées dans la région de Peel, en Ontario, afin de prévenir le diabète et d'autres maladies chroniques. La région de Peel, dans le Grand Toronto, est une zone densément peuplée qui compte 1,45 million d'habitants répartis dans trois municipalités. Elle se distingue par sa forte diversité ethnique : 69 % des résidents s'identifient comme membres d'un groupe racisé, un chiffre qui atteint 81 % dans la ville de Brampton, où les Sud-Asiatiques constituent le groupe racisé le plus recensé. Le diabète y représente un lourd fardeau, puisqu'il y touche un résident sur six. La région affiche le deuxième risque de diabète le plus élevé de la province à l'horizon 2030.

Pour contrer la prévalence du diabète et d'autres maladies chroniques, Peel Public Health adopte une approche populationnelle axée sur l'amélioration de la santé du plus grand nombre tout en s'attaquant aux inégalités vécues par certains groupes. Cette approche tient compte du parcours de vie, une perspective selon laquelle les risques de maladie et les chances de bien-être évoluent à chaque étape de la vie et créent, à long

terme, des effets cumulatifs sur l'état de santé d'une personne. Dans le cadre de cette démarche, Peel Public Health met en œuvre des initiatives de promotion ciblant certains déterminants sociaux et environnementaux de la santé, comme l'insécurité alimentaire et l'aménagement du territoire.

Plusieurs stratégies préventives sont en cours de déploiement à Peel :

- Évaluation et surveillance (p. ex., suivi de la prévalence et de l'incidence du diabète dans les zones de données sanitaires de Peel);
- Élaboration de politiques de santé en appui à la prévention des maladies chroniques;
- Création de milieux favorables où des choix sains sont des choix faciles;
- Renforcement de l'action communautaire par la création de partenariats;
- Initiatives de sensibilisation et de mobilisation citoyenne.

M. Cavicchia a donné quelques exemples de ces stratégies en action. Dans le cadre d'une initiative en milieu confessionnel, Peel Public Health collabore avec les chefs religieux pour encourager l'adoption de choix santé et la pratique de l'activité physique par la sensibilisation et la promotion des saines habitudes de vie. Cette initiative mise également sur le réaménagement des locaux communautaires, par exemple en installant des fontaines d'eau et en remplaçant les friteuses à l'huile par des fours commerciaux. Peel Public Health s'attaque aussi à l'insécurité alimentaire en menant une enquête sur



le coût d'un panier d'épicerie nutritif et en surveillant l'abordabilité des aliments. Les données ainsi recueillies aident les partenaires communautaires et les décideurs à mieux comprendre la réalité des personnes touchées par l'insécurité alimentaire et à mettre en place des mesures de soutien adaptées.

Pour prévenir les maladies chroniques comme le diabète, la région de Peel table aussi sur l'environnement bâti, en tenant compte de l'importance de l'urbanisme et de l'aménagement des quartiers pour la santé des populations. Par exemple, la création d'environnements favorables à la marche et au transport en commun incite les gens à bouger davantage, ce qui est bon pour leur santé physique et mentale. Dans cet esprit, la région s'est dotée d'un Cadre de développement sain exigeant que chaque projet d'aménagement municipal soit évalué en fonction de ses conséquences sur la santé. Cette évaluation repose sur six critères fondamentaux : densité, proximité des services, mixité de l'occupation du territoire, liaisons entre les artères, caractéristiques

de l'aménagement urbain et optimisation du parc de stationnement.

Pour que ces efforts de prévention portent fruit, il convient de développer les capacités locales et d'entretenir des collaborations avec les partenaires et la population. Peel Public Health continue de travailler étroitement avec les groupes communautaires, les services sociaux, les municipalités et les acteurs du réseau de la santé afin de maximiser les retombées des initiatives de santé publique et de renforcer la prévention du diabète à la fois sur le plan individuel et systémique.

Pour en savoir plus sur les initiatives de santé publique dans la région de Peel :

- [Outil d'information de la zone de données sanitaires de Peel – peelregion.ca](#) (en anglais)
- [Communautés en santé – peelregion.ca](#) (en anglais)
- [Indice composite de marchabilité de Peel – outil de comparaison](#) (en anglais)



4.4 Shagun Tiwari et Divya Sandhu – South Asian Health Institute : aperçu du programme

Dans leur présentation, Shagun Tiwari et Divya Sandhu ont souligné le rôle central de l'équité en santé et des approches culturellement adaptées dans la prévention du diabète. Toutes deux œuvrent au sein du South Asian Health Institute (SAHI), un établissement qui relève de la Direction de la diversité, de l'équité et de l'inclusion (DEI) de Fraser Health. Par ses travaux, le SAHI vise à mobiliser et à autonomiser les communautés sud-asiatiques de la région dans une optique de santé et de mieux-être. Les personnes d'origine sud-asiatique constituent l'un des groupes ethnoculturels en plus forte croissance au Canada, ainsi que la plus importante minorité visible dans la région desservie par Fraser Health. Dans ce contexte, le SAHI joue un rôle essentiel dans la promotion de la santé et la prestation de soins équitables et adaptés aux réalités culturelles.

Le SAHI a été fondé en 2013 en réponse à la forte prévalence du diabète et d'autres maladies chroniques au sein des communautés sud-asiatiques de la région. L'Institut cherche à cerner et à réduire les inégalités en matière de santé en misant sur la promotion des saines habitudes de vie, la mobilisation communautaire et le renforcement des partenariats. Son approche en amont privilégie la prévention et le développement des capacités tout en s'employant à lever les obstacles systémiques à l'accessibilité des soins.

Parmi les actions concrètes menées par le SAHI, mentionnons la participation à des rendez-vous culturels pour enrichir les connaissances en nutrition; la production de matériel et de contenus éducatifs accessibles au plus grand nombre; ainsi que des activités avec les jeunes et les tout-petits sur la relation entre alimentation, stigmatisation et étiquettes. Des bénévoles issus des communautés sud-asiatiques prennent également part aux activités de sensibilisation tout en offrant des services visant à rendre les programmes plus inclusifs sur le plan culturel et linguistique. L'équipe du SAHI participe également à des tables rondes et à des groupes de travail dont elle met à profit les conclusions pour orienter les programmes et services de Fraser Health.

