



# CADRE SUR LE DIABÈTE AU CANADA



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA  
SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU  
LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,  
À L'INNOVATION ET AUX  
INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE  
SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title :

***Framework for Diabetes in Canada***

Pour obtenir plus d'information, veuillez  
communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada  
Indice de l'adresse 0900C2 Ottawa  
(Ontario) K1A 0K9  
Tél. : 613-957-2991  
Sans frais : 1-866-225-0709  
Télééc. : 613-941-5366  
ATS : 1-800-465-7735

Courriel : [publications-publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications-publications@hc-sc.gc.ca)

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada,  
représenté par le Ministre de la Santé, 2022

Date de publication : octobre 2022

La présente publication peut être reproduite  
sans autorisation pour usage personnel ou  
interne seulement, dans la mesure où la source  
est indiquée en entier.

Citation suggérée:

Agence de la santé publique du Canada, Cadre  
sur le diabète au Canada. Gouvernement du  
Canada, 2022.

Cat.: HP35-171/2022F-PDF

ISBN: 978-0-660-44901-2

Pub.: 220354

# Table des matières

1 **Message du Ministre**

3 **Résumé**

6 **Introduction**

7 **Le diabète au Canada**

10 **Contexte : progrès liés au diabète**

10 Au Canada

11 Peuples autochtones

12 Scène internationale

13 **Le Cadre : une approche pour la lutte contre le diabète au Canada**

13 Objectif

13 Portée

13 **Les principes transversaux**

13 Aborder l'équité en matière de santé

14 Appliquer une approche axée sur la personne

14 Différencier les types de diabète

14 Soutenir l'innovation

14 Promouvoir le leadership, la collaboration et l'échange d'information

15 **Composantes du Cadre**

15 Prévention

17 Gestion, traitement et soins

19 Recherche

21 Surveillance et collecte de données

22 Apprentissage et échange de connaissances

24 Accès aux dispositifs pour diabétique, aux médicaments et au soutien financier



<b>27</b>	<b>Aller de l'avant</b>
<b>28</b>	<b>Annexes</b>
28	Annexe A : <i>Loi relative au cadre national sur le diabète</i>
34	Annexe B : Processus de mobilisation
36	Annexe C : Rôles et responsabilités au Canada dans la lutte contre le diabète
38	Annexe D : Stratégies et cadres pour lutter contre le diabète et les maladies chroniques
42	Annexe E : Glossaire
45	Annexe F : Visuel du Cadre sur le diabète au Canada
<b>46</b>	<b>Références</b>





## MESSAGE DU MINISTRE

J'ai le privilège de vous présenter le Cadre sur le diabète au Canada (le Cadre). Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les personnes vivant au Canada, et sa prévalence continue d'augmenter. La pandémie de la COVID-19 a également eu un impact disproportionné sur les Canadiens vivant avec le diabète, étant donné leur risque accru de maladie ou de résultats graves ou aggravés par les inégalités en matière de santé. La publication du Cadre marque une étape importante dans nos efforts pour mieux reconnaître, collaborer et soutenir les personnes touchées par le diabète au Canada.

L'élaboration du Cadre repose sur un processus de consultation par étapes, qui comprenait des entrevues avec des informateurs clés, des conversations et un outil de rétroaction en ligne favorisant la participation de divers intervenants et partenaires, y compris des personnes ayant une expérience vécue. Nous avons aussi demandé le point de vue des gouvernements provinciaux et territoriaux au moyen de mécanismes fédéraux, provinciaux et territoriaux existants.

Les peuples autochtones du Canada portent un fardeau disproportionné lié au diabète. Bien que le cadre comprenne les points de vue de plusieurs intervenants autochtones, conformément à l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la réconciliation et du droit des peuples autochtones à l'autodétermination, un processus de mobilisation national sur le diabète, dirigé par des communautés autochtones, est en cours pour veiller à ce que les droits, les intérêts et les circonstances uniques des Premières Nations, des Inuits et des Métis soient reconnus, affirmés et pris en compte dans les mesures de soutien offertes aux peuples et aux communautés autochtones touchés par le diabète.

Nous espérons qu'un grand nombre des relations établies au cours de l'élaboration du Cadre continueront à se développer et à soutenir les efforts multisectoriels de lutte contre le diabète au Canada.

Le gouvernement du Canada reconnaît l'importance d'aider les Canadiens à réduire leur risque de maladies chroniques, et prend des mesures sur plusieurs fronts. Par exemple, le gouvernement soutient des initiatives communautaires qui s'attaquent aux facteurs de risque communs des maladies chroniques, notamment le diabète, en encourageant l'activité physique, une alimentation saine, ainsi que la prévention du tabagisme et l'abandon du tabac. En outre, le gouvernement soutient la recherche sur les causes, la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies chroniques, y compris toutes les formes de diabète.

Bien que des efforts importants soient déployés par tous les niveaux de gouvernement, les intervenants et les partenaires, il reste encore beaucoup à faire pour prévenir le diabète et soutenir les personnes qui vivent actuellement avec cette maladie au Canada. Il s'agit notamment de prendre des mesures pour s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux sous-jacents qui contribuent aux inégalités en matière de santé et augmentent le risque de développer une maladie chronique; d'améliorer notre compréhension des différents types de diabète et de la meilleure façon de les aborder; de partager les meilleures pratiques; et d'adapter les interventions pour répondre aux divers besoins des principaux groupes de population.

Je remercie tous ceux qui nous ont fait part de leurs expériences, de leurs conseils, de leurs espoirs et de leurs priorités pour soutenir l'élaboration du Cadre. J'espère sincèrement que le Cadre guidera nos efforts pour faire avancer la lutte contre le diabète au Canada en soutenant des environnements et des systèmes qui réduisent les inégalités et favorisent une vie plus saine. Le Cadre fournit une orientation commune qui nous permet d'harmoniser les efforts à l'échelle des intervenants et des secteurs et de nous fonder sur les nombreux investissements et initiatives importants qui sont déjà en place pour faire changer la donne pour les personnes touchées par le diabète.

L'honorable Jean-Yves Duclos, c.p., député  
Ministre de la Santé

# RÉSUMÉ

**Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les personnes vivant au Canada.** Il existe trois principaux types de diabète au Canada : Le diabète de type 2 (90 % des cas), suivi du diabète de type 1 (9 %) et du diabète gestationnel (moins de 1 %). Les autres types sont rares. Bien que dans tous les types de diabète, l'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline ou n'utilise pas efficacement l'insuline qu'il produit, chaque type peut différer en ce qui concerne ses causes potentielles, son pronostic et son traitement. Plus de 3 millions de Canadiens, soit 8,9 % de la population, ont reçu un diagnostic de diabète et, après avoir tenu compte de l'effet du vieillissement de la population au fil du temps, la prévalence a augmenté à un taux moyen de 3,3 % par an. En outre, 6,1 % des adultes canadiens sont atteints de prédiabète, ce qui les expose à un risque élevé de développer le diabète de type 2.

Il est prouvé que le diabète de type 2 et le diabète gestationnel sont plus fréquents dans certaines populations, notamment les communautés racisées et les communautés confrontées à la marginalisation. Les personnes vivant avec tous les types de diabète peuvent être confrontées à diverses formes de discrimination et de stigmatisation liées à leur état, ainsi qu'à des facteurs intersectionnels tels que l'ethnie, les conditions de vie, le poids et l'âge. Ces expériences peuvent entraîner des conséquences néfastes sur la santé mentale et physique.

On constate une **augmentation du diabète partout dans le monde**, entraînant une hausse des coûts humains et économiques qui affectent les personnes, les communautés, les systèmes de soins de santé et les sociétés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déterminé le diabète comme l'un des principaux défis de santé publique de ce siècle.

**Au Canada, on a constaté un risque accru de maladie ou d'issue grave lié à COVID-19 pour les personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2.** La pandémie de COVID-19 a également un impact disproportionné sur les Canadiens confrontés à la marginalisation, dont beaucoup risquent davantage d'être touchés par les effets négatifs de la pandémie sur la santé, la société et l'économie. De plus, les mesures de santé publique liées à la COVID-19, comme la distanciation physique et les restrictions d'auto-isolément, ont retardé le diagnostic, la prise en charge et le traitement, et ont exacerbé la prévalence de l'inactivité physique et d'autres facteurs de risque associés aux maladies chroniques, y compris le diabète. Ces facteurs de risque devraient demeurer problématiques après la pandémie, et pourraient entraîner une augmentation encore plus marquée des taux de diabète au fil du temps.

**L'année 2021 a été une année importante pour le diabète.** Elle a marqué le 100<sup>e</sup> anniversaire de la découverte de l'insuline par des scientifiques canadiens à l'Université de Toronto. De nombreux intervenants ont organisé des activités ou y ont participé pour célébrer cette importante découverte, qui a sauvé des millions de vies dans le monde entier.

**La même année, le gouvernement du Canada a annoncé des investissements de 35 millions de dollars dans la lutte contre le diabète**, plus précisément 25 millions de dollars pour la recherche, la surveillance et la prévention du diabète, ainsi que l'élaboration d'un cadre sur le diabète. Le gouvernement a aussi renouvelé son engagement à l'égard de la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile (FRDJ) et du Partenariat pour vaincre le diabète des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), en faisant un investissement allant jusqu'à 15 millions de dollars qui sera égalé par la FRDJ

Canada et ses donateurs pour soutenir la recherche sur le diabète de type 1. Le budget de 2021 a également annoncé 10 millions de dollars pour la création d'un nouveau Prix du défis du diabète qui mettra en évidence les nouvelles approches en matière de prévention du diabète.

La **Loi relative au cadre national sur le diabète** a été adoptée en juin 2021. La Loi exige que le Ministre fédéral de la Santé prépare un rapport qui prévoit l'élaboration d'un cadre national visant à améliorer l'accès à la prévention et au traitement du diabète afin d'assurer de meilleurs résultats en matière de santé des Canadiens, en consultation avec les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux responsables\* de la santé, les groupes autochtones et d'autres intervenants pertinents.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), avec l'aide du Morris J. Wosk Centre de Dialogue de l'Université Simon Fraser, a entrepris un processus de consultation virtuelle (de février à mai 2022) pour appuyer l'élaboration du Cadre. Une série d'intervenants clés provenant de divers secteurs ont eu l'occasion de partager leurs points de vue, leurs expériences et leurs perspectives afin d'aider à déterminer les priorités pour faire avancer les efforts sur le diabète au Canada et éclairer l'élaboration d'un Cadre sur le diabète. Les stratégies, pratiques exemplaires et cadres existants au Canada et à l'étranger ont également été pris en compte dans l'élaboration du Cadre. La contribution des gouvernements provinciaux et territoriaux a été obtenue par le biais de trois mécanismes fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) : Le groupe FPT sur la nutrition, le groupe FPT sur le sport, l'activité physique et les loisirs, ainsi que le comité FPT de soutien à la santé qui relève des sous-Ministres FPT de la santé.

### **Le Cadre sur le diabète au Canada**

Plusieurs principes transversaux ont été cernés comme étant à la base de la réussite de toutes les composantes du Cadre. Les principes transversaux soulignent l'importance de l'équité en matière de santé, de l'application d'une approche axée sur la personne, de la différenciation des types de diabète, du soutien à l'innovation et de la promotion du leadership, de la collaboration ainsi que de l'échange d'informations.

Le Cadre se compose de six éléments interdépendants et interconnectés qui représentent l'éventail des domaines dans lesquels il pourrait être bénéfique de faire progresser les efforts en matière de diabète. Les composantes sont les suivantes : la prévention, la gestion, le traitement et les soins, la recherche, la surveillance et la collecte de données, l'apprentissage et l'échange de connaissances, ainsi que l'accès aux dispositifs pour diabétiques, aux médicaments et au soutien financier.

Les principes et les composantes énoncés forment un environnement complexe dans lequel il est possible de susciter un changement au Canada. Les commentaires des Canadiens recueillis tout au long du processus de mobilisation relatif au diabète ont servi à définir ces principes et ces composantes.

---

\* Bien que consultés, l'approbation des gouvernements provinciaux et territoriaux n'a pas été sollicitée. Ce cadre a été préparé par l'Agence de la santé publique du Canada conformément à la Loi et ne reflète pas nécessairement les points de vue des provinces et des territoires.

## PRINCIPES TRANSVERSAUX

- Aborder l'équité en matière de santé
- Appliquer une approche axée sur la personne
- Différencier les types de diabète
- Soutenir l'innovation
- Promouvoir le leadership, la collaboration et l'échange d'information

## COMPOSANTES DU CADRE

- Prévention
- Gestion, traitement et soins
- Recherche
- Surveillance et collecte de données
- Apprentissage et échange des connaissances
- Accès aux dispositifs pour diabétique, aux médicaments et aux soutien financier

**Le diabète est une maladie complexe, et il reste encore beaucoup à faire pour garantir de meilleurs résultats en matière de santé aux personnes vivant au Canada.** Pour cibler efficacement la prévention, la prise en charge et le traitement du diabète, la réponse doit être soutenue et intersectorielle, avec la collaboration de nombreux acteurs, notamment les secteurs public, privé, non gouvernemental et de la santé. Tous les secteurs et tous les paliers sont invités à utiliser le Cadre pour guider les actions visant à adresser le diabète et à faire progresser les occasions de manière à satisfaire leurs mandats et objectifs respectifs, et qui sont adaptées à leurs contextes communautaires respectifs. Nous devons adopter une perspective inclusive et globale des déterminants sociaux de la santé ainsi qu'une approche centrée sur la personne pour faire progresser de manière respectueuse et significative la lutte contre le diabète au Canada.



## INTRODUCTION

Le Cadre sur le diabète au Canada (le Cadre) a été élaboré en réponse au projet de la *Loi relative au cadre national sur le diabète* (la Loi). La Loi (annexe A) exige que le Ministre de la Santé, en consultation avec les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux\* responsables de la santé, les groupes autochtones et d'autres intervenants pertinents, élabore un cadre national conçu pour favoriser un meilleur accès à la prévention du diabète de type 2, et au traitement pour les personnes souffrant de n'importe quel type de diabète afin d'assurer de meilleurs résultats en matière de la santé des personnes vivant au Canada. La Loi exige également que le Ministre de la Santé dépose au Parlement, dans les cinq ans, un rapport sur l'efficacité du Cadre sur le diabète au Canada et sur l'état actuel de la prévention et du traitement du diabète. Ce rapport doit également présenter les conclusions et les recommandations du Ministre relativement au Cadre.