En complément à ses ressources multilingues, le SAHI offre des consultations informelles visant à renforcer l'accessibilité des programmes de Fraser Health et de leurs partenaires, en les guidant sur l'utilisation de documents traduits et en assurant la pertinence culturelle du contenu pour les communautés sud-asiatiques. Grâce à ses efforts de mobilisation et de collaboration, le SAHI contribue activement à la prévention équitable et inclusive du diabète tout en favorisant le mieux-être des communautés sud-asiatiques.

Pour en savoir plus sur le SAHI :

www.fraserhealth.ca/sahi (en anglais)



4.5 Barbara MacDonald – Projet Unlocking Hope Diabetes d'IDEA Diabetes

Barbara MacDonald est cofondatrice d'IDEA Diabetes, un collectif dont la mission est d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes diabétiques grâce à une approche axée sur l'autonomisation en matière de soins et de prise en charge. Comme elle l'a expliqué, le travail d'IDEA Diabetes est guidé par trois principes fondamentaux : l'espoir, le pouvoir et l'action.

Le principe de l'espoir repose sur la conviction que chaque personne mérite les meilleurs soins et les meilleures possibilités d'autogestion. Cultiver l'espoir permet de créer un climat de confiance, ainsi que des espaces sécurisants et bienveillants pour les personnes diabétiques. Pour sa part, le principe du pouvoir vise à adopter une stratégie de soins axée sur les forces des individus et à renforcer leur pouvoir-agir en recourant à un langage inclusif et centré sur la personne. Cette stratégie consiste notamment à remplacer l'approche prescriptive (« vous devez faire ceci ») par une approche collaborative (« trouvons une solution ensemble ») et à réduire la stigmatisation dans les discours entourant le diabète. Le principe de l'action, quant à lui, souligne la nécessité de poser des gestes réfléchis pour faire évoluer les soins du diabète en analysant la situation, en visualisant les résultats escomptés et en mettant

en œuvre des stratégies adaptées. Ces trois principes – espoir, pouvoir et action – sont au cœur de toutes les initiatives portées par IDEA Diabetes pour favoriser des changements durables et équitables dans les soins du diabète.

Entre autres actions innovantes, l'organisation a lancé le Unlocking Hope Diabetes Project, un projet pilote visant à trouver des solutions communautaires de prise en charge du diabète à l'intention des Premières Nations. Ce projet participatif est mis en œuvre dans quatre provinces : la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick. Il vise à identifier, de manière collaborative, les forces existantes, les valeurs culturelles et les savoir-faire locaux, ainsi qu'à élaborer un plan d'action à plusieurs niveaux prévoyant l'élaboration de protocoles et de politiques cliniques. Par le dialogue coopératif, le mentorat, le renforcement des capacités et le soutien en ligne, l'équipe d'IDEA Diabetes entend collaborer avec cinq à dix « championnes » ou « champions » vivant avec le diabète afin de développer des solutions adaptées. En plus de susciter l'espoir, le travail collaboratif avec les champions et les communautés participantes accorde une place centrale à l'établissement de relations et à l'instauration progressive de la confiance.

Pour en savoir plus sur IDEA Diabetes et son travail, visitez le www.idea-diabetes.com (en anglais).

4.6 David Campbell – Clinique mobile de soins du diabète de Calgary

Les cliniques mobiles sont une forme de services de plus en plus répandue dans le domaine de la santé pour lever les obstacles à l'accessibilité des soins au sein des communautés mal desservies. Le Dr David Campbell, endocrinologue, spécialiste du diabète et professeur agrégé au Département de médecine de l'Université de Calgary, a expliqué comment la clinique mobile de soins du diabète (Diabetes Mobile Clinic, ou DMC) a vu le jour à Calgary. Ce dispensaire itinérant est au service des populations vulnérables du centre-ville, en particulier des sans-abri.

Fruit d'une collaboration avec le Comité consultatif sur le diabète de Calgary (CDAC), la DMC a été mise sur pied pour remédier aux inégalités de soins touchant les groupes vulnérables et mal desservis. En s'appuyant sur des études relatives aux populations cibles et des données sur l'accès aux services, l'équipe a identifié les quartiers de Calgary ayant besoin d'un modèle alternatif de prestation de services. De pair avec une organisation communautaire locale, l'Alex Community Health Centre, qui offrait déjà des soins primaires à bord d'un camion hôpital, l'équipe a mis en place une offre complète de soins du diabète dans un environnement mobile.

Depuis son lancement en juin 2024, la DMC offre plusieurs soins essentiels :

- Photographie rétinienne avec téléophtalmologie permettant de poser un diagnostic rapide et d'orienter les patients sans délai vers un ophtalmologiste, au besoin;
- Suivi du diabète à l'aide de tests d'HbA1c et de bilans urinaires réalisés au point de service;
- Examen des pieds et soins podologiques de base prodigués par une infirmière qualifiée;
- Informations sur le diabète fournies par des éducatrices et éducateurs certifiés;
- Consultations spécialisées en diabète et services de suivi.

La DMC se veut un guichet unique où chaque professionnel peut exercer pleinement ses compétences afin de lever les obstacles à l'accessibilité des services. Moins d'un an après son lancement, la clinique avait servi 125 personnes, mené 119 consultations en soins infirmiers, organisé 97 séances d'éducation et donné 40 consultations en endocrinologie. L'équipe mène actuellement une étude de mise en œuvre afin de recueillir le point de vue de toutes les parties prenantes sur ce modèle de services et d'en évaluer la viabilité à long terme. Elle prévoit également de réaliser un essai aléatoire contrôlé pour mesurer, de façon rigoureuse, les retombées du modèle sur l'assiduité des patients et les résultats cliniques.