Le Cadre vise à **fournir une orientation politique commune pour lutter contre le diabète au Canada**, notamment pour les populations à risque élevé de développer le diabète, les personnes vivant avec le diabète et leurs soignants, les populations autochtones, les organisations non gouvernementales, les professionnels de la santé, les chercheurs et tous les paliers de gouvernement. Il jette les bases d'une action concertée et complémentaire de la part de tous les secteurs de la société afin d'améliorer l'accès à la prévention et au traitement du diabète et d'assurer de meilleurs résultats en matière de santé pour les personnes vivant au Canada.

La prévention, la gestion, le traitement et les soins du diabète sont plus efficaces lorsqu'ils sont abordés de manière holistique, en tenant compte du bien-être physique, social, émotionnel, mental, spirituel et culturel des personnes, ainsi que d'une série de facteurs contextuels plus larges comme les déterminants sociaux de la santé. Nous intégrerons cette approche axée sur la personne pour lutter contre le diabète à l'ensemble du Cadre, en tenant compte des expériences et des connaissances des personnes atteintes de diabète.

\* Bien que consultés, l'approbation des gouvernements provinciaux et territoriaux n'a pas été sollicitée. Ce cadre a été préparé par l'Agence de la santé publique du Canada conformément à la Loi et ne reflète pas nécessairement les points de vue des provinces et des territoires.

# LE DIABÈTE AU CANADA

Le diabète est une maladie chronique grave, et l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les Canadiens. Elle pose de nombreux défis aux personnes vivant avec la maladie, à leurs familles et aux communautés, et a diverses implications pour les systèmes de santé. Il existe trois principaux types de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Les autres types sont plus rares. On estime qu'environ 90 % des cas sont de type 2, 9 % de type 1 et d'autres types, et que le diabète gestationnel représente moins de 1 % de tous les cas.<sup>1</sup> Dans tous les types de diabète, l'organisme ne produit pas assez d'insuline ou est incapable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Chaque type de diabète peut différer en ce qui concerne ses causes potentielles, son pronostic et son traitement.

Plus de 3 millions de Canadiens, soit 8,9 % de la population, ont reçu un diagnostic de diabète. Après avoir tenu compte de l'effet du vieillissement de la population au fil du temps, la prévalence a augmenté à un taux moyen de 3,3 % par an. En outre, 6,1 % des adultes canadiens âgés de 20 à 79 ans souffrent de prédiabète, ce qui les expose à un risque élevé de développer un diabète de type 2.<sup>2</sup> Cette tendance à la hausse devrait se poursuivre au cours des prochaines décennies avec le vieillissement de la population canadienne, qui entraîne une augmentation des comorbidités et des complications, ainsi qu'une plus grande demande de ressources de la part des systèmes économiques et de soins de santé.

Le diabète est un problème de santé difficile qui touche de manière disproportionnée certaines populations au Canada. Les données montrent que les membres des Premières Nations et les Métis, ainsi que les personnes d'origine africaine, est-asiatique et sud-asiatique, présentent des taux plus élevés de diabète de type 2 que la population générale. Les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé (p. ex., le revenu, l'éducation, le logement, etc.), résultant des impacts du racisme systémique, des traumatismes intergénérationnels et de la colonisation, sont associées à des taux plus élevés de diabète de type 2 et de diabète gestationnel dans les populations prioritaires.<sup>3</sup> De même, les facteurs socio-économiques influencent la capacité des personnes atteintes de diabète à gérer efficacement leur maladie, et donc leur risque de complications liées au diabète.

Le **diabète de type 1** est une maladie auto-immune qui se caractérise par l'incapacité du pancréas à produire de l'insuline, une hormone qui régule la glycémie. Des injections quotidiennes d'insuline sont nécessaires. La maladie survient le plus souvent dans l'enfance. On ne connaît ni la cause du diabète ni le moyen de réduire le risque de souffrir du diabète.

Le **diabète de type 2** survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou n'utilise pas efficacement l'insuline produite. Elle résulte d'un ensemble complexe de facteurs de risque, tels qu'une alimentation malsaine, l'inactivité physique et le tabagisme, et de déterminants de la santé liés au revenu, à l'éducation et à l'environnement social et physique. La prédisposition génétique et l'obésité sont également des facteurs de risque importants pour le diabète de type 2. Des injections quotidiennes d'insuline peuvent être nécessaires.

Le **diabète gestationnel** est un diabète qui est diagnostiqué pour la première fois durant la grossesse. Bien que cette maladie disparaisse souvent après l'accouchement, il y a un risque élevé que les personnes atteintes de diabète gestationnel et leurs bébés développent le diabète de type 2 plus tard dans la vie.

Le **prédiabète** est caractérisé par des niveaux de glycémie plus élevés que la normale, mais qui ne sont pas encore assez élevés pour être diagnostiqués comme diabète de type 2. La maladie est associée à un risque accru de développer le diabète de type 2.

Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les enfants et les jeunes. Le diabète de type 1 reste la principale forme de la maladie dans cette population. Si le diabète de type 2 a toujours été considéré comme une maladie qui se manifeste chez l'adulte, il est en augmentation chez les enfants et les adolescents depuis une vingtaine d'années en raison de l'augmentation de l'obésité infantile.<sup>4,5</sup> Selon les données nationales de 2017-2018, un peu plus de 25 000 enfants et jeunes (0,33 %) vivaient avec le diabète (diabète de type 1 et de type 2 combinés) au Canada. Chaque année, plus de 3 000 personnes âgées de 1 à 19 ans reçoivent un diagnostic de diabète. En outre, l'incidence du diabète de type 1 et de type 2 devrait augmenter de trois fois et de quatre fois respectivement, chez les jeunes au cours des prochaines décennies.<sup>6,7</sup> On a observé que, chez les jeunes Autochtones, le diabète de type 2 progresse très rapidement et est plus susceptible d'entraîner des complications graves, comme une maladie rénale chronique, à un plus jeune âge, et que le diabète de type 1 et le diabète de type 2 ont des répercussions psychosociales sur les personnes. Une étude a révélé que les adolescents des Premières Nations ayant reçu un diagnostic de diabète de type 2 sont victimes de stigmatisation et de honte, ce qui constitue un obstacle important à l'autogestion efficace du diabète et à la recherche de soutien et de soins pour leur maladie.<sup>8</sup>

De nombreuses personnes vivant avec le diabète sont victimes de la stigmatisation associée à leur maladie, ce qui peut entraîner des conséquences négatives sur leur santé mentale et physique. La stigmatisation se produit souvent lorsque des personnes sont blâmées pour leur diagnostic de diabète de type 2 ou de diabète gestationnel en raison d'associations avec certains facteurs biologiques ou de style de vie, tels que le poids ou les habitudes alimentaires. Les personnes vivant avec le diabète de type 1 subissent des stigmates associés à la gestion intensive de leur état, notamment la gestion du régime alimentaire, et aux événements hypoglycémiques. Dans le cas du diabète de type 1 et du diabète de type 2, la perception du diabète chez d'autres personnes peut mener à des sentiments de culpabilité, de honte, d'embarras ou d'isolement.<sup>9, 10</sup>

Le Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 a donné la priorité à la compréhension de la stigmatisation et à la lutte contre celle-ci, dans l'ensemble des systèmes de santé, et a reconnu que le racisme systémique peut avoir une incidence sur les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, comme le diabète.

Le rapport note que la stigmatisation dans les systèmes de santé peut conduire à la non-divulgaration de l'état de santé, à un recours tardif ou réduit aux services de santé et à une qualité moindre des services de santé reçus par les membres des groupes stigmatisés qui cherchent à se faire soigner.<sup>11</sup> En outre, certains groupes racisés, notamment les peuples autochtones, peuvent être confrontés à des expériences de racisme et de discrimination systémiques de la part de certains prestataires de soins de santé. De telles expériences peuvent constituer un obstacle important à l'accès aux soins de santé et compromettre la qualité des soins que les personnes reçoivent lorsqu'elles recherchent des services et un soutien en matière de santé.

Le diabète entraîne des problèmes physiques, émotionnels et économiques considérables aux personnes et aux familles touchées. Une gestion efficace de la glycémie peut réduire le risque de complications comme la rétinopathie, la neuropathie, la perte de la vue, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies rénales et l'amputation des membres inférieurs.<sup>12</sup> Au Canada, les données probantes montrent qu'il existe un risque accru de maladie ou de résultats plus graves liés à COVID-19 pour les personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2.<sup>13</sup>

Les conditions sociales, politiques, sanitaires et environnementales qui sont à l'origine des risques différentiels liés à la COVID-19 se recoupent avec les facteurs à l'origine des inégalités en matière de maladies non transmissibles, en particulier pour les personnes vivant au Canada et confrontées à la marginalisation. Les mesures de santé publique liées à la COVID-19, telles que les restrictions de distanciation physique et d'auto-isolément, ont eu des conséquences négatives involontaires, notamment des retards dans le diagnostic et le traitement du diabète et d'autres problèmes de santé. Le contexte de la pandémie a également exacerbé l'inactivité physique, les comportements sédentaires et d'autres facteurs de risque associés aux maladies chroniques, notamment le diabète.<sup>14</sup> En outre, la pandémie a mis en évidence des défis en matière de capacité des systèmes de santé, de sécurité alimentaire et de limitation de l'accès au soutien, aux programmes et aux services. Ces facteurs de risque devraient demeurer problématiques après la pandémie et pourraient entraîner une augmentation encore plus marquée des taux de diabète au fil du temps.

Le diabète est la principale cause d'amputations non traumatiques d'un membre inférieur chez les adultes canadiens, ce qui est associé à un risque 20 fois plus élevé d'hospitalisation avec amputations non traumatiques d'un membre inférieur.

La rétinopathie diabétique est l'une des principales causes de perte de la vue et de handicap. Plus de 60 % des personnes atteintes de diabète de type 2 développent une forme de rétinopathie.<sup>15</sup>

# CONTEXTE : PROGRÈS LIÉS AU DIABÈTE

## *Au Canada*

Au cours des dernières années, les efforts liés à la prévention du diabète de type 2 et à la prise en charge de tous les types de diabète ont connu un véritable élan. L'augmentation de la prévalence du diabète au Canada et les effets graves de la COVID-19 chez les personnes atteintes de diabète ont incité les parlementaires et les intervenants à demander un effort plus coordonné et ciblé de la part du gouvernement du Canada pour prévenir et gérer le diabète.

Le rapport du Comité permanent de la santé (HESA) intitulé *Une stratégie sur le diabète pour le Canada* a été déposé pour la première fois en avril 2019 et redéposé en avril 2021. Pendant six jours, le comité a entendu des témoins et a reçu des mémoires d'organismes dans le domaine du diabète, comme Diabète Canada, la FRDJ Canada, l'Association nationale autochtone du diabète, ainsi que des universitaires et des professionnels de la santé. Le rapport contient 11 recommandations visant à offrir un soutien accru aux personnes atteintes de diabète et à prévenir le diabète de type 2. L'une des principales recommandations du rapport était que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces, les territoires et les principaux intervenants pour créer un plan national visant à prévenir et à gérer le diabète au Canada. La *Réponse du gouvernement du Canada* a été déposée au Parlement le 23 juin 2021. Elle a souligné les précieuses perspectives incluses dans le rapport du Comité permanent de la santé, ainsi que l'engagement du gouvernement fédéral dans la prévention du diabète de type 2, la recherche d'un remède contre le diabète de type 1 et de type 2, et l'importance de l'accès aux traitements et au soutien pour les personnes vivant avec le diabète au Canada.

L'année 2021 marque le centième anniversaire de la découverte de l'insuline par des scientifiques à l'Université de Toronto. De nombreux intervenants ont organisé ou pris part à des activités pour célébrer cette importante découverte, qui a sauvé des millions de vies dans le monde entier, grâce à l'utilisation généralisée de l'insulinothérapie pour la gestion du diabète. Le gouvernement du Canada a collaboré avec des intervenants pour célébrer cette remarquable découverte canadienne de différentes façons, notamment au moyen de bannières commémoratives créées en collaboration avec l'Université de Toronto.

Dans le budget de 2021, le gouvernement du Canada a démontré son engagement à lutter contre le diabète au moyen d'un investissement de 35 millions de dollars sur cinq ans, à compter de 2021-2022. Plus précisément, le budget de 2021 a annoncé un investissement de 25 millions de dollars dans la recherche, la surveillance et la prévention, ainsi que dans l'élaboration d'un cadre national sur le diabète. Dans le cadre de ces investissements, le gouvernement du Canada, par l'entremise d'IRSC, a renouvelé son engagement à l'égard du Partenariat contre le diabète de la FRDJ Canada et des IRSC (établi en 2017). La FRDJ Canada et ses donateurs investiront jusqu'à 15 millions de dollars pour la recherche sur le diabète de type 1. Le budget de 2021 prévoyait également 10 millions de dollars sur cinq ans pour l'établissement du nouveau prix du défis du diabète afin d'aider à mettre en évidence de nouvelles approches en matière de prévention du diabète et de promouvoir le développement et la mise à l'essai de nouvelles interventions pour réduire les risques associés au diabète de type 2.

Le projet de loi C-237, Loi établissant un Cadre national sur le diabète, a été présenté par la députée Sonia Sidhu (Brampton Sud, Parti libéral du Canada) le 27 février 2020. La Loi a reçu le soutien unanime des deux chambres du Parlement et a reçu la sanction royale le 29 juin 2021. Pour faire progresser les mesures et les activités prescrites par la Loi, tous les ordres de gouvernement et les principaux intervenants de divers secteurs ont été invités à participer à un processus de mobilisation (de février à mai 2022) afin de contribuer à l'élaboration du Cadre. Organisations et individus, y compris les populations présentant un risque élevé de développer un diabète, les personnes vivant avec le diabète et leurs aidants naturels, les groupes autochtones, les organisations non gouvernementales, les professionnels de la santé, les chercheurs et les gouvernements ont eu l'occasion de présenter leurs points de vue sur le diabète au moyen de divers mécanismes (voir l'annexe B pour des détails sur le processus de mobilisation). Le Cadre décrit les défis communs et les possibilités d'aller de l'avant soulevés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, et les intervenants.