La DMC constitue un modèle prometteur susceptible d'étendre l'accessibilité des soins du diabète aux groupes vulnérables et mal desservis. Le Dr Campbell a toutefois souligné quelques enjeux et possibilités d'amélioration, notamment en ce qui a trait à la surveillance et à la collecte de données. Même si la DMC facilite la réalisation de tests sur place (p. ex., le test d'HbA1c), le suivi des résultats à long terme reste difficile en raison d'une incompatibilité entre les systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME). La viabilité du modèle à long terme dépend également de l'engagement des pouvoirs publics à fournir un financement stable et durable afin d'assurer une gestion cohérente et une meilleure intégration du service au sein du système de santé.

En réunissant plusieurs services au sein d'une structure mobile, la DMC contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins et à l'accompagnement. À terme, cette initiative pourrait améliorer l'état de santé des populations marginalisées tout en réduisant le fardeau sur le système de santé dans son ensemble.

Pour en savoir plus sur le Calgary Diabetes Advocacy Committee et la DMC, visitez le www.calgarydac.ca (en anglais).



4.7 Renea Marsden – Point de vue des patients et des familles sur les soins du diabète

Professionnelle évoluant dans le domaine du diabète et mère d'une enfant atteinte de diabète de type 1, Renea Marsden a raconté le parcours semé d'embûches des personnes diabétiques et de leurs proches. Elle a évoqué les incertitudes ayant précédé le diagnostic de sa fille en raison de symptômes difficiles à interpréter. Après une consultation médicale et des analyses sanguines, la famille a reçu un coup de fil du médecin leur demandant de se rendre immédiatement à l'hôpital, où le diagnostic de diabète de type 1 est tombé.

M^{me} Marsden a souligné les obstacles systémiques qui ont jalonné son parcours après le diagnostic, notamment le manque d'accompagnement, les questions laissées sans réponse lors des consultations médicales et les remarques déplacées telles que « Au moins ce n'est pas un cancer » ou « Est-ce le mauvais diabète? ». Marquée par ces expériences, elle s'est engagée dans la défense des droits des personnes diabétiques, en collaborant avec des organismes tels que la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile (FRDJ) et l'Alberta Diabetes Foundation, afin de soutenir d'autres familles dans la même situation.

Dans son témoignage en tant que militante et proche aidante, M^{me} Marsden a souligné les lacunes du système de santé, dont l'absence de parcours structuré pour les personnes diabétiques à la recherche de soins et de soutien. Elle a également parlé de la transition des

soins pédiatriques vers les soins pour adultes, qui laisse souvent les patients sans suivi adéquat, voire sans suivi du tout. Elle a aussi dénoncé d'autres défis systémiques tels que le manque d'accessibilité de certaines aides sociales et financières essentielles – les longs délais de remboursement des crédits d'impôt pour frais médicaux, par exemple.

Dans mon travail, je reçois chaque mois plusieurs appels de patients dépassés et incertains des étapes à suivre après l'annonce de leur diagnostic. Pour beaucoup, le coût des médicaments nécessaires représente un obstacle insurmontable. Faute de moyens ou de connaissances, certains en viennent à réduire, voire à interrompre complètement leur traitement. Cette situation contribue à l'apparition de complications et à une détérioration de leur état de santé. Avec ma fille, nous avons vécu cette réalité : certains dispositifs considérés comme des normes de soins par les chercheurs, cliniciens et professionnels de la santé ne sont pas accessibles en raison de leur coût élevé. Une compagnie d'assurances nous a même dit que le recours à un glucomètre en continu était considéré comme un « luxe », et non comme une nécessité médicale. Ce n'est pas à une compagnie d'assurances de décider ce qui est un « luxe » pour une personne atteinte de diabète de type 1. Il est essentiel d'établir une définition claire de ce qu'est une norme de soins et de reconnaître en quoi cette norme améliore la qualité de vie et l'état de santé à long terme des personnes concernées.

M^{me} Marsden a conclu son exposé en appelant à un changement en faveur de modèles de soins mieux adaptés et d'un soutien accru pour toutes les personnes touchées par le diabète.

5.0 Discussions de groupe

À la suite des exposés, qui ont jeté un éclairage plus complet sur les soins du diabète en milieu urbain, les participantes et participants se sont répartis en petits groupes afin de discuter des priorités susceptibles d'améliorer les soins du diabète ainsi que des enjeux et possibilités liés à la prestation des soins. Deux séries d'échanges dirigés ont porté sur des questions différentes, mais interdépendantes, suivies d'une discussion ouverte. Le cadre de discussion et les constats qui en découlent sont présentés ci-dessous.

5.1 Première discussion de groupe

Les participantes et participants ont été répartis en cinq groupes composés de personnes aux profils variés. Chaque groupe a été invité à répondre à la question suivante : **Question 1** : *Réfléchissez à l'état actuel du diabète dans votre municipalité. Quels enjeux sanitaires faut-il prioriser pour favoriser des soins du diabète efficaces? (Exemples d'enjeux : accès aux soins primaires, insécurité alimentaire, communications cliniques en soins primaires, logement en tant que déterminant social de la santé.)*

Les différents groupes ont relevé les enjeux suivants en réponse à la question 1 :

Enjeux relevés par les groupes

- Collaboration entre les différentes équipes de soins primaires
- Communications cliniques en soins primaires
- Renforcement des capacités cliniques et utilisation stratégique des ressources, services et programmes existants
- Continuum de soins et mise en œuvre des services dans l'ensemble du système de santé
- Disparités intra- et interprovinciales dans la prestation des soins et inégalités pouvant en découler

Après avoir identifié ces enjeux, chaque groupe a été invité à choisir un thème pour approfondir la réflexion à partir des questions suivantes :

- **Question 2a** : *Quels programmes, politiques ou interventions en lien avec cet enjeu s'avèrent efficaces dans votre municipalité? Soulignez les points de convergence (s'il y a lieu) entre les provinces ou les secteurs.*
- **Question 2b** : *Quels obstacles ou lacunes en lien avec cet enjeu freinent l'efficacité des soins du diabète dans votre municipalité? Soulignez les points de convergence (s'il y a lieu) entre les provinces ou les secteurs.*

Bien que chaque groupe ait choisi un thème distinct, des points communs sont ressortis en ce qui concerne les obstacles, les lacunes et l'efficacité des interventions. Lors des discussions sur les obstacles et lacunes des soins du diabète, plusieurs groupes ont évoqué les facteurs suivants : difficulté à s'orienter dans le système de santé; limites des données et systèmes d'information; manque de cohésion du système de santé et manque d'investissements structurels durables (c.-à-d. de financement). Du côté des réussites, plusieurs groupes ont mentionné : la gestion centralisée des programmes et services (p. ex., le triage centralisé); un meilleur accès aux traitements et aux dispositifs pour personnes diabétiques (p. ex., élargissement de la couverture du glucomètre en continu) et la prestation de services de proximité (p. ex., cliniques mobiles).

Les tableaux suivants présentent les réponses complètes des groupes aux questions 2a et 2b, réparties par enjeu.



Enjeu : Collaboration entre les équipes de soins primaires

Obstacles et lacunes :

- Nécessité d'un « pôle directeur » (c.-à-d. d'une instance centralisée) pour assurer la coordination, la supervision et l'orientation des initiatives dans chaque territoire
 - Existence de programmes efficaces et d'initiatives prometteuses, mais absence de normes et d'une instance unique pour les orienter
- Données divergentes, voire absentes
- Besoin de directives cliniques homogènes en appui à la mise en œuvre des services
- Fonctionnement en vase clos des secteurs impliqués dans la prestation des soins primaires
 - Disparités dans l'accès aux traitements découlant des différents régimes d'assurance maladie et médicaments offerts par les employeurs, qui influencent le type de traitements mis à la disposition des patients et qui déterminent les pratiques de prescription et de prestation des soins
- Problèmes de communication (c.-à-d. d'image ou de cadrage) : en étant moralisateur ou stigmatisant, le discours utilisé dans les soins du diabète peut miner la relation entre les patients et les professionnels de la santé

Interventions et possibilités :

- Optimiser les processus de collecte de données et les systèmes d'information; accroître l'interopérabilité des plateformes de données pour les amener à « communiquer » entre elles
- S'inspirer des structures centralisées déjà en place hors des soins primaires (p. ex. dans les soins hospitaliers en Alberta), où il existe des normes de pratique et un accès standardisé aux données; ces exemples peuvent servir de modèles pour l'instauration d'un « pôle directeur » destiné à orienter les soins primaires du diabète
- S'inspirer des progrès réalisés en matière de prévention, de diagnostic et d'explication des traitements (p. ex., en oncologie) pour améliorer les communications entourant les soins du diabète

Enjeu : Communications cliniques en soins primaires

Obstacles et lacunes :

- Stigmatisation du diabète entraînant des problèmes de communication en contexte de soins
- Accessibilité des services limitée par les dynamiques de pouvoir et le manque de confiance dans les environnements de soins
- Manque de cohésion du système de santé nuisant à l'expérience des patients : plusieurs « portes d'entrée » (c.-à-d. options) sans consignes claires ni guichet unique où s'adresser après le diagnostic
- Difficulté, pour les patients, à s'orienter dans le système de santé et manque de soutien pour combler ces lacunes
- Réflexion nécessaire sur les modalités de déploiement de certains systèmes à plus grande échelle

Interventions et possibilités :

- La Fraser Health Diabetes Clinic, en Colombie-Britannique, a été citée pour ses bonnes pratiques de communication : appels de suivi avec les professionnels de la santé, collaboration de l'équipe Mieux-être avec les spécialistes des soins de proximité pour connaître les besoins des populations et organiser des interventions ciblées (p. ex., aiguillage, visites scolaires, formulaires)
- Le programme d'équipes personnelles de santé, au Manitoba, a été salué pour son rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins primaires, la bonification des services centrés sur le patient et la coordination fluide des services offerts par les prestataires de soins; ce programme s'attache à promouvoir la qualité et la sécurité des soins, à favoriser la pérennité du système et à privilégier la prévention et la prise en charge des maladies chroniques
- Les travaux de la D^{re} Sonia Butalia, du Département de médecine de la Cumming School of Medicine de l'Université de Calgary, ont été mis de l'avant : la D^{re} Butalia mène un essai clinique sur un programme provincial destiné aux jeunes diabétiques qui passent des soins pédiatriques aux soins pour adultes. Ce programme mise sur l'accompagnement de coordonnatrices et coordonnateurs de transition, qui aident les jeunes à obtenir des soins. Le recours à des outils de communication numériques comme les textos et les courriels facilite les communications

Enjeu : Renforcement des capacités cliniques et utilisation stratégique des ressources, services et programmes existants

Obstacles et lacunes :

- Manque de cohésion et de coordination au sein du système de santé compliquant grandement la prestation des soins du diabète
- Manque d'uniformité des soins découlant des disparités au sein des programmes et entre ceux-ci
- Manque de planification stratégique pour optimiser l'utilisation de ressources somme toute restreintes
- Limites inhérentes aux soins virtuels, malgré leur utilité (p. ex., tout le monde n'a pas accès à Internet)
- Incidence des coûts à la charge des patients sur le type de soins et de traitements reçus (p. ex., la couverture des soins podologiques et des glucomètres est limitée)

Interventions et possibilités :

- Soins virtuels susceptibles d'améliorer l'accessibilité des services, mais il faut en reconnaître les limites (p. ex., l'accès à Internet peut encore constituer un obstacle)
- Possibilité d'améliorer la planification et l'élaboration des programmes et interventions pour qu'ils tiennent compte de la réalité globale des patients : services de traduction adaptés, intégration des proches et aidants aux consultations, stationnement pour personnes à mobilité réduite, etc.
 - Intégration de différentes perspectives culturelles dans la conception et la prestation des soins du diabète afin de favoriser des soins mieux adaptés à la culture
- Possibilité de tracer des parcours de soins indiquant les services et ressources offerts dans la région



Enjeu : Continuum de soins et mise en œuvre des services dans l'ensemble du système de santé

Obstacles ou lacunes :