De plus, il tient compte d'un large éventail de cadres, de stratégies et de meilleures pratiques existants en matière de prévention, de gestion et de traitement des maladies chroniques, dont le diabète. On trouvera des exemples de ces initiatives à l'annexe D, qui couvre des initiatives mises en œuvre dans différentes administrations, notamment celles qui ont été approuvées par les Ministres des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada, celles qui sont dirigées par le gouvernement du Canada et d'autres initiatives internationales connexes. L'élaboration du Cadre fait également fond sur de nombreuses autres initiatives importantes élaborées par les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations et les intervenants de tout le pays.

## **Peuples autochtones**

Les populations autochtones du Canada sont diverses et composées de personnes d'origine inuit, métisse et des Premières Nations. Une série de facteurs socioculturels, biologiques et environnementaux ont contribué à l'augmentation des taux de diabète et de ses complications chez les peuples autochtones du Canada.<sup>3</sup> En outre, l'héritage des politiques et pratiques coloniales a également contribué aux inégalités dont souffrent les peuples autochtones, tout comme le racisme systémique, les traumatismes intergénérationnels, la perturbation de l'identité culturelle et de l'autodétermination, et l'accès restreint aux ressources.

Le taux de diabète auto déclaré chez les adultes des Premières Nations vivant hors réserve et les adultes métis est, respectivement, 1,9 et 1,5 fois supérieur à celui des adultes non autochtones.<sup>3</sup>

Le taux de diabète auto déclaré normalisé selon l'âge chez les Inuits était de 4,7 %.<sup>23</sup>

En raison de ces facteurs, non seulement la prévalence du diabète est particulièrement élevée dans les communautés autochtones, mais les cas de diabète dans ces communautés sont souvent plus graves que ceux de la population générale.<sup>16</sup> Une étude de surveillance prospective nationale a révélé qu'entre 2006 et 2008, l'incidence du diabète de type 2 chez les enfants au Canada (pour 100 000 personnes par an) était de 23,2 chez les peuples autochtones, de 7,7 chez les Asiatiques, de 1,9 chez les Africains/Caraïbes et de 0,54 chez les Caucasiens.<sup>17</sup> En outre, la prévalence du diabète varie entre chaque groupe, au sein de ceux-ci, (c.-à-d. les Premières Nations, les Inuits et les Métis), car les communautés ont des caractéristiques et des expériences propres, ce qui a des répercussions sur l'interaction de facteurs socioculturels, biologiques et environnementaux.

Les peuples et organisations autochtones ont été inclus dans le vaste processus de consultation conçu pour soutenir ce Cadre. Toutefois, afin de répondre aux besoins et aux circonstances uniques des diverses communautés autochtones et de laisser suffisamment de temps pour une mobilisation significative et continue, un processus national de mobilisation dirigé par les Autochtones est en cours de mise en œuvre auprès des peuples autochtones, des communautés et des organisations autochtones. Cette vaste démarche de participation visera à saisir les intérêts, les situations et les points de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tout en reconnaissant les principes de la réconciliation et du droit à l'autodétermination.

### ***Scène internationale***

Les répercussions importantes et généralisées du diabète ont été reconnues partout dans le monde. L'OMS a reconnu le diabète comme l'un des principaux problèmes de santé publique du 21<sup>e</sup> siècle. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 comprend un objectif de réduction d'un tiers de la mortalité prématurée causée par les maladies chroniques. En 2018, l'Assemblée générale des Nations Unies a convoqué une réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles (MNT) afin d'intensifier les activités visant à atteindre cet objectif.

En 2013, la 66<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020) afin de renforcer les mesures prises contre le diabète pour réduire le fardeau mondial des MNT. En 2021, la 74<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution historique visant à réduire la charge des maladies non transmissibles en renforçant la prévention et le contrôle du diabète. L'année suivante, la 75<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution visant à renforcer la surveillance et l'évaluation des mesures prises contre le diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment en soutenant l'établissement de cibles volontaires relatives au diabète à atteindre à l'échelle mondiale pour la lutte contre le diabète.

En avril 2021, le gouvernement du Canada et l'OMS ont organisé conjointement le Sommet mondial sur le diabète pour commémorer le centenaire de la découverte de l'insuline et attirer l'attention des responsables politiques de haut niveau sur le fardeau du diabète pour la santé publique.

# LE CADRE : UNE APPROCHE POUR LA LUTTE CONTRE LE DIABÈTE AU CANADA

## *Objectif*

L'objectif du Cadre est de fournir une orientation stratégique commune aux intervenants multisectoriels afin d'améliorer l'accès à la prévention et au traitement du diabète pour assurer de meilleurs résultats en matière de santé pour les personnes vivant au Canada. Il permettra aussi de relever les lacunes dans les approches actuelles, d'éviter le chevauchement des efforts, et d'assurer une surveillance et de rendre compte des progrès.

## *Portée*

Le Cadre jette les bases des mesures concertées et complémentaires que tous les secteurs doivent prendre pour réduire les conséquences du diabète au Canada. Les commentaires des Canadiens recueillis tout au long du processus de mobilisation relatif au diabète ont servi à définir le Cadre.

## LES PRINCIPES TRANSVERSAUX

Plusieurs principes transversaux ont été cernés comme étant à la base pour pouvoir aborder toutes les composantes du Cadre. Les principes transversaux soulignent l'importance d'aborder l'équité en santé, d'appliquer une perspective axée sur la personne, de distinguer les types de diabète, de soutenir l'innovation, ainsi que de promouvoir le leadership, la collaboration et les échanges d'information.

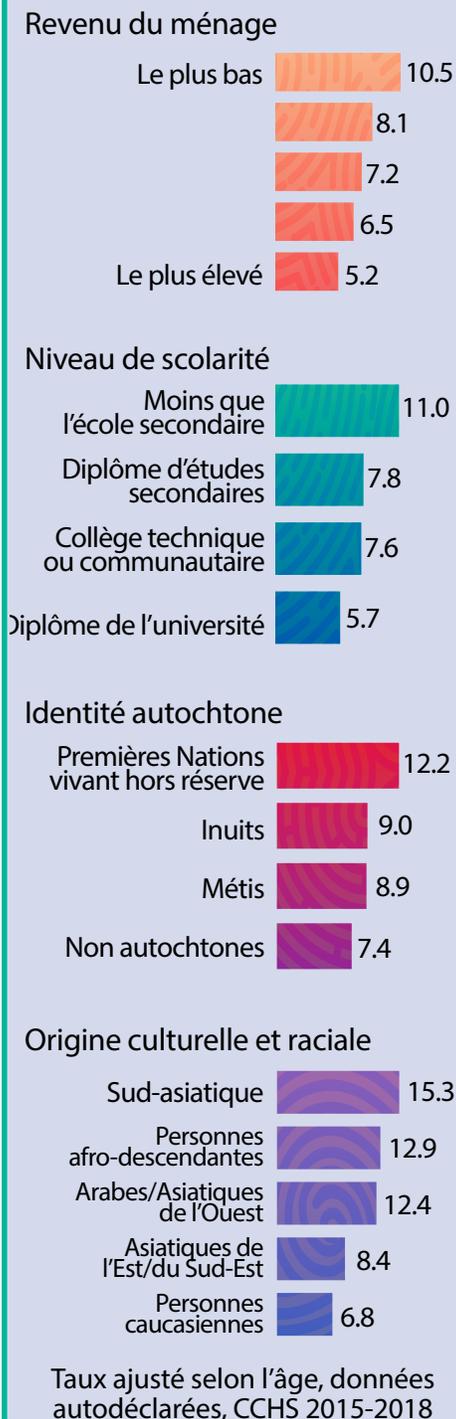
### *Aborder l'équité en matière de santé*

Le risque de diabète de type 2 au Canada est modulé par les déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu, le niveau d'éducation, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité alimentaire, le développement de la petite enfance, le soutien, les liens sociaux, l'environnement bâti, ainsi que l'accès à l'internet, les services de soutien, la prévention et les soins liés au diabète.

En outre, les interactions complexes entre les facteurs génétiques, environnementaux, culturels et comportementaux, et les déterminants sociaux de la santé entraînent des inégalités dans le fardeau du diabète de type 2 pour plusieurs groupes de population au Canada. On reconnaît qu'il est primordial, pour comprendre et répondre à la forte prévalence du diabète au Canada, d'établir les liens entre le risque de diabète et l'exclusion sociale et économique. Ces inégalités sociales influencent les possibilités et l'accès à une alimentation saine et à l'activité physique. Elles ont également une incidence sur la capacité des personnes à gérer efficacement le diabète, avec des implications sur la progression de la maladie et le risque de mortalité. Pour réduire l'impact du diabète sur la santé au Canada, il est essentiel d'offrir les interventions les plus efficaces, adaptées aux besoins des personnes les plus à risque.

Les maladies chroniques ont un impact disproportionnée sur les groupes qui subissent des désavantages sociaux et économiques systémiques (tous les types de diabète) :

Figure 1 : Prévalence (%) du diabète chez les adultes 18 ans et plus



## Appliquer une approche axée sur la personne

Cette approche met les personnes au cœur des activités, des services et des soins pour faire progresser la lutte contre le diabète et adapter les activités à leurs besoins en tenant compte de l'influence du milieu physique et social sur les résultats en matière de santé et de l'accès lié à ce milieu. Les approches axées sur la personne peuvent orienter les politiques, les opérations et les programmes nouveaux et existants pour qu'ils soient axés sur ce qui compte le plus pour les personnes, les familles et les aidants naturels et leur permettre de se sentir dignes et respectés au cours du processus.

## Différencier les types de diabète

Il est important de faire la distinction entre les différents types de diabète, car chaque type peut différer en ce qui concerne ses causes potentielles, son pronostic et son traitement. Si la stigmatisation touche les personnes atteintes de différents types de diabète, les sources et les impacts de la stigmatisation peuvent également différer. La prévention efficace du diabète de type 2, ainsi que la gestion et les soins de tous les types de diabète, nécessitent un système bien organisé de programmes et de services qui prennent en compte les intersections des caractéristiques médicales (p. ex., la santé mentale, d'autres conditions chroniques ou de santé), biologiques (p. ex., l'âge, la prédisposition génétique) et sociales (p. ex., l'ethnie, statut d'immigrant ou de réfugié, situation de vie) qui sont conçues pour des types précis de diabète et y répondent.

## Soutenir l'innovation

Il faut envisager de nouvelles perspectives, de nouveaux modèles et de nouvelles méthodes de travail pour réaliser des progrès significatifs dans la prévention et la gestion du diabète. Pour cela, il faut regarder les choses sous différents angles, afin de s'attaquer à des problèmes sociaux persistants et complexes pour lesquels les résultats sont limités ou n'ont pas été explorés auparavant.

## Promouvoir le leadership, la collaboration et l'échange d'information

La santé est une responsabilité partagée. Le vrai changement passera par une action concertée de tous les paliers de gouvernement, des secteurs, des partenaires et du public afin de mieux coordonner les efforts visant à réduire les risques de diabète et à gérer tous les types de diabète. En combinant les compétences et en mettant en commun des ressources et des réseaux, nous pourrions accroître l'échange d'information et favoriser l'élaboration de solutions novatrices, efficaces et durables (pour connaître les rôles des différentes administrations dans le domaine du diabète, consultez l'annexe C).

# COMPOSANTES DU CADRE

Le Cadre se compose de six éléments interdépendants et interconnectés qui représentent l'éventail des domaines dans lesquels il pourrait être bénéfique de faire progresser les efforts en matière de diabète. Les composantes sont les suivantes : la prévention, la gestion, le traitement et les soins, la recherche, la surveillance, la collecte de données, l'apprentissage, les échanges de connaissances, ainsi que l'accès aux dispositifs pour diabétiques, aux médicaments et au soutien financier.

## Prévention

### Contexte

Une variété de facteurs sociaux, économiques, environnementaux, génétiques et liés au mode de vie influencent le développement du diabète de type 2. Il s'agit notamment de facteurs comme l'âge, le niveau d'activité physique, les habitudes alimentaires, l'accès à des aliments nutritifs et leur abordabilité, l'obésité, l'ethnicité, les antécédents familiaux de diabète, la conception communautaire et l'environnement bâti et alimentaire. Actuellement, il n'existe aucun moyen connu de prévenir ou de réduire le risque de diabète de type 1. Toutefois, les facteurs de risque connus comprennent une prédisposition génétique et certains déclencheurs environnementaux. En outre, l'apparition du diabète de type 1 survient souvent assez rapidement, et il est important de prévenir ou de retarder les complications.

Le diabète de type 2 se développe plus progressivement, à la suite d'une lente augmentation de l'hyperglycémie.<sup>4</sup> Dans certains cas, il peut s'écouler des années avant que le taux de glycémie soit suffisamment élevé pour que des symptômes soient apparents.<sup>15</sup> Pour cette raison, les complications liées au diabète de type 2 peuvent commencer à se développer avant que les individus ne soient diagnostiqués, ou au moment où ils reçoivent un diagnostic de prédiabète. Cependant, de nombreux cas de diabète de type 2 peuvent être évités ou retardés, ce qui souligne l'importance d'adopter un mode de vie sain, de réduire les risques de développer un diabète de type 2 et de promouvoir le dépistage et la détection précoce.<sup>18</sup>

Le risque de développer un diabète gestationnel est associé à un grand nombre de facteurs identiques à ceux du diabète de type 2. Le diabète gestationnel survient chez les femmes enceintes quand le taux de glycémie augmente pendant la grossesse. Bien que le diabète gestationnel disparaisse généralement après l'accouchement, il augmente le risque de développer un diabète de type 2 plus tard dans la vie. Il a été démontré que l'allaitement maternel avait un effet protecteur contre le diabète chez les mères après l'accouchement et qu'il pouvait protéger le nourrisson et la mère contre l'obésité.<sup>19,20</sup> Le maintien d'un poids sain, avant et pendant la grossesse, peut réduire le risque de développer un diabète gestationnel.

Le prédiabète, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel peuvent être des facteurs déterminants pour d'autres problèmes de santé graves, et ont en commun des facteurs de risque évitables avec d'autres maladies chroniques. Les conditions sociales et environnementales sous-jacentes qui influent sur le risque de diabète ont des racines dans d'autres secteurs que la santé, comme l'industrie, les loisirs, les transports et la planification municipale. Cela met en évidence l'importance de la collaboration et des partenariats multisectoriels pour agir sur les déterminants de la santé en amont afin de réduire les risques de maladies chroniques, dont le diabète.