- Multiplication des projets pilotes, mais financement insuffisant pour en assurer la pérennité et le succès
- Accent souvent mis sur les obstacles, les lacunes ou la stigmatisation au détriment d'approches centrées sur les forces et les solutions, qui peuvent pourtant être des catalyseurs de changement
- Nécessité d'amplifier la voix collective des acteurs du changement
 - Nécessité pour le public de faire pression sur le secteur privé pour qu'il soutienne davantage la prévention et les soins du diabète
 - Voix collective forgée à partir de la prise de parole individuelle et de la revendication communautaire
- Difficulté à s'orienter dans les programmes de soins du diabète : absence de point d'entrée unique et clair auquel les personnes peuvent accéder lorsqu'elles ont besoin de se faire soigner
- Préoccupations quant au degré d'attention accordé au diabète par rapport à d'autres problèmes de santé; comment le diabète est-il classé en fait d'importance?
- Défis systémiques attribuables au manque de coordination entre les différents services et programmes de soins
- Manque d'attention portée aux stratégies de prévention
- Limites des données et des registres de patients

Interventions et possibilités :

- Services communautaires de dépistage et de traitement du diabète (p. ex., cliniques mobiles) vus comme un moyen d'améliorer l'accès au système de santé
- Prescriptions alimentaires (« Food Rx ») saluées comme des mesures utiles pour lutter contre l'insécurité alimentaire. Il faut s'assurer que des partenariats et programmes sont en place pour soutenir l'intégration de ces pratiques dans les soins de santé
- Stratégie régionale de lutte contre le diabète de la FNHA (First Nations Health Authority), pour l'île de Vancouver, présentée comme un modèle de coopération entre décideurs propre à améliorer les soins du diabète
- Élargissement de la couverture des médicaments et des dispositifs médicaux (p. ex., élargissement récent de la couverture du glucomètre en Alberta) vu comme un progrès notable
- Possibilité de créer des centres d'information ou d'éducation conviviaux et faciles d'accès
- Projet de loi C-64, *Loi concernant l'assurance-médicaments* décrit comme un moyen de combler les inégalités en matière d'accès aux traitements pour les personnes non assurées
- Développement d'une structure nationale vouée à l'échange d'idées novatrices pour remédier au cloisonnement du système de santé
- Stratégies linguistiques pouvant contribuer à réduire la stigmatisation (p. ex., utiliser le terme « centre de mieux-être » au lieu de « clinique du diabète »)
- Recours à des exemples internationaux, tels que ceux des pays scandinaves, pour trouver des moyens d'intégrer la prévention du diabète et des maladies chroniques dans la vie quotidienne (p. ex., activité physique favorisée par le transport actif en tant que stratégie de prévention)



Enjeu : Disparités intra- et interprovinciales dans la prestation des soins et inégalités pouvant en découler

Obstacles et lacunes :

- Financement des soins inégal ou non ajusté aux besoins croissants
- Collaboration insuffisante entre les secteurs
- Préoccupations quant à la logique marchande des acteurs privés (c.-à-d. les entreprises et entités privées qui offrent des soins ou un accès aux traitements) et quant à leurs éventuelles répercussions sur les patients
- Accessibilité des soins limitée par la pénurie de professionnels de la santé

Interventions et possibilités :

- Soins virtuels comme moyen de réduire les obstacles à l'accessibilité pour certaines personnes et communautés, à condition que les prestataires soient conscients des risques inhérents à ce mode de soins, qui doit progresser au même rythme que la confiance
- Nouveaux services prometteurs, tels que les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et les cliniques pour personnes réfugiées en Ontario, ainsi que les cliniques dirigées par des pharmaciens en Alberta (les indicateurs sur les retombées de ces cliniques sont en cours de collecte)
- Nécessité de veiller à ce que les patients orphelins aient quand même accès à des soins du diabète
- Exemples de collaborations encourageantes entre les organisations ou les secteurs :
 - Soins mieux intégrés en Alberta
 - Prise en charge centralisée des soins du diabète dans certaines régions
 - Programmes dirigés par les pairs en appui au développement communautaire

5.2 Deuxième groupe de discussion

Après la première série d'échanges, les participantes et participants ont été réorganisés en nouveaux groupes selon le secteur auquel ils appartiennent (secteur clinique, recherche, pouvoirs publics, ONG). Chaque groupe s'est vu attribuer l'un des enjeux identifiés précédemment et a été invité à réfléchir à une nouvelle série de questions, cette fois du point de vue de son secteur. Les groupes ont été répartis en fonction des secteurs et des enjeux suivants :

Groupe & secteur	Enjeu attribué
Secteur clinique (groupe 1)	Collaboration entre les équipes de soins primaires
Secteur clinique (groupe 2)	Communications cliniques en soins primaires
Organisations non gouvernementales (ONG)	Renforcement des capacités cliniques et utilisation stratégique des ressources, services et programmes existants
Recherche	Continuum de soins et mise en œuvre des services dans l'ensemble du système de santé
Pouvoirs publics	Disparités intra- et interprovinciales dans la prestation des soins et inégalités pouvant en découler



Les questions suivantes ont orienté la discussion pour ce deuxième tour de table :

- **Question 3a** : *Comment, en lien avec l'enjeu attribué, ce secteur peut-il soutenir ou promouvoir l'amélioration des soins du diabète dans les milieux urbains?*
- **Question 3b** : *Qu'est-ce qui doit changer dans les six prochains mois pour faire avancer cet objectif? Et dans les cinq prochaines années? Quel rôle ce secteur est-il appelé à jouer dans ces changements à court et à long terme?*

Ces deux questions ont suscité des échanges féconds sur les changements à apporter aux soins du diabète et sur la manière dont ces changements touchent le secteur

représenté par chaque groupe. La plupart des groupes se sont concentrés sur les changements à apporter, sans forcément les assortir d'échéances précises. Plusieurs points de convergence ont émergé des discussions entre certains groupes, notamment : la nécessité d'établir des parcours de soins et des mécanismes de soutien bien définis (p. ex., aide financière); l'importance de centraliser l'information et les ressources, à la fois pour les patients et les professionnels de la santé; la nécessité d'accroître la viabilité des soins du diabète grâce au renforcement des collaborations, des partenariats et du financement (ainsi que des modèles de financement). Vous trouverez ci-dessous un résumé des discussions entourant les questions 3a et 3b.

Secteur clinique (groupe 1) Collaboration entre les équipes de soins primaires

- La fragmentation des soins entre plusieurs médecins de premier recours et d'autres groupes de professionnels de la santé constitue un défi majeur qui suscite parfois des tensions entre les praticiens. Pour encourager la collaboration, il convient d'améliorer la communication de manière à établir une vision claire des besoins des patients et des rôles des prestataires. Certains patients craignent par ailleurs que la complexité de leur état de santé ne devienne un obstacle à l'accessibilité des soins.
- Les transformations attendues dans les soins primaires, dont l'affectation de ressources et de soutien suffisants, ne peuvent se concrétiser sans un engagement politique fort. Il est important d'examiner les modèles de financement des soins complexes; certains modèles récents se sont avérés efficaces pour attirer un plus grand nombre de professionnels de la santé (p. ex., le nouveau modèle en Colombie-Britannique). Les participantes et participants ont également insisté sur la nécessité d'une volonté politique forte pour garantir les ressources nécessaires à l'amélioration des soins primaires.
- La réduction des chevauchements passe par une bonne connaissance des services offerts et par la mise en place d'un parcours de soins clairement établi. Un modèle de « guichet unique » a été proposé pour améliorer l'accès aux soins et en optimiser la coordination.

Secteur clinique (groupe 2) Communications cliniques en soins primaires

- Pour améliorer les soins du diabète, les participantes et participants ont souligné l'importance d'une communication efficace entre les patients et les professionnels de la santé. Les patients, en particulier ceux qui viennent de recevoir un diagnostic, ont besoin d'explications claires et bienveillantes sur leur état de santé, tandis que les personnes vivant avec le diabète ont besoin de ressources d'accompagnement et d'éducation tout au long de leur cheminement.
- L'accès à l'information destinée aux patients a été identifié comme un enjeu central. L'idée d'une plateforme centralisée accessible aux patients et aux prestataires de soins a été évoquée pour renforcer la communication et l'harmonisation des soins.
- Parmi les exemples cités, mentionnons une initiative de l'Ontario visant, au cours des cinq prochaines années, à intégrer l'intelligence artificielle (IA) dans les systèmes de gestion des dossiers médicaux électroniques (DME) pour simplifier la tenue de dossiers. Les professionnels de santé pourraient, grâce à cette technologie, dicter leurs notes et produire en temps réel des résumés cliniques que les patients pourraient ensuite consulter. Ces résumés pourraient éventuellement inclure des liens vers des ressources d'information utiles. De telles avancées technologiques ont le potentiel de révolutionner les communications entre les patients et les professionnels de la santé.
- Les boîtes à outils en soins primaires ont également été présentées comme un moyen de mieux intégrer les pratiques exemplaires et les lignes directrices dans les soins courants. Pour favoriser les progrès, on a proposé de réaliser une analyse du contexte dans les six prochains mois afin d'établir et d'adopter des pratiques exemplaires. Plutôt que de réinventer les solutions, les participants et participantes ont suggéré de s'inspirer des provinces les plus avancées.
- Des discussions ont également porté sur l'intégration des modèles de financement au sein des cadres cliniques, un levier important pour instaurer des changements durables susceptibles de déboucher sur de meilleurs résultats cliniques pour les patients.
- Au chapitre du financement, les participantes et participants ont noté que les changements de garde au sein du gouvernement mènent souvent à de nouveaux mandats avant que les stratégies en place n'aient pu aboutir. Des remaniements politiques fréquents peuvent s'avérer néfastes pour l'amélioration à long terme des soins de santé.

Secteur des ONG : Renforcement des capacités cliniques et utilisation stratégique des ressources, services et programmes existants

- Les participantes et participants ont souligné le besoin d'un mécanisme centralisé auquel les ONG pourraient accéder pour obtenir de l'information et orienter les personnes vers les bons services.
- De nombreuses organisations mènent actuellement des efforts de collecte de données. Des préoccupations ont été soulevées quant à la finalité et à la qualité de ces données. Les participantes et participants ont remis en question la pertinence des formulations utilisées et la validité des questions posées pour recueillir des données, en s'interrogeant sur leur utilité réelle. Bien que le financement soit souvent lié à des résultats mesurables, le vécu des patients est tout aussi important pour l'amélioration des services et programmes.
- La stigmatisation demeure un frein à la recherche de soins, notamment chez les personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de diabète. Les participantes et participants ont rappelé qu'il ne faut pas décourager les gens à consulter, surtout s'ils ne sont pas prêts à entreprendre tout de suite un traitement.
- Le plaidoyer pour de meilleurs soins, conformément aux orientations du Cadre sur le diabète au Canada, demeure une priorité.
- En ce qui concerne le soutien financier, il a été noté que le financement public, moins souple que le financement philanthropique, pourrait être complété par des partenariats avec des ONG pour renforcer l'efficacité des actions.

Secteur de la recherche : Continuum de soins et mise en œuvre des services dans l'ensemble du système de santé

- Les participantes et participants ont évoqué le décalage entre la recherche et le système de santé, notamment en raison de l'évolution en vase clos du milieu de la recherche. Ils ont souligné le rôle primordial que joue la recherche dans le traitement des problèmes de santé et l'intégration d'approches efficaces dans les soins du diabète.
- Les participantes et participants ont souligné l'importance d'établir des priorités claires et de prendre des décisions stratégiques pour mener les investissements à terme.
- On sait déjà ce qui fonctionne – et ce qui ne fonctionne pas – quand il s'agit d'améliorer les soins du diabète. Il est nécessaire de documenter et de communiquer ces succès et ces échecs pour éviter de répéter les mêmes erreurs.
- Bien que la protection de la vie privée des patients en recherche soit essentielle, des préoccupations ont été soulevées quant à la prévalence des données anonymisées. Une trop grande quantité de données anonymisées peut amoindrir leur utilité et limiter la possibilité de mener des recherches porteuses de retombées concrètes.
- Des échanges ont souligné la nécessité d'assurer un accès rapide aux soins ainsi que les pistes d'amélioration qui en découlent. On a donné l'exemple des soins en oncologie, où les patients sont rapidement identifiés et orientés sans devoir attendre un rendez-vous. Une approche comparable permettrait d'accélérer l'accès aux soins du diabète.