## Défis

Il existe de nombreux grands déterminants de la santé en amont qui influencent les comportements alimentaires et les niveaux d'activité physique, comme le revenu et le niveau d'éducation, l'emploi et les conditions de travail, les caractéristiques du quartier et le développement de la petite enfance. Ces facteurs contribuent au risque de développer des maladies chroniques, dont le diabète de type 2, et ne sont pas toujours facilement modifiables. Les inégalités systémiques et structurelles, telles que la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le racisme et la discrimination fondée sur la capacité physique, constituent des obstacles socioéconomiques et environnementaux à l'accessibilité et à la participation en ce qui a trait aux comportements et aux mesures de prévention. Elles ont différentes sources, notamment les décisions de planification régionale et urbaine, les coûts d'inscription aux programmes et services, la présence de comorbidités et la prédisposition à d'autres conditions, dont l'obésité, des déterminants sociaux de la santé (p. ex., l'insécurité alimentaire et du logement et l'accès limité à l'internet).

Au cours du processus de consultation des parties prenantes, les personnes vivant avec le diabète ont reconnu l'importance de la prévention pour le diabète de type 2, mais ont fait remarquer qu'il est dommageable de parler de « prévention » à tous les types de diabète. En particulier, lorsque les pratiques et les programmes de prévention ne tiennent pas compte des déterminants sociaux de la santé et des considérations d'équité en matière de santé, et ne sont pas pertinents pour le diabète de type 1.

## Possibilités

- Encourager la collaboration entre tous les paliers de gouvernement et tous les secteurs afin de remédier aux inégalités en matière de déterminants sociaux de la santé et de promouvoir la sensibilisation et l'accès à des milieux sociaux et physiques qui favorisent plus l'activité physique et les pratiques alimentaires saines dans la collectivité et à l'école (en intégrant une approche favorisant la santé dans toutes les politiques).
- Miser sur le succès de l'initiative *Programme canadien de prévention du diabète*, il s'agit d'un programme d'intervention sur le mode de vie d'une durée de 12 mois financé par le programme de *Fonds pour la santé des Canadiens et des communautés (FSCC)* de l'ASPC, en développant ou en transposant à plus grande échelle des interventions de prévention et de promotion de la santé fondées sur des données probantes et sur la communauté, qui sont adaptées aux populations présentant un risque plus élevé de maladies chroniques et qui s'attaquent aux inégalités systémiques sur le plan des politiques et des programmes.
- Élaborer des modèles de financement nouveaux et souples qui utilisent des programmes de prévention et d'intervention durables et efficaces pour combler les lacunes des données à l'échelle nationale et soutenir une méthode de système d'apprentissage (p. ex., étendre les interventions éprouvées ou prometteuses) et la recherche.
- Sensibiliser le public aux facteurs de risque du diabète de type 2, à la relation entre l'obésité et le diabète de type 2 et le diabète gestationnel, et à la façon dont il contribue à la gravité et à la complexité du diabète, afin de réduire la stigmatisation.
- Promouvoir, soutenir et utiliser des mesures préventives éprouvées (p. ex., des outils de dépistage pour déterminer le risque de diabète) à grande échelle.

## Gestion, traitement et soins

### Contexte

Bien que les pratiques de gestion, de traitement et de soins du diabète varient en fonction du type de diabète, l'objectif commun demeure le même, c'est-à-dire éliminer les symptômes et réduire les risques de glycémie non contrôlée, de même que prévenir ou retarder la progression des complications grâce au dépistage et à des soins précoces. L'autogestion et la prise en charge optimales du diabète et des complications qui y sont liées reposent sur les services et le soutien de nombreux professionnels de la santé, spécialistes et prestataires, notamment des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des diététiciens, des éducateurs spécialisés en diabète dans divers contextes, ainsi que sur l'accès à des aliments nutritifs et à des possibilités d'activité physique, aux traitements du diabète (y compris les dispositifs et les médicaments) et à l'autogestion.

Les personnes touchées par le diabète peuvent être confrontées à la stigmatisation (p. ex., les sentiments de honte et d'auto-culpabilité), à la dépression ou à l'anxiété au moment du diagnostic du diabète ou tout au long de l'autogestion de la maladie. Ces derniers peuvent accompagner l'annonce du diagnostic de diabète ou survenir lorsque l'autogestion permanente est requise. Les personnes touchées par le diabète peuvent également se sentir dépassées par les exigences physiques et économiques liées à la gestion de leur maladie. Chez les personnes atteintes de diabète de type 1, la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes peut accroître le stress et l'anxiété pour elles-mêmes et leurs soignants. Cela souligne l'importance des soins centrés sur la personne qui a également été soulevée lors du processus de consultation, car les personnes vivant avec le diabète doivent être traitées avec compassion et leurs expériences doivent demeurer au premier plan de la prestation des soins de santé.

Malgré les efforts multiformes déployés pour gérer le diabète, la maladie peut entraîner diverses complications à court et à long terme, nécessitant différents types de soins. Dans le cas du diabète de type 1 et du diabète de type 2, les complications à long terme peuvent inclure (sans s'y limiter) des maladies cardiaques, une perte de la vue ou une déficience visuelle, des complications lors de la grossesse, un risque accru d'infection, des problèmes de santé bucco-dentaire, un retard de cicatrisation des plaies et une maladie rénale chronique. La gestion et des soins appropriés, ainsi que le dépistage des complications du diabète, sont importants pour éviter ou retarder les complications de santé liées à tous les types de diabète. En outre, des changements relatifs aux médicaments contre le diabète et aux habitudes de vie peuvent aider certaines personnes atteintes de diabète de type 2 à maintenir leur glycémie dans la fourchette cible recommandée.

### Défis

Le diabète est une maladie complexe qui exige de l'individu ou de l'aidant qu'il joue un rôle de premier ordre dans ses soins pour contrôler ou gérer sa maladie au quotidien. La gestion, le traitement et les soins du diabète impliquent un système complexe composé de nombreux professionnels de la santé et de partenaires ayant des compétences différentes (p. ex., la prestation de soins de santé, le secteur de l'éducation, les soutiens communautaires) qui travaillent souvent en vase clos. La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence la fragmentation des systèmes de soins, ainsi que d'autres défis de longue date du système de santé canadien, notamment la capacité des effectifs, les pénuries de personnel

et l'accès limité ou réduit aux programmes, services et ressources.<sup>14</sup> Ces facteurs peuvent entraîner une baisse de la qualité des soins adaptés aux besoins des patients présentant différents types de diabète, de comorbidités, d'incapacité, de complications ou d'autres besoins en matière de santé complexes.

Pour parvenir à une approche centrée sur la personne, les parties prenantes ont souligné qu'elles veulent qu'on leur fournisse les outils, l'éducation, le soutien et les ressources nécessaires pour leur donner les moyens de gérer leurs propres soins et de devenir des leaders et des partenaires dans les efforts de collaboration menés par la communauté. Les parties prenantes ont également demandé plus de souplesse et d'humanité dans les systèmes de soutien et les soins, ainsi que plus d'inclusion, de consultation, de compréhension et de compassion.

Les communautés confrontées à la marginalisation et à la stigmatisation peuvent rencontrer des obstacles supplémentaires aux soins liés à des expériences antérieures de préjugés, de racisme et de discrimination de la part des professionnels de la santé et au sein des systèmes de santé (p. ex., des politiques discriminatoires), ainsi qu'à des différences culturelles et linguistiques. En outre, il peut y avoir des lacunes sur le plan de l'éducation, des ressources et des services appropriés sur le plan culturel qui soutiennent l'autogestion et la prise de décision. Les stigmates sociaux négatifs et un manque de compréhension du diabète et de ses complications peuvent affecter la capacité d'une personne à gérer elle-même sa maladie dans différents contextes, tels que sur le lieu de travail, dans un établissement scolaire ou dans des installations publiques. Les stress sociaux, physiques et économiques associés à la gestion du diabète et à ses complications peuvent également nuire à la qualité de vie et à la santé globale d'une personne, de ses soignants et des membres de sa famille, ce qui augmente les besoins en matière de services de soins.

### **Possibilités**

- Renforcer la capacité de soins du diabète dans différents contextes communautaires, y compris les collectivités rurales et éloignées, et accroître la collaboration entre les équipes interdisciplinaires de professionnels, de spécialistes et de services.
- Améliorer l'accès aux options de soins et de soutien virtuels (p. ex. visites de fournisseurs de soins, outils de gestion virtuels, soutien par les pairs) avec l'aide de différentes équipes qui tiennent compte de tous les aspects du diabète (p. ex., prévention, réduction des risques, gestion, traitement, soins).
- Étudier les possibilités d'améliorer la formation spécialisée axée sur le patient (p. ex., en matière de culture, d'antiracisme, de lutte contre les préjugés ou la stigmatisation) à l'intention des professionnels de la santé afin qu'ils puissent diagnostiquer et prendre en charge correctement le diabète et les complications connexes chez leurs patients.
- Accroître la sensibilisation du public, la compréhension et l'accès à un contenu sur le diabète pertinent sur le plan culturel, tel que les différents types de diabète, les symptômes, les signes, les facteurs de risque, les pratiques d'autogestion efficaces et les mesures préventives.

## Recherche

### Contexte

Le Canada compte des chercheurs sur le diabète de renommée internationale, qui font progresser les recherches depuis la découverte canadienne de l'insuline, il y a 100 ans. Les chercheurs canadiens ont contribué à faire des avancées considérables dans les méthodes de prévention et de traitement du diabète.

La lutte contre le diabète, y compris sa prévention, sa gestion et les soins connexes ou la recherche d'un traitement curatif, passe par des approches interdisciplinaires et une collaboration entre les chercheurs, les scientifiques, l'industrie des produits de santé, les professionnels de la santé, les groupes communautaires et les personnes ayant une expérience vécue afin d'intégrer les connaissances et les compétences dans les efforts de recherche et d'innovation pour éclairer la pratique et améliorer les résultats en matière de santé.

Les activités de recherche peuvent fournir des données probantes et des renseignements permettant de mieux comprendre le diabète et de soutenir les politiques et les programmes à de nombreux niveaux et pour différents publics, notamment les prestataires de soins et les personnes vivant avec le diabète.

D'importantes activités de recherche sont en cours, notamment la recherche biomédicale (p. ex., pour comprendre les mécanismes de la maladie et mettre au point de nouveaux traitements), la recherche clinique (p. ex., essais contrôlés aléatoires pour tester de nouvelles thérapies), la recherche sur les services et les politiques de santé (p. ex., pour comprendre et mettre au point des interventions efficaces pour prévenir le diabète) et la recherche sur la santé de la population (p. ex., pour comprendre comment l'environnement bâti influence les facteurs de risque du diabète). La recherche sur le diabète peut se dérouler à différents niveaux, notamment à l'échelle mondiale, nationale, provinciale, territoriale ou municipale, et se situe dans divers contextes dans tous les secteurs. Il existe différents mécanismes de financement et de soutien de la recherche, ainsi que des systèmes utilisés pour collecter, partager et utiliser les données.

Le gouvernement du Canada collabore avec de nombreux partenaires et investit dans la recherche en santé afin de faire progresser la prévention, le diagnostic et le traitement de toutes les formes de diabète. Par exemple, l'IRSC et la FRDJ ont annoncé en 2017 le partenariat IRSC-FDRJ pour vaincre le diabète afin de financer conjointement un total de 30 millions de dollars dans la recherche sur le diabète de type 1. Ce partenariat a été renouvelé en 2021 avec un investissement supplémentaire de 15 millions de dollars provenant du budget de 2021 qui sera égalé par la FRDJ Canada et ses donateurs pour la recherche sur le diabète de type 1.

L'innovation dans le contexte de la recherche est également importante pour soutenir le renforcement des interventions et de leur évaluation, et pour déterminer les besoins des individus, en particulier des populations prioritaires, ainsi que l'efficacité des outils et des dispositifs de diagnostic, ainsi que l'amélioration de la qualité. Au moyen des nouvelles technologies, les chercheurs s'efforcent de comprendre les mécanismes sous-jacents du diabète et de ses complications, les différents sous-types de diabète et la manière d'optimiser ou de personnaliser les traitements. La recherche est impérative pour améliorer notre compréhension du diabète, de ses causes et des répercussions de la progression de la maladie afin de mieux adapter les soins cliniques et d'améliorer les résultats pour les patients.

## Défis

Malgré les progrès considérables dans le domaine de la recherche au Canada, le financement de la recherche sur le diabète et de la transformation des nouvelles découvertes en thérapies est limité au Canada. Des rapports précédents ont aussi fait état de cette constatation.<sup>21</sup>

La consultation des parties prenantes a mis en évidence le fait que les processus de recherche traditionnels peuvent ne pas être centrés sur les personnes ou patients et ne pas inclure un engagement significatif des patients ou des soignants tout au long du processus de recherche. De plus, des préoccupations ont été soulevées concernant l'éthique et la vie privée. En outre, certaines recherches sur le diabète manquent d'indicateurs pour mesurer les progrès, ainsi que de mesures socioculturelles appropriées des résultats dans les communautés marginalisées.

Il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur les recherches portant sur les priorités nouvelles et émergentes dans le domaine du diabète, notamment la relation entre le diabète et d'autres affections, comme la COVID-19, l'amélioration de notre compréhension de l'incidence des déterminants sociaux sur les maladies chroniques, ou les conséquences d'un diagnostic précoce et de vivre longtemps avec le diabète. L'innovation en matière de recherche et la capacité des utilisateurs à accéder aux données, à les analyser et à les utiliser constituent souvent un problème entre les administrations et au sein de celles-ci. En outre, les problèmes de dédoublement et de fragmentation de la recherche sur le diabète peuvent limiter la transposition de la recherche en pratiques fondées sur des données probantes, ce qui nuit aux possibilités d'apprentissage et d'échange de connaissances.

## Possibilités

- Accroître les investissements dans la recherche innovante sur le diabète pour tous les types de diabète au Canada, afin de soutenir de recherches stratégiques et à l'initiatives des chercheurs.
- Renforcer les liens entre les chercheurs, les praticiens, l'industrie, les décideurs et les personnes ayant une expérience vécue pour établir des priorités de recherche sur le diabète afin de mettre en commun les ressources, de stimuler l'innovation et d'atteindre des objectifs communs dans le but de faire progresser la recherche sur le diabète.
- S'appuyer sur le succès de la *stratégie de recherche axée sur le patient* pour mener des activités de recherche qui tiennent compte des personnes atteintes de diabète et de complications connexes, en veillant à ce que les instruments de recherche soient accessibles (p. ex., différents formats accessibles, multiples façons de participer).
- Améliorer la recherche en tenant compte des facteurs relatifs à l'innovation et à l'équité en matière de santé, en mettant l'accent sur la recherche interventionnelle portant sur les déterminants sociaux de la santé qui sont les causes profondes des inégalités dans les populations prioritaires.
- Déterminer les interventions qui sont efficaces pour prévenir le prédiabète, le diabète gestationnel et le diabète de type 2 afin de fournir une base de données probantes aux familles, aux responsables communautaires et aux décideurs.