Secteur public : Disparités intra- et interprovinciales dans la prestation des soins et inégalités pouvant en découler

- Les participantes et participants ont insisté sur la nécessité de renforcer la communication et d'harmoniser les normes entre les régions, afin d'établir des voies d'accès aux soins et d'améliorer la coordination intersectorielle. Une meilleure coordination entre professionnels de la santé et un soutien accru à toutes les étapes du continuum de soins ont également été désignés comme des priorités majeures.
- Les ONG ont été identifiées comme des partenaires clés pour mobiliser une plus grande volonté politique autour des soins du diabète.
- Plusieurs lacunes ont été relevées, dont le manque de soutien dans les écoles et la nécessité d'optimiser les trajectoires de soins. Des parcours de soins bien définis, surtout pour les personnes qui viennent d'obtenir leur congé de l'hôpital, pourraient renforcer l'efficacité et l'accessibilité des services.
- Les participantes et participants ont également souligné la nécessité de mécanismes clairs de soutien financier, notamment en ce qui concerne les crédits d'impôt pour personnes handicapées, la couverture des capteurs de glycémie en continu et des pompes à insuline, ainsi que la couverture des médicaments pour les aînés.
- Les participantes et participants ont également fait valoir la nécessité de normes structurantes pour orienter les soins du diabète. Il convient d'établir des seuils repères, tels que le temps minimum par consultation ou le nombre minimum de patients.
- On a insisté sur l'importance de la formation continue pour les professionnels de la santé et les patients, ainsi que sur la mise en place d'un portail centralisé d'accès aux ressources éducatives.
- La création d'un « portail des pratiques exemplaires » a été suggérée comme un moyen abordable et viable de diffuser et d'intégrer les bonnes pratiques. La création d'une plateforme centralisée regroupant lignes directrices, ressources d'information et outils d'orientation dans le système de santé a été proposée pour réduire les doublons et orienter les usagers vers des services adaptés.
- L'idée d'un réseau pancanadien de collaboration sur le diabète a été avancée pour renforcer les échanges entre les régions.



5.3 Discussion ouverte

À la suite des deux séances de discussion en petits groupes, les participantes et participants ont pris part à une discussion ouverte. En voici les faits saillants :

- La traduction assistée par l'intelligence artificielle (IA) représente une avenue prometteuse pour favoriser un meilleur accès aux soins de santé chez les patients allophones.
- La continuité des soins demeure un défi en Ontario, surtout pendant la transition postérieure à une hospitalisation. L'Alberta fait face à des enjeux similaires : malgré les enveloppes versées par le ministère de la Santé, certains soins sont offerts en dehors du système public.
- Les participantes et participants se sont demandé si, dans certaines régions, le financement des soins dépendait du nombre d'examen ou de consultations effectués. L'absence de normes minimales de soins a été désignée comme un frein à l'uniformité et à la cohésion des services. Même s'il existe des directives

cliniques, les données demeurent dispersées et les modèles de soins ne sont pas uniformisés.

- En ce qui concerne les modèles de financement, les participantes et participants ont souligné le fait que le financement axé sur les résultats présente certains avantages, mais qu'il comporte aussi des risques. Il peut notamment dissuader les professionnels de la santé de prendre des dossiers complexes dont les résultats risquent d'être moins « favorables ».
- En dépit de difficultés, le NHS (National Health Service) du Royaume-Uni a réussi à resserrer l'écart d'espérance de vie lié au diabète pour le faire passer à 6 ans (comparativement à 11 ans au Canada). Ce succès repose entre autres sur l'établissement de cadres d'évaluation de la qualité et sur le caractère intégré des données cliniques. Il s'agit d'une approche que le Canada n'a pas encore adoptée.

Au cours des discussions du Sommet, un participant provenant de la région de Waterloo Wellington, en Ontario, a présenté des exemples de soins du diabète mis en œuvre dans sa région. Le tableau suivant résume certaines des initiatives menées dans cette localité.



Aperçu des soins du diabète et du système d'admission centralisée dans la région de Waterloo Wellington

Le WWRCC (Centre régional de coordination de Waterloo Wellington) est un pôle régional chargé de centraliser les demandes d'aiguillage et de faciliter l'accès aux soins dans la région de Waterloo Wellington, en Ontario. Situé au Centre de santé communautaire Langs, à Cambridge, et financé par Ontario Health West, le WWRCC s'impose comme un modèle du genre dans la province. Il offre des services d'admission centralisés pour le traitement du diabète, les soins orthopédiques, la chirurgie des cataractes et le Programme ontarien de soins dentaires pour les aînés (POSDA) dans le cadre de la stratégie SCA (System-wide Coordinated Access, ou accès coordonné à l'échelle du système), une stratégie visant à améliorer l'accessibilité des soins de santé pour les résidents de l'Ontario.

Waterloo Wellington Diabetes (WWD)

Relevant du WWRCC, le programme Waterloo Wellington Diabetes (WWD) offre des services d'admission centralisée aux personnes qui ont besoin de consulter une éducatrice en diabète, un endocrinologue ou un néphrologue, de passer un test de dépistage de la rétinopathie ou de recevoir des soins des plaies sous supervision médicale. L'équipe du WWD est composée de :

- Deux infirmières spécialisées en éducation sur le diabète chargées du triage;
- Deux commis à l'aiguillage;
- Une clinicienne-ressource, qui est également responsable du projet.

La clinicienne-ressource est éducatrice certifiée en diabète. Elle encadre les éducatrices et éducateurs en diabète de la région, dirige les initiatives d'amélioration des soins et préside les réseaux régionaux de diabète pour les soins aux adultes et aux enfants.