## Surveillance et collecte de données

### Contexte

La surveillance est la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques de données sur la population, ainsi que la diffusion rapide de ces renseignements aux décideurs. Les données relatives à la population comprennent des données individuelles agrégées (état de santé, utilisation des services de santé, qualité de vie, facteurs de risque et déterminants de la santé) et des données communautaires (environnement, politiques, programmes et services). On utilise des données de surveillance de grande qualité pour planifier et évaluer les politiques, les programmes communautaires, les services cliniques, les programmes d'éducation et la recherche. Au Canada, la surveillance est une responsabilité partagée, et chaque juridiction fédérale, provinciale et territoriale, régionale et locale, ainsi qu'autochtone a besoin de données sur sa propre population, à son propre niveau.

La surveillance du diabète à l'échelle nationale est bien établie grâce au *Système canadien de surveillance des maladies chroniques* (SCSMC), un réseau collaboratif de systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux soutenu par l'ASPC. Le système recueille des données sur tous les résidents admissibles à l'assurance-maladie provinciale ou territoriale. Il produit des estimations et des tendances nationales au fil du temps pour plus de 20 maladies et affections chroniques, y compris le diabète sucré (qui englobe tous les types de diabète à l'exception du diabète gestationnel), et d'autres résultats de santé sélectionnés.

Le gouvernement du Canada, par l'entremise de l'ASPC, collabore avec les provinces et les territoires pour améliorer la façon dont l'information est échangée entre les compétences afin de permettre la collecte, l'analyse et l'échange efficaces de l'information pertinente. Toutefois, il existe d'importantes lacunes dans la collecte, la mise en relation et l'échange des données sur la santé, qui comprennent les données sur la santé publique, les systèmes de santé et la santé de la population. En plus d'aider les responsables de la santé publique à fournir leurs meilleurs conseils en cas d'urgence de santé publique comme la pandémie de COVID-19, des données fiables, opportunes et pertinentes sur la santé publique mèneront à des améliorations dans les résultats en matière de santé pour les personnes vivant au Canada à long terme. Dirigée par l'ASPC, en collaboration avec les provinces et les territoires, la Stratégie pancanadienne de données sur la santé est créée pour aider à améliorer la collecte, l'accès, l'échange et l'utilisation des données sur la santé.

### Défis

Il existe d'importantes lacunes dans la collecte, la mise en relation et le partage des données sur la santé, qui comprennent les données sur la santé publique, les systèmes de santé et la santé de la population. Actuellement, il est impossible de différencier les types de diabète, les complications associées, les comorbidités, les résultats ou les mesures du contrôle du diabète et de relier les données de santé aux informations sociodémographiques et à d'autres déterminants importants (p. ex., les autochtones, la race, le revenu, l'âge, l'emploi, le logement) à l'échelle nationale. Ces composantes sont essentielles pour cerner les besoins et les disparités au sein des communautés confrontées à la marginalisation, établir des priorités d'action et évaluer les progrès des programmes, tout en respectant les droits des Canadiens à la vie privée et à la confidentialité des informations.

Les systèmes de surveillance, les pratiques, les normes, les politiques et la législation varient considérablement d'une région à l'autre du Canada. Par exemple, la collecte irrégulière de données sur les apports alimentaires et les indicateurs liés à la nutrition notamment au sein des populations diversifiées, limitent notre compréhension de l'impact de la nutrition sur le diabète. L'innovation dans les systèmes de surveillance est nécessaire pour réduire la fragmentation, rationaliser la collecte des données et améliorer leur actualité. Des données probantes sont nécessaires pour soutenir les personnes vivant avec le diabète et leurs soignants, notamment en ce qui concerne le suivi des coûts variables, l'accès aux soins, aux traitements et aux dispositifs médicaux, tout en respectant la confidentialité des informations.

### **Possibilités**

- Étudier les possibilités d'améliorer la surveillance nationale du diabète afin de mettre en place un système complet permettant de différencier les types de diabète et inclure (si possible) des renseignements démographiques pour cibler les populations prioritaires présentant un risque élevé de diabète.
- Tirer parti des partenariats multisectoriels pour intensifier et élargir le partage et les sources de données actuelles, et créer de nouveaux liens entre les données afin d'améliorer la surveillance du diabète et de rendre compte d'un plus grand nombre d'indicateurs liés au diabète (p. ex., types, facteurs de risque, complications, comorbidités, gestion).
- Veiller à ce que les activités de collecte de données tiennent compte de l'équité en matière de santé (p. ex., en incluant des personnes handicapées et issues de diverses communautés racisées), que les instruments de collecte de données soient accessibles (p. ex., plusieurs formats accessibles) et qu'un langage respectueux et non stigmatisant, centré sur le patient, soit utilisé pour les personnes vivant avec le diabète.

## ***Apprentissage et échange de connaissances***

### **Contexte**

De nombreux prestataires de soins de santé participent au traitement du diabète. L'apprentissage et l'échange de connaissances entre tous les prestataires sont importants, car les soins pour tous les types de diabète peuvent se produire dans de nombreux contextes différents, comme les pharmacies locales, les hôpitaux spécialisés pour enfants ou les postes de soins infirmiers dans une collectivité éloignée, par exemple. Il est également important d'adapter la communication aux communautés afin de garantir que les informations soient accessibles et pertinentes pour les publics visés.<sup>22</sup>

Les lignes directrices de pratique clinique, qui sont complètes et fondées sur des données probantes, ont été établis pour être utilisés par les prestataires de soins de santé afin d'orienter les efforts de prévention et les pratiques de traitement, ainsi que pour réduire le fardeau des complications du diabète au Canada. De nombreuses organisations au Canada fournissent des lignes directrices de pratique clinique liées à la promotion de la santé et à la prévention et la gestion des maladies chroniques, y compris des lignes directrices précises au diabète. Ces informations, ainsi que d'autres outils et ressources fondés sur des données probantes et des produits d'application des connaissances, sont accessibles en ligne et par l'intermédiaire de portails tels que le site Web du *Centre de collaboration nationale en santé publique*.

La fourniture d'informations et de services efficaces en matière de prévention, de réduction des risques, de gestion et de traitement du diabète dépend de l'existence de prestataires de soins de santé compétents et bien informés. Les fournisseurs de services communautaires et de soins de santé doivent posséder un large éventail de compétences, notamment en ce qui concerne la communication efficace, le développement communautaire, la pratique en collaboration, la défense des intérêts, le marketing social, la planification et l'évaluation, la gestion et la synthèse de la recherche.

De nombreuses approches favorisent le renforcement de la capacité des ressources humaines, y compris la formation initiale des fournisseurs de soins de santé, des travailleurs paramédicaux et des bénévoles; des stratégies efficaces de recrutement et de maintien en poste; et la formation et l'éducation continues pour mettre à jour les compétences essentielles. De plus, un mécanisme efficace de synthèse et d'échange des connaissances est nécessaire, car les exigences en matière de connaissances et de compétences changent constamment en fonction des résultats de nouvelles recherches.

Alors que la pandémie de la COVID-19 a créé des pressions supplémentaires sur le système de soins de santé, elle a aussi amélioré la collaboration et le partage des connaissances entre tous les paliers de gouvernement, le secteur privé, les associations et organisations de santé et les communautés. Elle a également conduit à une mobilisation accrue des ressources humaines ayant des compétences spécialisées et des professionnels paramédicaux pour soutenir les priorités complexes et continues en matière de santé et pour fournir des ressources et du matériel adaptés à la culture.<sup>22</sup> Les efforts pour lutter contre la pandémie ont permis d'accroître considérablement l'accès aux services de soins de santé et de soutien, en particulier pour les collectivités éloignées et les Autochtones, au moyen de la prestation de services de santé virtuels et de télésanté.

## Défis

La pandémie a prouvé qu'un recours accru aux soins de santé numériques pour la prise en charge du diabète, ainsi qu'un soutien général et l'apprentissage pour améliorer la santé peuvent élargir la portée des soins et avoir un effet positif. Cependant, les limitations de la culture numérique et le manque d'accès fiable à l'internet dans les communautés nordiques, rurales et éloignées peuvent poser des problèmes d'accès aux services virtuels.

Les participants au processus de consultation ont souligné la nécessité de diffuser des messages actuels, précis, fiables et opportuns sur le diabète. Cela a été particulièrement évident lors de la pandémie de la COVID-19. En outre, compte tenu de la pression exercée sur les ressources sanitaires disponibles en raison de la pandémie, les parties prenantes ont souligné l'importance de veiller à ce que l'information soit facilement accessible et disponible dans de multiples formats.

Les parties prenantes ont également souligné la nécessité de rendre les guides de pratique clinique plus pertinents et plus accessibles, tant pour les professionnels que pour les patients. Des préoccupations ont également été soulevées au sujet des lacunes qui existent entre les soins recommandés dans les lignes directrices sur le diabète et la pratique réelle, y compris le type de soins requis et les outils de prise de décisions cliniques améliorés pour les fournisseurs de soins primaires. En outre, l'élaboration et la mise à jour des directives de pratique clinique sont coûteuses et prennent du temps, car les données probantes évoluent constamment. Pour accroître les efforts de lutte contre les maladies chroniques au sein des communautés, il faut également augmenter la capacité à fournir ces services.

## Possibilités

- Élaborer les technologies et les solutions numériques (p. ex., les médias sociaux, les outils numériques ou les plateformes de centres de connaissances) afin de fournir des ressources équitables, éducatives et accessibles qui augmentent la sensibilisation au diabète, la compréhension et le partage des connaissances.
- Promouvoir les efforts de collaboration entre les professionnels de la santé afin de cerner, d'élaborer et d'échanger des pratiques exemplaires, d'harmoniser les messages et de coordonner la mobilisation des connaissances, en particulier pour le traitement des populations prioritaires vivant avec le diabète à diverses étapes de la vie (p. ex., transition de la jeunesse à l'âge adulte comme indiqué dans *Diabetes 360° : Cadre pour une stratégie nationale sur le diabète pour le Canada* (en anglais seulement)).
- Faciliter la mise à jour régulière des lignes directrices de pratique clinique afin de garantir l'intégration des données de recherche les plus récentes pour améliorer les soins aux personnes vivant avec tous les types de diabète.
- Veiller à ce que le matériel éducatif centralisé et approprié sur le plan culturel et les approches fondées sur des données probantes puissent être adaptés et accessibles au niveau communautaire pour atteindre toutes les personnes souffrant de diabète, en particulier les personnes handicapées et les populations prioritaires.

## Accès aux dispositifs pour diabétique, aux médicaments et au soutien financier

### Contexte

Le développement, la recherche, l'innovation, l'approbation et la livraison de dispositifs médicaux au Canada impliquent de nombreux acteurs, notamment les gouvernements, les compagnies d'assurance et les sociétés pharmaceutiques, les professionnels de la santé, les chercheurs et d'autres intervenants. Chacun a un rôle à jouer pour que les Canadiens aient accès aux traitements novateurs et appropriés dont ils ont besoin. Les processus réglementaires, l'assurance maladie et les systèmes de santé affectent tous l'accès aux médicaments et dispositifs nouveaux et existants. Les programmes provinciaux et territoriaux et les régimes publics d'assurance-médicaments couvrent certains médicaments, fournitures, équipements et appareils médicaux liés au diabète.

Au fédéral, il existe un certain nombre de responsabilités et de soutiens essentiels. Santé Canada est responsable de la sécurité et de l'efficacité des nouveaux traitements, des technologies de diagnostic et d'autogestion et des outils de prévention par l'approbation des médicaments et des dispositifs au Canada. Cela inclut les dispositifs utilisés pour surveiller, contrôler et maintenir les niveaux de sucre dans le sang, comme les pompes à insuline ou les injections d'insuline à l'aide d'une seringue ou d'un stylo. Services aux Autochtones Canada met en œuvre le Programme des services de santé non assurés qui offre aux Premières Nations inscrites et aux Inuits reconnus une couverture pour un éventail de services de santé qui ne sont pas couverts par les programmes sociaux, les régimes d'assurance privée ou l'assurance maladie provinciale ou territoriale.

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), administré par l'Agence du revenu du Canada (ARC), assure une plus grande équité fiscale en reconnaissant les coûts du handicap. Les personnes vivant avec le diabète et répondant aux critères d'admissibilité peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt sur le revenu non remboursable. Le crédit d'impôt pour frais médicaux offre également un certain allègement fiscal pour les coûts directs liés à la prise en charge du diabète, comme les médicaments, les appareils et fournitures médicaux et les frais de déplacement pour les rendez-vous médicaux. Plusieurs autres crédits et prestations sont également disponibles pour fournir un soutien du revenu aux personnes qui ont des problèmes de santé physique et mentale.

Les fabricants de dispositifs médicaux sont responsables de l'élaboration et de l'essai de leurs dispositifs. Il s'agit notamment de la mise au point de dispositifs de sécurité innovants pour les appareils médicaux qui répondent aux besoins précis de groupes d'utilisateurs particuliers, comme les personnes atteintes de diabète qui ont perdu la vue.

Les parties prenantes ont souligné que les personnes vivant avec le diabète doivent avoir accès aux dispositifs et aux médicaments qui répondent le mieux à leurs besoins afin de pouvoir gérer efficacement leurs propres soins. Plus précisément, un certain nombre de parties prenantes ont relevé les limites du CIPH, notamment la charge que représente le fait de devoir remplir des formulaires relatifs aux prestations, et ont demandé des critères d'admissibilité simplifiés, harmonisés avec les recommandations du rapport HESA 2021 relatives au CIPH, sur le *Rapport annuel du Comité consultatif des personnes handicapées* de 2019 de l'ARC, et le rapport de 2018 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulée, *Éliminer les obstacles : Analyse critique du Crédit d'impôt pour personnes handicapées et du Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)*. Le gouvernement du Canada a donné suite à ces recommandations dans le cadre des investissements du budget de 2019 et du budget de 2021, qui comprennent plusieurs changements au REEI et aux règles de thérapie de maintien de la vie pour l'admissibilité au CIPH. De plus, *Loi d'exécution du budget, 2022* récemment promulguée comprend également des modifications selon lesquelles les personnes atteintes de diabète de type 1 sont réputées avoir satisfait aux critères liés au temps pour être admissibles au CIPH pour une thérapie de maintien de la vie.

## Défis

De nombreux Canadiens atteints de diabète continuent de se heurter à des défis et à des difficultés pour accéder aux traitements et aux soutiens nécessaires en raison de divers obstacles, notamment le manque de moyens de transport, le manque de couverture financière pour les traitements et les dispositifs, les barrières linguistiques, un accès internet peu fiable, une qualité variable des traitements et des soins ou des expériences antérieures de discrimination par le système de santé.<sup>14</sup> Les mesures de santé publique prises à la suite de la COVID-19 ont encore entravé l'accès aux traitements et aux aides en augmentant les temps d'attente et les retards pour les rendez-vous médicaux et les traitements, en réduisant les horaires et en fermant des centres médicaux.<sup>22</sup>

En plus des différents processus réglementaires pour le développement, l'approbation et la livraison des médicaments et des dispositifs médicaux, la couverture d'assurance maladie, le statut socio-économique et les pratiques des systèmes de santé dans les différentes compétences, tous ces éléments affectent l'accès aux dispositifs, aux médicaments et aux services, et peuvent constituer des obstacles pour recevoir des soins.

Par exemple, bien que plusieurs provinces et territoires aient des programmes de fournitures pour diabétiques, l'accès et l'admissibilité aux médicaments et aux appareils varient d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui creuse les inégalités pour les personnes atteintes de diabète et d'autres maladies. En outre, les personnes qui se déplacent d'une province ou d'un territoire à l'autre doivent s'orienter dans des systèmes différents de couverture des médicaments et de prestations.

Cette préoccupation a été soulevée par les parties prenantes. Si la prévalence croissante de la maladie est un facteur contributif, l'augmentation du coût des traitements a été un facteur de coût important, notamment en raison de l'adoption de nouveaux médicaments plus coûteux.<sup>24</sup> En outre, les personnes vivant avec le diabète peuvent avoir besoin d'accéder à de nombreux types de médicaments et de traitements différents, et peuvent utiliser une combinaison de thérapies pour gérer le diabète, y compris des dispositifs de libération d'insuline pour maintenir les niveaux de sucre dans le sang, ou des équipements médicaux nécessaires en raison de complications liées au diabète, comme des lunettes pour la perte de vision ou des prothèses et des appareils fonctionnels pour les déficiences des membres.

Alors que les fabricants et les chercheurs continuent d'innover pour mettre au point de nouveaux produits et améliorer les caractéristiques des dispositifs médicaux existants, il n'existe pas beaucoup de dispositifs autorisés pour le diabète qui ont été optimisés pour inclure des options accessibles aux personnes handicapées. Par exemple, les personnes touchées par des complications du diabète, telles que des troubles de la vision ou la perte d'un membre, peuvent avoir des difficultés à utiliser ou à nettoyer certains appareils, ou peuvent avoir besoin d'aide, ce qui affecte leur capacité à gérer elles-mêmes leur état. De plus, les personnes vivant avec un handicap, y compris le diabète, ont souvent besoin d'une aide financière plus importante pour des mesures de soutien aux personnes handicapées sous-financées ou non financées.

### **Possibilités**

- Explorer le besoin de soutiens supplémentaires pour atténuer les obstacles, comme l'accès aux soins, et déterminer quels outils pourraient fournir un meilleur soutien aux personnes atteintes de diabète et à leurs fournisseurs de soins.
- Renforcer la collaboration avec l'industrie afin d'encourager l'innovation dans le développement de dispositifs et de produits accessibles pour le diabète, grâce à une mobilisation importante des populations prioritaires.
- Accroître les évaluations en temps opportun des nouvelles technologies à mesure qu'elles sont mises au point, en mettant l'accent sur leur sécurité et leur efficacité, leur accessibilité pour les personnes ayant des capacités différentes, ainsi que les évaluations des coûts, des améliorations et des résultats en matière de santé.

## ALLER DE L'AVANT

Informé par les principaux intervenants, y compris les personnes touchées par le diabète, le Cadre sert de document d'orientation politique qui définit une direction commune pour lutter contre le diabète au Canada. Tous les secteurs et niveaux de gouvernement sont invités à utiliser le Cadre pour adresser le diabète et faire progresser les occasions d'une manière qui satisfasse leurs mandats et objectifs respectifs, et qui soit adaptée aux priorités et contextes de leurs communautés respectives. Une perspective inclusive et large des déterminants sociaux de la santé ainsi qu'une approche centrée sur la personne doivent être appliquées pour faire progresser de manière respectueuse et significative la lutte contre le diabète au Canada.

La publication du Cadre marque une étape importante dans les efforts visant à aider les parties prenantes à déterminer les domaines d'action pour adresser le diabète et à faire progresser les activités dans leurs communautés respectives. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire. Entre autres aspects, elle nécessitera une collaboration multisectorielle permanente et une curiosité pour les approches innovantes visant à soutenir les personnes vivant avec le diabète.

Le gouvernement du Canada continuera de faire progresser les efforts visant à soutenir un meilleur accès à la prévention et au traitement du diabète afin d'assurer de meilleurs résultats pour la santé des Canadiens. D'autres consultations sont prévues avec les parties prenantes pour faire progresser l'équité en matière de santé, encourager l'innovation et mettre en place des mécanismes de collaboration. Le processus de consultation sur le diabète mené par les Autochtones reconnaîtra les voix, les intérêts et les perspectives uniques des communautés autochtones et soutiendra leurs plans de lutte contre le diabète dans leurs propres communautés.

Après cinq ans (2027), le ministre de la Santé déposera au Parlement, comme l'exige la loi, un rapport d'étape indiquant les efforts déployés par le gouvernement fédéral pour lutter contre le diabète. Il fera état des efforts de collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux ainsi qu'avec les intervenants du domaine du diabète, et rendra compte de l'état actuel de la prévention et du traitement du diabète au Canada.



# ANNEXES

## Annexe A : Loi relative au cadre national sur le diabète

Visitez le site Web de la législation (Justice) pour consulter la Loi relative au cadre national sur le diabète.



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

National Framework for  
Diabetes Act

Loi relative au cadre national sur  
le diabète

S.C. 2021, c. 19

L.C. 2021, ch. 19

Current to September 11, 2022

À jour au 11 septembre 2022

Published by the Minister of Justice at the following address:  
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :  
<http://lois-laws.justice.gc.ca>

---

## OFFICIAL STATUS OF CONSOLIDATIONS

Subsections 31(1) and (2) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

### Published consolidation is evidence

**31 (1)** Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

### Inconsistencies in Acts

**(2)** In the event of an inconsistency between a consolidated statute published by the Minister under this Act and the original statute or a subsequent amendment as certified by the Clerk of the Parliaments under the *Publication of Statutes Act*, the original statute or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

## LAYOUT

The notes that appeared in the left or right margins are now in boldface text directly above the provisions to which they relate. They form no part of the enactment, but are inserted for convenience of reference only.

## NOTE

This consolidation is current to September 11, 2022. Any amendments that were not in force as of September 11, 2022 are set out at the end of this document under the heading “Amendments Not in Force”.

## CARACTÈRE OFFICIEL DES CODIFICATIONS

Les paragraphes 31(1) et (2) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009, prévoient ce qui suit :

### Codifications comme élément de preuve

**31 (1)** Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

### Incompatibilité – lois

**(2)** Les dispositions de la loi d'origine avec ses modifications subséquentes par le greffier des Parlements en vertu de la *Loi sur la publication des lois* l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi codifiée publiée par le ministre en vertu de la présente loi.

## MISE EN PAGE

Les notes apparaissant auparavant dans les marges de droite ou de gauche se retrouvent maintenant en caractères gras juste au-dessus de la disposition à laquelle elles se rattachent. Elles ne font pas partie du texte, n'y figurant qu'à titre de repère ou d'information.

## NOTE

Cette codification est à jour au 11 septembre 2022. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 11 septembre 2022 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

---

**TABLE OF PROVISIONS****An Act to establish a national framework for diabetes**

	<b>Short Title</b>
1	Short title
	<b>National Framework for Diabetes</b>
2	Development
	<b>Reports to Parliament</b>
3	Tabling of framework
4	Report

**TABLE ANALYTIQUE****Loi prévoyant l'élaboration d'un cadre national sur le diabète**

	<b>Titre abrégé</b>
1	Titre abrégé
	<b>Cadre national sur le diabète</b>
2	Élaboration
	<b>Rapports au Parlement</b>
3	Dépôt du cadre
4	Rapport



S.C. 2021, c. 19

L.C. 2021, ch. 19

## An Act to establish a national framework for diabetes

## Loi prévoyant l'élaboration d'un cadre national sur le diabète

[Assented to 29th June 2021]

[Sanctionnée le 29 juin 2021]

### Preamble

Whereas one in four Canadians live with prediabetes or diabetes, a chronic disease that can result in life-threatening complications if not treated;

Whereas Canada, the birthplace of insulin — a hormone that has played a key role in the control of diabetes —, seeks to be a leader in promoting diabetes awareness;

Whereas diabetes awareness and education can help people identify early signs of diabetes and thus prevent or delay its onset;

Whereas federal and provincial coordination and information sharing is required to prevent and treat diabetes as well as to prevent health inequities among people suffering with this disease;

And whereas the Parliament of Canada recognizes the need to be proactive in the fight against diabetes, and the Government of Canada should develop and implement a national framework for diabetes;

### Short Title

#### Short title

**1** This Act may be cited as the *National Framework for Diabetes Act*.

### Préambule

Attendu :

qu'un Canadien sur quatre est atteint de prédiabète ou de diabète, une maladie chronique qui, sans traitement, peut entraîner des complications mortelles;

que le Canada, pays où a été découverte l'insuline, une hormone essentielle au contrôle du diabète, souhaite être à l'avant-garde en matière de sensibilisation au diabète;

que la sensibilisation et l'éducation peuvent faciliter la détection des signes précurseurs du diabète et ainsi en prévenir ou en retarder l'apparition;

qu'il est essentiel que les gouvernements fédéral et provinciaux se concertent et échangent des renseignements afin de prévenir et traiter le diabète et de prévenir les iniquités en matière de santé chez les diabétiques;

que le Parlement du Canada reconnaît le besoin d'être proactif dans la lutte contre le diabète et que le gouvernement du Canada devrait élaborer et mettre en œuvre un cadre national sur le diabète,

### Titre abrégé

#### Titre abrégé

**1** *Loi relative au cadre national sur le diabète.*

## National Framework for Diabetes

### Development

**2 (1)** The Minister of Health must, in consultation with the representatives of the provincial governments responsible for health, Indigenous groups and with other relevant stakeholders, develop a national framework designed to support improved access to diabetes prevention and treatment to ensure better health outcomes for Canadians.

### Content

**(2)** The national framework must include measures to

- (a)** explain what diabetes and prediabetes are;
- (b)** identify the training, education and guidance needs of health care and other professionals related to the prevention and treatment of diabetes, including clinical practice guidelines;
- (c)** promote research and improve data collection on diabetes prevention and treatment;
- (d)** promote information and knowledge sharing in relation to diabetes prevention and treatment;
- (e)** take into consideration any existing diabetes prevention and treatment frameworks, strategies and best practices, including those that focus on addressing health inequalities; and
- (f)** ensure that the Canada Revenue Agency is administering the disability tax credit fairly and that the credit, in order to achieve its purposes, is designed to help as many persons with diabetes as possible.

### Conference

**(3)** The Minister must hold at least one conference with the persons referred to in subsection (1) for the purpose of developing the framework.

## Reports to Parliament

### Tabling of framework

**3 (1)** Within one year after the day on which this Act comes into force, the Minister of Health must prepare a

## Cadre national sur le diabète

### Élaboration

**2 (1)** Le ministre de la Santé, en consultation avec les représentants des gouvernements provinciaux responsables de la santé, de groupes autochtones et d'autres intervenants concernés, élabore un cadre national qui vise à favoriser l'amélioration de l'accès à la prévention et au traitement du diabète afin d'assurer de meilleurs résultats sur la santé des Canadiens.

### Contenu

**(2)** Le cadre national prévoit des mesures visant à :

- a)** expliquer en quoi consistent le diabète et le prédiabète;
- b)** déterminer les besoins des professionnels de la santé et d'autres professionnels en matière de formation et d'orientation sur la prévention et le traitement du diabète, y compris les lignes directrices de pratique clinique;
- c)** promouvoir la recherche et améliorer la collecte de données sur la prévention et le traitement du diabète;
- d)** promouvoir l'échange de renseignements et de connaissances sur la prévention et le traitement du diabète;
- e)** prendre en considération les cadres, les stratégies et les pratiques exemplaires actuels en la matière, y compris ceux qui visent à redresser les inégalités en matière de santé;
- f)** faire en sorte que l'Agence du revenu du Canada administre le crédit d'impôt pour personnes handicapées de manière équitable et que, en vue de la réalisation de son objectif, ce crédit d'impôt soit conçu pour venir en aide au plus grand nombre possible de personnes atteintes de diabète.

### Conférence

**(3)** Le ministre tient au moins une conférence avec les personnes visées au paragraphe (1) dans le but d'élaborer le cadre.

## Rapports au Parlement

### Dépôt du cadre

**3 (1)** Dans l'année suivant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le ministre de la Santé établit un rapport

report setting out the national framework for diabetes and cause the report to be tabled before each House of Parliament on any of the first 15 days on which that House is sitting after the report is completed.

**Publication**

(2) The Minister must publish the report on the website of the Department of Health within 10 days after the day on which the report is tabled in Parliament.

**Report**

4 (1) Within five years after the day on which the report referred to in section 3 is tabled in Parliament, the Minister of Health must prepare a report on the effectiveness of the national framework for diabetes and on the current state of diabetes prevention and treatment. The report also sets out his or her conclusions and recommendations regarding the framework.

**Tabling of report**

(2) The Minister must cause the report to be tabled before each House of Parliament on any of the first 15 days on which that House is sitting after the report is completed.

énonçant le cadre national sur le diabète et le fait déposer devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son établissement.

**Publication**

(2) Le ministre publie le rapport sur le site Web du ministère de la Santé dans les dix jours suivant la date de son dépôt au Parlement.

**Rapport**

4 (1) Dans les cinq ans suivant la date du dépôt au Parlement du rapport visé à l'article 3, le ministre de la Santé établit un rapport sur l'efficacité du cadre national sur le diabète et sur l'état actuel des progrès en matière de prévention et de traitement du diabète. Le rapport comporte également ses conclusions et recommandations relativement au cadre.

**Dépôt du rapport**

(2) Le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son établissement.

## Annexe B : Processus de mobilisation

L'Agence de la santé publique du Canada, avec l'aide du Morris J. Wosk Centre de Dialogue établi à l'Université Simon Fraser, a entrepris un processus de mobilisation virtuel à l'appui de la Loi. De nombreux intervenants clés ont eu l'occasion de faire part de leurs avis, de leurs expériences et de leurs points de vue afin d'aider à déterminer les lacunes et les priorités pour faire progresser les efforts de lutte contre le diabète au Canada et pour éclairer l'élaboration du cadre.

Le processus de mobilisation comprenait une série d'entrevues informateurs clés avec des principaux intervenants en matière de diabète, suivis de séances de dialogue de plus grande envergure visant à cerner les défis liés au diabète et à en discuter, à déterminer les possibilités de collaboration et d'action et à échanger des idées pour établir un cadre. En outre, un outil de rétroaction en ligne a permis aux intervenants d'exprimer leurs points de vue sur les thèmes clés et de définir les lacunes et les possibilités pour faire progresser la lutte contre le diabète au Canada.

Des intervenants clés ont pris part aux dialogues sur le diabète, notamment :

- Des représentants de groupes de population confrontés à des inégalités sanitaires et sociales (p. ex., des organisations représentant différentes ethnies, différents groupes d'âge et différents états de santé, y compris des personnes vivant avec un handicap ou souffrant de complications liées au diabète);
- Des fabricants d'appareils pour diabétiques et d'insuline;
- Des professionnels de la santé qui mènent des activités de prévention et de gestion du diabète;
- Des chercheurs et des universitaires;
- Des organismes de bienfaisance et des organisations du secteur de la santé, qui concentrent leurs efforts principalement sur le diabète ou qui participent indirectement à la lutte contre le diabète;
- Tous les ordres de gouvernement responsables de la santé et des secteurs connexes;
- Des personnes vivant avec le diabète et leurs soignants.

### Processus de mobilisation des intervenants

#### Phase I : De février à mars 2022

- 32 entrevues avec des informateurs clés menées auprès de 50 personnes

#### Phase II : Avril 2022

- Deux sessions de dialogue menées en anglais et en français
- Participation de 89 acteurs clés liés au diabète

#### Outils de rétroaction en ligne :

##### Avril à mai 2022

- 884 personnes ont apporté leur contribution
- Plus de 2000 commentaires fournis

Pour assurer l'efficacité dans le cadre de la coordination des efforts et de la prestation de conseils, deux groupes consultatifs ont été mis sur pied pour fournir des commentaires tout au long du processus de mobilisation et de l'élaboration du cadre :

- Un groupe consultatif externe sur le diabète, composé d'intervenants clés liés au diabète, y compris des personnes touchées par le diabète;
- Un groupe consultatif interne sur le diabète, composé de ministères fédéraux clés.

L'ASPC a tiré parti des mécanismes fédéraux, provinciaux et territoriaux existants pour mobiliser les gouvernements provinciaux et territoriaux. De plus, le Cadre tient compte d'un large éventail de cadres, de stratégies et de meilleures pratiques existants en matière de prévention, de gestion et de traitement du diabète.

Les organisations autochtones ont été incluses dans le processus de consultation conçu pour soutenir ce cadre. Toutefois, afin de tenir compte des intérêts, des situations et des points de vue propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, et de reconnaître les principes de réconciliation et le droit à l'autodétermination, nous avons mis en place une approche de consultation distincte et étendue à l'échelle nationale, dirigée par des Autochtones.

Dans le cadre de l'élaboration de l'approche globale de la mobilisation des intervenants, nous avons pris en compte diverses considérations stratégiques, y compris l'analyse comparative entre les sexes plus (ACSG Plus), les langues officielles, ainsi que l'accessibilité, l'équité, la diversité et l'inclusion.

## **Annexe C : Rôles et responsabilités au Canada dans la lutte contre le diabète**

Tous les gouvernements et de nombreux intervenants et secteurs ont un rôle à jouer dans la prévention, le traitement et la gestion du diabète au Canada. La promotion et la protection de la santé est un domaine de compétence partagée au Canada.

---

Le **rôle du gouvernement fédéral** consiste à promouvoir et à protéger la santé de la population canadienne, tout en respectant les champs de compétence des provinces et des territoires. Les responsabilités du gouvernement du Canada comprennent :

- Surveillance des maladies chroniques au Canada, dont le diabète;
- Élaboration de politiques et des lignes directrices, et soutien de la mise en œuvre par la sensibilisation et l'éducation;
- Prestation et financement de services de santé pour les populations autochtones (y compris les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés Inuits);
- Soutien à la formation des prestataires de soins de santé employés par le gouvernement fédéral;
- Facilitation de la recherche et de l'innovation pour comprendre les facteurs de risque et le pronostic du diabète et soutien de l'élaboration de nouveaux outils de diagnostic et de traitement;
- La gestion du soutien financier pour les dépenses liées au diabète et les autres dépenses liées à l'incapacité;
- Approbation et réglementation de l'étiquetage et de la commercialisation des aliments, ainsi que la sécurité et l'efficacité des nouveaux traitements, des technologies de diagnostic et d'autogestion et des outils de prévention par le biais de l'approbation des médicaments et des dispositifs;
- Facilitation des interventions communautaires; et
- Collaboration avec les provinces et territoires, les partenaires internationaux et d'autres secteurs pour lutter contre le diabète.

---

**Les gouvernements provinciaux et territoriaux** sont également responsables de la promotion et de la protection de la santé sur leur territoire. Leurs responsabilités comprennent ce qui suit :

- Les milieux de soins de santé, assurance maladie et prestation de programmes et de services de santé;
- Élaboration de politiques, de directives et de normes pour les milieux de soins de santé.
- Soutien de la formation médicale; mise en œuvre de programmes de prévention des maladies chroniques;
- Soutien des initiatives de recherche et initiatives académiques et collecte des données utilisées pour la surveillance;
- Facilitation des interventions communautaires; et
- Établissement de programmes de certification pour les prestataires de services de santé.

Les **peuples autochtones** déterminent les priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de santé, et élaborent et mettent en œuvre des politiques, des stratégies, des programmes et des services en fonction de leurs priorités et de leurs besoins.

La **société civile**, y compris les organisations communautaires et autres organisations non gouvernementales, les militants et les alliés, ainsi que les personnes touchées par le diabète et leurs soignants, prennent des mesures pour mettre en œuvre des initiatives de prévention, d'éducation et de sensibilisation au diabète; font progresser la promotion de la santé en contribuant à la recherche, en collaborant avec d'autres intervenants pour partager les connaissances et en mettant en œuvre des initiatives visant à accroître l'accès au dépistage, au traitement et aux soins et au soutien continu; plaident en faveur de programmes et de services destinés aux personnes et communautés touchées.

Les **professionnels de la santé** fournissent des soins de première ligne pour la détection, le traitement, la gestion et le soutien du diabète et de ses complications en effectuant des dépistages, en demandant des tests de diagnostic, en prescrivant des traitements, en contribuant à la surveillance et au contrôle, en éduquant les individus sur les pratiques de vie saine et de soins du diabète et en mettant en œuvre des initiatives de prévention.

Les **associations professionnelles et les organismes d'agrément** établissent les normes et la certification de leurs professions, les directives de prescription, la sensibilisation et la formation des prestataires de services de santé.

Le **secteur universitaire** entreprend des recherches afin de mieux comprendre les types de diabète et de découvrir des solutions et des approches innovantes pour prévenir, traiter, gérer et soigner les personnes atteintes de diabète.

Les **autorités locales**, y compris les autorités sanitaires locales, sont chargées de fournir des services ou des installations pour promouvoir la santé, et de fournir des services et des programmes de santé, y compris les soins primaires, les soins aigus, les soins à domicile et communautaires et la surveillance.

L'**industrie des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux et le secteur privé** soutiennent la mise au point de nouvelles technologies de prévention, de diagnostic et de traitement, fabriquent des médicaments et des dispositifs, soutiennent l'action communautaire et dispensent une éducation publique et professionnelle relativement à ces produits.

## **Annexe D : Stratégies et cadres pour lutter contre le diabète et les maladies chroniques**

L'objectif de cette annexe est de fournir des exemples de stratégies, de cadres et de bonnes pratiques liés au diabète, qui ont été pris en compte dans l'élaboration de ce cadre. Il couvre des initiatives de différents paliers, notamment celles qui ont été approuvées par les ministres des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada; celles qui sont dirigées par le gouvernement du Canada; et les initiatives internationales connexes. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

De nombreux autres organismes et intervenants au Canada mènent des activités liées aux maladies chroniques, dont le diabète, et ont élaboré leurs propres stratégies et cadres. Ces organismes nationaux, régionaux ou locaux sont issus des secteurs privé et public et ont des mandats, des missions, des champs d'action et des tailles différentes. Notons, par exemple, les activités mises en œuvre par les provinces, les territoires et les organismes sans but lucratif, comme le cadre du programme 360° de Diabète Canada, *A Framework for a Diabetes Strategy for Canada* (en anglais seulement).

# Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT)

## (Appuyés par les ministres FPT)

---

### **Une vision commune pour favoriser l'activité physique et réduire la sédentarité au Canada : Soyons actifs (2018)**

---

Grâce à un processus national global de consultation et de mobilisation, des domaines d'intervention privilégiés pour une action concertée ont été déterminés afin d'aider à guider une approche collective des politiques, de la planification, des priorités et des programmes dans tout le Canada, approuvée par les ministres FPT responsables du sport, de l'activité physique et des loisirs.

---

### **Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité (2010)**

---

Par le biais de la Déclaration sur la prévention et la promotion, les ministres FPT de la Santé ont approuvé un énoncé écrit et public de leur vision commune de travailler ensemble, et avec d'autres à faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des incapacités et des blessures une priorité qui pousse à l'action.

---

### **Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains (2005)**

---

Les ministres FPT de la Santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains en 2005, se joignant ainsi à d'autres pays du monde qui ont reconnu l'importance fondamentale de la promotion de modes de vie sains au moyen des mesures coordonnées et soutenues.

---

### **Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé (2010)**

---

Ce cadre d'action constitue la première initiative politique approuvée par les ministres FPT de la Santé et offre une orientation commune pour aller de l'avant avec trois stratégies intégrées de lutte contre l'obésité juvénile.

# Gouvernement du Canada

## **Stratégie pancanadienne de données sur la santé (en cours d'élaboration)**

Dirigée par le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces et territoires, la Stratégie pancanadienne de données sur la santé vise à améliorer la collecte, la normalisation et l'utilisation des données sur la santé.

## **Espace mieux-être Canada (2020)**

Un portail sur la santé mentale et la toxicomanie qui fournit gratuitement aux Canadiens des ressources et du soutien en matière d'activité physique, notamment des données sur le maintien d'un mode de vie sain, ainsi que l'accès à des travailleurs de soutien par les pairs, des travailleurs sociaux, des psychologues et d'autres professionnels.

## **Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (2019)**

Cette initiative vise à renforcer les ressources qui mesurent et surveillent les inégalités en santé au Canada, afin d'orienter les programmes et politiques de vie saine qui ciblent les groupes de population prioritaires.

## **Plan d'action pour l'inclusion des personnes en situation de handicap (en cours d'élaboration)**

Le Plan d'action pour l'inclusion des personnes en situation de handicap vise à améliorer la vie sociale et économique des Canadiens handicapés en s'appuyant sur quatre piliers : la sécurité financière, l'emploi, les espaces inclusifs et une approche moderne du handicap. Le gouvernement travaille avec les intervenants et les experts de la communauté des personnes handicapées pour finaliser la publication.

## **Stratégie en matière de saine alimentation (2016)**

La Stratégie en matière de saine alimentation vise à améliorer l'environnement alimentaire au Canada pour faire en sorte que le choix le plus sain soit plus facile à faire pour les Canadiens, en améliorant l'information sur la saine alimentation, en améliorant la qualité nutritionnelle des aliments, en protégeant les populations vulnérables et en favorisant un accès accru aux aliments nutritifs, ainsi qu'une meilleure disponibilité de ceux-ci. Parmi les initiatives clés, mentionnons la révision du Guide alimentaire canadien, les propositions de réglementation de l'étiquetage sur le devant des emballages et l'adoption de nouvelles restrictions sur la commercialisation des aliments et boissons auprès des enfants.

## **Stratégie nationale de transport actif (2021)**

La Stratégie de transport actif fédérale vise à accroître les possibilités pour les Canadiens et à promouvoir le transport actif et ses avantages. Le Fonds pour le transport actif soutient la stratégie visant à favoriser l'abandon de la voiture au profit du transport actif.

## **Stratégie canadienne sur le tabac (2018)**

Les principales activités de la Stratégie antitabac du Canada consistent à soutenir des services et des ressources améliorés en vue d'aider les gens à cesser de fumer, financer des programmes en vue de trouver les moyens les plus efficaces pour aider les Canadiens et Canadiennes à cesser de fumer; et en fournissant de l'information sur les sources de nicotine moins nocives et en rendant celles-ci accessibles.

## **Appels à l'action de la Commission Vérité et Réconciliation (CVR)**

Ce rapport final de la CVR contient 94 appels à l'action dans les domaines de la promotion de la guérison, de l'éducation et de l'écoute afin de redresser les séquelles des pensionnats et de faire progresser le processus de réconciliation au Canada.

# Efforts internationaux

---

## **Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique (2018-2030)**

---

Le plan d'action mondial de l'OMS a pour but d'aider les États membres à intensifier les mesures politiques visant à promouvoir l'activité physique. Il répond aux demandes des pays qui souhaitent disposer d'orientations actualisées et d'un cadre d'action politique efficace et réalisable pour accroître l'activité physique à tous les niveaux. Le plan définit quatre objectifs et recommande 20 actions politiques applicables à tous les pays et portant sur les déterminants culturels, environnementaux et individuels de l'inactivité.

---

## **Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)**

---

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé s'est tenue à Ottawa, en novembre 1986. L'objectif de la Charte était de parvenir à la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, aux attentes croissantes d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde.

---

## **Charte de Bangkok pour la promotion de la santé (2016)**

---

La Charte de Bangkok identifie les actions, les engagements et les promesses nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé dans un contexte mondialisé grâce à la promotion de la santé. Les quatre engagements clés visent à faire de la promotion de la santé : un élément central du programme mondial de développement, une responsabilité essentielle de tous les gouvernements, un objectif clé des communautés et de la société civile, une exigence de bonne pratique des entreprises.

---

## **Plan d'action mondial de l'OMS contre les maladies non transmissibles (MNT) (2013-2020)**

---

Le plan fait suite aux engagements pris par les chefs d'État et de gouvernement dans la déclaration politique des Nations unies sur la prévention et le contrôle des MNT (résolution A/RES/66/2), reconnaissant le rôle et la responsabilité premiers des gouvernements dans la réponse au défi des MNT et le rôle important de la coopération internationale pour soutenir les efforts nationaux.

---

## **Programme de développement durable à l'horizon 2030 (2015)**

---

Les objectifs de développement durable sont un appel universel à l'action pour mettre fin à la pauvreté, protéger la planète et améliorer la vie et les perspectives de chacun, partout dans le monde. Les 17 objectifs ont été adoptés par tous les États membres de l'ONU en 2015, dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui a défini un plan de 15 ans pour l'atteinte des objectifs.

---

## **Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011)**

---

La déclaration exprime un engagement politique mondial pour la mise en œuvre d'une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les inégalités en matière de santé et de réaliser d'autres priorités mondiales. Elle contribuera à créer une dynamique au sein des pays pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux spécifiques.

## Annexe E : Glossaire

Aux fins du présent Cadre, les définitions suivantes sont utilisées :

**Ajusté selon l'âge :** Les taux sont ajustés pour tenir compte de l'évolution de la structure d'âge de la population au fil du temps ou des différences de structure d'âge entre différentes populations (notamment selon les provinces, les territoires ou l'origine ethnique).

**Approche centrée sur la personne :** Approche selon laquelle la personne est placée au centre des services et des traitements, et les activités sont coordonnées et adaptées en fonction de ses besoins.

**Asymptomatique :** Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie ou d'une affection mais qu'elle ne présente aucun symptôme.

**Autochtone :** L'expression « peuples autochtones » est utilisée pour désigner les peuples originaires d'Amérique du Nord et leurs descendants. L'expression « peuples autochtones » était utilisée auparavant. La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : Premières Nations, Inuits et Métis. Ce sont trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques.

**Autogestion :** L'autogestion du diabète fait référence aux activités et aux comportements qu'une personne adopte pour contrôler et traiter sa maladie.

**Comorbidité :** Lorsque deux troubles ou maladies surviennent chez la même personne, simultanément ou séquentiellement, ils sont qualifiés de comorbides. La comorbidité implique également des interactions entre les maladies qui affectent l'évolution et le pronostic des deux.

**Des types de diabète plus rares :** Il s'agit notamment d'états associés à des anomalies génétiques, à d'autres maladies, à des infections et à des médicaments précis qui affectent la capacité de l'organisme à produire de l'insuline ou à y réagir.

**Diabète :** Une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser adéquatement l'insuline produite. Le diabète sucré se présente sous plusieurs formes — le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel sont les plus courants. D'autres types de diabète peu courants peuvent être causés par d'autres maladies ou par des médicaments.

**Diabète de type 1 :** Une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire de l'organisme attaque et détruit les cellules productrices d'insuline du pancréas.

**Diabète de type 2 :** Un trouble métabolique qui se produit lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline et/ou lorsque l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit.

**Diabète gestationnel :** Se produit lorsque des taux élevés de sucre dans le sang se développent pendant la grossesse, mais disparaît généralement après l'accouchement.

**Équité en matière de santé :** L'absence d'inégalités injustes, systémiques et évitables dans l'état de santé ou la répartition des ressources sanitaires entre des sous-populations définies socialement, économiquement ou géographiquement.

**Ethnicité** : L'ethnicité est un concept multidimensionnel faisant référence à l'appartenance à une communauté et à un groupe culturel partagé. Elle est liée notamment à des caractéristiques sociodémographiques, notamment la langue, la religion, l'origine géographique, la nationalité, les traditions culturelles, l'ascendance et l'histoire des migrations, parmi d'autres.

**Hyperglycémie** : Taux élevé de sucre dans le sang.

**Hypoglycémie** : Faible taux de sucre dans le sang.

**Inactivité physique** : Niveau d'activité physique insuffisant pour répondre aux recommandations actuelles en matière d'activité physique. La définition générale s'applique à tous les groupes d'âge et d'aptitude.

**Incidence** : Nombre de nouveaux cas diagnostiqués pendant une période donnée, au sein d'une population déterminée.

**Indice de masse corporelle (IMC)** : Une mesure de la taille et des proportions du corps humain. Il est défini comme le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres (voir Obésité). Différents niveaux d'IMC sont utilisés comme lignes directrices pour des objectifs sains.

**Inégalités en matière de santé** : Différences dans l'état de santé ou dans la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de population. Ces différences peuvent être dues à des facteurs biologiques ou à des choix individuels. De nombreuses différences peuvent être attribuées à la répartition inégale des facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé (par exemple, le revenu, l'éducation, l'emploi, les aides sociales) et à l'exposition à des conditions et environnements sociétaux échappant largement au contrôle des individus concernés.

**Inéquité en matière de santé** : Sous-ensemble des inégalités en matière de santé qui sont jugées inéquitables ou injustes, qui découlent de la marginalisation systématique et intentionnelle ou non de certains groupes, et qui sont susceptibles de renforcer ou d'exacerber le désavantage et la vulnérabilité.

**Insuline** : Hormone sécrétée par les cellules bêta du pancréas qui permet aux cellules de l'organisme d'absorber le sucre dans le sang et de l'utiliser comme source d'énergie.

**Littératie en matière de santé** : La capacité d'une personne à trouver, à comprendre et à utiliser des renseignements écrits pour promouvoir, maintenir et améliorer sa santé.

**Maladies cardiovasculaires** : Toutes les maladies du système circulatoire, y compris les maladies congénitales et acquises telles que l'infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque), les cardiopathies ischémiques, les cardiopathies valvulaires, les maladies vasculaires périphériques, les arythmies, l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux.

**Morbidité** : Tout écart, subjectif ou objectif, par rapport à un état de bien-être physiologique ou psychologique.

**Obésité** : Terme relatif à l'accumulation excessive de graisse dans le corps; l'obésité est définie de plusieurs façons. Une référence commune est la définition de l'Organisation mondiale de la santé : une personne est jugée obèse lorsqu'elle a un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Populations prioritaires** : Aux fins du présent Cadre, les populations prioritaires désignent les sous-populations du Canada qui présentent un risque plus élevé de développer un diabète ou de rencontrer des difficultés dans la gestion du diabète, en raison notamment de facteurs génétiques, environnementaux, culturels et comportementaux, y compris la marginalisation, et des inégalités

des déterminants sociaux de la santé. Il s'agit notamment des personnes de certaines origines ethniques, dont les personnes d'origine africaine, arabe, asiatique, hispanique, autochtones et sud-asiatique.

**Prédiabète** : État dans lequel les personnes concernées présentent une glycémie à jeun ou une réponse à une épreuve de tolérance au glucose à jeun supérieure à la normale, mais pas suffisamment élevée pour permettre un diagnostic de diabète.

**Prévalence** : Nombre de personnes touchées par une maladie ou un facteur de risque à un moment donné.

**Professionnels paramédicaux** : Un groupe diversifié de cliniciens, de spécialistes et de travailleurs de la santé qui collaborent pour fournir des soins de grande qualité aux patients dans une variété de contextes différents.

**Race (ou groupe racial)** : Une construction sociale utilisée pour juger et catégoriser les gens en fonction de différences perçues dans l'apparence physique, de manière à créer et maintenir des différences de pouvoir au sein des hiérarchies sociales.

**Santé dans toutes les politiques** : Une approche collaborative qui prend systématiquement en compte les répercussions sur la santé dans l'élaboration des politiques dans tous les secteurs afin de minimiser les préjudices sociaux et les méfaits pour la santé. Cette approche vise à améliorer la santé de toutes les communautés et de toutes les personnes en reconnaissant que de nombreux déterminants des résultats en matière de santé dépassent le secteur de la santé.

**Surpoids** : Une personne est considérée comme étant en surpoids si elle a un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.

**Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)** :

Un système de surveillance national qui utilise des données administratives basées sur la population des provinces et territoires pour fournir des données comparatives permettant d'évaluer la portée, l'utilisation des services de santé et les résultats de santé des maladies chroniques au Canada.

**Taux de mortalité** : Estimation de la proportion d'une population qui meurt pendant une période donnée.

**Taux de prévalence** : Proportion de personnes touchées par une maladie ou un facteur de risque à un moment donné.

# Cadre sur le diabète au Canada

## OBJECTIF

- Le Cadre vise à fournir une orientation politique commune aux intervenants multisectoriels
- De permettre l'identification des lacunes dans les approches actuelles, d'éviter le chevauchement des efforts et de fournir une occasion de surveiller les progrès et de rendre compte de ceux-ci

## PORTÉE

- Le Cadre jette les bases d'une action collaborative et complémentaire à entreprendre par tous les secteurs pour réduire l'impact du diabète au Canada

## RÉSULTAT SOUHAITÉ

- D'améliorer l'accès à la prévention et au traitement du diabète pour assurer de meilleurs résultats en matière de santé pour les Canadiens et les Canadiennes

## PRINCIPES TRANSVERSAUX

- Aborder l'équité en matière de santé
- Appliquer une approche axée sur la personne
- Différencier les types de diabète
- Soutenir l'innovation
- Promouvoir le leadership, la collaboration et l'échange d'information

## COMPOSANTES DU CADRE

Prévention

Gestion,  
traitement  
et soins

Recherche

Surveillance  
et collecte de  
données

Apprentissage  
et partage des  
connaissances

Accès aux  
dispositifs pour  
diabétique, aux  
médicaments  
et au soutien  
financier

## RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada. Gouvernement du Canada; 2017. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/diabete-canada-faits-saillants-systeme-surveillance-maladies-chroniques.html#fn2>.*
2. Infobase de la santé publique. *Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC). Agence de la santé publique du Canada. Disponible sur : <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=1&M=1>.*
3. Agence de la santé publique du Canada. *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national. Gouvernement du Canada; 2018. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-diabete-infographie.html>.*
4. Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres. Gouvernement du Canada; 2012. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete/informations-diabete.html>.*
5. Agence de la santé publique du Canada. *Obésité juvénile. Gouvernement du Canada; 2016. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/obesite-juvenile/obesite-juvenile.html>.*
6. Imperatore, G, Boyle, JP, Thompson, TJ et al. Projections of Type 1 and type 2 diabetes burden in the U.S. population aged <20 years through 2050 diabetes care. 2012; 35(12): 2515-2520. <https://doi.org/10.2337/dc12-0669> (*disponible en anglais seulement*).
7. Dean, HJ and Sellers, EAC. Children have type 2 diabetes too: an historical perspective. *Biochemistry and Cell Biology*. 2015, 93(5): 425-429. <https://doi.org/10.1139/bcb-2014-0152> (*disponible en anglais seulement*).
8. Wicklow B, Dart A, McKee J, Griffiths A, Malik S, et al. Experiences of First Nations adolescents living with type 2 diabetes: A focus group study. *CMAJ*. 2021; 193 (12) : E403-E409. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201685> (*disponible en anglais seulement*).
9. Schabert J, Browne JL, Mosely K, Speight J. Social stigma in diabetes : a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic. *Patient*. 2013; 6 (1) : 1-10. doi: 10.1007/s40271-012-0001-0. PMID: 23322536 (*disponible en anglais seulement*).
10. Liu NF, Brown AS, Folias AE, Younge MF, Guzman SJ, Close KL, Wood R. Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clin Diabetes*. 2017, 35 (1) : 27-34. doi : 10.2337/cd16-0020 (*disponible en anglais seulement*).
11. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 – Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. Gouvernement du Canada. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>.*

12. *Agence de la santé publique du Canada*. Votre guide sur le diabète. Gouvernement du Canada; 2014. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/votre-guide-diabete.html>.
13. *Agence de la santé publique du Canada*. Personnes susceptibles de présenter une forme grave de la maladie ou des complications si elles contractent la COVID-19. Gouvernement du Canada; 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/personnes-susceptibles-gravement-malades-contractent-covid-19.html>.
14. *Agence de la santé publique du Canada*. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. 2020. Gouvernement du Canada; 2020. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>.
15. *Agence de la santé publique du Canada*. Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres 2012. Gouvernement du Canada ; 2012. Disponible sur le site <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres.html>.
16. *Harris SB, Tompkins JW, TeHiwi B*. Call to action: A new path for improving diabetes care for Indigenous Peoples, a global review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017, 123:120-133. doi: 10.1016/j.diabres.2016.11.022. PMID: 28011411 (*disponible en anglais seulement*).
17. *Amed S, Dean HJ, Panagiotopoulos C, Sellers EAC, Hadjiyannakis S, Laubscher TA, et al*. Type 2 diabetes, medication-induced diabetes, and monogenic diabetes in Canadian children. *Diabetes Care*. 2010; 33(4):786–91 (*disponible en anglais seulement*).
18. *Agence de la santé publique du Canada*. Diabète de type 2. Gouvernement du Canada; 2019. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/diabete-type-2.html>.
19. *Agence de la santé publique du Canada*. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales (chapitre 6). Gouvernement du Canada; 2021. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-6.html>.
20. *Santé Canada*. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois. Gouvernement du Canada; 2015. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html>.
21. *Innovation, Sciences et Développement économique Canada*. Investir dans l'avenir du Canada : Consolider les bases de la recherche au pays. Gouvernement du Canada; 2017. Disponible sur : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2017/isde-ised/lu4-223-2017-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/isde-ised/lu4-223-2017-fra.pdf).

22. *Agence de la santé publique du Canada*. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2021. Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada 2021. Gouvernement du Canada; 2021. Disponible sur : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021/cpho-report-fra.pdf>.

23. *Gouvernement du Canada*. *Données des inégalités en santé*. Infobase de la santé publique. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (2010-2013). Disponible sur : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/?Edi=2022&Geo=00&Cat=14&Ind=320&Lif=9&Strat=52&MS=95>.

24. *Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés*. Utilisation des médicaments contre le diabète dans les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Gouvernement du Canada; 2016. Disponible sur : <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1244&lang=fr>.