Réseau régional du diabète de Waterloo Wellington Diabetes (WWRDN)

Fondé en 2013, le Réseau régional sur le diabète de Waterloo Wellington Diabetes (WWRDN) tient cinq rencontres annuelles réunissant des représentants des programmes d'éducation au diabète chez l'adulte, des médecins spécialistes (endocrinologie, néphrologie, cardiologie), des généralistes, des pharmaciens de proximité ainsi que des organismes de promotion de la santé. Le réseau se consacre à :

- Améliorer la planification des soins et la prise en charge du diabète à l'échelle régionale;
- Mettre en commun les bonnes pratiques, les expériences terrain et les nouveaux développements dans les soins du diabète;
- Favoriser l'uniformité des soins et la collaboration entre les intervenants;
- Cerner les lacunes et plaider en faveur de solutions adaptées.

En tant qu'un des premiers centres régionaux de coordination en Ontario, le WWRCC a élaboré un cadre pour le développement et la mise en œuvre d'un système régional d'admission centralisée. Le WWRCC a créé un guide pratique qui propose des stratégies visant à concevoir, à essayer et à élargir des systèmes d'admission centralisée afin de faciliter l'accès aux soins pour les personnes atteintes ou à risque de maladies chroniques. Ce guide peut être consulté à l'adresse suivante : www.wwrcc.ca/FRENCH---Ressources.htm



Pendant le Sommet, les participantes et participants ont également discuté de programmes de souveraineté alimentaire à l'intention des Premières Nations. Une initiative ciblée dans le nord de l'Ontario, menée sous l'égide du Centre de santé Noojmowin Teg, a été particulièrement soulignée. Les programmes regroupés sous cette initiative sont présentés plus en détail dans le tableau suivant.

Centre de santé Noojmowin Teg, Programme de souveraineté alimentaire autochtone

Le Centre de santé Noojmowin Teg offre un programme qui favorise la souveraineté alimentaire autochtone en facilitant l'accès à des aliments traditionnels et locaux. Il chapeaute plusieurs initiatives importantes en matière de souveraineté alimentaire autochtone, dont les suivantes :

1. *Harvest to Share* : Ce programme s'associe à des bouchers et à des chasseurs autochtones, en assumant les frais de boucherie en échange du tiers de la viande sauvage, qui est ensuite distribuée aux membres de la communauté dans le besoin. Les portions sont établies en fonction de la taille de chaque ménage;
2. *Programme de services alimentaires en milieu hospitalier* : Préparés par un traiteur autochtone, des mets traditionnels sont congelés puis livrés à deux établissements hospitaliers de petite taille, où ils sont servis à la demande;
3. *Jiibaakwedaa (programme de paniers alimentaires)* : Vingt paniers alimentaires sont distribués tous les trimestres, chacun contenant des ingrédients traditionnels pour deux repas – l'un à base de poisson, l'autre à base de viande sauvage –, le tout accompagné de recettes;
4. *Programme de repas pour les personnes âgées* : Vingt paniers distribués tous les mois contiennent des ingrédients traditionnels pour deux repas faciles à préparer dans une seule casserole et adaptés aux besoins des personnes âgées;
5. *Programme de distribution d'aliments santé dans les écoles secondaires* : Des portions individuelles de chili à la viande sauvage, cuisinées par un traiteur autochtone, sont congelées, puis mises à la disposition des élèves du secondaire.

Pour en savoir plus, visitez le site web du centre de santé Noojmowin Teg à l'adresse nthc.ca (en anglais).

6.0 Conclusion

Le Sommet sur le diabète en milieu urbain s'est avéré une belle occasion pour les participantes et participants – cliniciens, chercheurs, responsables de la santé publique, fonctionnaires, défenseurs des droits et personnes diabétiques – d'échanger leurs savoirs et de discuter de stratégies visant à améliorer les soins du diabète dans les villes canadiennes. Des discussions et présentations variées leur ont permis de mettre en commun leurs connaissances et points de vue sur divers sujets : modèles innovants de soins du diabète, initiatives centrées sur l'équité des services, stratégies de prévention en santé publique et actions communautaires visant à combler les inégalités et les disparités d'accès.

Les présentations ont mis de l'avant toute une gamme de services et de programmes en lien avec le diabète : le DCC et la clinique mobile de Calgary; la stratégie d'équité des services de santé de Calgary; les initiatives de la santé publique dans la région de Peel; ainsi que des initiatives communautaires comme le projet Unlocking Hope Diabetes et les programmes du South Asian Health Institute. Les témoignages entendus pendant le Sommet ont mis en lumière les difficultés systémiques rencontrées par les personnes diabétiques, surtout

lorsqu'il s'agit de passer d'un type de soins à l'autre ou d'accéder aux ressources nécessaires.

Grâce à des échanges structurés et stimulants, les participantes et participants ont dégagé des priorités en matière de santé et défini des pistes d'action concrètes pour améliorer les soins du diabète en milieu urbain. Parmi ces priorités, mentionnons une meilleure collaboration entre prestataires de soins primaires, l'amélioration des communications cliniques, le renforcement des capacités, la continuité des soins et la réduction des disparités intra- et interprovinciales dans les services. Les discussions ont aussi fait ressortir des thèmes importants, comme l'équité des services de santé, la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle ainsi que l'importance de soins accessibles, centrés sur les patients et leurs communautés.

Les solutions concrètes discutées lors du Sommet montrent tout ce qu'il est possible d'accomplir lorsque des intervenants aux parcours variés mettent en commun leurs savoirs et engagent une réflexion collective. Les connaissances acquises lors du Sommet guideront les actions à venir en faveur de soins équitables du diabète et appuieront la mise en œuvre continue du Cadre sur le diabète au Canada.

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2022). Cadre sur le diabète au Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/cadre-diabete-canada-infographie.html>

**DIABÈTE
CANADA**

diabetes.ca

Siège national

1000-170 University Ave.
Toronto, ON M5H 3B3
416-363-3373

Adria Cehovin

Gestionnaire de projet,
Projet de concertation avec
l'ASPC, Diabète Canada
Adria.Cehovin@diabetes.ca

Hiba Syed

Agente de liaison,
Projet de concertation avec
l'ASPC, Diabète Canada
Hiba.Syed@diabetes.ca



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada