

Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète

MARS 2007



TABLE DES MATIÈRES

- 8 Avant-propos
- 10 Sommaire
- 17 Chapitre un : Définitions des résultats de santé
- 21 Chapitre deux : Pourquoi se concentrer sur le diabète?
- 35 Chapitre trois : La prestation des soins aujourd'hui : comment l'améliorer?
- 49 Chapitre quatre : La prévention : qu'est-ce qui réussit?
- 57 Chapitre cinq : Où sont nos réussites?
- 67 Chapitre six : L'avenir
- 69 Remerciements
- 70 Aperçu du Conseil canadien de la santé

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Conseil canadien de la santé, agissant de sa seule autorité et non sous le contrôle ni la supervision de Santé Canada. Cette publication ne représente pas nécessairement les opinions de Santé Canada, ni celles d'un gouvernement provincial ou territorial.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416-481-7397
Télécopieur : 416-481-1381
90, avenue Eglinton est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
www.conseilcanadiendelasante.ca

Importance du renouvellement des soins de santé : Leçons du diabète

Mars 2007

ISBN 0-9780488-3-0

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie à condition que ce ne soit pas à des fins commerciales et que le Conseil canadien de la santé soit identifié comme l'auteur du rapport.

© 2007 Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

Notre système de santé subit actuellement des changements importants – des changements qui visent une amélioration de la qualité des soins de santé. La qualité des soins de santé peut avoir des répercussions profondes sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Les leçons que nous pouvons tirer du diabète – l’une des nombreuses maladies chroniques dont souffrent les Canadiens – nous montrent en termes très humains pourquoi cette transformation est si importante et nous indiquent si les changements progressent comme voulu jusqu’à présent. Qu’avons-nous appris?





CLINIQUE

LEÇON 1

La manière dont les soins de santé primaires sont fournis actuellement laisse trop de diabétiques dans une position de vulnérabilité face à de graves complications qui pourraient être évitées. Modifier la conception du traditionnel cabinet de médecine familiale – pour faire place aux équipes, à la technologie et aux autres outils de changement – contribuera à une meilleure prestation des soins de santé et à un meilleur état de santé pour les Canadiens.

Environ un Canadien sur 20 est atteint de diabète de type 2, maladie en grande partie évitable, mais qui frappe de plus en plus d'enfants et d'adultes. Trois quarts des diabétiques sont atteints d'autres maladies chroniques, comme les maladies du cœur et la dépression. Le diabète réduit l'espérance de vie ainsi que le nombre d'années durant lesquelles les personnes peuvent vivre en santé.

Les recherches montrent que quand les diabétiques obtiennent de meilleurs soins de santé, ils courent moins le risque de complications graves. Le système de santé au Canada doit cesser de reposer sur une approche qui consiste à « trouver le problème et le rectifier », pour arriver à une approche qui consiste à « prévenir, trouver, gérer » – afin de mieux arrêter la vague montante des maladies chroniques.

LEÇON 2

Parmi les tendances de la recrudescence du diabète, il faut mentionner les inégalités troublantes dont souffrent certains groupes de Canadiens. Ces inégalités pourraient encore empirer si nous n'investissons pas davantage dans les soins préventifs pour les personnes à haut risque de diabète.

Les risques de diabète sont beaucoup plus prononcés chez les Canadiens à faible revenu, chez les Autochtones et chez certains groupes ethniques. Les programmes de dépistage peuvent identifier les personnes à haut risque de diabète et permettre de leur apporter les renseignements, les services et les soins nécessaires pour prévenir ou pour retarder le déclenchement de la maladie. Mais encore faut-il que ces programmes et ces services soient en place.





LEÇON 3

Au Canada, le potentiel inexploité de prévenir les maladies chroniques est considérable. Il a fallu plus d'une génération pour voir de réels changements en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme. Nous pouvons lutter de même pour promouvoir la vie saine et l'activité physique. Mais cela exigera des mesures d'action soutenues à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du cadre traditionnel du système de santé.

Après 12 ans d'efforts assidus, le Kahnawake Schools Diabetes Prevention Program a réussi à freiner la recrudescence persistante de l'incidence du diabète au sein de cette collectivité des Premières nations, près de Montréal. Des programmes réussis constituent des modèles à adopter pour effectuer des changements à grande échelle à la fois pour la prévention et pour le traitement des maladies chroniques comme le diabète.

AVANT-PROPOS

Dans ce rapport, qui est le premier d'une série sur les résultats de santé, nous montrons que le renouvellement des soins de santé peut avoir des retombées profondes, pratiques – et positives – sur la santé et sur la qualité de vie des Canadiens atteints de maladies chroniques comme le diabète. En mesurant et surveillant les résultats de santé, nous pouvons mieux comprendre où et comment notre pays doit agir.



9 Pour faciliter la transformation du système de santé dont les Canadiens dépendent, et qu'ils financent, le gouvernement fédéral s'est engagé à allouer plus de 70 milliards de dollars dans le cadre des accords conclus en 2003 et 2004 avec les provinces et les territoires. Le Conseil canadien de la santé a reçu pour mandat de surveiller les progrès de cette transformation et de faire des rapports sur la santé à la fois individuelle et collective des Canadiens, ainsi que sur la viabilité du système. Dans ce rapport, qui est le premier d'une série sur les résultats de santé, nous montrons que le renouvellement des soins de santé peut avoir des retombées profondes, pratiques – et positives – sur la santé et sur la qualité de vie des Canadiens atteints de maladies chroniques comme le diabète de type 2. Les analyses du système de santé sont souvent axées avant tout sur les coûts financiers. Dans ce rapport, nous commençons à voir en termes très humains pourquoi le renouvellement des soins de santé est si important.

La recrudescence prévue des maladies chroniques pourrait coûter cher au système de santé et porter atteinte à la qualité de vie des personnes qui souffrent de problèmes de santé multiples et de celles qui appartiennent à des catégories socioéconomiques moins favorisées. Ces réalités impérieuses ont incité le Conseil à prendre le diabète de type 2 comme exemple afin de montrer comment les changements apportés au système de santé et aux politiques de santé peuvent améliorer les résultats de santé. Ce rapport souligne aussi que des influences déterminantes externes au système traditionnel de santé – revenus, facteurs sociaux et environnements physiques, par exemple – interviennent dans les défis complexes que posent la prévention et la réduction des maladies chroniques.

Les preuves données dans ce rapport sur l'étendue des maladies chroniques et sur la qualité actuelle des soins au Canada devraient nous inciter à marquer un temps d'arrêt. Mais plus encore, elles devraient nous pousser à agir. Les gouvernements, les gestionnaires de la santé et les prestataires de services, tous les Canadiens et Canadiennes devraient recourir à tous les moyens d'action disponibles pour réduire dès à présent l'envergure des maladies chroniques. Et surtout, il faut réorganiser et revitaliser le secteur des soins de santé primaires pour que la responsabilité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies fasse intégralement partie de notre processus de soins primaires. Il faut aussi mettre en place des outils appropriés, comme les systèmes d'information et les dossiers de santé électroniques. Ce sont là des engagements que les premiers ministres ont pris dans le cadre des accords sur la santé de 2003 et 2004.

Dans son récent rapport annuel de surveillance, le Conseil canadien de la santé a signalé que, même si les gouvernements mettent actuellement en place des modèles de services en équipes ou de collaboratifs dans leurs systèmes de soins de santé

primaires, bien peu de Canadiens constatent une différence concrète dans l'expérience qu'ils ont des soins de santé primaires. La plupart des Canadiens n'ont toujours pas accès à des équipes vraiment interprofessionnelles. De plus, l'usage des dossiers de santé électroniques pour les patients et des systèmes électroniques d'aide à la décision fondée sur des données probantes pour les cliniciens n'est toujours pas très répandu. Ceci est particulièrement troublant pour les personnes atteintes de maladies chroniques multiples qui ont besoin de services très divers, allant de la prévention au traitement en passant par l'éducation et le soutien en matière de vie saine, pour prévenir ou retarder les complications évitables. Avec une restructuration de notre système de soins de santé primaires, les personnes atteintes du diabète de type 2 pourront probablement mieux préserver leur vue, éviter les amputations et prévenir les crises cardiaques.

Ce rapport fait une mise en garde à propos des soins assurés aux personnes atteintes de maladies chroniques au Canada, mais il met aussi en lumière les projets et les services exemplaires de soins de santé de qualité qui sont fournis aux diabétiques – et qui améliorent les résultats de santé, ainsi que la qualité de vie. Ainsi, dans une des Premières nations Mohawk au Québec et dans plusieurs réseaux collaboratifs sur les côtes Est et Ouest du pays, des collectivités de prestataires, d'individus, de gestionnaires et de planificateurs des politiques de santé ont de solides résultats à présenter pour montrer les changements qu'ils sont déterminés à apporter.

La prévention et la gestion des maladies chroniques présentent un défi immense pour notre système de soins de santé. Évaluer et surveiller les résultats de santé nous aident à mieux comprendre où et comment nous devons agir. L'étude que nous avons faite d'une maladie chronique toujours plus répandue et toujours plus problématique a révélé ce qui se passe quand les progrès du renouvellement des soins de santé ralentissent, quand les efforts diminuent, ou quand les engagements se relâchent. Mais elle nous a aussi permis de constater ce qui se passe quand les engagements sont respectés, quand l'élan est maintenu, et quand nous comprenons les liens qui existent entre la santé et les soins de santé, de sorte à pouvoir passer à l'action.

Jeanne Besner, IA, Ph.D.

Présidente, Conseil canadien de la santé

SOMMAIRE

Pourquoi faire rapport sur les résultats de santé? Lorsqu'ils ont défini le rôle du Conseil canadien de la santé, les premiers ministres au Canada lui ont confié la tâche de présenter des rapports sur les résultats de santé, pour surveiller les répercussions des changements apportés à notre système de santé. Ce rapport marque le lancement d'une série de publications qui contribueront au respect de cet aspect de notre mandat.



11

Comment définir les *résultats de santé*? Ce sont des mesures de l'efficacité de notre système de santé et des répercussions des politiques publiques sur la santé. Un exemple de résultats de santé pourrait être le nombre de Canadiens atteints du diabète dont le taux de glycémie et la pression artérielle s'améliorent à la suite des services offerts par des équipes de soins de santé. Un autre exemple pourrait être le nombre de Canadiens qui arrêtent de fumer à cause d'une politique exigeant que les paquets de cigarettes portent un avertissement sur les effets nocifs du tabac pour la santé.

Le système de santé au Canada est en pleine évolution. Une série d'accords conclus entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont décidé de l'orientation de ce changement. Nous devons aller vers des soins de santé primaires offerts par des équipes formées de divers professionnels de la santé; vers une technologie de l'information qui rationalise le flux d'information vitale pour les patients et pour leurs prestataires de soins; vers la prévention des maladies chroniques; et vers un soutien aux patients atteints de maladies chroniques pour qu'ils puissent avoir la meilleure qualité de vie possible.

Dans ce rapport, le Conseil canadien de la santé espère montrer pourquoi les changements envisagés par les accords sont importants pour tous les Canadiens. Ils sont importants parce que les changements apportés au fonctionnement du système de santé peuvent modifier les résultats de santé. Ils sont importants aussi parce qu'ils présentent le potentiel d'améliorer la santé des Canadiens et de renforcer la viabilité de notre système de santé.

Ce rapport considère les rôles de quatre groupes d'intervenants dans le système de santé : les responsables des orientations politiques; les gestionnaires du système de santé; les prestataires de soins de santé; et les individus, les familles et les collectivités. L'influence de ces quatre groupes se fait sentir sur les points suivants :

- > ce que les gens savent de leur santé et de la prévention des maladies;
- > comment et quand les gens cherchent à obtenir des soins de santé;
- > dans quelle mesure les soins de santé répondent adéquatement aux besoins des gens;
- > dans quelle mesure les individus, les familles et les collectivités sont habilités à gérer leur propre santé; et
- > dans quel état de santé vivent les gens.

Nous avons étudié les éléments de recherche et nous avons conclu que le Canada doit considérer deux perspectives pour prendre des mesures d'action en ce qui concerne les résultats de santé : *une perspective de santé de la population*, pour promouvoir la santé et réduire les risques de maladie parmi les Canadiens en général et plus particulièrement parmi les personnes vulnérables; et *une perspective de services de santé*, pour garantir que le système de santé reflète les connaissances les plus avancées et

réponde adéquatement aux besoins des Canadiens. Étant donné que le mandat du Conseil est de surveiller le renouvellement des soins de santé au Canada, et d'en rendre compte, ce rapport considère la situation surtout à travers le prisme des services de santé, mais souligne que l'amélioration des résultats de santé pour les Canadiens exigera aussi une approche fondée sur la santé de la population de sorte à influencer sur certains des déterminants les plus importants de la santé au pays.

Pourquoi se concentrer sur le diabète?

Afin de mieux voir si le renouvellement des soins de santé contribue à l'amélioration des résultats de santé pour les Canadiens, nous avons décidé de nous concentrer sur les leçons que nous pourrions tirer de l'étude des soins de santé et de la prévention des maladies chroniques, et plus particulièrement du diabète de type 2.

Près d'un Canadien sur trois souffre de maladies chroniques, et le diabète, maladie en grande partie évitable, est en recrudescence.

Au moins 1,3 million de Canadiens sont atteints du diabète, soit près de cinq pour cent de la population, contre trois pour cent seulement il y a dix ans. Les experts estiment qu'au moins cinq pour cent d'adultes au Canada ont du diabète ou du prédiabète (trouble précurseur), mais l'ignorent, et la prévalence des personnes atteintes du diabète est donc probablement encore plus élevée. De plus, les enfants canadiens sont sans cesse plus touchés par le diabète de type 2, précédemment considéré comme une maladie d'adultes et de personnes âgées. Si les tendances se confirment – population inactive, en surpoids et vieillissante, à quoi il faut ajouter 60 000 nouveaux cas de diabète diagnostiqués chaque année, selon les estimations – le nombre de Canadiens diagnostiqués diabétiques devrait presque doubler d'ici 2016, pour atteindre 2,4 millions, soit une progression bien supérieure à l'essor démographique.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 90 pour cent des cas de diabète pourraient être évités si les gens s'alimentaient sainement, faisaient régulièrement de l'exercice et s'abstenaient de fumer. Ces mêmes efforts permettraient aussi de prévenir d'autres maladies chroniques, comme les maladies du cœur, qui résultent des mêmes facteurs de risque. Il ne faut donc pas s'étonner que plus d'un tiers des Canadiens souffrant de maladies chroniques soient atteints de maladies chroniques multiples.

Trois quarts des Canadiens diabétiques sont atteints d'autres maladies chroniques, et beaucoup d'entre eux souffrent aussi de complications graves mais évitables.

Le diabète, qui est l'une des causes premières de mortalité au Canada, réduit l'espérance de vie et diminue le nombre d'années durant lesquelles les personnes peuvent vivre en bonne santé. Le diabète attaque les vaisseaux sanguins et les nerfs, ce qui peut

12

entraîner des maladies du cœur, des insuffisances rénales, des amputations et la cécité. Mais ces résultats sont évitables. La qualité des soins que reçoivent de nos jours les diabétiques les aide beaucoup à éviter de futurs troubles de santé connexes.

Les inégalités dans les résultats de santé au Canada sont évidentes en ce qui concerne les maladies chroniques, et le diabète en particulier.

Les Autochtones et les personnes à faible revenu au Canada sont particulièrement à risque d'avoir diverses maladies chroniques, y compris du diabète. Selon leur groupe d'âge, les adultes autochtones courent de deux à huit fois plus le risque d'être atteints du diabète que le reste de la population canadienne en général, et la prévalence des complications graves connexes au diabète, comme les insuffisances rénales, les amputations des pieds, les maladies cardiaques et les maladies infectieuses, est plus forte parmi eux. Dans ce rapport, le Conseil canadien de la santé présente une initiative mise en place dans le Nord du Manitoba – Island Lake Regional Renal Health Program – élaborée en raison des pourcentages élevés d'insuffisances rénales parmi les Autochtones d'une région éloignée. Nous étudions aussi un programme de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake grâce auquel un frein a finalement été mis, après 12 ans d'efforts soutenus, à la recrudescence constante de l'incidence du diabète dans cette collectivité mohawk près de Montréal.

Saisir le lien entre la richesse et la santé est également fondamental pour comprendre comment influencer sur les résultats de santé. Les Canadiens les plus pauvres courent près de trois fois plus le risque d'être atteints de maladies chroniques multiples, dont le diabète, que les Canadiens les plus riches, et le pourcentage diminue constamment à mesure que le revenu familial augmente.

Certains groupes ethniques de plus en plus représentés dans la mosaïque canadienne – personnes d'origine sud-asiatique, asiatique, latino-américaine et africaine – sont très frappés par le diabète. En Ontario, un projet novateur lancé par le London's InterCommunity Health Centre, appelé Latin American Diabetes Program, permet actuellement d'améliorer les résultats de santé pour les immigrants diabétiques en luttant contre les facteurs socioéconomiques complexes (langue, culture et revenu) qui peuvent les empêcher d'accéder aux services généraux de santé et d'en bénéficier.

Le diabète constitue un lourd fardeau aussi bien pour la santé que pour l'économie au Canada.

Globalement parlant, et selon les estimations, les maladies chroniques coûtent 80 milliards de dollars à l'économie canadienne chaque année. Le coût des soins à apporter au nombre grandissant de Canadiens diabétiques devrait s'envoler au cours de la prochaine décennie, en raison de la prévalence accrue du diabète et de ses complications chez les Canadiens. Les personnes atteintes du diabète et de trois maladies chroniques ou plus utilisent les services de santé au moins trois à quatre fois plus intensivement que la moyenne nationale. Le fait que notre système de santé soit au service des gens qui en ont besoin est un facteur positif, mais les répercussions des coûts associés à cette escalade de la demande de soins de santé complexes sont énormes.

Mais il y a de bonnes nouvelles : les preuves montrent clairement que les diabétiques auront besoin de moins de soins intensifs à l'avenir s'ils reçoivent dès à présent les soins voulus.

Comment fournir dès aujourd'hui les soins voulus, et comment les améliorer?

Le Conseil canadien de la santé a passé en revue des recherches faites au Canada et ailleurs dans le monde sur la qualité des soins assurés aux personnes atteintes du diabète et d'autres maladies chroniques. Nous avons découvert qu'en dépit d'efforts considérables et de bonnes intentions relativement à la prestation des soins de santé au Canada, la manière dont ces soins sont offerts laisse un trop grand nombre de gens atteints de maladies chroniques dans un état de vulnérabilité face aux complications évitables. Seulement la moitié des médecins de famille au Canada estiment que leur cabinet de médecine est bien préparé à s'occuper de patients souffrant de maladies chroniques multiples, soit la plus faible proportion parmi les sept pays qui ont participé au sondage. Il y a un fossé entre le nombre de procédures et de tests de laboratoire recommandés par les experts, et le nombre de procédures et de tests de laboratoire réellement effectués. Il y a aussi un fossé entre les mauvais résultats obtenus aux tests de laboratoire et les mesures d'action prises en conséquence.



13 Les résultats ci-dessous se retrouvent uniformément dans les études internationales, nationales, provinciales et régionales faites au Canada :

- > **Moins de la moitié des Canadiens atteints du diabète** obtiennent tous les tests de laboratoire et examens recommandés par les experts pour surveiller le taux de glycémie, la pression artérielle, le taux de cholestérol, le fonctionnement des reins, les troubles de la vue et les problèmes de pieds. Pourtant, les recherches montrent que si les diabétiques bénéficient de meilleurs soins préventifs, leur santé s'améliore par rapport à ceux qui n'en bénéficient pas. Ainsi, les diabétiques qui font davantage les examens et les tests de laboratoire recommandés ont moins besoin d'être admis à l'hôpital. Ailleurs dans le monde, il existe des systèmes de santé publique où la majorité des diabétiques (jusqu'à 80 pour cent) font tous les examens et tous les tests de laboratoire recommandés. Il n'y a aucune raison pour que le Canada ne parvienne pas à offrir au moins une qualité équivalente.
- > **Faire tous les examens et tous les tests de laboratoire recommandés** ne veut pas forcément dire consulter plus souvent les médecins. Les recherches effectuées sur les soins de santé offerts à 20 000 diabétiques en Colombie-Britannique ont montré que, quel que soit le nombre de leurs visites chez leur médecin, 50 pour cent au plus des diabétiques font tous les tests recommandés pour le taux de glycémie, le fonctionnement des reins et les troubles de la vue – et que cette qualité de soins atteignait un plateau après environ cinq consultations chez le médecin. Nous avons probablement besoin de plus de prestataires de soins de santé – ou, tout au moins, de prestataires de services de santé appropriés – pour de multiples raisons, mais un plus grand recours aux services ne suffira pas à lui seul à améliorer les résultats de santé. Ce qui compte le plus, c'est ce qui se passe durant les consultations chez le médecin. Les preuves qui ressortent des recherches effectuées en Colombie-Britannique montrent bien combien il importe de modifier la manière dont les services sont assurés.
- > **Les Canadiens atteints du diabète** semblent mal maîtriser les principaux facteurs de risque qui mènent à des complications. Ainsi, plus de la moitié des Canadiens diabétiques ont des troubles cardiovasculaires et la moitié ont des problèmes de glycémie – or, ce sont là des troubles qu'on peut enrayer si les prestataires de santé offrent les soins recommandés. Les recherches prouvent clairement que même de petites améliorations de la pression

artérielle, du taux de cholestérol et de la glycémie peuvent considérablement réduire les risques de crise cardiaque, d'insuffisance rénale, de troubles de la vue, et même la mortalité. Il n'y a aucune raison que le Canada ne puisse pas apporter des améliorations au moins modérées à la qualité des soins de santé – pour le plus grand avantage des Canadiens en termes de santé.

- > **Les recherches médicales ont déterminé qu'il existe deux méthodes** toutes les deux très efficaces, prises individuellement ou conjointement pour aider les diabétiques à éviter les complications. Les médications peuvent contrôler le taux de glycémie et les troubles cardiovasculaires, tandis que des changements de mode de vie menant à une alimentation plus saine et à une activité physique plus grande peuvent entraîner une perte de poids, ainsi qu'une amélioration du taux de glycémie, du taux de cholestérol et de la pression artérielle. Pourtant, la consommation de médicaments efficaces contre le diabète est faible au Canada, surtout pour les combinaisons de médicaments recommandées aux diabétiques souffrant de maladies du cœur ou de troubles artériels. Les auteurs d'une évaluation nationale des soins aux diabétiques au Canada ont conclu ceci : « Les méthodes actuelles de traitement ne sont pas suffisamment intensives pour une grande partie des patients, surtout pour ceux qui sont atteints depuis longtemps de cette maladie. »
- > **Près de 80 pour cent des médecins de famille** conseillent à leurs patients diabétiques de mieux s'alimenter et d'être physiquement plus actifs, mais seulement environ la moitié dirigent leurs patients vers des services plus actifs de soutien, comme des services de counseling en nutrition ou en conditionnement physique. Parmi les obstacles cités par les médecins figurent le manque de temps, le manque d'information et le manque d'accès à des services appropriés au sein de la collectivité. Les prestataires des soins de santé et les gestionnaires du système de santé peuvent faire davantage pour aider les patients à relever les défis que posent les changements de modes de vie, afin d'éviter les complications résultant du diabète, mais les politiques publiques (p. ex., promotion de l'alimentation saine chez les familles à faible revenu et dans les collectivités éloignées au Canada) exercent aussi une influence critique.



Quand les diabétiques bénéficient davantage des soins recommandés, la santé des patients et les coûts des soins y gagnent. Alors, à quoi devrions-nous consacrer nos efforts pour améliorer la santé et les résultats de santé des Canadiens souffrant de maladies chroniques comme le diabète?

Les équipes interprofessionnelles et les gestionnaires de cas permettent d'améliorer la qualité des soins.

La preuve est claire que, quand les soins de santé sont assurés par des équipes composées de professionnels comme des infirmières, des pharmaciens, des nutritionnistes et des médecins, les diabétiques peuvent mieux maîtriser leur taux de glycémie, par exemple. Les équipes interprofessionnelles – formées de divers professionnels qui participent tous activement aux soins – peuvent obtenir de meilleurs résultats de santé pour leurs patients. Ces équipes sont d'autant mieux capables d'assurer des soins de qualité aux gens atteints de maladies chroniques qu'elles comprennent un gestionnaire de cas, c'est-à-dire une personne qui coordonne les soins pour les individus. En vertu des accords sur la santé de 2003 et de 2004, les premiers ministres au Canada ont déclaré que 50 pour cent des Canadiens devraient avoir accès à des équipes de soins de santé primaires d'ici 2011. Mais comme le Conseil canadien de la santé l'a décrit dans son rapport annuel, paru en février 2007, *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?*, les progrès en vue de cet objectif modeste restent trop lents. Très peu de Canadiens ont régulièrement accès à des équipes de professionnels de la santé quand ils ont besoin de soins de santé. Le fait que les diabétiques soient en mauvaise santé au Canada est l'un des résultats de cette situation.

La technologie de l'information aide les équipes de santé interprofessionnelles à exceller dans leur travail – elle aide aussi les gestionnaires du système de santé et les responsables des orientations politiques à savoir comment améliorer les résultats de santé.

Les dossiers de santé électroniques et les autres systèmes d'information sur la santé sont des outils essentiels pour améliorer la qualité des soins. Ils peuvent faire une différence pour la santé des patients de multiples manières : en rappelant aux prestataires de soins et aux patients quand un suivi doit se faire, en réduisant

le nombre d'erreurs médicales, et en fournissant des données qui permettent d'évaluer si les changements apportés au système de soins mènent à une amélioration des résultats de santé. Mais seulement un médecin de famille sur cinq au Canada dispose de systèmes électroniques pour les soins aux patients, soit le plus faible pourcentage parmi 11 pays qui ont récemment fait l'objet d'une analyse comparative sur plusieurs aspects des soins de santé. En outre, la plupart des systèmes en place au Canada produisent uniquement un dossier de santé électronique partiel. On peut réserver un voyage et payer ses factures électroniquement, au Canada, mais la plupart des dossiers de soins de santé sont encore des dossiers papier.

Les collaboratifs constituent un excellent processus pour stimuler les changements dans la prestation des soins de santé.

Plusieurs provinces ont mis en place un processus appelé *collaboratifs* pour améliorer la qualité des soins aux patients atteints de maladies chroniques. Un collaboratif réunit des prestataires de soins de santé et des gestionnaires du système de santé, pour qu'ils puissent déterminer ensemble des objectifs visant à ce que les soins aux patients soient plus proches des lignes directrices recommandées par les experts (l'évaluation se faisant par exemple grâce au pourcentage de diabétiques qui parviennent à avoir un taux de glycémie et une santé cardiovasculaire recommandés). Les membres de ces équipes ont accès à des séances d'apprentissage et disposent de ressources comme les systèmes électroniques qui les aident à suivre l'échéancier approprié des soins et d'évaluer les progrès des patients, collectivement. Ce processus peut être stimulé par des incitations financières faites pour encourager les prestataires de soins de santé à modifier la manière dont ils traitent leurs patients. Mais seulement 44 pour cent des médecins de famille au Canada

La preuve est claire que, quand les soins de santé sont assurés par des équipes composées de professionnels comme des infirmières, des pharmaciens, des nutritionnistes et des médecins, les diabétiques peuvent mieux maîtriser leur taux de glycémie, par exemple.

15 déclarent qu'ils ont été formés à des méthodes et à des ressources d'amélioration de la qualité des soins, et un pourcentage encore moindre bénéficie d'incitations financières pour gérer les soins aux patients atteints de maladies chroniques – résultats bien faibles dans une étude comparative internationale des soins de santé primaires.

Dans ce rapport, le Conseil canadien de la santé présente des collaboratifs qui ont obtenu des résultats impressionnants en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. Il décrit aussi comment Terre-Neuve-et-Labrador a récemment adopté ce modèle. Un plus grand nombre de patients obtiennent les tests de laboratoire et les médicaments appropriés, un plus grand nombre de patients ont un meilleur taux de glycémie et une meilleure pression artérielle, et un nombre moindre de patients sont admis à l'hôpital. Les collaboratifs semblent aussi rentables financièrement : la Colombie-Britannique a constaté que les coûts par patient s'en trouvent réduits, globalement, pour les soins aux diabétiques.

Prévention : qu'est-ce qui réussit?

Si un nombre grandissant de Canadiens continuent de contracter le diabète, les gains que nous pourrions réaliser en améliorant les résultats de santé des gens souffrant déjà de diabète seront annulés par la recrudescence de patients qui auront besoin de soins. C'est pourquoi, même si nous devons aider les diabétiques, nous devons également tourner nos efforts vers la prévention des maladies chroniques, dès à présent. Certes, nous pouvons améliorer les résultats de santé pour les Canadiens qui sont diabétiques, mais nous pouvons aussi arrêter l'avancée de cette épidémie.

Plusieurs thèmes clés sont ressortis de notre étude des recherches et des initiatives actuelles de prévention des maladies chroniques.

- > **Un dépistage ciblé peut non seulement identifier les diabétiques** encore non diagnostiqués, mais aussi les personnes atteintes de prédiabète, trouble précurseur indiquant qu'elles sont à haut risque de diabète. Un dépistage précoce offre d'excellentes possibilités d'arrêter ou de retarder le déclenchement

de la maladie, en s'assurant que les patients obtiennent les soins appropriés. Le dépistage des groupes ethniques à haut risque au Canada (Autochtones, Sud-Asiatiques, Latino-Américains, entre autres) est l'un des secteurs où nous devons investir davantage.

- > **Changer de modes de vie est sans doute difficile** mais cela donne des résultats. Et cela permet de prévenir de nombreuses maladies chroniques, pas simplement le diabète. Deux études majeures ont montré qu'avec une perte de poids modeste (environ 4 kg) sur une période de trois à six ans, près de 60 pour cent des personnes à haut risque de diabète pouvaient éviter ou retarder le déclenchement de la maladie.
- > **Aider les gens à faire de tels changements exige** des mesures d'action soutenues et coordonnées sur de nombreux fronts, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé et des activités traditionnelles de promotion de la santé. Les mesures d'action doivent s'étendre au-delà des frontières habituelles des soins de santé, pour atteindre le domaine des politiques, par exemple celles qui s'appliquent au type d'aliments accessibles dans les collectivités et à l'intensité de l'activité physique dans la vie quotidienne des individus. De nombreux efforts sont déployés au Canada pour favoriser des stratégies de vie saine. Certaines initiatives – comme le programme ActNow BC, décrit dans notre rapport – définissent des objectifs clairs, intègrent les activités en faisant appel aux différents ministères gouvernementaux, et rallient l'énergie des programmes communautaires. D'autres sont moins exhaustives. Dans l'ensemble, les efforts faits au Canada sont encourageants, mais tout cela ne devrait être considéré que comme un commencement.



RECOMMANDATIONS

Nos services de santé ont évolué vers une orientation qui consiste « à dépister le problème et à le rectifier », ce qui peut convenir pour les troubles de santé à court terme, mais pas pour les besoins complexes et continus des patients atteints de maladies chroniques. Cette approche est fragmentée, désuète et les soins qui en résultent ne sont pas satisfaisants.

Une transformation majeure – vers une approche qui consiste à « prévenir, dépister et gérer » les problèmes guide les efforts actuels de renouvellement de soins de santé au Canada. Ce rapport contribue à montrer la valeur de cette transformation, en termes humains. Le renouvellement des soins de santé présente le potentiel d'arrêter le déferlement de la vague de Canadiens qui contractent des maladies chroniques et de préserver la viabilité de notre système de santé pour l'avenir. Les premiers ministres ont eu raison de prendre des engagements envers la transformation du système de santé au Canada. Et la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a conclu que les Canadiens comprenaient et appuyaient l'importance de mieux coordonner les soins de santé primaires, de mieux leur donner un aspect interprofessionnel et de mieux les axer sur la prévention des maladies. Nous ne saurions trop souligner combien il est important de ne pas perdre de vue ces engagements et combien il est nécessaire d'accélérer le rythme des changements. Nous incitons les responsables des orientations politiques, les gestionnaires du système de santé et les prestataires de soins de santé à travailler en collaboration, avec les Canadiens, pour arriver à cet objectif. Voici nos recommandations :

1. Modifier l'organisation et la prestation des soins de santé aux patients atteints de maladies chroniques comme le diabète.

En d'autres mots, nous devons accélérer le renouvellement des soins de santé primaires. Les éléments essentiels à cette transformation comprennent la création rapide et la mise en place ciblée des éléments suivants :

- > équipes interprofessionnelles, avec gestionnaires de cas;
- > dossiers de santé électroniques et autres systèmes d'information électroniques;
- > systèmes de soutien aux patients pour les aider à gérer efficacement leur santé et à réduire les risques de complications; et
- > méthodes probantes d'améliorer la qualité des soins, notamment élaboration d'objectifs en collaboration, attribution d'incitations financières aux prestataires, rétroaction régulière aux prestataires et aux patients sur leurs progrès dans les changements.

Modifier la conception du traditionnel cabinet de médecine familiale – pour faire place aux équipes, à la technologie et aux autres outils de changement – permettra d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients atteints de maladies chroniques et contribuera à promouvoir l'obtention de meilleurs résultats de santé.

2. Assurer de meilleurs soins de santé aux populations à haut risque.

Pour cela, il faudra recourir à des services qui permettent de déterminer quelles sont les personnes à risque, afin de les aider à prévenir les maladies chroniques, à gérer leurs troubles de santé et à éviter les complications. Les inégalités troublantes dans la

prévalence du diabète et des autres maladies chroniques chez les Autochtones du Canada, certains groupes ethniques à haut risque et les familles à faible revenu, ne sont pas un fait de la vie que nous devons tout simplement accepter. La manière d'élaborer les politiques publiques et de fournir les soins de santé peut faire une différence. En tant que pays, nous devons nous donner des objectifs précis pour améliorer la santé et les résultats de santé, aussi bien pour l'ensemble de la population que pour les groupes vulnérables, et rendre compte publiquement des progrès effectués.

Les programmes qui permettent avec succès d'identifier les personnes à haut risque et d'éliminer les obstacles à la prestation des soins et à la prévention des maladies constituent des modèles que nous devrions adopter de manière généralisée. Nous décrivons trois de ces programmes : Kahnawake Schools Diabetes Prevention Program au Québec; Latin American Diabetes Program à London en Ontario; et Island Lake Regional Renal Health au Manitoba.

3. Coordonner des mesures d'action soutenues pour la prévention.

La prévention donne des résultats. Pour promouvoir des modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, il faut une combinaison stratégique de politiques publiques, de soins cliniques ciblés et toute une gamme de campagnes communautaires visant à inciter les gens à modifier leur comportement sur les plans de l'alimentation et de l'exercice physique. Ceci ne sera pas une mince tâche. Même avec les efforts massifs qui ont été faits pour lutter contre l'usage du tabac, il a fallu plus d'une génération pour voir apparaître de vrais changements de comportement. Face à l'épidémie menaçante du diabète, le Canada a un besoin sans précédent d'investissements publics dans la prévention. Ces investissements doivent être judicieux, créatifs, collectifs et soutenus. Ils doivent faire bonne place aux éléments suivants :

- > coordination entre les ministères gouvernementaux;
- > changement à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé, pour influencer les systèmes sociaux dont dépendent nos modes de vie;
- > reconnaissance des rôles de l'industrie, des services communautaires, des individus et de leur famille;
- > recherche continue pour montrer ce qui donne des résultats, ce qui n'en donne pas, et pourquoi; et
- > passage de projets pilotes à des actions de transformation du système, une fois que ces projets ont montré qu'ils donnaient des résultats.

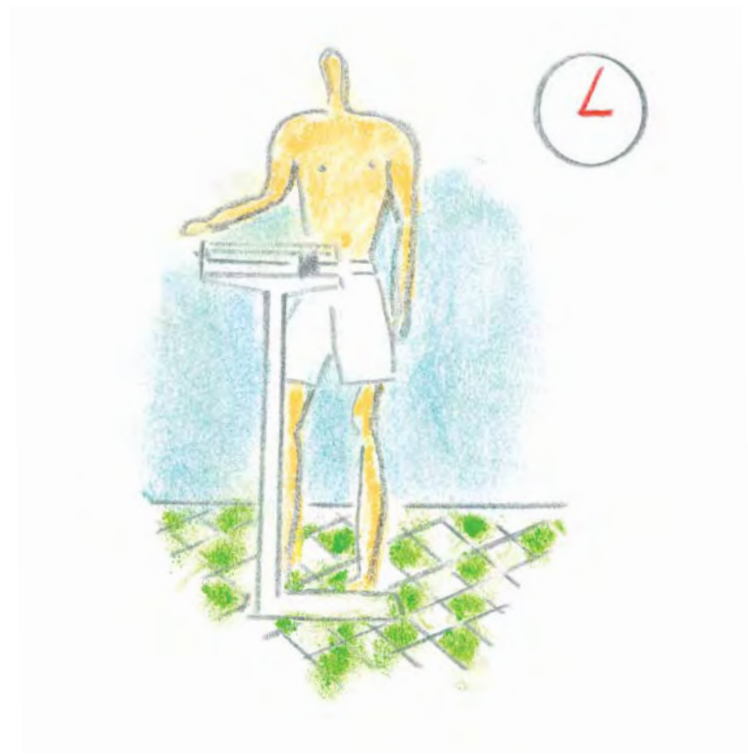
Les conclusions auxquelles nous sommes arrivés après nos recherches en vue de ce rapport sont préoccupantes : les soins que reçoivent les Canadiens atteints du diabète ne sont tout simplement pas suffisants, et le potentiel non exploité de prévention au pays est considérable. Faute d'attention et d'action, les tendances actuelles mèneront à une augmentation fulgurante du nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques. La vision de renouvellement des soins de santé et de promotion de la vie saine qu'ont les premiers ministres s'inscrit dans la lignée de ces besoins. Le temps est venu maintenant de concrétiser cette vision.

DÉFINITION DES RÉSULTATS DE SANTÉ

Comment le système de soins de santé influe-t-il sur notre santé?

Les résultats de santé sont un moyen de mesurer l'efficacité des soins ainsi que les répercussions des politiques publiques qui influencent la santé.

1



Les résultats de santé permettent de mesurer l'état de santé et de maladie des Canadiens, à la suite de leur utilisation du système de soins de santé, et en fonction des programmes et des politiques qui influent sur leur santé et leur bien-être. Ainsi, le nombre de Canadiens atteints du diabète dont le taux de glycémie et la pression artérielle s'améliorent à cause des services offerts par des équipes de soins de santé constitue un résultat de santé. Un autre exemple pourrait être le nombre de Canadiens qui arrêtent de fumer après avoir participé à un programme de désaccoutumance du tabac, ou à cause d'une politique exigeant que les paquets de cigarettes portent un avertissement sur les effets nocifs du tabac pour la santé. Les résultats de santé sont donc les résultats que nous obtenons dans le domaine de la santé grâce aux services, aux programmes et aux politiques sur la santé. Ils reflètent l'efficacité de notre système de soins de santé, ainsi que les répercussions des politiques publiques.

Ce rapport est le premier d'une série d'analyses dans lesquelles le Conseil canadien de la santé examinera les résultats de santé, en tant qu'indicateurs de l'efficacité de notre système de santé et de la rapidité des progrès de renouvellement des soins de santé. Modifier le fonctionnement de notre système de santé peut modifier les résultats de santé – tout comme peut le faire la modification des politiques publiques qui influent sur les autres déterminants de la santé. Les niveaux de santé et les schémas de maladie chez les Canadiens témoignent des caractéristiques et des comportements des individus. À ceci viennent s'ajouter les contextes communautaires, les historiques, ainsi que l'accessibilité et l'utilisation des services de santé. La santé des individus est clairement marquée par leurs traits (par exemple, constitution génétique, sexe et âge), leurs comportements et leurs modes de vie. Les contextes jouent un rôle important aussi – les milieux physiques, sociaux et économiques influencent la santé des individus et jouent sur la répartition des niveaux de santé au sein de la population. Les expériences vécues interviennent grandement elles aussi – ainsi, les expériences de l'enfance et de l'adolescence ont des répercussions sur la santé tout au long de la vie, de même que des facteurs comme l'éducation, l'emploi et le revenu. Enfin, l'accès aux services de santé et la qualité des soins importent – les services devraient contribuer à prévenir les maladies aiguës ou chroniques, à réduire la durée des maladies et le risque de complications.

Selon les normes internationales, les Canadiens sont en assez bonne santé. Ainsi, l'espérance moyenne de vie à la naissance, au Canada, est de près de 80 ans – soit un peu plus que la moyenne globale des 30 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.¹ Mais tous les groupes de notre pays ne sont pas également en bonne santé. De nos jours, un Canadien sur trois souffre au moins d'une des sept maladies chroniques les plus courantes, et les tendances des facteurs de risque pour ces maladies montrent que le nombre de malades ne fera qu'augmenter. Comme indiqué au chapitre 2, où nous examinons de près le diabète en tant qu'exemple de maladie chronique en progression, les inégalités de santé liées au revenu et à la race sont particulièrement troublantes.

Le Conseil canadien de la santé croit que si les individus prennent en main la responsabilité de leur santé et si les gestionnaires et les prestataires de services publics modifient l'organisation et la prestation des services de santé, la santé de notre population y gagnera et la maladie perdra du terrain. Orienter le renouvellement des soins de santé dans cette direction, avec fermeté, contribuera aussi à assurer la viabilité de notre système de santé au Canada.

Dans ce rapport, le Conseil canadien de la santé explore les leçons à tirer de la prestation des soins de santé et de la prévention en matière de diabète, exemple retenu de maladies chroniques, pour améliorer les résultats de santé. Nous considérons les rôles de quatre groupes d'intervenants dans le système de santé pour illustrer l'état actuel des résultats de santé des personnes atteintes de maladies chroniques au Canada et pour définir des options d'amélioration des résultats de santé.

Ces quatre groupes d'intervenants sont les suivants :

- > responsables des orientations politiques;
- > gestionnaires du système de santé;
- > prestataires de soins de santé; et
- > individus, familles et collectivités.

Dans ce rapport, le mot diabète fait référence au diabète de type 2, qui est en grande partie évitable, mais qui frappe un Canadien sur 20.

Chacun de ces groupes a le potentiel d'améliorer les résultats de santé pour les Canadiens. D'autres groupes influencent aussi la santé et le bien-être des Canadiens, par exemple les employeurs et les organismes non gouvernementaux, mais nous nous concentrerons sur ces quatre groupes principaux dans ce rapport.

Les responsables des orientations politiques comprennent les responsables politiques, les fonctionnaires des ministères gouvernementaux, les dirigeants des autorités sanitaires régionales et des organismes de réglementation, et les membres des conseils d'administration des établissements de santé. Ces responsables prennent des décisions qui influent sur les milieux dans lesquels vivent les Canadiens. En appliquant ces décisions, les responsables des orientations politiques exercent une influence directe sur les facteurs sociaux et économiques importants pour la santé des Canadiens, ainsi que sur les milieux où travaillent les gestionnaires du système de santé et les prestataires de soins de santé. Ainsi, les décisions et les règlements des gouvernements jouent sur l'offre et sur la qualité de l'alimentation santé, des médicaments, des loisirs publics, de la garde d'enfants, des programmes d'éducation à la santé et de promotion de la santé, et les soins de santé. Les gouvernements exercent aussi une influence puissante sur la nature et sur la rapidité du renouvellement des soins de santé, dont dépendent l'accès aux soins et la qualité des soins.

Les gestionnaires du système de santé sont les administrateurs des autorités sanitaires régionales, des hôpitaux, des unités de santé publique et des centres de santé communautaire. Tous jouent un rôle dans les résultats de santé en planifiant, concevant et surveillant les services, les programmes et les projets publics. Par leurs actions et par leurs décisions, ces gestionnaires influencent l'accès aux soins de santé nécessaires, le volume et le type de services assurés au pays, et l'expérience vécue par les personnes quand elles bénéficient de ces services.

Chaque jour, des milliers de **prestataires de soins de santé** au Canada influencent directement les résultats de santé pour les patients par la manière dont ils fournissent leurs services. Leurs décisions et leurs actions ont des répercussions sur l'accès aux services, sur le volume et le type de services assurés, et sur la qualité de l'expérience vécue par les personnes quand elles bénéficient de ces services.



QUALITÉ DES SOINS

Dans ce rapport, le Conseil fait souvent référence à la *qualité des soins*. Voici ce que signifie cette expression : faire ce qu'il faut, quand il faut, comme il faut, pour la bonne personne. La qualité des soins peut être évaluée de diverses manières, par exemple :

- > Quelle expérience les gens ont-ils des soins de santé?
- > Les soins de santé sont-ils coordonnés tout au long de leur durée?
- > Les soins de santé sont-ils sûrs?
- > Les soins de santé correspondent-ils aux directives recommandées par les experts?
- > Dans quelle mesure les soins de santé parviennent-ils à prévenir les maladies évitables?
- > Les soins de santé sont-ils efficaces?
- > La prestation des soins de santé est-elle rentable?

Les individus, les familles et les collectivités jouent un rôle crucial dans l'évolution de la santé des Canadiens. Il existe des facteurs qui ont une influence sur la santé des individus, mais que ces individus ne peuvent pas du tout changer, comme leur âge et leur composition génétique, et des facteurs qu'ils peuvent difficilement changer, comme leur revenu ou leur lieu d'habitation. Mais il y a aussi des facteurs que les Canadiens peuvent changer chaque jour, pour modifier l'orientation de leur santé et celle de leur famille et collectivité, à condition de disposer de bons renseignements et d'un bon appui. Chaque jour, les gens prennent des décisions et manifestent des comportements qui jouent sur leur santé, sur celle de leur famille et de leur collectivité. Les collectivités et les réseaux sociaux que celles-ci comprennent influencent également la santé des individus et des familles.

En fin de compte, tous ces groupes contribuent à déterminer les niveaux de santé et les schémas de maladie au Canada, ainsi que la viabilité de notre système de santé. Par exemple, l'influence de ces quatre groupes se fait sentir sur les points suivants :

- > ce que les gens savent de leur santé et de la prévention des maladies;
- > comment et quand les gens cherchent à obtenir des soins de santé;
- > dans quelle mesure les individus, les familles et les collectivités sont habilités à gérer leur propre santé; et
- > dans quel état de santé vivent les gens.

Il semble que pour améliorer les résultats de santé pour tous les Canadiens, il faut s'attaquer aux problèmes sous deux angles au moins. Nous devons lutter contre les inégalités qui résultent de facteurs sociaux et économiques jouant sur la santé (angle de la santé de la population). De plus, nous devons nous assurer que des services de santé appropriés, de haute qualité, sont également assurés à tous (angle des services de santé). En évaluant et en surveillant les résultats de santé, nous pourrions mieux comprendre dans quels domaines nous devons agir et comment.

Référence

1 Organisation de coopération et de développement économiques (2006). Données sur la santé de 2006, OCDE – Données fréquemment demandées : état de santé (mortalité) – espérance de vie à la naissance, femmes, hommes et ensemble de la population [fichiers Excel; données de 2003]. www.oecd.org.

Chaque jour, des milliers de **prestataires de soins de santé** au Canada influencent directement les résultats de santé pour les patients par la manière dont ils offrent leurs services. Leurs décisions et leurs actions ont des répercussions sur l'accès aux services, sur le volume et le type de services assurés, et sur la qualité de l'expérience vécue.

POURQUOI SE CONCENTRER SUR LE DIABÈTE?

Le diabète et les maladies chroniques connexes sont en recrudescence, en raison du vieillissement, du manque d'activité et du surpoids de la population. Les maladies chroniques frappent près d'un Canadien sur trois.

2



Le Conseil canadien de la santé a été chargé de rendre compte des progrès sur le renouvellement des soins de santé au Canada et de faire savoir si ce renouvellement contribue à l'amélioration des résultats de santé pour les Canadiens. Pour mieux comprendre le système, nous avons choisi de nous concentrer sur les maladies chroniques – et plus particulièrement sur le diabète de type 2. Nous avons fait ce choix pour quatre raisons essentielles :

1. Près d'un Canadien sur trois souffre de maladies chroniques, et le diabète, maladie en grande partie évitable, est en recrudescence. Au moins 1,3 million de Canadiens sont diabétiques, soit près de cinq pour cent de la population, contre trois pour cent seulement il y a dix ans. Face à la prévalence croissante du diabète de type 2 partout dans le monde, chez les enfants aussi bien que chez les adultes, l'Organisation mondiale de la Santé estime que 90 pour cent des cas pourraient être évités si les gens avaient une alimentation saine, faisaient régulièrement de l'exercice et s'abstenaient de fumer.

2. La plupart des diabétiques sont atteints d'autres maladies chroniques et beaucoup souffrent de complications graves mais évitables. Les problèmes de santé chroniques connexes, comme les maladies du cœur, les accidents cérébrovasculaires et la dépression, constituent le plus grand facteur de réduction de la qualité de vie des diabétiques. La qualité des soins de santé est d'une importance cruciale pour aider ces gens à éviter de telles complications.

3. Les inégalités dans les résultats de santé au Canada sont évidentes en ce qui concerne les maladies chroniques en général, et le diabète en particulier. Les collectivités autochtones et les Canadiens à faible revenu sont particulièrement vulnérables à diverses maladies chroniques, dont le diabète. Le nombre de cas de diabète est également élevé parmi certains groupes ethniques, comme les Sud-Asiatiques, les Latino-Américains et les personnes d'origine africaine.

4. Le diabète représente un lourd fardeau aussi bien pour la santé que pour l'économie au Canada. Le diabète, qui est l'une des premières causes de mortalité au Canada, raccourcit l'espérance de vie et réduit le nombre d'années durant lesquelles les personnes peuvent vivre en bonne santé. Selon les prévisions, le coût des soins à assurer au nombre toujours grandissant de Canadiens atteints de diabète va gonfler de près de 50 pour cent au cours de la prochaine décennie.

QU'APPELLE-T-ON TROUBLES DE SANTÉ CHRONIQUES ?

Les troubles chroniques évoluent en général lentement, sur de longues périodes; le plus souvent, ils ne sont pas guérissables. Un problème de santé chronique peut gravement réduire la capacité d'une personne à travailler, à faire des études ou à veiller à ses besoins quotidiens. Parmi les troubles chroniques, citons le diabète, l'asthme, la pression artérielle et les néphropathies (maladies des reins).

QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE ?

Il existe trois types de diabète.¹

- > **Le diabète de type 1** apparaît quand le pancréas produit peu ou pas d'insuline, hormone nécessaire pour transformer le sucre des aliments en énergie. Ce type de diabète commence généralement durant l'enfance ou l'adolescence. Environ 10 pour cent des personnes atteintes de diabète souffrent d'un diabète de type 1. Elles doivent prendre de l'insuline pour survivre.
- > **Le diabète de type 2**, qui est le plus courant et qui fait l'objet de notre rapport, se produit quand le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou quand le corps n'utilise pas à bon escient l'insuline produite. Ce type de diabète correspond à environ 90 pour cent des cas et il apparaît généralement à l'âge adulte, mais il est de plus en plus courant chez les enfants de groupes ethniques à haut risque (personnes d'origine autochtone,

hispanique, asiatique, sud-asiatique ou africaine). Le diabète de type 2 a des causes génétiques, mais il résulte aussi d'un manque d'alimentation saine et d'une trop grande inactivité physique.

- > **Le diabète gestationnel** est un problème de santé temporaire qui apparaît parfois chez les femmes enceintes, en raison d'un manque d'insuline, et qui disparaît après la naissance du bébé. Ce type de diabète se produit dans moins de quatre pour cent de toutes les grossesses. La mère et l'enfant courent tous deux un plus grand risque d'être atteints du diabète de type 2 plus tard dans la vie.

COMPLICATIONS DU DIABÈTE

- Selon les estimations, 40 pour cent des diabétiques finissent par avoir des complications à long terme, dont la plupart pourraient être retardées ou évitées.² Les complications les plus courantes du diabète sont les suivantes :^{3,4}
- > les maladies du cœur et les accidents cérébrovasculaires (les maladies du cœur sont la première cause de mortalité chez les diabétiques);
 - > les lésions rénales qui peuvent nécessiter une dialyse ou une greffe de rein (le diabète est la première cause d'insuffisance rénale au Canada);
 - > les lésions des vaisseaux sanguins des yeux qui peuvent provoquer des troubles de la vue ou la cécité (le diabète est la première cause de cécité chez les adultes au Canada); et
 - > les lésions des nerfs et la mauvaise circulation sanguine dans les mains et les pieds, ce qui peut freiner la guérison des blessures de la peau et nécessiter une amputation.

Les maladies chroniques, bien qu'en grande partie évitables, frappent près d'un Canadien sur trois.

Les répercussions des maladies chroniques sur les Canadiens et sur nos collectivités sont considérables. En 2005, plus de 30 pour cent des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré souffrir d'au moins une des sept maladies chroniques sélectionnées – et au moins un tiers d'entre eux souffraient de maladies chroniques multiples. La répartition différait selon la province et le territoire (Tableau 1).

Les maladies chroniques augmentent avec l'âge et elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.⁵ Les Autochtones^{6,7} et les Canadiens à faible revenu sont plus vulnérables aux maladies chroniques que le reste de la population. En 2005, 40 pour cent des Canadiens à faible revenu ont déclaré souffrir d'une maladie chronique ou plus, contre 27 pour cent des Canadiens à haut revenu. Les personnes ayant les plus faibles revenus courent trois fois plus le risque d'avoir deux maladies chroniques ou plus que les Canadiens ayant les plus hauts revenus, et les risques de maladies diminuent à mesure que les revenus augmentent (Tableau 2).

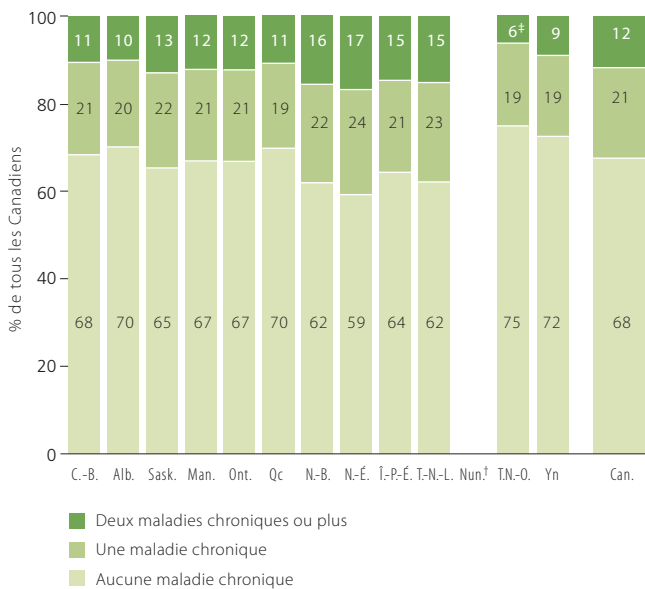
Le diabète, maladie chronique courante, est en recrudescence – en raison du vieillissement de la population, du manque d'activité physique et du surpoids.

Le nombre de cas de diabète est constamment à la hausse au Canada depuis dix ans. Près de cinq pour cent des Canadiens (soit 1,3 million) âgés de 12 ans et plus ont déclaré être diabétiques en 2005, contre trois pour cent dix ans plus tôt, en 1994-1995.⁸ Si les tendances actuelles se

confirment – population inactive, surpoids et vieillissement, avec 60 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année⁹ – le nombre de diabétiques devrait presque doubler au Canada pour atteindre 2,4 millions d'ici 2016 – soit une augmentation bien supérieure à celle qui pourrait correspondre à l'essor démographique général.¹⁰ Les cas de diabète sont également à la hausse chez les enfants canadiens.¹¹

Les chiffres varient selon la province et le territoire, allant d'un maximum de 6,8 pour cent à Terre-Neuve-et-Labrador à un minimum de 3,9 pour cent en Alberta (là où les estimations sont fiables). Ces chiffres sont bien différents de la moyenne nationale (Tableau 3).¹² Selon les experts, il faut ajouter à cela au moins cinq pour cent des adultes au Canada qui ont du diabète ou du prédiabète (précurseur du diabète) mais qui l'ignorent. Le diabète est donc probablement une maladie encore plus répandue que ne portent à le croire ces premiers pourcentages.^{13,14}

Dans l'ensemble du Canada, le pourcentage des diabétiques est plus élevé chez les hommes âgés de 65 ans et plus (17 pour cent) et légèrement moindre chez les femmes plus âgées (13 pour cent) (Tableau 9, page 29). Comme le risque de diabète augmente avec l'âge, les hausses régionales d'incidence de la maladie vont varier un peu partout au Canada, selon les différences d'essor démographique et de vieillissement de la population dans chaque province et territoire. D'après les prévisions, les augmentations les plus fortes se produiront en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario ainsi que dans les territoires, à la fois dans l'ensemble de leur population respective et dans la proportion des personnes âgées, et c'est donc là que devraient se produire les plus fortes augmentations d'incidence locale de diabète.¹⁰



TABEAU 1
De nombreux Canadiens ont plus d'une maladie chronique*.

Environ un Canadien sur trois déclare souffrir d'au moins une maladie chronique, et plus d'un tiers des personnes de ce groupe ont des troubles de santé chroniques multiples. Ce tableau montre le pourcentage des gens âgés de 12 ans et plus qui ont déclaré souffrir de maladies chroniques sélectionnées, dans un sondage effectué en 2005. Les proportions sont similaires dans toutes les provinces, mais légèrement plus élevées dans celles de l'Atlantique.

Le graphique présente une prévalence approximative pour les personnes de 12 ans et plus, non corrigée pour les différences d'âge ou de sexe dans chaque province ou territoire. Les données ayant été arrondies, le total peut ne pas correspondre à 100 %.

* Maladies chroniques sélectionnées : arthrite, hypertension, broncho-pneumopathie chronique obstructive, diabète, maladie cardiaque, cancer et troubles de l'humeur.

† Données non publiées. Chiffres trop faibles pour être fiables.

‡ À utiliser avec prudence. L'échantillon étant réduit, les données sont moins fiables.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Un petit nombre de risques évitables cause la plupart des maladies chroniques qui représentent un fardeau pour le monde, et ces risques sont de plus en plus courants au Canada.

De nombreux éléments contribuent à ce qu’une personne contracte une maladie chronique ou non, mais il est de plus en plus clair que les modes de vie (qui sont modifiables) jouent le tout premier rôle. Sept facteurs prédominants de risque pour la santé – pression artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, obésité, inactivité physique, excès d’alcool, tabagisme, régime alimentaire insuffisamment riche en fruits et légumes – sont les causes sous-jacentes de nombreuses maladies chroniques et de leurs complications.¹⁵ Souvent, les maladies chroniques se chevauchent ou s’additionnent, car elles ont en commun ces facteurs de risque. Ainsi, les personnes à risque de diabète sont typiquement à risque d’autres maladies chroniques, comme les maladies du cœur.

Selon les estimations de l’Organisation mondiale de la Santé, 90 pour cent des diabètes de type 2, 80 pour cent des insuffisances coronaires et 33 pour cent des cancers pourraient être évités grâce à une meilleure alimentation, une meilleure activité physique et une désaccoutumance du tabac.¹⁵ Au Canada, des sondages récents montrent qu’il y a tout un potentiel encore non exploité de prévention :

- > Près de 60 pour cent des Canadiens adultes ont un surpoids ou sont obèses.¹⁶ D’après des enquêtes sur l’indice de masse corporelle individuel (IMC, calculé en fonction de la grandeur et du poids d’une personne), près d’un adulte sur quatre est obèse (24 pour cent en 2005), soit une augmentation de 76 pour cent depuis la fin des années 1970.¹⁷

Plus d’un enfant canadien sur quatre, âgé de deux à 17 ans, a un surpoids ou est obèse – là aussi, une augmentation supérieure à 70 pour cent depuis la fin des années 1970. Les changements chez les adolescents sont encore plus dramatiques : les taux d’obésité pour les jeunes âgés de 12 à 17 ans ont triplé durant cette même époque (Tableau 4 et 5).¹⁸

- > Un mode de vie sédentaire est lié à l’obésité. En 2004, les probabilités de surpoids étaient deux fois plus élevées chez les enfants âgés de 6 à 11 ans qui passaient plus de deux heures par jour devant un écran (ordinateur, console de jeu, télévision) que chez les enfants du même âge qui passaient une heure ou moins par jour devant un écran. De même, plus d’un tiers des jeunes âgés de 12 à 17 ans qui passaient 30 heures ou plus par semaine devant un écran avaient un surpoids ou étaient obèses, contre un quart des jeunes qui passaient moins de 10 heures par semaine devant un écran.¹⁸ Globalement, près de la moitié des Canadiens âgés de 12 ans et plus (47 pour cent) ont déclaré être physiquement inactifs en 2005 (Tableau 6).
- > En 2005, 53 pour cent des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré manger des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour (Tableau 7). Les adultes et les jeunes qui mangent des fruits et des légumes moins de trois fois et cinq fois par jour, respectivement, courent plus de risques d’être obèses que ceux qui mangent des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus.^{17, 18}

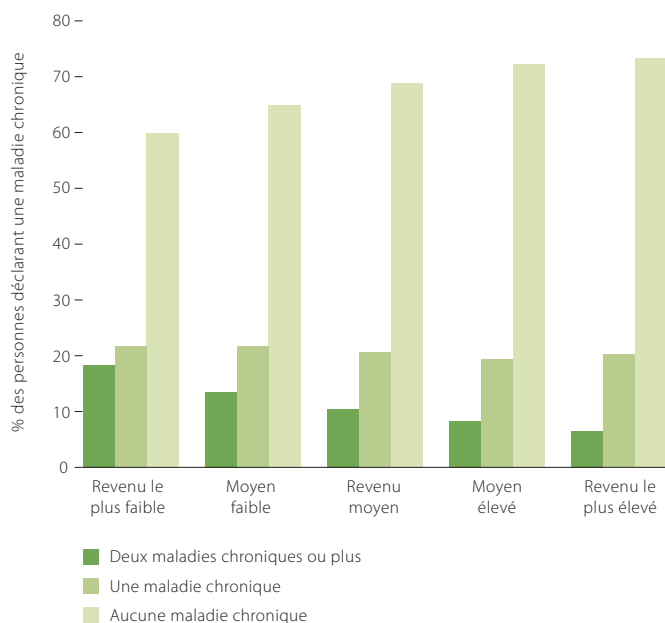


TABLEAU 2

Santé et richesse : les Canadiens à faible revenu ont plus de maladies chroniques*.

Les Canadiens à faible revenu sont beaucoup plus vulnérables aux maladies chroniques multiples que les Canadiens à haut revenu. Les risques de maladies diminuent à mesure que les revenus augmentent. Ce tableau montre le pourcentage de Canadiens âgés de 12 ans et plus qui ont déclaré souffrir de maladies chroniques, dans un sondage effectué en 2005. La population est répartie selon le revenu en cinq groupes de même effectif, appelés quintiles.

Chaque ensemble de barres représente 1/5 des ménages canadiens.

Le graphique présente une prévalence approximative pour les personnes de 12 ans et plus, non corrigée pour les différences d’âge ou de sexe pour toutes les tranches de revenu.

* Maladies chroniques sélectionnées : arthrite, hypertension, broncho-pneumopathie chronique obstructive, diabète, maladie cardiaque, cancer et troubles de l’humeur.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

25 > Bien que le pourcentage des fumeurs soit en baisse, plus d'un Canadien sur cinq âgé de 12 ans et plus fume actuellement.¹⁹ Chez les diabétiques, une forte pression artérielle et le tabagisme augmentent considérablement les risques de complications, comme les maladies cardiovasculaires. Il faut noter que 60 pour cent des Canadiens atteints de diabète ont une pression artérielle élevée, et que 20 pour cent souffrent également de maladies cardiaques, selon un sondage effectué en 2005.¹²

Trois quarts des Canadiens atteints de diabète souffrent d'autres maladies chroniques.

En 2005, environ 74 pour cent des Canadiens âgés de 12 ans et plus qui disaient avoir du diabète indiquaient aussi souffrir d'une ou de plusieurs autres maladies chroniques (arthrite, pression artérielle élevée, maladie respiratoire obstructive, maladie cardiaque, cancer, troubles de l'humeur). Parmi elles, 36 pour cent souffraient d'une maladie chronique en plus de son diabète, et 38 pour cent souffraient de plusieurs maladies chroniques autres que le diabète. Environ un quart seulement souffrait uniquement de diabète. Les résultats de maladies chroniques multiples parmi les diabétiques étaient similaires dans toutes les provinces (Tableau 8).

Les diabétiques courent particulièrement le risque d'avoir des maladies du cœur – et d'en mourir. En 2005, plus de 20 pour cent des Canadiens atteints du diabète souffraient aussi de maladies du cœur, contre quatre pour cent seulement chez les non-diabétiques.¹² Environ 80 pour cent de tous les décès chez les diabétiques sont causés par des maladies

du cœur ou des accidents cérébrovasculaires.²⁰ Une étude faite en Ontario a montré que, en 1999, près d'un tiers de toutes les maladies du cœur et de tous les accidents cérébrovasculaires dans la province s'étaient produits chez des diabétiques, alors que les diabétiques représentaient moins de cinq pour cent de la population.²¹

Il ne faut pas s'étonner alors que les diabétiques disent être en moins bonne santé et avoir une moins bonne qualité de vie que les personnes non diabétiques.²² Et c'est le fardeau des maladies multiples qui contribue le plus à réduire la qualité de vie des diabétiques – même quand on considère d'autres facteurs comme leur âge et leur poids, la durée de leur diabète, leur consommation de tabac ou d'alcool, et la force de leurs liens avec leur collectivité. Notons aussi que la faiblesse des revenus (calculée en fonction du recours à l'aide sociale par les répondants, et de leurs possibilités de subvenir adéquatement à leurs besoins en alimentation) et le stress figuraient ensuite parmi les principaux facteurs de réduction de la qualité de la vie chez les diabétiques qui ont participé à cette recherche au Canada.²³

(SUITE À LA PAGE 28)

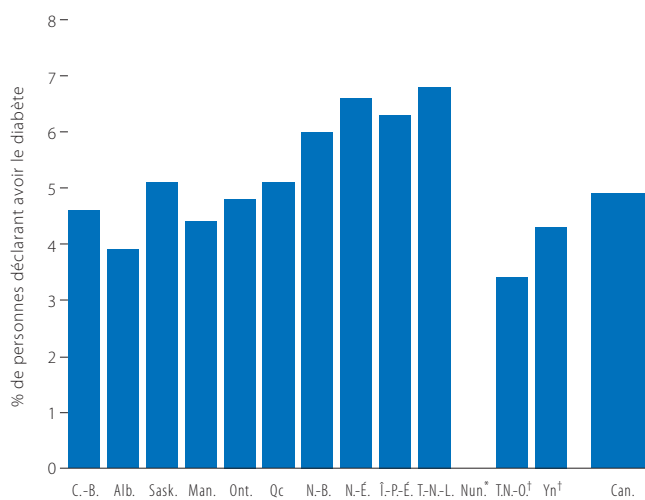


TABLEAU 3
Un Canadien sur 20 (5 %) a le diabète.

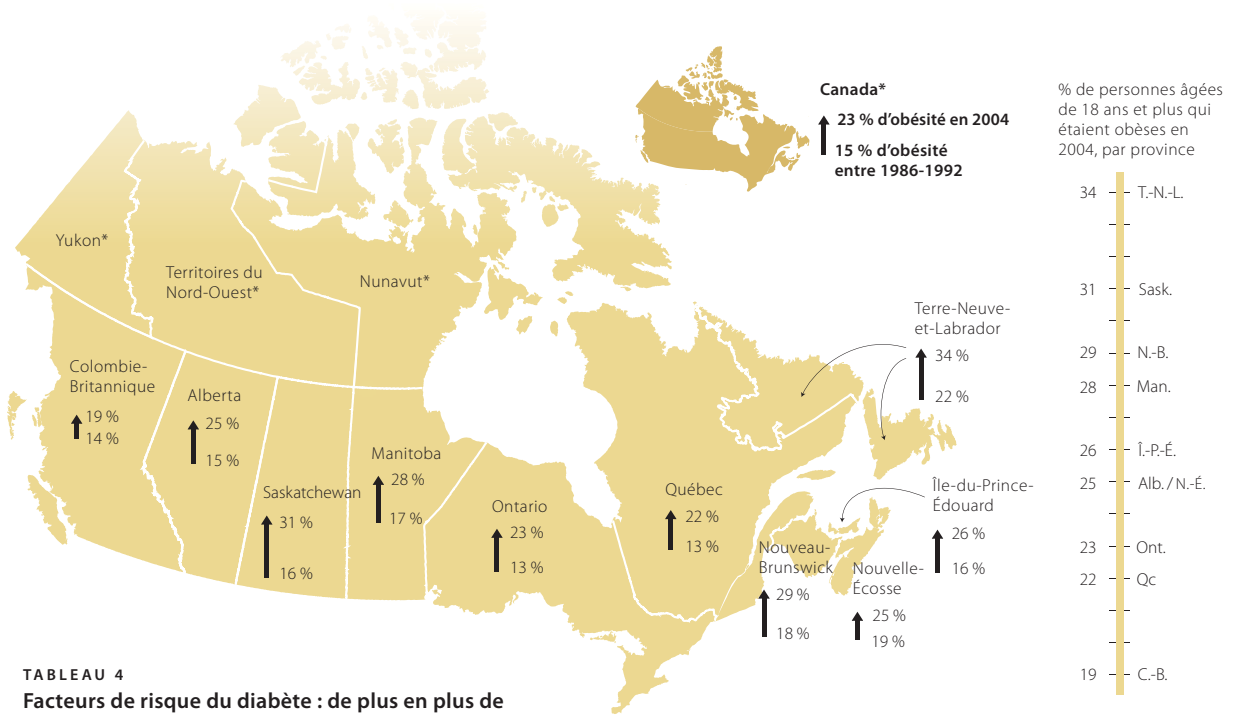
Globalement, au moins cinq pour cent des Canadiens souffrent de diabète. La proportion varie dans chaque province et territoire, les pourcentages les plus élevés étant dans la région de l'Atlantique, et les plus bas dans certaines des provinces de l'Ouest. Ce tableau montre le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir du diabète, dans un sondage effectué en 2005. Apparemment, le pourcentage de diabète est relativement faible au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, mais il faut interpréter avec prudence les données provenant des territoires en raison du nombre restreint de résidents qui ont participé au sondage dans le Nord.

Le graphique présente une prévalence approximative pour les personnes de 12 ans et plus, non corrigée pour les différences d'âge ou de sexe dans chaque province ou territoire.

* Données non publiées. Chiffres trop faibles pour être fiables.

† À utiliser avec prudence. L'échantillon étant réduit, les données sont moins fiables.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.



TABLÉAU 4
Facteurs de risque du diabète : de plus en plus de Canadiens sont obèses.

* Données non disponibles pour les territoires. Enquêtes menées entre 1986 et 1992 (âges 18 à 74 ans) selon la province, et pour toutes les provinces en 2004 (âges 18 et plus). Les cartes montrent une prévalence approximative, non corrigée pour les différences de structure d'âge et de sexe des provinces.

Source : Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986-1992; Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 2.2), 2004.

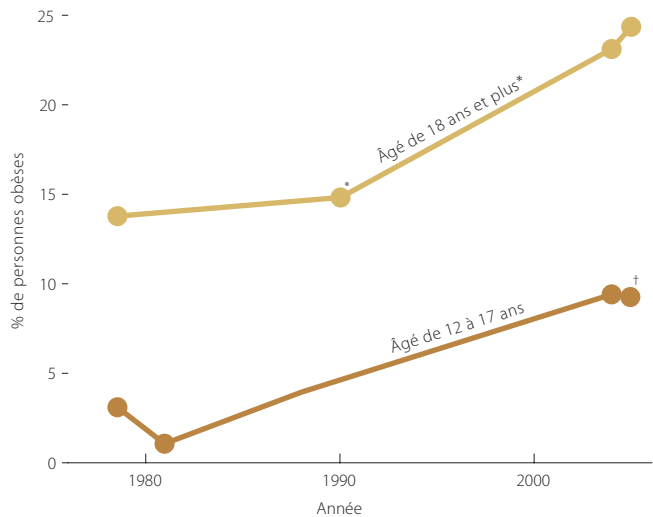
TABLÉAU 5
Facteurs de risque du diabète : l'obésité en augmentation chez les adultes et les adolescents.

* Données de 1986-1992; âge : de 18 à 74 seulement.

† À utiliser avec prudence. L'échantillon étant réduit, les données sont peu fiables.

On considère qu'un répondant est obèse quand l'indice de masse corporelle (IMC) est de 30 ou plus. Les territoires ne figurent pas dans ces données, sauf pour 2005.

Sources : Statistique Canada. Enquêtes santé Canada, 1978-1979 et Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 2.2), 2004 et (Cycle 3.1), 2005; Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. Enquête condition physique Canada, 1981 et Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada, 1988; Enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire, 1986-1992.



TABLÉAUX 4 ET 5

Plusieurs enquêtes canadiennes ont mesuré et pesé les personnes, au lieu de simplement leur demander quels sont leur taille et leur poids. La carte (Tableau 4) montre que le pourcentage des Canadiens considérés obèses – en fonction de leur poids, de leur taille et (pour les adolescents) de leur âge et de leur sexe – a augmenté dans toutes les provinces au cours des 20 dernières années. En 2004, de 19 pour cent à 34 pour cent des gens âgés de 18 ans et plus étaient obèses. Le graphique (Tableau 5) montre que près d'un adolescent sur dix était obèse en 2005, contre un tout petit nombre en 1978-1979, et que l'obésité est en forte recrudescence chez les adultes.

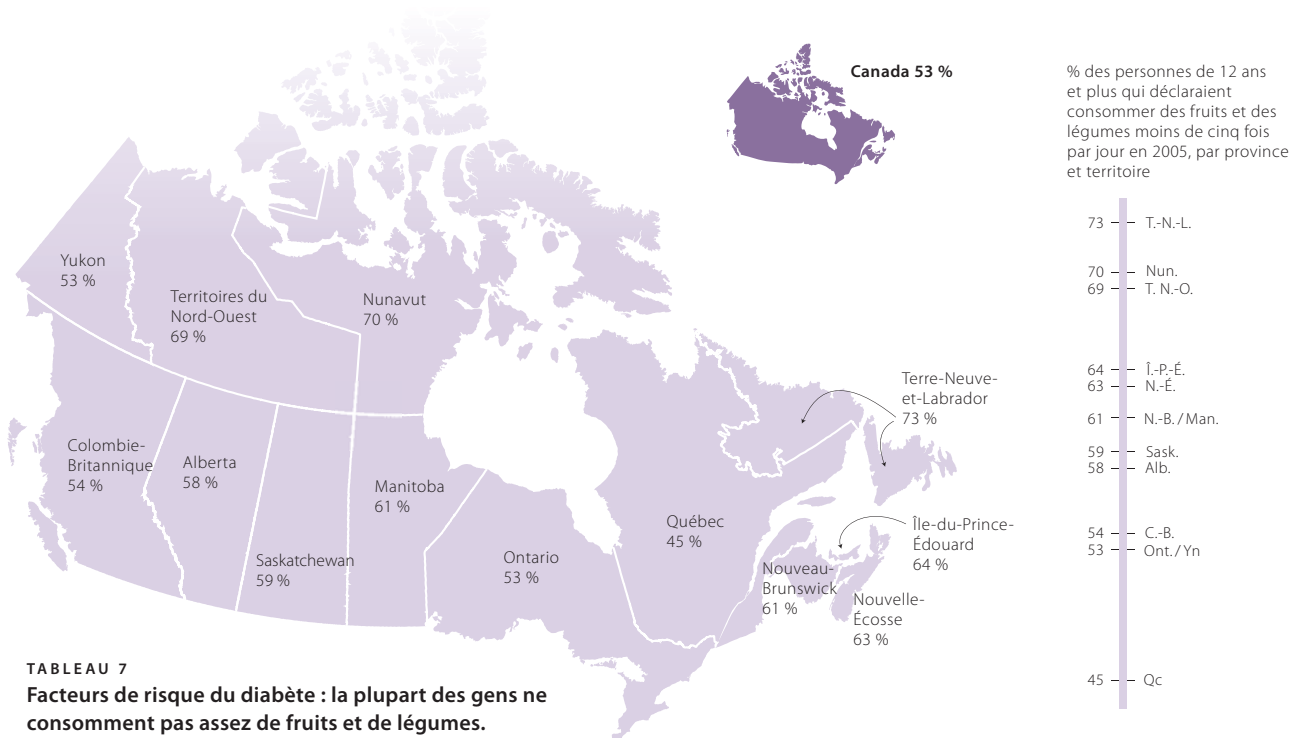


TABEAU 6
Facteurs de risque du diabète : près de la moitié des Canadiens ne sont pas assez actifs.

Près de la moitié (47 pour cent) des Canadiens âgés de 12 ans et plus peuvent être considérés physiquement inactifs, en fonction de la description qu'ils donnent de leurs activités à leurs heures de loisir, dans une enquête effectuée en 2005. Le poids a été intégré au calcul fait pour déterminer si ces personnes étaient actives, modérément actives ou inactives. La proportion de personnes considérées inactives variait, au pays, de 40 pour cent à 55 pour cent.

Les répondants (âgés de 12 ans et plus) étaient considérés inactifs en fonction de leur activité physique quotidienne moyenne au cours des trois derniers mois. On interrogeait les personnes sur la fréquence, la durée et l'intensité de leur activité physique pendant leurs loisirs en 2005. La carte montre une prévalence approximative, non corrigée pour la structure d'âge et de sexe des provinces et territoires.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.



TABEAU 7
Facteurs de risque du diabète : la plupart des gens ne consomment pas assez de fruits et de légumes.

Dans une enquête effectuée en 2005, plus de la moitié (53 pour cent) des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré manger des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour. Le pourcentage des gens dont l'alimentation n'était pas assez saine variait de 45 pour cent à 73 pour cent d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Cette carte montre le % de personnes (âgées de 12 ans et plus) qui déclaraient consommer des fruits et des légumes moins de cinq fois par jour au cours d'une enquête effectuée en 2005. La carte montre une prévalence approximative, non corrigée pour les différences dans la structure d'âge et de sexe de la province ou du territoire.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Les inégalités des résultats de santé au Canada sont évidentes dans le cas du diabète.

Les collectivités autochtones, les personnes à faible revenu et certains groupes ethniques au Canada sont tout particulièrement à risque de diabète; de plus, les complications sont plus fréquentes parmi les Autochtones.

Peuples autochtones (Premières nations, Inuits et Métis)

Selon leur groupe d'âge, les Autochtones courent de deux à huit fois plus le risque d'être atteints du diabète que l'ensemble de la population canadienne. De plus, les cas de diabète augmentent beaucoup plus rapidement chez les Premières nations, surtout chez les hommes âgés de 45 à 65 ans (Tableau 9). De 1997 à 2002, le pourcentage des hommes autochtones appartenant à ce groupe d'âge et atteints du diabète a presque doublé, alors que l'augmentation était modeste parmi les autres hommes canadiens de ce groupe d'âge.

Selon les estimations, 20 pour cent des adultes des Premières nations sont atteints du diabète; les pourcentages ont tendance à être les plus forts parmi les Autochtones qui vivent dans les réserves.²⁴ La prévalence du diabète (selon les données de 2001) est la plus forte parmi les membres des Premières nations, suivis par les Métis (six pour cent) et la moins forte chez les Inuits (2,3 pour cent)²⁵, bien que certains pourcentages plus élevés aient été signalés chez les Inuits dans certaines régions. Les experts estiment que le taux de diabète chez les Autochtones est de deux à trois fois plus élevé en réalité, car un grand nombre de cas ne sont pas diagnostiqués.²⁶ Les Autochtones du Canada sont aussi davantage atteints par les maladies du cœur que les personnes d'origine européenne.²⁷

Ces pourcentages plus élevés de maladies du cœur et de diabète sont attribués à une action réciproque entre le capital génétique et le milieu social. Divers facteurs de risque ont tendance à être plus élevés chez les Autochtones du Canada, par exemple le tabagisme, l'obésité, la pression artérielle élevée, le taux élevé de cholestérol, la tendance

génétique à prendre du poids, tout cela menant à des taux plus élevés de prédiabète, précurseur du diabète. Les taux d'emploi et les revenus dans les collectivités autochtones sont généralement bien inférieurs à la moyenne nationale, ce qui va de pair avec une plus grande prévalence des maladies du cœur et du diabète, ainsi que des facteurs de risque qui mènent à ces maladies.²⁷

Comparés aux autres Canadiens eux aussi atteints du diabète, les diabétiques autochtones sont en moins bonne santé. Pour presque tous les types de complications résultant du diabète, qui ont été évaluées lors d'une étude en 1999 (p. ex., crise cardiaque, amputation, dialyse rénale), les pourcentages étaient beaucoup plus élevés chez les Autochtones que chez les autres Canadiens (Tableau 10).

Bien que le diabète de type 2 apparaisse généralement à l'âge adulte, il frappe de plus en plus les enfants et les adolescents des Premières nations.²⁸ Cette tendance ne fait que renforcer les préoccupations quant à la santé à long terme des collectivités autochtones, où les taux de natalité sont généralement plus élevés que la moyenne canadienne.²⁹ Les jeunes qui contractent le diabète souffriront de cette maladie toute leur vie et ils auront probablement des complications quand ils deviendront jeunes adultes.

Communautés ethniques

Certains groupes ethniques au Canada – personnes d'origine sud-asiatique, asiatique, latino-américaine et africaine – sont à haut risque d'avoir du diabète.^{22, 30} Or, ces groupes constituent une proportion grandissante de la population canadienne, car 77 pour cent des immigrants récents (soit 1,4 million de personnes) arrivent maintenant de ces parties du monde. Les taux de diabète et de prédiabète sont plus élevés chez les Sud-Asiatiques – qui représentent 23 pour cent de cette population³¹ et qui constituent la

En 2005, plus de 20 pour cent des Canadiens atteints du diabète souffraient aussi de maladies du cœur, contre quatre pour cent seulement chez les non-diabétiques.

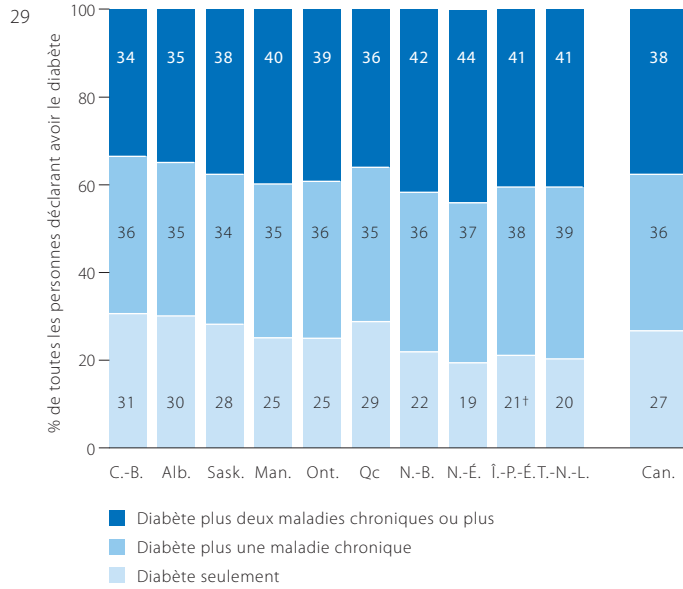


TABLEAU 8

La plupart des personnes atteintes du diabète ont d'autres maladies chroniques*.

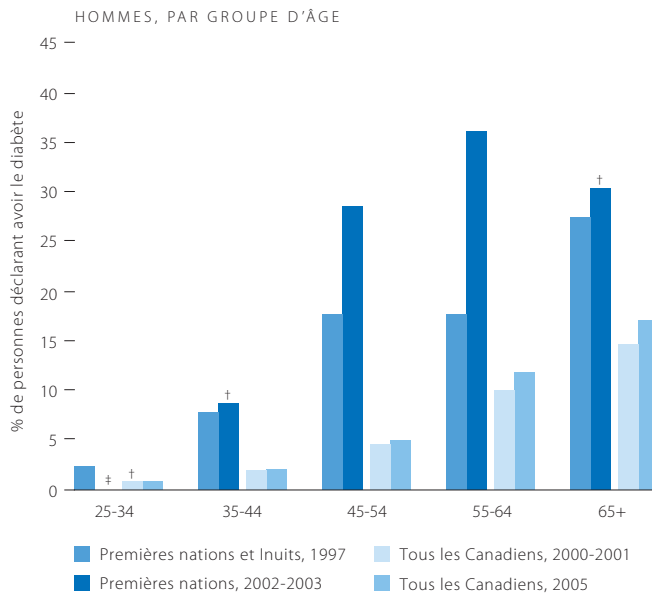
Les personnes atteintes du diabète ont généralement des besoins complexes de soins de santé. Ce graphique montre le pourcentage de Canadiens âgés de 12 ans et plus, atteints du diabète, qui ont déclaré souffrir d'autres maladies chroniques en 2005. Environ un quart souffrait uniquement du diabète, tandis que près de 40 pour cent souffraient d'au moins deux maladies chroniques en plus du diabète. Les proportions étaient similaires dans toutes les provinces. Les territoires n'ont pas été inclus dans ce graphique car le nombre de diabétiques interrogés dans le cadre de cette étude dans le Nord était trop petit pour recueillir des données fiables.

Le graphique montre une prévalence approximative pour les personnes âgées de 12 ans et plus, non corrigée selon les différences d'âge et de sexe de chaque province. Les données des territoires ont été exclues, les chiffres étant trop faibles pour être fiables. Les données ayant été arrondies, le total peut ne pas correspondre à 100.

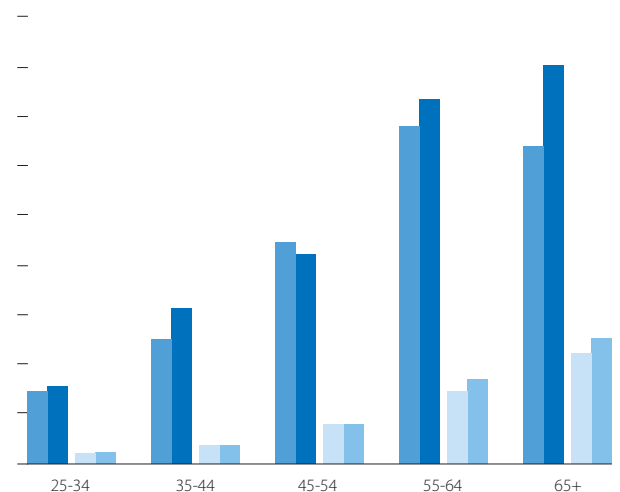
* Maladies sélectionnées : arthrite, hypertension, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie du cœur, cancer et troubles de l'humeur.
 † À utiliser avec prudence. Les échantillons étant réduits, les données sont moins fiables.
 Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

TABLEAU 9

Le diabète est plus courant, et en plus forte croissance, chez les personnes appartenant aux Premières nations.



FEMMES, PAR GROUPE D'ÂGE



Les probabilités de diabète sont de deux à huit fois plus grandes chez les Autochtones que chez les autres Canadiens, selon leur groupe d'âge. La plus forte hausse du nombre de cas diagnostiqués sur une période de cinq années (1997-2002) était pour les hommes autochtones âgés de 45 à 64 ans. Parmi les Autochtones plus âgés, hommes et femmes (55 ans et plus), plus d'une personne sur trois a déclaré être atteinte du diabète en 2002-2003, contre une sur dix seulement parmi les autres Canadiens plus âgés.

Les Premières nations comprennent principalement les personnes habitant sur une réserve. Les données de 1997 comprennent les Premières nations dans huit provinces et les Inuits du Labrador. Les données concernant tous les Canadiens comprennent les Inuits, les Métis et les Premières nations habitant hors d'une réserve.

Sources : adapté du Centre des Premières nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone (2005). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003 : Résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des collectivités des Premières nations. Ottawa : ONSA; et Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.1), 2000-2001 et (Cycle 3.1), 2005.

† À utiliser avec prudence. Les échantillons étant réduits, les données sont moins fiables.

‡ Données non publiées. Chiffres trop faibles pour être fiables.

deuxième grande minorité visible au Canada³² – que chez les autres Canadiens. La proportion des nouveaux cas de diabète diagnostiqués chaque année est également plus grande chez eux que chez les autres Canadiens. La prévalence des maladies cardiaques est aussi plus élevée chez les Sud-Asiatiques. Comme dans le cas des Autochtones, une action réciproque du capital génétique et de l’environnement entre probablement en jeu. Les taux des risques clés (tabac, obésité, pression artérielle élevée, taux élevé de cholestérol) sont inférieurs ou similaires chez les Sud-Asiatiques, comparés aux Européens, mais quand les Sud-Asiatiques adoptent un mode de vie avec une alimentation plus riche et une plus grande inactivité physique, ils ont tendance à prendre du poids, ce qui entraîne généralement des problèmes de glycémie, de diabète et de maladies du cœur parmi ces populations.^{30, 33}

Un dépistage effectué dans plusieurs villes canadiennes par le projet Global Village du London InterCommunity Health Centre en Ontario (décrit au chapitre 5) a révélé de hauts pourcentages de diabète et de prédiabète non diagnostiqués parmi les groupes ethniques. Le dépistage a été fait auprès de plus de 500 personnes originaires d’Amérique centrale et d’Amérique du Sud, de Chine,

d’Asie du Sud, ou d’origine afro-américaine, en milieu communautaire. Selon les estimations, les pourcentages de cas de diabète précédemment non diagnostiqués parmi les personnes d’origine chinoise et afro-américaine étaient de 26 pour cent et de 11 pour cent, respectivement, comparativement à deux pour cent pour le reste de la population canadienne. Les pourcentages de prédiabète étaient encore plus élevés chez les Chinois (33 pour cent) et les Sud-Asiatiques (16 pour cent).³⁴

Statut socioéconomique

Comme dans le cas des maladies chroniques en général (Tableau 2), les pourcentages de diabète ont tendance à augmenter à mesure que les revenus diminuent. Les Canadiens disposant de faible revenu courent presque trois fois plus le risque d’avoir du diabète que les Canadiens à haut revenu (7,6 pour cent, comparativement à 2,7 pour cent) et le pourcentage des diabétiques diminue régulièrement à mesure que le revenu familial augmente (Tableau 11). De plus, les personnes à faible revenu courent davantage le risque d’avoir d’autres maladies chroniques, en plus du diabète (données non indiquées).

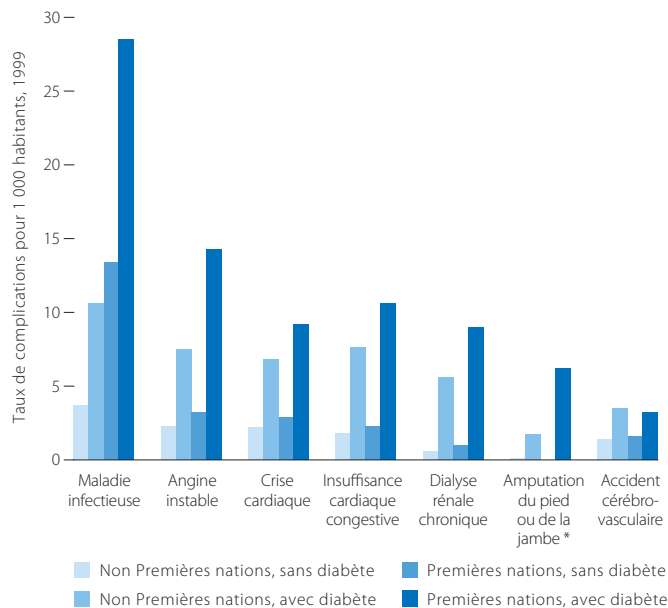


TABLEAU 10
Problèmes de santé des Ontariens avec et sans diabète – Les personnes appartenant aux Premières nations ont plus de complications liées au diabète.

Non seulement les taux de diabète sont plus élevés chez les Autochtones que chez les autres Canadiens, mais les complications résultant de cette maladie sont plus répandues chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Ce graphique compare les taux de complications chez les résidents ontariens en 1999. Les taux d’amputations et de maladies infectieuses étaient de deux à trois fois plus élevés chez les diabétiques autochtones que chez les diabétiques non autochtones. Le graphique montre également que les diabétiques, quelles que soient leurs origines ethniques, sont bien plus à risque pour toutes les maladies illustrées.

* Pas des suites d’une blessure

Données corrigées selon les différences de structure d’âge et de sexe pour les populations étudiées.

Source : adapté de Shah BR, Anand S, Zinman B, Duong-Hua M. Diabetes and First Nations People. Dans: Hux J, Booth G, Slaughter P, Laupacis A (éditeurs). (2003). Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences. www.ices.on.ca

Le diabète représente un fardeau grandissant, à la fois pour la santé et pour l'économie, au Canada.

Le diabète compte parmi les principales causes de mortalité au Canada,³⁵ et fait au moins 41 500 morts chaque année.³⁶ Le nombre de décès causés par le diabète est probablement plus élevé, car ces statistiques comprennent uniquement les décès dont la cause spécifique est le diabète. Il est donc possible que les décès résultant par exemple de crises cardiaques ou d'accidents cérébrovasculaires, où le diabète est une des causes sous-jacentes, ne soient pas compris dans ces données. Les adultes diabétiques courent deux fois plus le risque de mourir prématurément que les adultes non diabétiques. Le diabète de type 2 réduit de 5 à 13 ans l'espérance de vie (les estimations varient) et de 12 ans le nombre d'années durant lesquelles les gens peuvent vivre en bonne santé, comparativement aux non diabétiques.^{22, 36}

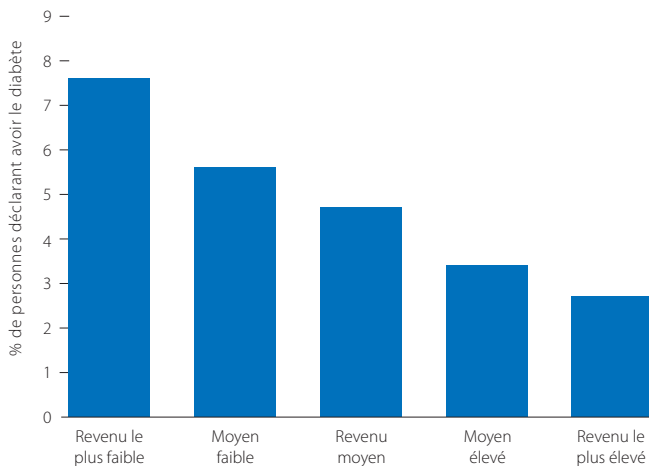
Les maladies, les incapacités et les décès résultant de maladies chroniques coûtent plus de 80 milliards de dollars chaque année à l'économie canadienne.³⁷ Le diabète contribue grandement, et toujours plus, à ces coûts. Les diabétiques ont bien davantage recours aux services de santé que le reste de la population en général (Tableau 12; voir aussi Tableau 10). Comparés à l'ensemble des Canadiens, les diabétiques :

- > tendent à être deux fois plus admis à l'hôpital ou en maison de soins infirmiers;
- > tendent à faire trois fois plus appel aux services de soins à domicile;
- > consultent deux fois plus les médecins et trois fois plus les infirmières.

Bien évidemment, les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques ont davantage recours aux services de santé. Ainsi, les 11 pour cent de diabétiques qui souffrent également de trois autres maladies chroniques ou plus font beaucoup plus appel aux services de santé que les personnes uniquement atteintes de diabète (Tableau 12). Les gens atteints de troubles de santé complexes :

- > tendent à être quatre fois plus admis à l'hôpital ou en maison de soins infirmiers que les autres Canadiens en général, et trois fois plus que les gens atteints uniquement de diabète;
- > font sept fois plus appel aux services de soins à domicile que les autres Canadiens en général, et cinq fois plus que les gens atteints uniquement du diabète; et
- > consultent des prestataires de soins de santé trois à cinq fois plus souvent que le reste de la population en général, et deux à trois fois plus souvent que les gens atteints uniquement de diabète.

Ces schémas d'utilisation des services de santé nous montrent que le système de santé est au service des personnes qui en ont le plus besoin. C'est là un facteur positif. Mais les répercussions financières de cette escalade dans la demande de soins de santé complexes sont alarmantes. Plus d'un tiers des dépenses consacrées aux soins pour le diabète au Canada sont allées à des complications graves et à des maladies chroniques connexes, particulièrement à des maladies du cœur.³⁸



TABEAU 11
Santé et richesse : plus de Canadiens à faible revenu ont le diabète.

Les Canadiens les plus pauvres courent presque trois fois plus le risque d'avoir du diabète que les Canadiens les plus riches, et les pourcentages de diabète diminuent régulièrement à mesure que le revenu familial augmente. Ce graphique montre le pourcentage de Canadiens âgés de 12 ans et plus qui ont déclaré souffrir du diabète dans une enquête effectuée en 2005. La population est divisée selon le revenu en cinq groupes d'effectif égal, appelés quintiles.

Chaque ensemble de barres représente 1/5 des ménages canadiens.

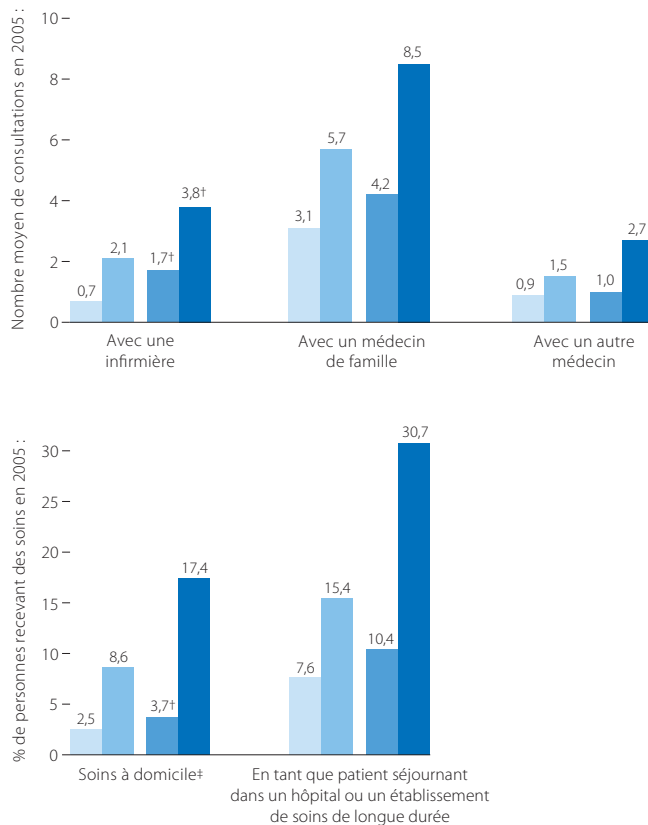
Le graphique montre une prévalence approximative pour les personnes âgées de 12 ans et plus, non corrigée pour les différences d'âge et de sexe des tranches de revenu.

Source : Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Si les tendances actuelles se confirment, le coût des soins pour le nombre toujours grandissant de Canadiens atteints du diabète devrait grimper de 50 pour cent ou plus au cours de la prochaine décennie, selon des prévisions prudentes. Le moteur principal de cette envolée des coûts sera le nombre grandissant de personnes atteintes du diabète et de ses complications, et non pas l'inflation, ni le coût de prestation des services de santé. Un plus grand nombre de Canadiens vivront plus longtemps, avec des maladies chroniques complexes.³⁹

Il y a de bonnes nouvelles parmi ces statistiques sombres : on note une amélioration pour certaines des conséquences les plus graves du diabète. Ainsi, les pourcentages de crises cardiaques et d'accidents cérébrovasculaires parmi les diabétiques ont considérablement baissé en Ontario tout au long des années 1990 (de 15 pour cent et de 24 pour cent, respectivement) et ils ont surtout baissé beaucoup plus que parmi les non-diabétiques dans cette province.²¹ (Des recherches similaires ont eu lieu dans d'autres parties du Canada, mais les données ne sont pas encore disponibles.)

Ces données portent à croire que les soins assurés aux diabétiques (qui font l'objet du prochain chapitre) sont probablement en voie d'amélioration. Mais si un nombre toujours grandissant de Canadiens continuent de contracter le diabète, les progrès que nous ferons relativement aux résultats de santé pour les diabétiques seront réduits à néant face au nombre grandissant de personnes qui auront besoin de soins. C'est un peu comme une vente d'aubaines : vous pouvez économiser sur chaque article, mais si vous achetez beaucoup plus d'articles que vous n'en avez besoin, vous allez faire bien plus de dépenses que d'économies.



TABEAU 12

Les personnes ayant le diabète et d'autres maladies chroniques* utilisent davantage les soins de santé.

Les Canadiens atteints de diabète ont davantage recours au système de santé que la moyenne générale. Ils consultent un médecin ou sont hospitalisés deux fois plus souvent que les autres Canadiens, consultent une infirmière ou sont traités dans une maison de soins infirmiers trois fois plus souvent que les autres Canadiens en général. Les personnes atteintes du diabète et d'autres maladies chroniques multiples ont le plus recours au système de santé, globalement. Ces graphiques ont été faits à partir d'entrevues avec des Canadiens âgés de 12 ans et plus (pour les soins à domicile, des Canadiens âgés de 18 ans et plus) durant lesquelles ils ont été interrogés sur leur utilisation des services de santé en 2005.

* Maladies chroniques sélectionnées : arthrite, hypertension, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), diabète, maladie du coeur, cancer et troubles de l'humeur.

† À utiliser avec prudence. Les échantillons étant réduits, les données sont moins fiables.

‡ A reçu des soins à domicile payés en partie ou totalement par le gouvernement, pour la population âgée de 18 ans et plus.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

- Tous les Canadiens de 12 ans et plus
- Tous les Canadiens avec le diabète de 12 ans et plus
- Personnes ayant le diabète seulement
- Personnes ayant le diabète et trois autres maladies chroniques ou plus

Références

1 Association canadienne du diabète. (2006). Diabetes Facts. [page Web] www.diabetes.ca/Files/Francais/Diabetes_Fact_Sheet_French_Mar04.pdf; et Diabetes Dictionary [page Web, pas de date]. www.diabetes.ca/Section_About/dictionary.asp.

2 Agence de santé publique du Canada. (2003). Diabètes – Faits et Chiffres. [page Web] www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/faits/index.html.

3 Agence de santé publique du Canada. (2003). Quelles sont les complications du diabète? [page Web] www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/questque/complications.html.

4 Institut canadien d'information sur la santé (2005). Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, 2002/2003. Ottawa : ICIS. secure.cihi.ca/cihiWeb/splash.html.

5 Broemeling AM, Watson D and Black C. (2005 February). *Chronic Conditions and Co-morbidity among Residents of British Columbia*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research.

6 Dans ce rapport, le mot Autochtones fait référence aux peuples des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis au Canada.

7 Tjepkema, M. (2002). La santé des Autochtones vivant hors réserve. Dans : La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2002; supplément 13. Ottawa : Statistique Canada. Note: Dans le rapport du Conseil canadien de la santé, le mot Autochtones fait référence aux peuples des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis au Canada.

8 Statistique Canada. Enquête nationale sur la santé de la population, 1994/95, 1996/97, 1998/99 (tableau 104-0011), et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000/01 (tableau 105-0011), 2003 (tableau 105-0211), 2005 (tableau 105-0411). Ottawa : Statistique Canada. Ce pourcentage diffère de celui donné dans Système national de surveillance du diabète (5,3 %) qui examine les données administratives sur les services de soins de santé utilisés par les personnes âgées de 20 ans et plus. Le pourcentage du SNSD est donné dans : Santé Canada. (2006). Les canadiens et les canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2006. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/index_f.html.

9 Santé Canada. (1999). Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte. Ottawa : Santé Canada. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/pdf/Diab99_f.pdf.

10 Ohinmaa A, Jacobs P, Simpson S et al. (2004). The projection of prevalence and cost of diabetes in Canada: 2000 to 2016. *Canadian Journal of Diabetes*; 28(2):116-123. www.diabetes.ca/Files/JohnsonCJDJune2004.pdf.

11 To T, Curtis JR and Daneman D. (2003). Diabetes in children. Dans : Hux JE, Booth GL, Slaughter PM et al. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.

12 Sanmartin S et Gilmore J. (2006). Soins pour le diabète au Canada : résultats de certaines provinces, 2005. Dans : Statistique Canada. Votre collectivité, votre santé : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005). N° 82-621-XWF au catalogue. Ottawa : Statistique Canada. www.statcan.ca/francais/research/82-621-XIF/82-621-XIF2006002.pdf.

13 Young TK and Mustard CA. (2001). Undiagnosed diabetes: Does it matter? *Canadian Medical Association Journal*; 164(1): 24-28.

14 Leiter LA, Barr A, Belanger A et al. (2001). Diabetes screening in Canada (DIASCAN) study: Prevalence of undiagnosed and glucose intolerance in family physician offices. *Diabetes Care*; 24(6): 1038-1043.

15 Organisation mondiale de la Santé. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Chronic Disease Risk Factors: Chronic disease information sheets. [page Web, pas de date]. www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/riskfactors/en/index.html.

16 Statistique Canada. (2005). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, (cycle 3.1). Ottawa : Statistique Canada.

17 Tjepkema M. (2006). Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Measured obesity. Adult obesity in Canada: measured height and weight. N° 82-620-MWE au catalogue. Note : Les autres sondages qui demandent aux personnes d'indiquer leur poids tendent à donner des résultats plus bas sur l'obésité.

18 Shields M. Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Measured obesity. Overweight Canadian children and adolescents. N° 82-620-MWE au catalogue.

19 Shields M. (2006). Le point sur la situation quant à l'usage du tabac : résultats de l'Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes. Dans : Statistique Canada. Votre collectivité, votre santé : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005). N° 82-621-XIF au catalogue. Ottawa : Statistique Canada. www.statcan.ca/francais/research/82-621-XIF/82-621-XIF2006002.pdf.



- 20** Association canadienne du diabète. Heart Disease and Stroke. [page Web, pas de date] www.diabetes.ca/Section_About/heart-disease.asp.
- 21** Booth GL, Kapral MK, Fung K, Tu JV. Recent trends in cardiovascular complications among men and women with and without diabetes. (2006). *Diabetes Care*; 29(1): 31-37.
- 22** Manuel DG and Schultz SE. (2003). Diabetes Health status and risk factors. Dans : Hux JE, Booth GL, Slaughter PM et al. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.
- 23** Maddigan, SL, Feeny DH, Majumdar SR et al. (2006). Understanding the determinants of health for people with type 2 diabetes. *American Journal of Public Health*; 96(9): 1649-1655.
- 24** Organisation nationale de la santé autochtone. (2005). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : *Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*. Ottawa : ONSA. www.naho.ca/firstnations/english/documents/RHS2002-03TechnicalReport_001.pdf. Note : Cette étude inclut principalement des personnes qui habitent les réserves mais comprend aussi des collectivités hors réserves dans le Nord.
- 25** Statistique Canada. (2003). Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : premiers résultats - Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve. Ottawa : Statistique Canada. Note : La comparaison fait référence aux personnes des Premières Nations qui habitent hors réserves; au cours de ce sondage, 8,3 % ont déclaré avoir du diabète.
- 26** Santé Canada. (2000). Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : Les Faits. Ottawa : Santé Canada.
- 27** Anand SS, Yusuf S, Jacobs R et al. (2001). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *The Lancet*; 358:1147-53.
- 28** Dean HJ, Sellers EAC and Young TK. (2003). Type 2 diabetes in youth in Manitoba, Canada, 1986 to 2002. *Canadian Journal of Diabetes*; 27(4): 449-54.
- 29** Statistique Canada. (2003). Peuples autochtones du Canada : un profil démographique. Série « Analyses » du recensement de 2001. [page Web] www.statcan.ca.
- 30** Anand SS, Yusuf S, Vuksan V et al. (2000). Differences in risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease between ethnic groups in Canada: the Study of Health Assessment and Risk in Ethnic groups (SHARE). *The Lancet*; 356: 279-284.
- 31** Statistique Canada. (2003). Portrait ethnoculturel du Canada : une mosaïque en évolution. Série « Analyses » du recensement de 2001. [page Web] www.statcan.ca.
- 32** Statistique Canada. (2005). Population des minorités visibles selon le groupe d'âge. Recensement de 2001. [page Web]. www40.statcan.ca/102/cst01/demo50a_f.html.
- 33** McKeigue PM, Hsah B and Marmot MG. (1991). Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians. *The Lancet*; 337: 382-386.
- 34** Harvey B, Harris S, Biederman T et al. (2006). Diabetes risk profile and 75gm OGGT: Results for a convenience sample of 521 Black, Chinese, Indo-Asian and Latin Canadians. Association canadienne de santé publique 97^e conférence annuelle. Vancouver, mai 2006. www.cpha.ca/conf97/french/posters_fr.html.
- 35** Statistique Canada. (2006). Mortalité, liste sommaire des causes – 2003, Décès selon certains groupes de causes, le sexe et la géographie - Canada. No 84 F0209 au catalogue, tableau 1-1. www.statcan.ca/francais/freepub/84F0209XIF/2003000/t001_fr.pdf.
- 36** Association canadienne du diabète. (2006). The prevalence and cost of diabetes. [page Web] www.diabetes.ca/Section_About/prevalence.asp.
- 37** Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. Arguments en faveur de changement. [page Web, pas de date] www.chronicdiseaseprevention.ca/index_fr.asp. Note : Les estimations reposent sur les données du rapport de Santé Canada publié en 2002, Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998.
- 38** Simpson SH, Corabian P, Jacobs P et al. (2003). The cost of major comorbidity in people with diabetes mellitus. *Canadian Medical Association Journal*; 168(13): 1661-1667.
- 39** Ohinmaa et. (2004) [voir référence 10]. Note : Les estimations de coûts d'origine étaient en dollars indexés de 1996. Nous avons estimé l'augmentation de coûts pré-inflation à 50 % pour 2005-2016.

LA PRESTATION DES SOINS AUJOURD'HUI : COMMENT L'AMÉLIORER? « Un système de santé efficace repose sur le juste équilibre entre la responsabilité personnelle en matière de santé et notre responsabilité collective à l'égard du système de santé. »

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

3



Dans le chapitre précédent, nous avons donné un aperçu des répercussions du diabète sur les individus, mais aussi sur l'ensemble du pays. La mission du Conseil canadien de la santé est de faire directement rapport aux Canadiens sur le fonctionnement du système des soins de santé et sur les progrès accomplis dans leur renouvellement. Pour illustrer comment fonctionne le système, nous ciblons le diabète de type 2. Dans ce chapitre, nous examinons l'état actuel des soins aux personnes atteintes du diabète et les effets ou résultats de ces soins, puis nous décrivons ce que nous pouvons faire pour améliorer ces soins. Nous présentons des éléments d'informations démontrant que :

- > De petites améliorations dans les soins aux personnes ayant des maladies chroniques peuvent avoir des effets importants – tant sur l'état de santé des individus que sur les coûts futurs de leurs soins de santé.
- > Nous pouvons améliorer de façon significative la prestation des soins aux personnes atteintes de maladies chroniques au Canada.

Dans le présent chapitre qui fait suite, nous parlerons de ce que l'on peut faire pour empêcher les Canadiens de contracter le diabète ou les maladies chroniques qui lui sont associées.

État actuel et résultats de santé

L'orientation qui a guidé l'évolution de nos services de santé était du type « dépister le problème et le rectifier », qui peut très bien convenir aux problèmes de santé passagers mais qui ne correspond pas aux besoins complexes et persistants des personnes ayant des maladies chroniques.¹ Par conséquent, on peut dire que le traitement actuel des maladies chroniques consiste « souvent en une série d'épisodes mal raccordés, évoluant au gré des problèmes du patient »² plutôt qu'en un réseau harmonieux de services de soutien, fondés sur des données probantes, utile aux patients, à leurs familles, aux prestataires de soins, et qui assurerait la viabilité du système de santé lui-même. C'est justement une approche de type « prévenir, dépister et gérer » qui sous-tend les efforts actuels du Canada dans le renouvellement des soins de santé primaires. En dépit des engagements du gouvernement, ce renouvellement s'effectue trop lentement, un problème qu'examine le rapport de février 2007 du Conseil de la santé, *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?*

Dans le cas du diabète, la qualité des soins affecte la capacité des gens à :

- > recevoir des soins de santé appropriés et de l'information adéquate;
- > prendre connaissance des facteurs qui préviennent ou retardent l'apparition du diabète et de ses complications;
- > se sentir capables de gérer leur propre état de santé; et
- > agir dans le but de conserver le meilleur état de santé possible.

La recherche sur le traitement du diabète au Canada et dans d'autres pays indique que nous avons beaucoup à faire avant de pouvoir offrir un système du type « prévenir, dépister et gérer » aux personnes ayant des maladies chroniques. L'examen d'une série d'études menées de 1991 à 2005 nous apprend que, malgré les bonnes intentions et les efforts considérables investis dans la prestation des soins de santé au Canada, la façon dont les soins sont actuellement fournis laisse trop de personnes atteintes du diabète à la merci de complications qu'il est possible d'éviter.

1. Moins de la moitié des Canadiens atteints du diabète font les tests de laboratoire et les analyses que recommandent les experts.

Des complications sérieuses, de longue durée – crise cardiaque, accident cérébrovasculaire, insuffisance rénale, amputations, et cécité – touchent environ 40 pour cent des personnes atteintes du diabète,^{3,4} même si ces effets néfastes peuvent souvent être retardés ou évités. La meilleure défense contre les complications dues au diabète est un contrôle minutieux des niveaux de sucre dans le sang, des lipides dans le sang (comme le cholestérol), de la pression artérielle et du poids. La surveillance de ces facteurs de risque au moyen de tests et d'analyses de laboratoire est essentielle à la prévention des complications. Les patients et les prestataires ont besoin des données de ces tests et de ces analyses pour élaborer des plans personnalisés de soins et de gestion de la maladie et pour modifier ces plans quand l'état de santé évolue.



L'Association canadienne du diabète (ACD), se basant sur les résultats de recherche et les conseils des experts, a établi un calendrier d'analyses et de tests recommandés dans le cadre du traitement du diabète. En 2005, Statistique Canada a questionné des personnes atteintes du diabète, résidant dans six secteurs de compétence (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba et Yukon), sur les tests et les analyses qu'on leur faisait. Les résultats de cette enquête semblent indiquer qu'un nombre important de diabétiques ne font pas faire tous les tests et analyses recommandés (Tableau 13).

L'enquête de Statistique Canada révèle aussi que les personnes qui déclarent avoir un diagnostic de diabète sont deux fois plus susceptibles de faire un test de glycémie (AC1) – un test qui mesure le taux de glycémie moyen au cours des derniers mois – si elles sont suivies par un médecin traitant. Heureusement, presque toutes les personnes atteintes du diabète qui participaient à cette enquête (97 pour cent) ont déclaré avoir un médecin traitant en 2005.⁵

Plusieurs enquêtes régionales au Canada font aussi état de soins d'une faible qualité par rapport aux recommandations des experts en ce qui concerne la plupart des tests et des analyses examinés :

- > Dans une étude réalisée en 2004 en Saskatchewan, 60 pour cent des gens atteints du diabète avaient fait deux tests AC1 au cours de l'année précédente;⁶
- > Dans une étude sur les soins en Colombie-Britannique en 2001-2002, seulement 35 pour cent des gens atteints de diabète avaient fait deux tests AC1 ou plus cette année-là, environ la moitié (47 pour cent) avaient eu un examen de la vue, à peine plus d'un quart (28 pour cent) avaient fait un test de la fonction rénale, et 70 pour cent, un test sanguin mesurant le cholestérol;⁷
- > En 1999-2000, dans l'Est de l'Ontario, 58 pour cent des gens atteints du diabète avaient eu au moins un test AC1 au cours de l'année, mais 15 pour cent seulement avaient fait les trois ou quatre tests AC1 recommandés par les lignes directrices de l'ACD.⁸

TABLEAU 13
Les soins du diabète sont-ils en conformité avec les lignes directrices des experts? Les résultats d'une enquête canadienne révèlent des lacunes dans les soins.

CE QUE L'ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE RECOMMANDE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ*

CE QU'ONT RAPPORTÉ LES CANADIENS ATTEINTS DU DIABÈTE DANS UNE ENQUÊTE DE STATISTIQUE CANADA EN 2005

Le taux de glycémie (AC1) devrait être mesuré environ tous les trois mois pour s'assurer que les niveaux sont aussi proches de la norme que possible. (Il s'agit d'un test de laboratoire, et non de l'autosurveillance de la glycémie que beaucoup de diabétiques font chez eux.).	74 % avaient eu un test AC1 au moins une fois au cours des 12 derniers mois. En moyenne, ces personnes avaient été testées de 3 à 4 fois au cours de l'année, soit environ tous les 3 ou 4 mois.†
La pression artérielle devrait être prise au cours de chaque visite de soins de santé pour le diabète.	En N.-É. et à l'Î.-P.-É., les 2 seules provinces à avoir posé cette question, 93 % avaient eu une vérification de leur pression artérielle au cours des 6 derniers mois. Ces données devraient être utilisées avec prudence, l'échantillon étant réduit.‡
Un test sanguin de cholestérol devrait être fait au moment du diagnostic, puis tous les 1 à 3 ans.	Données non disponibles.
On devrait procéder à un examen oculaire au moins tous les 1 à 2 ans en général.	61 % avaient eu un examen oculaire au cours des deux dernières années.‡
Des tests rénaux devraient être faits au moment du diagnostic du diabète de type 2, puis une fois par an.	71 % avaient eu un test rénal au cours de l'année précédente.‡
Des examens des pieds devraient être faits au moins une fois par an pour tous les diabétiques, à partir de la puberté, et plus fréquemment pour les personnes à haut risque de lésions nerveuses.	48 % avaient eu un examen professionnel des pieds l'année précédente et 65 % avaient examiné eux-mêmes leurs pieds (autosoins recommandés) l'année précédente.‡

Sources : *Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Canadian Journal of Diabetes 27.S2 (2003): S1-S163. www.diabetes.ca/cpg2003.

†Sanmartin C, et Gilmore J. (2006). Les soins pour le diabète au Canada. Résultats de certaines provinces. Dans : Usage du tabac et soins pour le diabète. Résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC, 2005. N° 82-621-XIE au catalogue. Ottawa : Statistique Canada. www.statcan.ca.
‡; et Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005.

Dans une enquête internationale menée en 2005 dans six pays, on a interrogé de petits échantillons d'adultes atteints du diabète sur les tests et les services utilisés pour surveiller leur état de santé.⁹ Les résultats indiquent que, dans tous ces pays, les personnes atteintes du diabète ne reçoivent peut-être pas tous les services qu'ils devraient (Tableau 14). Au Canada, la proportion de personnes ayant fait les quatre tests et analyses recommandés sur lesquels portait l'enquête, était plus faible que dans les autres pays. Moins de 40 pour cent des Canadiens atteints du diabète avaient fait les quatre tests recommandés.

2. Plus de la moitié des Canadiens atteints de diabète n'ont pas un bon état cardiovasculaire et la moitié ne réussissent pas à maintenir les taux de glycémie recommandés.

Les résultats des tests et analyses apportent aux patients et aux prestataires de soins de santé l'information dont ils ont besoin pour prendre les mesures appropriées. Mais des études canadiennes indiquent que les décisions prises à la suite des tests peuvent être inadéquates dans beaucoup de cas.

En 2005, l'étude Diabetes in Canada Evaluation (DICE) a examiné, pour environ 2 500 patients ayant un diabète de type 2, les dossiers tenus dans des cabinets de médecine familiale des dix provinces. Cette étude a révélé que, selon les tests de laboratoire, le taux de glycémie (AC1) moyen était de 7,3 pour cent (la valeur cible est 7, la valeur idéale est 6 ou moins – le taux normal varie entre 4,0 et 5,9 pour cent). On considérerait que presque un sur cinq des Canadiens atteints du diabète (17 pour cent) ne contrôlait pas adéquatement la glycémie (taux d'AC1 supérieurs à

8,4) et qu'un tiers (32 pour cent) se trouvait dans une fourchette jugée « sous-optimale » (taux d'AC1 entre 7,0 et 8,4). La réalité, c'est que la moitié des patients avait des taux d'AC1 supérieurs au niveau souhaitable.¹⁰

L'étude nationale DICE a aussi constaté que 63 pour cent des gens atteints d'un diabète de type 2 faisaient de l'hypertension et 59 pour cent avaient un taux élevé de cholestérol, deux troubles qui augmentent le risque de maladie du cœur, accident cérébrovasculaire et autres complications du diabète. En Saskatchewan, un peu plus de la moitié des personnes atteintes du diabète (55 pour cent) avaient un taux de cholestérol élevé.⁶ Des résultats similaires ont été obtenus dans le Nord de l'Alberta.¹¹

Bien que les taux d'accidents cérébrovasculaires et de crises cardiaques chez les gens atteints du diabète soient en baisse,¹² il semble que des facteurs de risque déterminants pour ces complications cardiovasculaires continuent à être mal gérés.

3. Un trop petit nombre de Canadiens obtiennent l'aide dont ils ont besoin pour éviter les complications du diabète.

Les patients et leurs prestataires de soins primaires peuvent décider de gérer la glycémie, le cholestérol et la pression artérielle à l'aide de plans de traitement qui comprennent soit des médicaments visant à contrôler le taux de glycémie et l'état du système cardiovasculaire, soit des stratégies pour modifier le mode de vie (combinant un régime alimentaire plus sain et une activité physique accrue, pour perdre du poids), ou encore une combinaison des deux.

TABLEAU 14

Faire les analyses et tests recommandés : les résultats du Canada sont bons sur certains points, mais faibles sur d'autres.

	CANADA	AUSTRALIE	NOUVELLE-ZÉLANDE	ROYAUME-UNI	ÉTATS-UNIS	ALLEMAGNE
Nombre d'adultes diabétiques participant à l'enquête	103	97	69	207	296	238
Test de glycémie (AC1) au cours des 6 derniers mois	90 %	86 %	79 % ^{a,b}	85 %	90 %	91 %
Examen des pieds l'année précédente	52 % ^{a,b,c}	57 % ^c	66 %	75 %	70 %	65 %
Examen oculaire l'année précédente	73 % ^b	73 % ^b	66 % ^{b,c}	83 % ^a	69 % ^b	85 %
Test de cholestérol l'année précédente	91 %	93 %	87 % ^b	92 %	92 %	95 %
Ont reçu tous les 4 services	38 %^{a,b,c}	41 %^{a,b,c}	40 %^{a,b,c}	58 %	56 %	55 %

Allant de gauche à droite à partir du Canada, les lettres ^{a, b, c} indiquent que ce pays diffère de façon significative ($p < 0,05$) des autres pays de l'étude : ^a signifie diffère des É.-U.; ^b signifie diffère de l'Allemagne; ^c signifie diffère du R.-U. Aucune autre comparaison entre les pays n'est statistiquement significative.

Source : adapté de Schoen C, Osborn R, Huynh P et al. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs; 3 novembre [exclusivité Web] : W5-509 – 525.

Les bienfaits de ces deux approches – modification du mode de vie et médication – sont bien connus,^{13,14,15} mais de nombreux Canadiens atteints du diabète ne bénéficient des effets optimaux d’aucune des deux. Le reste de ce chapitre est consacré à la médication et à d’autres aspects des soins cliniques, et nous examinerons plus en détail les méthodes de modification du mode de vie dans le chapitre qui suit : *La prévention : qu’est-ce qui réussit?*

Étant donné ce que l’on sait sur le rôle positif de la médication dans la maîtrise des taux de glycémie, on semble en prescrire bien peu au Canada, particulièrement en ce qui concerne les combinaisons de médicaments recommandées par les experts. On a constaté, avec l’étude nationale DICE, que 79 pour cent des Canadiens atteints du diabète ayant un taux de glycémie élevé avaient des plans de traitement mettant l’accent sur la modification du mode de vie, mais que seulement 56 pour cent avaient des plans de traitement plus musclés incluant l’aiguillage vers un spécialiste ou la prescription d’une médication pour gérer le taux de glycémie.¹⁰ Une autre étude canadienne a révélé que 14 pour cent des personnes atteintes du diabète et ayant un taux élevé de glycémie ne prenaient pas de médicament et que 50 pour cent de plus ne prenaient qu’un seul médicament pour la maîtrise du taux de glycémie.¹¹

L’utilisation de la médication pour prévenir les problèmes cardiovasculaires chez les Canadiens atteints du diabète semble aussi bien limitée, même chez des personnes ayant un risque élevé de crise cardiaque ou d’accident cérébrovasculaire. Selon une étude, au mieux 22 pour cent seulement des patients souffrant du diabète et ayant également un diagnostic de maladie cardiaque ou vasculaire, avaient reçu une prescription pour trois médicaments dont on sait que leur action combinée diminue le risque de décès dû à une crise cardiaque ou à un accident cérébrovasculaire.¹⁶ Dans une autre étude canadienne, les deux tiers des personnes âgées atteintes du diabète recevaient une médication pour abaisser la pression artérielle et moins d’un quart recevaient une médication pour réduire les niveaux de lipides dans le sang, en dépit des avantages bien connus de ces médicaments.¹⁷ Dans le Nord de l’Alberta, moins de 15 pour cent des personnes atteintes du diabète et ayant des niveaux élevés de lipides dans le sang recevaient une thérapie quelconque pour faire baisser ces niveaux.¹¹

On sait que les spécialistes sont plus enclins que les médecins de famille à prescrire des médicaments visant à améliorer l’état de santé cardiovasculaire.¹⁸ Mais la solution ne consiste pas simplement à envoyer plus de patients chez les spécialistes. En fait, le Canada a pris la direction opposée : promouvoir le rôle des équipes de soins de santé primaires, avec le soutien des spécialistes, même pour les patients ayant des troubles complexes.

Nous ne connaissons pas les raisons de ces statistiques surprenantes. Existe-t-il un taux optimal de prescription de médicaments préventifs pour les personnes atteintes du diabète? C’est une question toujours controversée. Les auteurs de l’étude DICE concluaient que « les méthodes de traitement actuelles ne sont pas suffisamment intensives pour une grande proportion de patients, en particulier ceux dont la maladie est de plus longue durée ». ¹⁰ Serait-ce que les médecins ne donnent pas d’ordonnances? Ou que les patients ne font pas exécuter leurs ordonnances, et si c’est le cas, est-ce un choix personnel, ou est-ce en raison de difficultés financières? Le coût du traitement du diabète pour un individu donné varie considérablement selon son lieu de résidence au Canada – allant de la couverture complète des médicaments et des fournitures par le système public dans certains secteurs de compétence à plusieurs milliers de dollars de frais payés par le patient, dans d’autres.¹⁹

Quelles qu’en soient les raisons, les chiffres qui concernent les médicaments sont une source de préoccupation, en particulier parce que les résultats obtenus par les études nationales, provinciales ou régionales concordent pour l’ensemble du Canada. Ceci indique que les médecins ne prescrivent pas autant de médicaments que le souhaiteraient les experts, ou que les gens atteints du diabète n’achètent pas ou ne prennent pas les médicaments recommandés.

Les soins autogérés constituent un élément essentiel du traitement du diabète. Les personnes atteintes du diabète doivent prendre particulièrement soin de s’alimenter sainement, de faire de l’exercice et de ne pas fumer, mais elles doivent aussi posséder les connaissances et les compétences spécifiques et la confiance en elles qui leur permettent de gérer leur état de santé.

4. Les prestataires de soins de santé peuvent faire mieux pour aider les patients atteints du diabète à gérer leur maladie.

Les soins autogérés constituent un élément essentiel du traitement du diabète. Les personnes atteintes du diabète doivent prendre particulièrement soin de s'alimenter sainement, de faire de l'exercice¹⁴ et de ne pas fumer,²⁰ mais elles doivent aussi posséder les connaissances et les compétences spécifiques et la confiance en elles qui leur permettent de gérer leur état de santé. En outre, elles ont aussi besoin de comprendre l'importance de faire régulièrement des tests et des analyses.

La condition nécessaire à la réussite de la gestion autonome du traitement est la création d'un partenariat entre les patients et leurs prestataires de soins. Les gens atteints du diabète ayant des plans de soins autogérés, ou qui rencontrent régulièrement des infirmières dans le cadre de leur traitement, ont une plus haute probabilité de faire tous les tests et analyses recommandés décrits ci-dessus dans ce chapitre, et ce, d'une manière significative.⁹

Même s'il semble bien que les prestataires de soins de santé peuvent aider les patients atteints du diabète à changer leur mode de vie, beaucoup de médecins en soins primaires au Canada n'utilisent pas les stratégies les plus efficaces pour y arriver. Presque tous affirment qu'ils informent les patients atteints du diabète de la nécessité de s'alimenter sainement et de faire de l'exercice, mais seulement environ la moitié d'entre eux aiguillent ces patients vers des services de prise en charge plus énergiques, comme des consultations en nutrition ou en conditionnement physique. Les médecins de famille considèrent que le peu de temps qu'ils peuvent passer avec leurs patients ainsi que les difficultés qu'ont ceux-ci à changer leur mode de vie comptent parmi les obstacles les plus sérieux à l'utilisation de cette stratégie, pourtant efficace, de gestion du diabète. Mais, en outre, plus de la moitié disent ne pas connaître, ou ne pas pouvoir utiliser, de programmes locaux qui pourraient aider leurs patients à mieux manger et à devenir plus actifs.²¹

Certains secteurs de compétence au Canada ont créé des programmes pour aider les personnes atteintes du diabète à améliorer leurs habiletés d'autogestion et pour former les professionnels de la santé à leur fournir une formation et un soutien continus. Par exemple :

- > Au Québec, des Centres du diabète offrent une action éducative et des activités de formation sur la santé pour les personnes atteintes du diabète. La plupart de ces centres n'exigent pas que le patient soit aiguillé par un médecin.¹⁹

- > En Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a récemment annoncé le financement de 69 nouvelles équipes de formation sur le diabète. Ces équipes sont constituées par une diététiste et une infirmière qui aident les patients à prendre une part plus active dans la gestion quotidienne de leur maladie.²²
- > Au Manitoba, le Red River College à Winnipeg aide à préparer des professionnels de la santé à leur rôle de formateurs au moyen d'un programme d'études spécialement conçu pour les éducateurs en diabète et maladies chroniques.²³
- > Le Conseil canadien d'agrément des éducateurs en diabète donne le titre d'éducateur agréé en diabète à des membres qualifiés de professions de la santé réglementées qui ont passé leur examen.²⁴

5. L'organisation des cabinets de soins de santé primaires au Canada ne leur permet pas de fournir le meilleur traitement possible pour les maladies chroniques.

En 2005, les médecins en soins de santé primaires au Canada et dans six autres pays ont fait l'objet d'une enquête portant sur divers aspects de leurs cabinets (Tableau 15).²⁵ Cinquante-cinq pour cent seulement des médecins canadiens en soins primaires jugent que leur cabinet est convenablement outillé pour s'occuper de patients souffrant de maladies chroniques multiples – la plus faible proportion des sept pays participant à l'enquête; avec 93 pour cent, en Allemagne, pays qui occupe la première place. Trente-deux pour cent seulement font systématiquement appel à d'autres professionnels de la santé pour les aider à fournir des soins à des patients ayant des maladies chroniques (81 pour cent au Royaume-Uni). Un tout petit nombre (14 pour cent) de médecins canadiens disent donner systématiquement aux personnes ayant une maladie chronique des instructions écrites sur la manière de gérer les maladies chez eux (contre 63 pour cent en Allemagne, en première place encore une fois). Manifestement, nous pouvons faire mieux au Canada.

De nos jours, nous pouvons réserver un vol, sortir de l'argent et payer nos factures électroniquement, mais, et ceci pourrait surprendre les Canadiens, dans leur pratique courante, la plupart de leurs médecins continuent de se servir de dossiers papier et n'ont pas l'habitude de faire appel à la technologie pour mieux gérer et coordonner les soins. Au Canada, à peine 23 pour cent des médecins en soins primaires se servent de dossiers électroniques, loin



TABLEAU 15
Enquête auprès de médecins de soins primaires dans sept pays : le Canada tarde à adopter des outils permettant de fournir des soins de qualité pour les maladies chroniques.

SOINS AUX PATIENTS AYANT DES MALADIES CHRONIQUES ET UTILISATION D'ÉQUIPES	AUSTRALIE	CANADA	ALLEMAGNE	PAYS-BAS	NOUVELLE-ZÉLANDE	ROYAUME-UNI	ÉTATS-UNIS
Des cabinets bien organisés en vue de fournir des soins optimaux pour les maladies chroniques.	69 % ^{a,b,c,e}	55 % ^{b,c,d,e,f}	93 % ^{c,d,e,f}	75 % ^{d,f}	67 % ^e	76 % ^f	68 %
Utilisation courante des équipes multidisciplinaires pour les soins aux maladies chroniques.	32 % ^{b,c,e}	32 % ^{b,c,e}	49 % ^{d,e,f}	50 % ^{d,e,f}	30 % ^e	81 % ^f	29 %
Soutien formel à l'élargissement des rôles des non médecins dans les soins aux maladies chroniques.	24 % ^{a,b,d,e}	30 % ^{b,e,f}	15 % ^{c,d,e,f}	27 % ^{d,e,f}	34 % ^{e,f}	41 % ^f	21 %
Instructions écrites fournies couramment aux patients sur la façon de gérer chez eux les soins pour leur maladie chronique.	29 % ^{a,b,d,e}	14 % ^{b,c,e,f}	63 % ^{c,d,e,f}	25 % ^{d,f}	18 % ^f	21 % ^f	33 %

SYSTÈMES DE DOSSIERS MÉDICAUX

Les médecins utilisent des dossiers médicaux électroniques dans leur cabinet.	79 % ^{a,b,c,d,e,f}	23 % ^{b,c,d,e,f}	42 % ^{c,d,e,f}	98 % ^{d,e,f}	92 % ^f	89 % ^f	28 %
Utilisation courante de l'accès électronique aux résultats des tests des patients.	76 % ^{a,b,c,d,e,f}	27 % ^{b,c,d,e,f}	34 % ^{c,d,e,f}	78 % ^{d,e,f}	90 % ^{e,f}	84 % ^f	48 %
Très difficile de créer des rappels pour les patients avec le système de dossiers actuel.	12 % ^{a,b,c,d,e,f}	57 % ^{b,c,d,e,f}	19 % ^{d,e,f}	18 % ^{d,e,f}	4 % ^f	5 % ^f	41 %
Utilisation courante de l'informatique pour la prescription des médicaments.	81 % ^{a,b,e,f}	11 % ^{b,c,d,e,f}	59 % ^{c,d,e,f}	85 % ^{d,e,f}	78 % ^{e,f}	55 % ^f	20 %

PARTICIPATION À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET INCITATIONS FINANCIÈRES

Formation sur les méthodes et les outils d'amélioration de la qualité (2 dernières années)	60 % ^{a,b,d,f}	44 % ^{b,c,d,e,f}	87 % ^{c,d,e,f}	62 % ^{d,f}	69 % ^e	61 % ^f	67 %
Incitations financières pour des activités d'amélioration des soins préventifs	53 % ^{a,b,c,d,e,f}	13 % ^{b,d,e}	28 % ^{c,d,e,f}	18 % ^{d,e,f}	42 % ^{e,f}	72 % ^f	12 %
Incitations financières pour la gestion des patients ayant des maladies chroniques ou des besoins complexes.	62 % ^{a,b,c,d,e,f}	37 % ^{b,c,d,e,f}	24 % ^{c,d,e,f}	47 % ^{d,e,f}	68 % ^{e,f}	79 % ^f	8 %

De gauche à droite à partir de l'Australie, les lettres ^{a-f} indiquent que ce pays diffère de manière significative (p < 0,05) des autres pays de l'étude : ^a signifie diffère du Canada; ^b signifie diffère de l'Allemagne; ^c signifie diffère des Pays-Bas; ^d signifie diffère de la Nouvelle-Zélande; ^e signifie diffère du Royaume-Uni; ^f signifie diffère des États-Unis.

Source : adapté de from Schoen C, Osborn R, Huynh P et al. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. Health Affairs; 2 novembre [exclusivité Web] : W555-571.

derrière l'Australie (79 pour cent), le Royaume-Uni (89 pour cent), la Nouvelle-Zélande (92 pour cent) et les Pays-Bas (98 pour cent). Le Canada traîne encore derrière d'autres pays en ce qui concerne l'utilisation de systèmes informatisés pour avoir accès aux résultats des tests, rappeler aux patients leur suivi médical et prescrire la médication (Tableau 15). Pendant ce temps, d'autres pays ont pris une avance notable dans la création d'un dossier électronique sécurisé pour les données de santé des patients.

Le renouvellement des soins de santé primaires consiste, fondamentalement, à réorganiser la façon dont les prestataires fournissent les soins, afin de les rendre plus sécuritaires, plus efficaces et plus efficaces. Là encore, les médecins canadiens se laissent distancer (Tableau 15). Seulement 44 pour cent de ceux qui ont pris part à l'enquête ont été formés à l'utilisation d'outils et de méthodes visant à améliorer la qualité des soins (87 pour cent en Allemagne). Très peu de médecins au Canada (13 pour cent) reçoivent des incitations financières pour développer les soins préventifs (72 pour cent au Royaume-Uni), et tout juste 37 pour cent reçoivent ces incitations spécifiquement pour s'occuper de patients ayant des maladies chroniques ou d'autres besoins complexes (79 pour cent au Royaume-Uni).

Les améliorations que nous pourrions faire dans ces secteurs ne coûteraient pas nécessairement plus cher que la prestation des soins telle qu'elle existe actuellement. Mais elle demanderait une autre façon de penser et d'agir. Les résultats de cette enquête montrent que, par rapport à d'autres pays développés, le Canada accuse un sérieux retard dans des domaines essentiels à la réussite du renouvellement des soins de santé primaires et, en définitive, à l'amélioration de la situation des personnes atteintes de maladies chroniques.

En résumé, malgré toutes les bonnes intentions et les efforts considérables investis dans la prestation des soins de santé au Canada, la manière dont ces soins sont actuellement fournis a pour effet de laisser trop de gens ayant des maladies chroniques à la merci de complications qui peuvent être évitées. Il y a rupture entre les recommandations des experts et le nombre d'analyses et de tests réellement faits. Et il y a rupture entre les résultats négatifs des tests et les actes posés à partir de cette information. Malgré la concordance des données révélant la piètre qualité des soins et les risques pour la santé des personnes atteintes du diabète, les médecins en soins primaires au Canada ne se sentent pas outillés pour fournir aux malades chroniques des soins conformes aux lignes directrices des experts. Ils ne travaillent pas en équipe, et ils n'ont pas accès en temps utile à des informations fiables et à des soutiens éprouvés qui leur permettraient d'améliorer la situation de leurs patients. Nous devrions faire mieux, car d'autres pays avec des systèmes comparables de services publics de santé ont démontré que c'était possible.

Comment améliorer les soins?

Les efforts déployés en vue du renouvellement du système de santé au Canada se sont centrés sur des secteurs spécifiques plutôt que sur leur intégration, sur les temps d'attente dans la gestion des maladies aiguës, et sur des stratégies visant des maladies prises individuellement – plutôt que sur les problèmes complexes que posent les soins pour les personnes ayant des maladies chroniques multiples. Mais les Canadiens ne s'attendent pas à un seul type de traitement, et ils ne souffrent pas non plus d'un seul type de maladie. À l'heure actuelle, il est possible de se faire soigner lundi pour le diabète, mardi pour des problèmes cardiaques, mercredi pour une dépression, sans recevoir en aucun moment les soins coordonnés, holistiques, que requièrent les personnes présentant plusieurs problèmes de santé. Il est évident qu'une meilleure intégration des informations et des services s'impose, si l'on veut venir en aide aux personnes atteintes de maladies simples ou multiples.

Pour améliorer les soins aux Canadiens ayant des maladies chroniques et leurs résultats de santé, sur quoi devront porter nos efforts? C'est en adoptant une nouvelle conception du cabinet médical traditionnel – ouverte aux équipes, à la technologie et aux autres outils de changement – qu'on arrivera à assurer de meilleurs soins aux patients atteints de maladies chroniques et en définitive, à améliorer les résultats de santé.



1. Les équipes interprofessionnelles et la gestion de cas : des éléments qui comptent.

Il existe de solides indications que l'implication d'équipes interprofessionnelles dans la prise en charge des personnes atteintes du diabète donne de meilleurs résultats de santé. Il a été démontré que certains changements vont de pair, de manière significative, avec un meilleur contrôle de la glycémie chez les patients atteints de diabète : adjoindre à des équipes d'infirmières et de médecins de nouveaux professionnels de la santé, comme des pharmaciens et des nutritionnistes; impliquer activement plus d'un type de professionnel; élargir ou redéfinir les rôles professionnels.²⁶ Certains médecins sont prêts pour ce changement : au Canada, 30 pour cent des médecins de soins primaires interrogés en 2005 étaient en faveur d'accorder aux non médecins un rôle élargi dans la prestation des soins aux patients ayant des maladies chroniques.²⁵

Un élément capital chez les groupes interprofessionnels performants semble être le recours à des gestionnaires de cas.²⁶ La gestion de cas est un système de coordination des soins fournis à des patients particuliers, où le médecin de soins primaires collabore avec d'autres membres de l'équipe. Le gestionnaire de cas aiguille le patient vers différents services et organise le suivi, avec le patient et l'équipe, des résultats des tests. Les centres de soins primaires qui ont des gestionnaires de cas estiment que leurs patients contrôlent mieux leurs taux de glycémie, surtout quand le gestionnaire de cas peut ajuster la médication sans attendre l'autorisation du médecin. Peu importe que le gestionnaire interagisse avec le patient face à face ou par téléphone. La fonction centralisatrice du gestionnaire de cas peut aider à maintenir le patient et ses besoins complexes en soins de santé au cœur d'un traitement fondé sur le travail en équipe.

2. Les collaboratifs peuvent aider à améliorer les soins.

Une formule qui permet d'améliorer le rendement des équipes au service des personnes ayant des maladies chroniques est celle du « collaboratif ». Au Canada, les collaboratifs consistent habituellement en des équipes réunissant des gestionnaires du système de santé et des prestataires de soins pour planifier de nouvelles façons de faire, les mettre en œuvre, étudier les répercussions du changement, et prendre les mesures inspirées par

l'expérience acquise. La recherche démontre que cette stratégie d'amélioration de la qualité, en permettant aux participants de partager leurs expériences, d'accélérer leurs apprentissages et de diffuser les pratiques exemplaires, peut réussir à augmenter la satisfaction des patients et des prestataires de soins – et les résultats de santé.^{27, 28, 29, 30}

Les collaboratifs aident à surmonter certains obstacles traditionnels au changement : le manque de temps des praticiens trop occupés, qui ne leur permet pas de suivre des lignes directrices de pratique existantes, le manque de coordination des soins, l'absence de systèmes conçus pour suivre les patients et leurs résultats de santé, et l'absence de procédures qui, en conjonction avec le manque de temps, ne permet pas d'enseigner adéquatement aux patients à gérer leur maladie.^{31, 32} Dans le chapitre 5, nous présenterons des collaboratifs ciblant le diabète et d'autres maladies chroniques en Colombie-Britannique, Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador.

3. Les technologies de l'information sont là pour aider les prestataires de soins à fournir le meilleur travail possible – et les stratèges savent ce qui réussit quand il s'agit d'améliorer les résultats de santé.

Les dossiers de santé électroniques et autres systèmes informatisés permettent aux équipes de soins d'avoir facilement accès à des informations cruciales sur leurs patients et de partager des renseignements sur l'évolution des soins. La technologie peut servir à rappeler au personnel de bureau de communiquer avec les patients pour leur suivi et à rappeler aux prestataires de soins de faire les tests recommandés. Elle peut aussi aider les patients et les prestataires à suivre de près les ordonnances et les résultats des tests.

Tout porte à croire que l'utilisation des technologies de l'information comme outil d'amélioration de la qualité dans les services de santé peut se traduire par de meilleurs traitements et amener de meilleurs résultats.^{33, 34} Mais au Canada, un seul médecin de famille sur cinq a accès à des systèmes électroniques pour les soins aux patients – la proportion la plus faible parmi 11 pays ayant récemment fait l'objet d'une étude comparative sur les technologies de l'information dans les soins de santé primaires³⁵ – et les dossiers de santé électroniques produits par la plupart des systèmes qui existent au Canada ne sont pas complets.

Quand la technologie est utilisée pour recueillir des données sur la qualité des soins auprès d'un vaste échantillon de prestataires, par l'intermédiaire de réseaux collaboratifs par exemple (voir le chapitre 5 : *Où sont nos succès?*), elle

Les centres de soins primaires qui ont des gestionnaires de cas estiment que leurs patients contrôlent mieux leurs taux de glycémie.

procure aux responsables politiques et aux gestionnaires du système de santé des informations permettant d'évaluer dans quelle mesure les systèmes réussissent à améliorer les résultats de santé.

4. Les incitations financières pour les prestataires de soins de santé peuvent faire partie des solutions permettant d'améliorer la qualité des soins.

Un certain nombre de pays dotés de systèmes de santé publics offrent des incitations financières aux médecins pour stimuler des changements dans la qualité des soins de santé. Le Royaume-Uni, par exemple, a lancé en 2004 un programme de « rétribution au rendement » : un médecin peut obtenir une augmentation allant jusqu'à 25 pour cent de son revenu s'il atteint une série de cibles reposant sur des données probantes (comme surveiller le taux de glycémie ou vérifier la pression artérielle) avec des patients atteints de maladies chroniques. En conséquence, les médecins britanniques ont fourni 80 pour cent des services cibles recommandés pour les patients diabétiques admissibles.³⁶

Au Canada, certaines provinces font l'essai d'incitations financières pour amener les médecins à apprendre comment modifier leur façon d'organiser les soins et à faire des changements dans leur pratique. Par exemple, la Colombie-Britannique a adopté un système de rétribution au rendement pour améliorer la qualité du traitement du diabète. Les médecins de famille peuvent recevoir un paiement annuel de 125 dollars par patient recevant des soins conformes au guide de pratique clinique de la Colombie-Britannique.³⁷

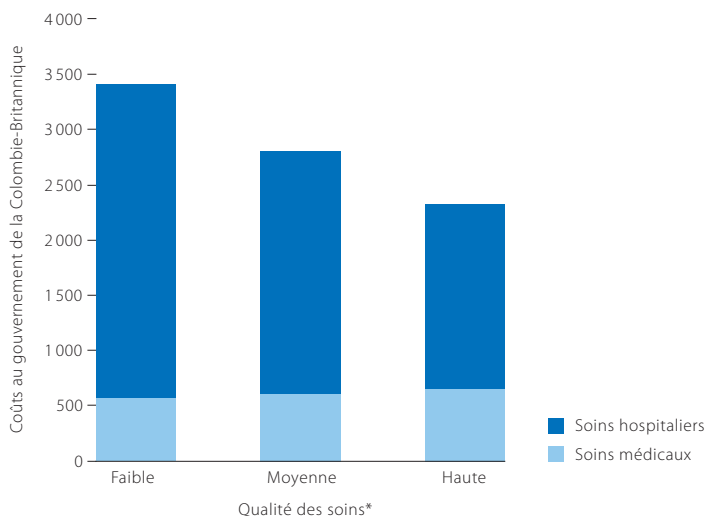
L'un des problèmes majeurs que rencontrera le Canada dans l'évaluation de l'efficacité de cet outil sera l'absence de systèmes complets d'information permettant de mesurer l'effet des incitations financières. Les recherches menées dans d'autres pays indiquent que les programmes de rétribution au rendement doivent être préparés avec soin et utilisés dans le cadre d'une approche multidimensionnelle de l'amélioration des soins fournis par les prestataires des services de santé.³⁸ Les incitations financières ne constituent pas la seule réponse, mais elles peuvent faire partie de la solution.

5. Quand les personnes atteintes du diabète reçoivent des soins de meilleure qualité, les résultats sont fructueux en termes de santé et de budgets.

Même de modestes améliorations dans les résultats des tests peuvent avoir un impact considérable sur l'état de santé des personnes atteintes du diabète, en réduisant le risque de complications venant de maladies chroniques qui lui sont liées. C'est pourquoi il est si important de faire les analyses et les tests recommandés – et de se laisser guider par les résultats. La réduction d'un seul point de pourcentage dans les taux de glycémie (par exemple, l'AC1 réduit de huit à sept pour cent) a été associée à :

- > une baisse de 37 pour cent des risques d'atteintes aux vaisseaux sanguins (qui peuvent mener à des affections rénales et des lésions aux yeux);
- > quatorze pour cent de moins de crises cardiaques; et
- > une réduction de 21 pour cent des décès dus au diabète.³⁹

En abaissant le taux de glycémie on peut diminuer de 76 pour cent le risque de maladies des yeux et d'un peu plus de 50 pour cent celui d'affections rénales.⁴⁰



TABEAU 16
Plus de soins préventifs, moins de journées d'hôpital – et moins de frais d'hospitalisation

Ce graphique présente les coûts moyens annuels par patient pour des adultes âgés et plus malades dans une région du Sud de la Colombie-Britannique pendant une période de cinq ans, de 1996 à 2001. Les personnes qui faisaient le plus de tests et d'analyses recommandés au cours de leurs visites chez le médecin (soins de haute qualité) avaient le moins recours aux soins hospitaliers. Le coût des services d'un médecin est bien inférieur au coût des services hospitaliers, et le coût total des soins de santé pour ces personnes est donc moins élevé. Cette étude n'incluait pas les coûts de médicaments, de tests de laboratoire ni ceux d'autres services qui contribuent à la facture publique des soins de santé.

* Les niveaux de qualité des soins sont établis sur le % de tests et d'analyses recommandés que des patients atteints du diabète ont reçus, sur une moyenne de cinq ans. Faible = 31 %; moyenne = 52 %; haute = 73 %. La population de l'étude comprenait 7 000 patients âgés et plus malades atteints du diabète de l'Autorité sanitaire du Fraser, C.-B., 1996-2001.

Source : Krueger H. (2006). The Relationship between Long-Term Adherence to Recommended Clinical Procedures and Health Care Utilization for Adults with Diagnosed Type 2 Diabetes. [Dissertation de doctorat]. Université de la Colombie-Britannique, Department of Health Care and Epidemiology.

RUTH ET ANNA

Ruth et Anna, deux cousines âgées : la même maladie, mais pas les mêmes soins

Cette histoire fictive, inspirée de recherches portant sur des patients réels en Colombie-Britannique, illustre certains avantages économiques du changement.

Ruth et sa cousine Anna ont toutes les deux 69 ans. Elles ont grandi ensemble – et maintenant, elles ont en commun le diabète, une maladie qu'elles partagent depuis qu'elles ont été toutes deux diagnostiquées à l'âge de 45 ans.

Depuis cette époque, Ruth voit régulièrement un médecin et elle a passé une bonne partie (environ les trois quarts) des analyses et des tests recommandés pour la prévention des complications. Maintenant, à l'âge de 69 ans, elle voit le médecin 16 fois par an. Ces visites chez le médecin coûtent environ 645 dollars par an au système d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique.

Anna voit son médecin un peu moins souvent que Ruth (14 fois par an), mais elle n'a fait qu'à peu près un tiers des analyses et de tests recommandés. Les visites d'Anna chez le médecin coûtent environ 570 dollars au système de la Colombie-Britannique.

Parce qu'Anna et ses médecins ne disposaient pas d'autant d'information pour les aider à surveiller sa santé et arrêter les complications dès leur apparition, Anna risque beaucoup plus que Ruth de se faire hospitaliser. Ruth a environ une chance sur deux (56 pour cent) de devoir être admise à l'hôpital au cours des cinq prochaines années. Mais pour Anna, le risque d'avoir recours à une hospitalisation est nettement plus élevé – environ deux chances sur trois (64 pour cent). Et quand Anna ira à l'hôpital, elle devra y séjourner presque deux fois plus longtemps que Ruth – 12 jours, en comparaison de six ou sept jours pour Ruth.

Le coût annuel des visites chez le médecin est plus élevé pour Ruth que pour Anna, mais comme Ruth fait davantage d'analyses et de tests recommandés, par conséquent elle a moins recours à de coûteux soins hospitaliers. En fin de compte, le coût total des visites chez le médecin et des soins à l'hôpital est de 47 pour cent moins élevé pour Ruth que pour Anna – 2 320 dollars par an pour Ruth, en comparaison de 3 400 dollars pour Anna (Tableau 16). Et Ruth jouit d'une meilleure qualité de vie, avec moins de complications liées à son diabète.

Les données qui ont inspiré l'histoire de Ruth et d'Anna

Les personnes décrites dans cette histoire sur le diabète sont fictives, mais les situations sont tirées d'une analyse de données réelles sur les soins de santé. Cette recherche a examiné le type de soins reçus au cours d'une période de cinq ans (1996 - 2001) par plus de 20 000 adultes atteints du diabète vivant dans le secteur de l'Autorité sanitaire régionale du Fraser, dans le Sud de la Colombie-Britannique. Les patients plus âgés et plus souffrants, comme Anna et Ruth, représentaient environ 7 000 participants de cette recherche.⁴¹

Les participants étaient répartis en trois catégories, selon la mesure dans laquelle leurs soins étaient en conformité avec les recommandations approuvées concernant la prévention des complications courantes du diabète :

- > Une *haute* qualité de soins signifie qu'ils ont fait, sur cette période de cinq ans, en moyenne 73 pour cent des tests recommandés.
- > Les patients avec une qualité *moyenne* de soins ont fait en moyenne 52 pour cent des tests recommandés.
- > Une *faible* qualité de soins signifie que les patients ont fait en moyenne 31 pour cent des tests recommandés.

Les chercheurs ont ensuite calculé les coûts moyens annuels des soins chez le médecin et à l'hôpital, pour les patients de chaque catégorie. Les chiffres des coûts s'appliquent à la Colombie-Britannique, les frais des soins de santé différant d'une province ou d'un territoire à l'autre. Mais dans tous les secteurs de compétence, les soins hospitaliers sont plus coûteux que les soins donnés par le médecin, et le recours à l'hospitalisation indique que les patients sont plus malades – nécessitant une intervention chirurgicale ou des soins intensifs, par exemple. L'étude n'inclut pas les coûts des médicaments sur ordonnance ni des tests.

Quand les prestataires de soins collaborent les uns avec les autres, et utilisent une combinaison d'outils et de stratégies, il devient alors beaucoup plus probable que les patients reçoivent des soins conformes aux lignes directrices des experts, et, en fin de compte, obtiennent de meilleurs résultats de santé.

La surveillance de l'état de santé des personnes ayant des maladies chroniques peut aussi avoir des résultats positifs quand à l'utilisation des services de santé. On a démontré que parmi les Canadiens atteints du diabète plus âgés et plus malades, ceux qui font plus de tests et d'analyses à l'occasion de leurs visites chez leur médecin de famille risquent moins d'être hospitalisés (Tableau 16). Non seulement les soins fournis dans la collectivité coûtent moins chers au système de santé que ceux fournis à l'hôpital (même si cette recherche ne tenait pas compte du coût des médicaments sur ordonnance), mais en outre, les patients qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés jouissent vraisemblablement d'une meilleure qualité de vie. Si les personnes qui reçoivent davantage de soins préventifs ont moins recours aux soins hospitaliers, ceci pourrait indiquer qu'elles souffrent de moins de complications dues au diabète. (Voir en encadré : *Ruth et Anna*)

Cette même étude faite en Colombie-Britannique montre que faire les analyses et les tests de laboratoire appropriés ne signifie pas nécessairement que les gens devraient simplement voir leur médecin plus souvent. Parmi les quelque 20 000 patients participants à la recherche (et pas seulement les personnes plus âgées et plus malades, comme Ruth et Anna), 45 pour cent en moyenne faisaient les tests pour le contrôle de la glycémie selon le calendrier prescrit – et cette proportion n'était pas beaucoup plus élevée chez les patients qui voyaient leur médecin plus de cinq fois par an (Tableau 17). On obtenait des résultats similaires pour d'autres types de tests recommandés pour les personnes atteintes du diabète : la qualité des soins plafonne au-dessus de cinq visites environ.⁴¹ Pour un certain nombre de raisons, il faut peut-être davantage de prestataires de soins de santé – ou davantage de prestataires de la bonne sorte – mais cela ne suffira pas en soi à améliorer les résultats de santé. Ce qui compte le plus, c'est ce qui se passe

pendant les visites médicales. Ces données soulignent l'importance de changer notre façon de fournir des soins de santé – en modifiant certains rôles des prestataires de soins (par exemple, en utilisant davantage de gestionnaires de cas) et en modifiant la façon dont les soins sont organisés et évalués (par exemple, en créant davantage de réseaux collaboratifs).

6. La solution : aider les gens à gérer leur maladie.

La responsabilité de l'autogestion des soins repose largement sur les personnes atteintes du diabète. Les Canadiens qui gèrent efficacement leur diabète prennent les médicaments prescrits et suivent les conseils des professionnels de la santé : ils font régulièrement de l'exercice, ont une alimentation saine, et vérifient périodiquement qu'ils n'ont pas de lésions sur la peau. Il est clair qu'apprendre aux gens à être les partenaires de leur propre traitement les aide à conserver un meilleur état de santé. Les patients qui comprennent le mieux comment soigner leur diabète sont les plus disposés à s'engager vraiment dans l'autogestion quotidienne des soins.⁴² Ceci souligne à quel point il est important d'éduquer et d'assister les patients et leurs familles.

Des programmes d'autogestion s'adressant à des personnes atteintes du diabète ont produit des améliorations modérées mais non négligeables de la pression artérielle et des taux de glycémie – des réductions associées à un moindre risque de complications, comme les crises cardiaques et les accidents cérébrovasculaires.⁴³ Ces programmes ont moins bien réussi à encourager la perte de poids,^{43,44} mais il est prouvé que l'exercice améliore le contrôle de la glycémie même sans perte de poids.⁴⁵

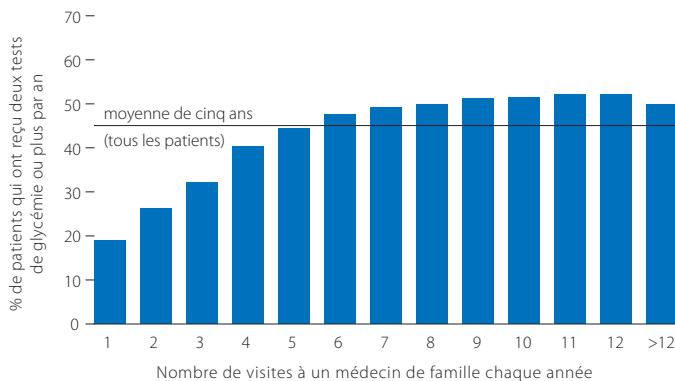


TABLEAU 17

Surveillance des taux de glycémie en C.-B. : plus de visites ne signifient pas toujours un meilleur traitement.

Quelle est la meilleure façon d'assurer que les personnes atteintes du diabète feront un test tous les trois mois pour vérifier leur taux de glycémie, comme le recommandent les experts? Ce graphique suggère que la solution n'est pas de voir son médecin plus souvent. Quel que soit le nombre de leurs visites chez le médecin, pas plus de 50 pour cent en moyenne des patients participant à cette étude d'une autorité sanitaire de la Colombie-Britannique ont passé tous les tests recommandés.

La population de l'étude comprenait 20 000 patients atteints de diabète de l'Autorité sanitaire du Fraser, C.-B., 1996-2001.

Source : Krueger H. (2006). The Relationship between Long-Term Adherence to Recommended Clinical Procedures and Health Care Utilization for Adults with Diagnosed Type 2 Diabetes. [Dissertation de doctorat]. Université de la Colombie-Britannique, Department of Health Care and Epidemiology.

47

Les séances en groupe constituent une méthode efficace de faire de la formation sur la santé et de donner un enseignement sur le diabète, et servent aussi à faire la promotion de méthodes visant à faire perdre du poids ou à baisser la pression artérielle.⁴⁶ L'efficacité de la formation ne semble pas dépendre du professionnel menant le groupe, médecin, infirmière ou diététiste. Les personnes dont la formation à l'autogestion se fait en groupe sont mieux informées sur le diabète et arrivent à de meilleurs résultats en ce qui concerne la glycémie, la pression artérielle et le poids, en comparaison des patients qui ne bénéficient pas de ce genre de service. Ces données soulignent les avantages des programmes d'autogestion, même si les experts n'ont pas encore défini la méthode la plus efficace pour concevoir ces programmes.

En conclusion, si nous arrivons à apporter les modifications nécessaires à notre façon de soigner les personnes ayant des maladies chroniques, les Canadiens pourront s'attendre à recevoir des soins de plus haute qualité et à obtenir de meilleurs résultats de santé. Actuellement, nous abordons ces problèmes de santé complexes d'une manière décousue, avec des méthodes périmées; et les soins que nous fournissons ne sont pas satisfaisants. La première ligne d'intervention concerne les soins de santé primaires – les gouvernements ont pris des engagements visant à renouveler ce secteur, par exemple, en développant les soins en collaboration. C'est la direction à prendre, et nous sommes certains que ces équipes vont changer les choses, surtout si elles s'adjoignent des gestionnaires de cas.

Comme le soulignait le Conseil de la santé dans son récent rapport, *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* (février 2007), au cours des dernières années, on n'a vu qu'une augmentation modérée du nombre des groupes de pratique, et seulement une légère évolution en faveur d'équipes interprofessionnelles comptant des gestionnaires de cas. Trop peu de cabinets de médecine familiale se sont associés à des spécialistes, des pharmacies et des hôpitaux pour favoriser la continuité des soins, et trop peu d'investissements sont allés renforcer les cabinets de médecine familiale, qui sont l'endroit où une grande partie des Canadiens reçoivent les soins et les informations indispensables pour gérer leur maladie.

Mais, comme nous l'avons vu dans ce chapitre, quand les prestataires de soins collaborent les uns avec les autres, et utilisent une combinaison d'outils et de stratégies, comme la gestion de cas, les technologies de l'information, les incitations financières et les formations sur le diabète, il devient alors beaucoup plus probable que les patients reçoivent des soins conformes aux lignes directrices des experts, et, en fin de compte, obtiennent de meilleurs résultats de santé. Au chapitre 5, l'expérience de la Veterans Health Administration des États-Unis, qui bénéficie d'un financement public, fournit un autre exemple de transformation du système de soins et de prévention des maladies chroniques, avec, comme retombées, un meilleur état de santé et des économies sur les coûts.

Le chapitre qui suit – *La prévention : qu'est-ce qui réussit?* – examine comment le Canada peut continuer à améliorer l'évolution de la prévention du diabète et des maladies chroniques.

Références

- 1 Organisation mondiale de la santé. (2001). *Innovative Care for Chronic Conditions*. (rapport de la réunion). Genève : OMS. www.who.int/chp/knowledge/publications/icccmeeting.pdf
- 2 Rothman AA, Wagner EH. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*. 138(3):256-261.
- 3 Agence de santé publique du Canada. (2003). Diabète – Faits et Chiffres. [page Web]. www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/faits/index.html.
- 4 Agence de santé publique du Canada. (2003). Quelles sont les complications du diabète? [page Web]. www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/questque/complications.html.
- 5 Sanmartin C et Gilmore J. (2006). Soins pour le diabète au Canada: résultats de certaines provinces, 2005. Dans : Statistique Canada. Usage du tabac et soins pour le diabète: résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC (2005). N° 82-621-XIF au catalogue. Ottawa : Statistique Canada. www.statcan.ca.
- 6 Chan B, Klomp H, Cascagnette P. (2006). *Quality of Diabetes Management in Saskatchewan*. Saskatoon: Health Quality Council. www.hqc.sk.ca.
- 7 Watson DE, Krueger H, Mooney D, Black C. (2005). *Planning for Renewal - Mapping Primary Health Care in British Columbia*. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research. www.chspr.ubc.ca.
- 8 Woodward G, van Walraven C, Hux JE. (2006). Utilization and outcomes of HbA1C testing: a population-based study. *CMAJ*; 174 (3): 327-329.
- 9 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. (2005). Taking the pulse of health care systems: Experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*; w5 (2 novembre): w509-w525.
- 10 Harris SB, Ekoe JM, ZdanowiczY, et al. (2005). Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the Diabetes in Canada Evaluation study). *Diabetes Research and Clinical Practice*; 70(1):90-97.



- 11** Toth EL, Majumdar SR, Guirguis LM et al. (2003). Compliance with clinical practice guidelines for type 2 diabetes in rural patients: treatment gaps and opportunities for improvement. *Pharmacotherapy*; 23(5): 659-665.
- 12** Booth GL, Kapral MK, Fung K et al. (2006 January). Recent trends in cardiovascular complications among men and women with and without diabetes. *Diabetes Care*; 29(1):32-7.
- 13** UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*; 352(9131):837-853.
- 14** Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, and Castaneda-Sceppa C. (2004). Physical activity/exercise and type 2 diabetes. American Diabetes Association Consensus Statement. *Diabetes Care* 27(10): 2518-2539.
- 15** UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *British Medical Journal*; 317(7160):703-713.
- 16** Brown LC, Johnson JA, Majumdar SR et al. (2004). Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis. *CMAJ*. 171:1189-1192.
- 17** Shah BR, Mamdani M, and Kopp A. Drug use in older people with diabetes. (2003). Dans : Hux JE, Booth GL, Slaughter PM, et Laupacis A (eds). *Diabetes in Ontario: An ICES practice atlas*. Institute for Clinical Evaluative Sciences. www.ices.on.ca.
- 18** Shah B, Hux JE, Laupacis A et al. (2006). Use of vascular risk-modifying medications for diabetic patients differs between physician specialties. *Diabetic Medicine*; 23(10):1117-1123.
- 19** Association canadienne du diabète et Diabète Québec. (2005). Rapport de 2005 sur le diabète : Le visage méconnu du diabète au Canada. Toronto : ACD. www.diabetes.ca/section_advocacy/diabetesreport2005.asp
- 20** Eliasson B. Cigarette smoking and diabetes. (2003). *Progress in Cardiovascular Diseases*; 45(5): 405-413.
- 21** Harris SB, Petrella RJ, Lambert-Lanning A et al. (2004). Lifestyle management for type 2 diabetes: are family physicians reading and willing? *Canadian Family Physician*; 50:1235-1243.
- 22** Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée. Le gouvernement McGuinty améliore le traitement du diabète : Des nouvelles équipes d'éducation et de soins viendront en aide à 69 000 Ontariennes et Ontariens. (communiqué de presse, 30 novembre 2005). ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/11/30/c1613.html?lmatch=&lang=_f.html
- 23** Association canadienne du diabète et Diabète Québec. (2005). Manitoba and Diabetes Report 2005. Supplément au Rapport de 2005 sur le diabète : Le visage méconnu du diabète au Canada. Toronto : ACD. www.diabetes.ca.
- 24** Conseil canadien des éducateurs en diabète. (2006). Éducateur agréé en diabète. Manuel en français www.cdec.ca.
- 25** Schoen C, Osborn R, Trang HP et al. (2006) On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*; 2 novembre (exclusivité web) : W555-571.
- 26** Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM et al. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*; 296(4):427-440.
- 27** Asch SM, Baker DW, Keesey JW et al. (2005). Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? *Medical Care*; 43(7): 667-675.
- 28** Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, and Keeler EB. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*; 11(8):478-488.
- 29** Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S et al. (2006). Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*; 29(4):811-817.
- 30** Évaluations supplémentaires dans : Rand Corporation. (2006). Improving chronic illness care: evaluation. [bibliographie]. www.rand.org/health/projects/icice/findings.html.
- 31** Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*; 74: 511-544
- 32** Pour plus de renseignements sur les collaboratifs et sur le modèle des soins aux maladies chroniques, veuillez voir le site Web : Improving Chronic Illness Care, a program of the Robert Wood Johnson Foundation, www.improvingchroniccare.org; et le site Web de l'Institute for Healthcare Improvement, www.ihl.org.
- 33** Jackson CL, Bolen S, Brancati FL et al. (2006). A systematic review of interactive computer-assisted technology in diabetes care. *Journal of General Internal Medicine*; 21(2): 105-110.
- 34** Renders CM, Valk GD, Griffin SJ et al. (2001). Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*; 24(10): 1821-1833.
- 35** Protti D. (2006) Adoption de la TI (technologie de l'information) par les OP-MF (omnipraticiens et spécialistes en médecine familiale) : comparaison entre 10 pays. www.cma.ca/index.cfm/ci_id/49044/la_id/2.htm.
- 36** Doran T, Fullwood C, Gravelle H et al. (2006). Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*; 355(4): 375-384.
- 37** Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2006). Full services family practice incentive program. [page Web]. www.health.gov.bc.ca/cdm/practitioners/fullservice.html.
- 38** Epstein AM. (2006). Paying for performance in the United States and abroad. *New England Journal of Medicine*; 355(4): 406-8.
- 39** Stratton IM, Adler AI, Neil HA et al. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*; 321(7258): 405-412.
- 40** The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*; 329(14): 977-986.
- 41** Krueger H. (2006). The Relationship between Long-Term Adherence to Recommended Clinical Procedures and Health Care Utilization for Adults with Diagnosed Type 2 Diabetes. [Dissertation de doctorat]. University of British Columbia, Department of Health Care and Epidemiology.
- 42** Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA et al. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*; 17: 243-252.
- 43** Chodosh J, Morton SC, Mojica W et al. (2005). Meta analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*; 143: 427-438.
- 44** Norris SL, Zhang X, Avenell A et al. (2005). Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 2. www.cochrane.org.
- 45** Thomas DE, Elliot EJ, and Naughton GA. (2006). Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 3. www.cochrane.org.
- 46** Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams R. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 2. www.cochrane.org.

LA PRÉVENTION : QU'EST-CE QUI RÉUSSIT? « Tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé. »

Plan décennal des premiers ministres pour consolider les soins de santé (2004)

4



En dépit des problèmes identifiés dans le chapitre précédent, il n'y a pas que de mauvaises nouvelles. Les crises cardiaques et les accidents cérébrovasculaires sont en régression chez les Canadiens atteints du diabète, un indice majeur de l'amélioration des soins. Parallèlement, cependant, le nombre de personnes frappées par le diabète continue d'augmenter. Cette tendance risque de réduire à néant les gains découlant de l'amélioration des soins de santé.

En faisons-nous assez pour nous soustraire au fardeau, évitable par ailleurs, qu'impose toute maladie chronique, celle-ci comme les autres? Dans ce chapitre, nous présentons les informations disponibles sur les stratégies efficaces en matière de prévention du diabète ainsi que sur certaines initiatives entreprises au Canada. Nous y faisons aussi un survol des secteurs dans lesquels l'engagement de tous les groupes – responsables politiques, gestionnaires du système de soins de santé et prestataires de soins, individus, familles et collectivités – peut contribuer à la réussite des activités de prévention et, en définitive, à l'amélioration des résultats liés à la santé.

Voici l'état des connaissances actuelles :

- > Les dépistages sélectifs peuvent avoir un effet significatif sur les possibilités de fournir des soins en temps opportun aux personnes à haut risque pour le diabète, ou déjà atteintes de cette maladie mais ne le sachant pas.
- > La médication et la modification du mode de vie sont des méthodes efficaces pour retarder ou prévenir l'apparition du diabète, mais la modification du mode de vie a des retombées supplémentaires.
- > La prévention des maladies chroniques exige de mener sur plusieurs fronts une action concertée capable d'intervenir au-delà des limites du système de santé et des activités traditionnelles de la promotion de la santé.

1. Les dépistages sélectifs identifient les personnes à qui les soins préventifs peuvent bénéficier.

Le dépistage est une procédure de recherche systématique d'une maladie comme le diabète chez une personne qui ne présente pas de symptômes. Deux à trois pour cent environ des adultes vivant au Canada ont le diabète mais ne le savent pas.^{1,2} Le dépistage permet aussi d'identifier les personnes présentant un état prédiabétique – considéré comme un précurseur de la maladie.

Le dépistage précoce peut améliorer les résultats de santé et faire économiser de l'argent au système de santé. La plupart des experts s'accordent à reconnaître qu'il ne serait pas raisonnable de procéder au dépistage de l'ensemble

de la population, à cause des coûts élevés et du petit nombre de cas qui seraient identifiés. En fait, il est au moins cinq à dix fois plus rentable de limiter le dépistage du diabète à des populations spécifiques plutôt que de l'appliquer à l'ensemble de la population adulte.^{3,4}

Au Canada, les prestataires de soins de santé se servent de lignes directrices pour déceler les personnes à haut risque pour qui le dépistage pourrait être le plus utile. Par exemple, l'Association canadienne du diabète recommande aux prestataires de procéder tous les trois ans, au cours des visites médicales, au dépistage du diabète chez les personnes âgées de 40 ans et plus, ou à un âge plus précoce en présence d'autres facteurs : parent au premier degré souffrant de diabète, obésité, maladie cardiaque.⁵ Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs prend position contre le dépistage de l'ensemble de la population, mais constate que le dépistage chez les personnes ayant une pression artérielle ou un taux de cholestérol élevés pourrait réduire les mauvais résultats liés à la santé, tels que les crises cardiaques ou les accidents cérébrovasculaires.^{6,7} Le but de ces lignes directrices est de cibler la clientèle des dépistages afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des investissements qu'on y fait.

Le dépistage précoce des prédiabétiques ou des personnes chez qui la maladie n'a pas encore été diagnostiquée, offre des possibilités intéressantes d'arrêter ou de retarder l'apparition du diabète et de fournir le traitement le plus approprié. Le dépistage dans les groupes ethniques à haut risque (Autochtones, populations originaires d'Asie du Sud-Est et d'Amérique latine, entre autres) est un secteur qui demande des investissements plus importants. On constate dans ces groupes non seulement un taux élevé de diabète par rapport à l'ensemble de la population du Canada, mais aussi, comme l'ont démontré plusieurs études, un taux élevé de diabète non diagnostiqué (voir le chapitre 2). Le InterCommunity Health Centre de London, en Ontario, procède au dépistage des groupes ethniques locaux et mène des actions préventives pour les familles avec son Latin-American Diabetes Program. (Voir au chapitre 5 la section sur ce travail novateur).

La prévention des maladies chroniques exige de mener sur plusieurs fronts une action concertée capable d'intervenir au-delà des limites du système de santé et des activités traditionnelles de la promotion de la santé.

2. Les médicaments préventifs et la modification du mode de vie sont deux méthodes éprouvées de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète.

Les personnes prédiabétiques qui font régulièrement de l'exercice, ont une alimentation saine et perdent du poids, peuvent retarder l'apparition du diabète, voire l'éviter. Pour les prédiabétiques ayant entrepris de modifier à fond leur mode de vie, la probabilité d'avoir le diabète est inférieure dans une proportion de 60 pour cent à celle de personnes à haut risque qui n'ont pas fait de changements. Une légère perte de poids (environ 4 kg), sur une période de trois à six ans, a permis à près de 60 pour cent de personnes à haut risque pour le diabète de prévenir l'apparition de la maladie.^{8,9}

Les médicaments pour contrôler la glycémie peuvent aussi prévenir ou retarder de façon efficace l'apparition du diabète chez des personnes à haut risque. Toutefois, les personnes qui utilisent ces médicaments doivent quand même s'assurer de rester actives et de s'alimenter sainement, pour ne pas annuler par un mode de vie malsain les bienfaits de la médication. En fait, les modifications du mode de vie semblent avoir sur l'évolution du diabète une action au moins aussi efficace – sinon plus – que les médicaments. En outre, un mode de vie sain a l'avantage supplémentaire de réduire les risques d'apparition de diverses maladies chroniques, tout en n'ayant aucun des effets secondaires des médicaments.^{9,10}

3. Les actions doivent s'étendre au-delà des limites traditionnelles des soins de santé.

Dans une large mesure, les actions menées pour réduire les risques d'apparition de maladies chroniques doivent sortir du territoire habituel des soins de santé. En intervenant au niveau de la prévention, les responsables politiques, les gestionnaires du système de santé, les prestataires de soins, les individus, les familles et les collectivités ont tous la possibilité de contribuer à l'amélioration des résultats de santé.

Pour encourager activement la population à conserver un poids santé, par exemple, les **responsables politiques** peuvent influencer sur le prix de divers types d'aliments et sur la facilité à se les procurer, ou encore sur le prix des activités récréatives et sur leur accessibilité.

Dans tout le pays, les gouvernements se sont engagés à soutenir la prévention des maladies chroniques. Il y a une prise de conscience accrue de la nécessité de tenir compte des causes sociales et environnementales d'un mauvais état de santé, et des stratégies en matière de modes de vie sains se sont implantées. Dans l'encadré *La prévention du diabète : que font les gouvernements?* (page 54) nous présentons un aperçu des engagements actuels des

responsables et de leurs initiatives en matière de politiques. Ces stratégies sont conçues en général dans le but de sensibiliser la population au diabète et aux facteurs de risque des maladies chroniques. Dans certains cas, elles sont accompagnées aussi d'un financement pour permettre aux gestionnaires du système de santé et aux prestataires de soins de bonifier les efforts visant à prévenir ou retarder l'apparition du diabète.

Les gestionnaires du système de santé et les prestataires de soins peuvent jouer un rôle important auprès de leurs patients en les aiguillant vers des programmes de soutien gérés par la collectivité. Ils peuvent aussi apporter leur assistance aux organisations et aux entreprises locales dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ils peuvent finalement aider les individus et les familles à obtenir l'information et la formation dont ils ont besoin pour améliorer leur état de santé et pour comprendre les effets nocifs que certaines décisions et certaines actions peuvent avoir sur la santé. Le chapitre suivant présente un programme présentement implanté dans une région des Premières Nations du Nord du Manitoba, le Island Lake Regional Renal Health Program. Ce projet a été conçu en réponse aux taux élevés de néphropathies dans la région, dus en bonne part au diabète, et cette initiative associe une prestation novatrice des soins de santé à des programmes communautaires permettant de cibler différemment la prévention du diabète et des autres maladies chroniques.

Les **programmes communautaires** qui visent la réduction des facteurs de risque pour les maladies chroniques par la promotion de modes de vie sains sont une option intéressante pour améliorer la santé des Canadiens. S'adressant à l'ensemble de la collectivité, ces programmes peuvent produire de petites améliorations chez un grand nombre de personnes et de grandes améliorations chez les personnes à haut risque. Quand on additionne ces améliorations à l'échelle de la totalité de la population, ceci se traduit vraisemblablement par d'importantes retombées positives sur l'ensemble des résultats de santé.

Les experts estiment que la gestion de ces programmes devrait revenir à la communauté et qu'on devrait leur accorder un financement stable et constant. Ces projets devraient, par des stratégies diversifiées, offrir des programmes de désaccoutumance du tabac, donner des occasions de participer à des activités de mise en forme, et fournir des informations sur l'alimentation

et l'exercice. De telles initiatives communautaires devraient être proposées là où les Canadiens vivent, travaillent, étudient et jouent. Une collaboration multisectorielle – impliquant éducation, affaires, médias, services sociaux et soins de santé – assurerait la viabilité de ces programmes.^{11,12}

Ces stratégies pourraient à la fois cibler les facteurs de risque propres à l'environnement, et viser la modification du comportement des individus. Par exemple, nous savons que les collectivités comptant plus de restaurants rapides ont des taux plus élevés de mortalité et d'hospitalisation dues à des maladies du cœur.¹³ Remédier à ce genre de facteur environnemental, cependant, peut ne pas être à la portée d'un programme communautaire. Ceci souligne à quel point il est important que les politiques publiques qui s'attaquent aux déterminants principaux de la santé appuient aussi les initiatives prises au niveau de la collectivité.

Nous présentons au chapitre 5 plusieurs initiatives communautaires très réussies. Nous pouvons citer ici quelques autres approches :

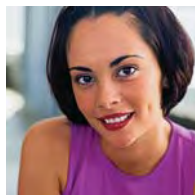
- > Le Pauktuutit Inuit Women of Canada, qui a élaboré un outil de formation spécifiquement inuit de sensibilisation au diabète et aux modes de vie sains. Un coordonnateur de projet et un Inuk atteint de diabète mènent des groupes de discussion en anglais et en inuktitut dans des collectivités du Nord.¹⁴
- > Le KidSport Fund, créé par Sport PEI, qui aide les familles de l'Île-du-Prince-Édouard à inscrire leurs enfants à des activités sportives en leur procurant une aide financière.¹⁵
- > Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, la campagne « Non aux boissons gazeuses » – un partenariat entre les écoles locales, les organisations gouvernementales et l'Association dentaire des T.N.-O. et du Nunavut – qui encourage les élèves et les membres de leur famille à choisir des solutions de remplacement aux boissons sucrées au cours d'un défi annuel. Les écoles utilisent l'argent des prix pour financer l'achat de matériel destiné à des programmes d'alimentation saine et de vie active. Ce programme est en train de s'étendre à tout le Nord.¹⁶

Pour toucher la population générale, ces initiatives ont utilisé une large gamme de techniques, depuis le marketing de masse via la télévision et la presse écrite, jusqu'à des activités ciblées telles que séminaires, enseignement individualisé et counseling.

4. Les réussites des études contrôlées ne sont pas faciles à transposer dans les collectivités.

Des recherches en Chine, en Finlande et aux États-Unis – trois pays présentant une grande diversité culturelle et possédant des systèmes de santé très différents – ont toutes établi qu'une perte de poids modérée au cours d'une période de trois à six ans chez des personnes prédiabétiques peut, dans de nombreux cas, prévenir ou retarder l'apparition du diabète de type 2. Dans ces études, des volontaires participaient à des programmes allant de séances individuelles à des ateliers de groupe sur l'alimentation et l'exercice, avec des objectifs individualisés et un suivi. On a relevé de 46 à 58 pour cent de moins de cas de diabète parmi les participants que dans les groupes de contrôle.^{8,9,17} Et trois ans après la fin de la recherche finlandaise, le groupe de personnes qui avait participé au programme original continuait d'en retirer des bénéfices : on comptait 43 pour cent de moins de nouveaux cas de diabète dans ce groupe en comparaison du groupe de contrôle.¹⁸

De vastes recherches, portant sur des collectivités prises dans leur ensemble, ont essayé d'y reproduire les résultats de ces expériences contrôlées. Ces études utilisent normalement de larges campagnes médiatiques combinées à des cliniques et des séminaires visant à enseigner comment adopter un mode vie sain. Pour évaluer l'efficacité de ces programmes, les chercheurs comparent les modifications des facteurs de risque (comme le niveau d'activité physique, le poids, les habitudes alimentaires) et le taux de mortalité de plusieurs maladies chroniques (comme le diabète et les maladies cardiaques) dans la ville où le programme a été donné, avec ceux d'une ville similaire où aucune campagne majeure de promotion de modes de vie sains n'a eu lieu. Certaines interventions ont produit, pour l'ensemble de la collectivité, une augmentation des connaissances sur les facteurs de risque des maladies chroniques et la réduction de certains problèmes de santé tels la pression artérielle et le taux de cholestérol élevés, et le tabagisme.¹¹ Malheureusement, la majorité de ces études n'a pas réussi à démontrer une réduction significative des crises cardiaques, accidents cérébrovasculaires ou décès (l'ultime indication du succès) dans la ville de la recherche en relation à la ville contrôle – même si un projet aux États-Unis a démontré la réduction des décès dus au cancer et aux maladies cardiaques.^{11,19,20} Des projets portant sur des collectivités et concernant une population désavantagée au Québec et une population autochtone en milieu rural en Colombie-Britannique ont pu, avec beaucoup de difficultés, démontrer quelques succès.^{21,22}



Au Canada, en s'appuyant sur la recherche, des collectivités ont réalisé des initiatives amenant des réductions importantes des maladies chroniques. Le Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project existe depuis 12 ans et comporte une multitude d'interventions visant à réduire les risques d'apparition du diabète et ciblant les enfants d'âge scolaire et leurs familles. Le taux global de croissance de nouveaux cas dans cette communauté autochtone du Québec a diminué substantiellement. Les taux d'incidence (nouveaux cas) à Kahnawake sont maintenant similaires aux taux nationaux, une situation en contraste marqué avec celle de la plupart des communautés autochtones, où ces taux sont en augmentation (Tableau 9, chapitre 2). Ce projet remarquable est présenté au chapitre 5 : *Où sont nos succès?*

On peut expliquer ces résultats mitigés par diverses raisons. Les recherches faites dans les collectivités n'ont pas la même intensité d'intervention que les études contrôlées. Les participants n'ont pas de formateur personnel ni de programmes sur mesure pour modifier leur mode de vie, et ne reçoivent pas de rappels amicaux de la part des membres d'une équipe de recherche pour les encourager à suivre le programme. En outre, les personnes qui s'inscrivent à une étude contrôlée sont probablement plus motivées à changer leur comportement que celles qui préfèrent ne pas se porter volontaires. Visiblement, il faut continuer de travailler à transférer vers de nouveaux contextes les interventions axées sur la recherche et qui ont été couronnées de succès, car même les petites améliorations de l'état de santé des individus finissent, en s'additionnant, par améliorer l'état de santé de la collectivité entière.

Il est difficile de repérer les facteurs qui déterminent la réussite. Il peut se passer des années avant qu'une intervention quelconque conçue pour réduire le fardeau des maladies chroniques puisse démontrer des effets significatifs, car, dans une population donnée, la plupart des gens ne présentent probablement que de faibles risques d'avoir une maladie de cœur ou le diabète dans un futur proche. De plus, les bienfaits d'un mode de vie sain ne se limitent pas à réduire les risques d'une maladie chronique particulière. Mais c'est en poursuivant ces recherches que l'on déterminera quelle est la meilleure manière d'encourager de larges groupes de personnes à adopter et à conserver des modes de vie sains.

5. Les stratégies conjointes, mobilisant à la fois l'autorité des gouvernements et l'énergie des programmes communautaires, peuvent être très efficaces.

Même si nous ne savons que relativement peu de choses sur les répercussions possibles d'une approche ou d'une autre sur les facteurs de risque des maladies chroniques, nous savons à quel point les campagnes ciblant les modes de vie peuvent être efficaces. Pensez aux succès des stratégies conjointes qui ont amené combien d'entre nous à arrêter de fumer, à attacher nos ceintures de sécurité, et à ne pas conduire après avoir bu. L'influence des campagnes d'information publiques et des médias a été renforcée par le poids des règlements et des législations. Même s'il faut des années pour changer les normes sociales, il est possible de le faire. Les campagnes, financées par les responsables politiques, peuvent être menées ou organisées par les gestionnaires du système de santé ou par les collectivités locales. La recherche, quant à elle, doit continuer d'examiner quels types d'intervention politique ont la plus grande probabilité de stimuler des changements de comportement chez les Canadiens au niveau des individus, des familles et des collectivités.

On commence à reconnaître l'importance de la collaboration interministérielle dans l'intégration des approches en politique. En Colombie-Britannique, le programme ActNow BC, décrit au chapitre 5, est un exemple de collaboration entre le ministre de la Santé et d'autres partenaires gouvernementaux qui n'étaient pas traditionnellement associés à des initiatives de promotion de la santé et de prévention. Dans un autre contexte, une étude menée par l'Organisation mondiale de la Santé a montré comment la politique agricole, par exemple, peut contribuer à favoriser des modes de vie sains.²³

La Fédération internationale du diabète, qui jouit d'une perspective mondiale, a récemment décrit l'accumulation des facteurs de risque qui mènent au diabète, aux maladies cardiaques et autres maladies chroniques connexes, comme « une bombe à retardement tant pour les individus qui ont le diabète que pour les nations confrontées à l'immense fardeau que représente la santé publique ».²⁴ En matière de risques de santé, le Canada ne fait pas exception, comme nous l'avons vu tout au long de ce rapport. Nous faisons l'expérience de niveaux d'obésité et d'inactivité sans précédent, notre population vieillit, la mosaïque canadienne inclut en nombres croissants des personnes appartenant à des groupes ethniques à haut

(SUITE À LA PAGE 56)

Une légère perte de poids (environ 4 kg ou 9 lbs), sur une période de trois à six ans, a permis à près de 60 pour cent de personnes à haut risque pour le diabète de prévenir l'apparition de la maladie.

LA PRÉVENTION DU DIABÈTE : QUE FONT LES GOUVERNEMENTS?

Dans tout le pays, les gouvernements se sont engagés à soutenir la prévention des maladies chroniques. Il y a une prise de conscience accrue de la nécessité de tenir compte des causes sociales et environnementales d'un mauvais état de santé. Voici un aperçu des engagements actuels et des initiatives politiques.

Qu'ont promis les gouvernements?

En février 2003, le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux ont signé *L'accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, qui exprimait leur engagement à appliquer leur programme pour « des Canadiens et des Canadiennes en santé » :

« Des approches coordonnées sont nécessaires pour lutter contre l'obésité, promouvoir la forme physique et améliorer la santé publique et l'environnement. Les premiers ministres chargent les ministres de la Santé de poursuivre la mise au point de stratégies pour promouvoir de saines habitudes et d'élaborer des initiatives en vue de réduire les écarts dans l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. »

En septembre 2004, les premiers ministres signaient le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, dans lequel ils prenaient de nouveaux engagements pour faire avancer « la prévention, la promotion et la gestion de la santé publique » :

« Tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de

l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé. En particulier, la gestion efficace des maladies chroniques permet de maintenir l'état de santé des personnes et de freiner la tendance grandissante à l'alourdissement du fardeau des maladies. »

Que font les gouvernements?

Le rapport 2007 du Conseil canadien de la santé – *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* – informe les Canadiens sur les progrès des stratégies pour la promotion d'un mode de vie sain et des initiatives pour la réduction des disparités dans la santé. Nous présentons ici des activités particulièrement intéressantes dans le contexte de la prévention du diabète et des maladies chroniques connexes.

En 1999, le gouvernement du Canada a lancé la **Stratégie canadienne sur le diabète** pour coordonner au niveau national les actions de prévention et de gestion de cette maladie. L'Agence de la santé publique du Canada, par l'entremise de son Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, assume la gestion de cette stratégie. Pour la période 2006-2007, 18 millions de dollars ont été affectés à cette action. Les activités menées au titre de la Stratégie sur le diabète comprennent :

- > l'élaboration d'une approche intégrée et concertée visant à réduire les effets du diabète au Canada;
- > la surveillance du diabète et de ses complications par le Système national de surveillance du diabète; et
- > la réduction des chevauchements

entre les agences du gouvernement et d'autres organisations comme l'Association canadienne du diabète.

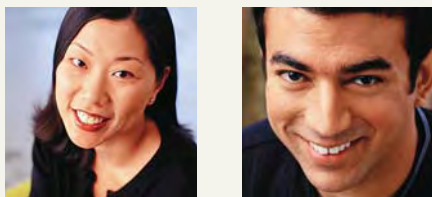
Voir : www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/strategie/index.html

Lancée en 1999, l'**Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)** fournit soins et traitements aux Premières nations habitant les réserves et aux collectivités inuites dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète, mais avec un financement différent (actuellement 190 millions de dollars pour 2005-2010). Les composantes du programme de l'IDA incluent la promotion de la santé, la prévention primaire, le dépistage et les soins, le développement de la capacité et le traitement, la recherche et la surveillance, et l'évaluation et le contrôle.

Voir : www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/diabetes-diabete/francais/strategie/adi.html

En novembre 2006, le gouvernement du Canada a annoncé que jusqu'à dix collectivités des Premières nations participeraient à de nouveaux projets pilotes de deux ans sur les **garanties de temps d'attente pour les soins du diabète**. Les projets évalueront si les soins et les services de prévention du diabète peuvent être fournis dans des collectivités autochtones dans des délais stipulés. Par exemple, les adultes vivant dans des réserves auront la possibilité, dans les trois mois suivant le dépistage du prédiabète, de participer à un programme de prévention du diabète, de formation et de soutien.

Voir : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/madial/nr-cp/2006/2006_118_f.html



En 2005, le gouvernement fédéral a annoncé l'affectation de 300 millions de dollars sur cinq ans pour des activités dans le cadre de la **Stratégie intégrée en matière de vie saine et de maladies chroniques**. Au commencement de 2007, 26,4 millions de dollars provenant de ce fonds ont été débloqués. Avec la **Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains** également annoncée en 2005, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à poursuivre des buts et des objectifs cherchant à améliorer l'état de santé des Canadiens. L'un des objectifs vise à obtenir en 2015 une augmentation de 20 pour cent de la proportion des Canadiens qui pratiquent des activités physiques, ont une alimentation saine et conservent un poids santé.

Voir : www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html

L'Agence de santé publique du Canada (Centre de prévention et contrôle des maladies chroniques) coordonne aussi l'**Initiative canadienne en santé cardiovasculaire**, qui cible pratiquement les mêmes facteurs de risque que la Stratégie canadienne sur le diabète et la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

Voir : www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/index_e.html

Le Canada est le seul pays non européen à être partenaire du **Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles**, conçu pour alléger le fardeau des facteurs

de risque dans les pays participants. Le Canada est aussi partenaire de l'**International Global Prevention Alliance** qui élabore un plan d'action mondial pour réduire l'obésité et les maladies chroniques.

Voir : www.euro.who.int/CINDI
www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/index_f.html
www.preventionalliance.net/index.htm

L'**Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada** comprend plus de 50 membres des secteurs public et non gouvernemental qui se sont alliés pour « favoriser et aider à soutenir un effort concerté à l'échelle nationale en vue de l'adoption d'une approche axée sur la prévention intégrée des maladies chroniques au Canada par le leadership en collaboration, la gouvernance et le développement des capacités ».

Voir : www.cdpac.ca

La recherche joue un rôle essentiel dans la prévention du diabète. En 2005-2006, dans le cadre des **Instituts de recherche en santé du Canada**, de nouveaux fonds ont été débloqués pour ce secteur : 6,6 millions de dollars pour la recherche sur le diabète de type 1, 11,4 millions de dollars pour la recherche sur le diabète de type 2, et 12,8 millions de dollars pour la recherche générale sur le diabète et ses complications.

Voir : www.cihr.ca

Initiatives provinciales et territoriales

Tous les secteurs de compétence au Canada investissent de façon significative dans la promotion des modes vie sains par l'intermédiaire de programmes qui

favorisent l'alimentation saine, l'activité physique et la désaccoutumance du tabac. Le rapport du Conseil de la santé aux Canadiens sur les progrès du renouvellement des soins de santé, de février 2007, fait un tour d'horizon des activités prenant place au niveau national. En voici quelques exemples :

- > Dans les **Territoires du Nord-Ouest**, la **Healthy Stores Initiative**, un programme sur l'alimentation saine qui aborde des questions spécifiques au Nord, comme le rôle des aliments traditionnels dans une alimentation saine, et la difficulté d'avoir régulièrement accès à des aliments frais à des prix raisonnables.
- > En **Ontario**, le **projet fruits et légumes pour le Nord**, un projet pilote de 500 000 dollars sur un an, qui vise à fournir des fruits et des légumes frais, produits en majeure partie dans la province, aux enfants d'écoles primaires sélectionnées du Nord de l'Ontario.
- > **Saskatchewan in motion**, un programme à l'échelle de la province pour faire la promotion de l'activité physique par des partenariats avec des écoles, des entreprises, des prestataires de soins de santé, ainsi que des Premières nations et des collectivités du Nord de la province. Le Conseil de la santé a présenté ce projet dans son rapport : *Leur avenir commence maintenant : des choix sains pour les jeunes et les enfants au Canada*.²⁵

risque. Si nous n'y portons pas attention, si nous n'agissons pas, ces tendances vont aboutir à une explosion du nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques et à des disparités grandissantes dans les résultats de santé.

Les besoins d'investissements publics efficaces, constants et concertés sont également sans précédent. Ces investissements doivent souscrire au changement à la fois dans les services de santé et au-delà de ceux-ci, pour influencer les systèmes sociaux qui affectent nos modes de vie. Ils devront aussi reposer sur des informations appropriées, valoriser la créativité et susciter une action collective. Le vieillissement et les migrations représentent des tendances peu susceptibles de changer du tout au tout, mais les programmes visant à identifier les personnes à haut risque et à les relier à des systèmes de soutien, ont le potentiel d'enrayer l'évolution des facteurs de risque vers la maladie. Il est bon d'aider les personnes à haut risque en leur donnant des médicaments, si besoin est, mais nous devons aussi être bien conscients que, quand il s'agit de ralentir la progression des risques du diabète, l'alimentation et l'activité physique ont leur rôle à jouer. Et nous devons employer des stratégies où les pouvoirs politiques mettent tout leur poids derrière les campagnes de promotion de la santé pour influencer l'état de santé des individus et des familles.

Stimulées par des initiatives gouvernementales et pilotées par divers types de coalitions, un bon nombre d'activités organisées dans tout le Canada s'attaquent aux facteurs de risque du diabète et autres maladies chroniques. Il est trop tôt pour savoir si ces investissements seront efficaces, ou si ces projets présenteront des lacunes significatives ou des chevauchements. L'ampleur de ces actions est encourageante, cependant, il ne s'agit que d'un commencement.

Dans le chapitre suivant, nous examinons plusieurs exemples où la prévention s'est montrée un outil efficace pour l'amélioration des résultats de santé, ainsi que des programmes axés sur le changement du système de santé.

Références

- 1 Leiter LA, Barr A, Belanger A et al. (2001). Diabetes screening in Canada (DIASCAN) study: prevalence of undiagnosed and glucose intolerance in family physician offices. *Diabetes Care*; 24(6): 1038-1043.
- 2 Young TK, Mustard CA. (2001). Undiagnosed diabetes: does it matter? *CMAJ*; 164(1): 24-8.
- 3 Engelgau MM, Narayan KM, and Herman WH. (2000). Screening for type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 23(10): 1563-1580.
- 4 Hoerger TJ, Harris R, Hicks KA et al. (2004). Screening for type 2 diabetes mellitus: a cost-effectiveness analysis. *Annals of Internal Medicine*; 140(9): 689-99.
- 5 Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. (2003). Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*; 27.52: S1-S163. www.diabetes.ca/cpg2003/chapters.aspx.
- 6 Feig DS, Palda VA, Lipscombe L. (2005) Screening for type 2 diabetes mellitus to prevent vascular complications: updated recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*; 172(2): 177-80.

- 7 Beaulieu, M.D. (1994). Dépistage du diabète sucré en dehors de la grossesse. Dans : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical péri-odique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa: Santé Canada. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s7c50f.pdf.
- 8 Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine*; 344(18): 1343-1350.
- 9 Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*; 346(6): 393-403.
- 10 The DREAM Trial Investigators. (2006). Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial. *The Lancet*; 368: 1096-1105.
- 11 Ades PA, Kottke TE, Houston N et al. (2002). Task Force #3 – getting results: who, where, and how? *Journal of the American College of Cardiology*; 40(4): 615-630.
- 12 Lévesque L, Guilbault G, Delormier T, and Potvin L. (2005). Unpacking the black box: a deconstruction of the programming approach and physical activity interventions implemented in the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Health Promotion Practice*; 6(1): 64-71.
- 13 Alter DA and Eny K. (2005). The relationship between the supply of fast-food chains and cardiovascular outcomes. *Canadian Journal of Public Health*; 96(3): 173-177.
- 14 Brown L and Pauktuutit – Inuit Women of Canada. (2006). Inuit Diabetes Awareness Project. Report for Workshop, The Lawson Foundation. www.pauktuutit.ca.
- 15 Sport PEI. KidSport. [page Web, pas de date]. www.sportpei.ca/kidsport.htm.
- 16 Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Défi territorial Non aux boissons gazeuses 2007. [page Web] www.hlthss.gov.nt.ca/features/Programs_and_Services/drop_the_pop/French/default.asp.
- 17 Pan XR, Li GW, Hu YH et al. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: the Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*; 20(4): 537-544.
- 18 Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *The Lancet*; 368(9548): 1673-1679.
- 19 Record JN, Harris DE, Record SS et al. (2002). Mortality impact of an integrated community cardiovascular health program. *American Journal of Preventative Medicine*; 19: 30-38.
- 20 Ebrahim S and Davey SG. (2006). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 4. www.cochrane.org.
- 21 O'Loughlin JL, Paradis G, Gray-Donald K et al. (1999). The impact of a community-based heart disease prevention program in a low-income, inner-city neighborhood. *American Journal of Public Health*; 89(12): 1819-1826.
- 22 Daniel M, Green LW, Marion SA et al. (1999). Effectiveness of community-directed diabetes prevention and control in a rural Aboriginal population in British Columbia, Canada. *Social Science and Medicine*; 48(6): 815-832.
- 23 Organisation mondiale de la Santé. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic disease: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Technical Report Series, N° 916. Genève : OMS.
- 24 Fédération internationale du diabète. (2006). *Diabetes Atlas : Résumé en français* (2^e édition). Bruxelles : FID. www.eatlas.idf.org.
- 25 Conseil canadien de la santé. (2006). Leur avenir commence maintenant : *Des choix sains pour les jeunes et les enfants du Canada*, Toronto : Health Council. www.healthcouncilcanada.ca/fr.

OÙ SONT NOS RÉUSSITES? Plusieurs projets remarquables donnent la preuve que le travail d'équipe est efficace; que le changement systémique peut améliorer les résultats de façon radicale; que l'information joue un rôle crucial; que la prévention réussit; et que les modes de vie sains peuvent avoir des effets réels.

5



Au Canada comme à l'étranger, des interventions qui ont fait leurs preuves ouvrent des perspectives encourageantes pour l'amélioration des résultats de santé. Certains programmes ciblent la prévention et des modes de vie sains, tandis que d'autres visent à apporter des changements au système de santé, pour fournir des soins globalement améliorés. Dans ce chapitre, nous présentons des projets mobilisateurs qui illustrent les thèmes de ce rapport : l'approche fondée sur le travail d'équipe est efficace; le changement systémique peut améliorer les résultats de façon radicale; l'information est essentielle; la prévention réussit; et les modes de vie sains peuvent avoir des effets réels.

Les collaboratifs améliorent les résultats de santé

Trois provinces au moins appliquent la méthode dite du collaboratif aux soins des maladies chroniques. On appelle collaboratif le processus par lequel des équipes de prestataires de soins recevant un appui externe se soutiennent mutuellement pour adopter des pratiques exemplaires et améliorer les résultats de leurs patients. Le collaboratif aide les prestataires de soins à incorporer à leur travail quotidien des techniques d'amélioration de la qualité.

Intégrant médecins et autres professionnels de la santé, les collaboratifs s'aident d'une série d'outils pour que les prestataires disposent d'informations correctes sur leurs patients et leurs choix de traitement. Ce soutien à l'équipe et ce partage d'information entre les membres aident les patients eux-mêmes à prendre une part plus importante dans la gestion de leurs maladies chroniques.

Un patient décrit ainsi les résultats : « Les collaboratifs ont changé ma vie. J'ai arrêté de fumer après 40 ans. J'ai perdu 20 livres. Maintenant, je mange sainement. Je veux vivre très vieux ». ¹ Selon un médecin de la Colombie-Britannique, qui a été membre d'un collaboratif pour

les maladies du cœur, « c'est un processus auquel il est très gratifiant de participer. Premièrement, les patients l'adorent : on s'occupe plus d'eux et ils en apprennent davantage sur leur maladie. Deuxièmement, on voit des résultats. » ¹

En 2003, la Colombie-Britannique est devenue la première province au Canada à adopter le collaboratif comme stratégie d'amélioration de la qualité des soins pour les patients ayant des maladies chroniques. Pour la Saskatchewan, c'est la deuxième année d'existence d'un collaboratif sur la gestion des maladies chroniques. Terre-Neuve-et-Labrador a lancé son premier collaboratif sur le diabète en 2004. Les trois provinces ont toutes obtenu des résultats remarquables.

Colombie-Britannique

Les médecins de la Colombie-Britannique qui participent à des collaboratifs reçoivent des soutiens divers (leadership, formation, aide financière et technologies de l'information) grâce à un partenariat entre le ministère de la Santé, l'Association médicale de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires de la province. Chaque collaboratif rédige sa propre définition du problème (comme, « non respect des lignes directrices sur le diabète »), ses buts (comme, amélioration du contrôle de la glycémie et de la pression artérielle) et ses mesures (comme, taux de glycémie, pression artérielle et satisfaction du patient).

En s'associant à un collaboratif, les prestataires de soins obtiennent l'accès à la trousse à outils sur la gestion des maladies chroniques (GMC), conçue par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Cette trousse à outils en ligne aide à gérer et à mesurer les soins des maladies chroniques. Elle comprend le guide de pratique clinique de la Colombie-Britannique, des organigrammes pour les patients (permettant aux patients et aux prestataires de planifier le calendrier des soins), les données actuelles des patients, et la possibilité pour les prestataires de comparer leurs résultats avec ceux des autres membres. Une indemnité est versée aux médecins pour le temps passé à saisir les données et à utiliser la trousse à outils. Et une incitation financière supplémentaire est offerte aux médecins en soins de santé primaires qui appliquent les lignes directrices des experts, sous la forme d'un bonus de 125 dollars par patient par année.

On appelle collaboratif le processus par lequel des équipes de prestataires de soins recevant un appui externe se soutiennent pour adopter des pratiques exemplaires et améliorer les résultats de leurs patients.

Dans le secteur de l'autorité sanitaire de l'Île de Vancouver, qui possède un collaboratif, l'utilisation des tests appropriés pour les patients atteints du diabète a doublé de fréquence, les ordonnances appropriées pour la gestion de l'insuffisance cardiaque congestive ont triplé (ces deux mesures atteignent de 70 à 80 pour cent), la dépression chez les malades chroniques est diagnostiquée plus fréquemment et son traitement fait partie du plan de soins. Même si moins de 20 pour cent seulement des prestataires de soins primaires de la province sont inscrits dans des collaboratifs, la Colombie-Britannique voit déjà une baisse des complications du diabète en raison d'une diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations dues à des problèmes de santé habituellement associés au diabète. Ces améliorations ont aussi des retombées économiques : le coût des soins du diabète pour la province est passé d'une moyenne de 4 400 dollars par patient en 2001-2002 à 3 966 dollars en 2004-2005.²

La province espère voir la majorité des médecins de famille pratiquer dans le cadre du modèle collaboratif dans moins de deux ans. « Nous avons découvert que les médecins sont très soucieux d'améliorer les soins » déclare Valerie Tregillus, directrice des soins de santé primaires dans le département des soins médicaux du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Saskatchewan

Le Health Quality Council de la Saskatchewan administre à l'échelle de la province un collaboratif sur la gestion des soins des maladies chroniques, ciblant les maladies coronariennes, le diabète et l'amélioration de l'accès aux soins.

« La phase initiale des collaboratifs demande beaucoup de travail. C'est une période qui mobilise énormément de ressources » remarque Bonnie Brossart, directrice générale adjointe du Health Quality Council. Le Conseil a adapté la trousse à outils sur la GMC de la Colombie-Britannique et s'est associé aux autorités sanitaires pour créer des « équipes d'amélioration régionales ». Ces équipes

comprennent du personnel des cabinets de médecins et des programmes de santé des Premières nations et des Métis (p. ex., des éducateurs en diabète, des pharmaciens et des thérapeutes en rééducation cardiaque) qui travaillent ensemble à repérer, puis mettre à l'essai, des manières d'améliorer les soins.

Au cours de leurs sept premiers mois d'activités (de mars à novembre 2006), les 33 cabinets impliqués dans la première vague du collaboratif GMC de la Saskatchewan (représentant presque 16 pour cent des médecins de famille de la province) ont obtenu des améliorations pour un certain nombre des mesures de qualité concernant le diabète et les maladies du cœur. Par exemple, ces cabinets ont réalisé :

- > une amélioration de 39 pour cent dans le dépistage des néphropathies;
- > une amélioration de 26 pour cent dans la prescription appropriée d'antiplaquettaires à des diabétiques pour prévenir les crises cardiaques et les accidents cérébrovasculaires;
- > une amélioration de 16 pour cent dans la prescription appropriée de médicaments destinés à faire baisser les taux de lipides dans le sang de patients ayant une maladie coronarienne;
- > une amélioration de six pour cent de la proportion de diabétiques avec un taux de glycémie (AC1) de 7,0 ou moins (selon les recommandations des lignes directrices des experts); et
- > une amélioration de quatre pour cent du pourcentage de patients atteints d'une maladie coronarienne chez qui la pression artérielle a diminué (meilleure que 140/90).³

Avec des coûts de soutien s'élevant à environ 8 200 dollars par cabinet en moyenne, « les collaboratifs ont contribué largement à la réforme des soins de santé primaires. Les cabinets ont maintenant le sentiment d'appartenir à la communauté et de ne plus être des îlots solitaires » confie Brossart.

Terre-Neuve-et-Labrador

« Depuis un an et demi, je vis l'expérience la plus uniformément positive et stimulante qu'il me soit arrivé de connaître », affirme la D^{re} Ann Colbourne, médecin à St. John's, à propos parlant de son rôle de soutien auprès



des collaboratifs. Colbourne est le médecin-leader de la prévention et de la gestion des maladies chroniques pour le ministère de la Santé et des Services communautaires. Étant la province avec la proportion la plus élevée de personnes atteintes du diabète (près de sept pour cent), Terre-Neuve-et-Labrador a choisi de centrer l'action de ses huit premiers collaboratifs sur le diabète.

Édifiés sur la structure des « zones d'équipes de soins de santé primaires » qui existait déjà dans la province, les collaboratifs ont toute latitude nécessaire pour adopter des changements qui se justifient au niveau local. Plusieurs d'entre eux donnent aux infirmières de la santé publique le rôle de gestionnaire ou de coordonnateur de cas.

« Auparavant, le traitement était davantage l'affaire du médecin, plus sporadique, plus ponctuel » dit Colbourne. À Bonavista, l'infirmière praticienne a le rôle principal en ce qui concerne les contacts avec les patients, les médecins font le suivi et un pharmacien communautaire participe régulièrement à des rencontres d'équipe pour des patients particuliers.

Comme la Saskatchewan, Terre-Neuve a adapté la trousse à outils sur la GMC de la Colombie-Britannique en utilisant des organigrammes pour les patients afin de rapprocher les soins des lignes directrices recommandées par les experts et est en train de monter un registre électronique qui fournira des informations sur les résultats des soins. Grâce à des séances de formation, les prestataires de soins de santé ont acquis de nouvelles compétences leur permettant d'aider leurs patients à autogérer leur maladie. Localement, un projet novateur a produit un remaniement des lignes directrices pour les soins, afin de les rendre plus pertinentes à un contexte d'équipes comprenant plusieurs types de prestataires. « Par exemple, si nous envoyons une patiente rencontrer la travailleuse sociale parce qu'elle n'arrive

pas à payer ses sept prescriptions, la travailleuse sociale (qui a reçu une formation sur les lignes directrices pour les soins) est plus en mesure de communiquer avec la patiente et de l'aider efficacement » explique Colbourne.

Les zones d'équipes de soins de santé primaires ont réussi à faire inscrire 22 pour cent de la population globale de la province. Six autres zones, urbaines et rurales, sont en préparation, ce qui rapproche la province de son but de voir 50 pour cent de la population s'inscrire auprès d'une équipe de soins de santé primaires avant 2010.⁴

Pour suivre les progrès de la qualité des soins pour les maladies chroniques au Canada, « nous avons grand besoin de points de repère nationaux » conclut Colbourne. « Qu'est-ce qui peut vraiment se faire, qu'est-ce qui est réaliste, pour pouvoir suivre les lignes directrices de la pratique clinique? La bonne réponse, ce n'est pas cent pour cent [de patients en conformité avec les lignes directrices]. Nous n'avons pas la réponse et nous devons l'obtenir. »

Pour plus de renseignements sur les collaboratifs, voir : www.heartbc.ca/pro/collaboratives/dm/dmindex.htm et www.hqc.sk.ca.

Aux États-Unis, l'organisme de santé des anciens combattants transforme les soins avec succès.

Au début des années 1990, la Veterans Health Administration (VHA) était en crise : les coûts s'envolaient et les soins étaient de qualité inégale. La VHA est le plus grand système de soins de santé intégrés aux États-Unis, fournissant des soins de santé financés par l'État aux anciens combattants des forces armées des États-Unis et à leurs familles, si elles y sont admissibles. Elle a un budget de 42 milliards de dollars et voit environ cinq millions de patients par an, y compris un pourcentage élevé de pauvres et de sans-abri.

Alors qu'il était sous-secrétaire de la Santé au département américain des Anciens Combattants, le D^r Kenneth Kizer a décrit le changement de modèle des soins à la VHA comme la transformation d'un système « orienté vers la maladie, axé sur les hôpitaux et centré sur les disciplines



61

professionnelles » en une « nouvelle VHA », où les soins sont « fournis par des équipes interdisciplinaires composées de médecins et d'autres praticiens autorisés à exercer, et qui partagent la responsabilité des soins aux patients et l'imputabilité qui lui correspond. »⁵

La VHA fonctionnait principalement comme un système hospitalier fournissant des soins à des patients hospitalisés sans tenir compte du besoin croissant de soins externes. Le système se composait de centres médicaux autonomes en concurrence, ce qui avait pour résultat des chevauchements de services, une inégalité des soins et une sous-utilisation des établissements. Les anciens combattants et leurs familles avaient de la difficulté à obtenir des services.

En 1995, un remaniement total de la VHA a été entrepris. On a créé un nouveau modèle organisationnel et 50 hôpitaux ont été restructurés pour constituer 24 réseaux géographiques. Ces réseaux ont mis en place plus de 300 cliniques de proximité, faisant passer les soins d'un contexte interne à un contexte externe. Une évolution de la philosophie des soins en faveur de la qualité et des résultats a conduit la VHA à créer pour chaque réseau des contrats de performance comprenant des objectifs mesurables.

On a aussi créé un système de dossiers de santé électroniques. Les clients peuvent avoir accès à leur dossier, obtenir des renseignements sur la santé, prendre des rendez-vous et renouveler des ordonnances au moyen d'un portail en ligne (My Health eVet). À l'heure actuelle, la VHA consacre environ 6,6 pour cent de son budget aux technologies de l'information (par comparaison, les investissements en informatique au Canada sont évalués à environ 1,5 pour cent des dépenses totales en santé⁶).

Cette transformation a donné des résultats impressionnants :

- > Pour améliorer l'accès aux soins, 216 nouvelles cliniques externes de proximité ont été ouvertes en l'espace de deux ans (1996 à 1998).

- > Seulement 10 pour cent des patients du VHA étaient inscrits pour des soins primaires avant la transformation, contre 80 pour cent ensuite.
- > Le coût par patient a baissé de 25 pour cent; les patients ont amélioré leur capacité de gérer eux-mêmes leur maladie et ils sont plus satisfaits des soins.
- > La qualité des soins de santé (p. ex., le pourcentage de patients recevant les tests et les analyses recommandés pour le traitement du diabète) était supérieure d'une manière significative dans le système de la VHA à celle d'un échantillon de patients n'appartenant pas à la VHA.^{5,7}

La VHA a maintenant la réputation d'être un système de soins de santé centré sur le patient, d'une haute qualité, largement respecté et sa transformation peut servir d'exemple pour le renouvellement des soins de santé au Canada. « Les outils sont là; le défi que pose la VHA, c'est de réinventer le travail que nous faisons avec eux » écrit Sheila Weatherill, présidente et directrice générale de Capital Health à Edmonton. « De l'argent qui ne sert qu'à payer plus de prestataires pour continuer de travailler comme nous le faisons maintenant ne va pas nous aider à arriver là où nous devons aller. »⁸

Pour plus de renseignements sur la Veterans Health Administration, voir : www1.va.gov/health.

Le centre de dialyse de Island Lake devient un « catalyseur de changement ».

La construction d'un centre d'hémodialyse pour des collectivités des Premières nations dans des régions éloignées du Manitoba n'a pas simplement permis aux patients et à leurs familles de rester près de chez eux. Le centre, qui fait partie du Island Lake Regional Renal Health Program, inauguré en 2005, est devenu un « catalyseur de changement » pour la prévention, le dépistage et la gestion des maladies rénales, selon le D^r Bruce Martin, directeur de la J.A. Hildes Northern Medical Unit de l'Université du Manitoba, partenaire de ce projet novateur.

La néphropathie chronique, qui peut amener le malade à dépendre de la dialyse, est une complication courante du diabète.

Dans les collectivités autochtones de la région de Island Lake, dans le Nord du Manitoba, 80 pour cent des patients dialysés ont le diabète de type 2 dans presque tous les

Les clients peuvent avoir accès à leur dossier, obtenir des renseignements sur la santé, prendre des rendez-vous et renouveler des ordonnances au moyen d'un portail en ligne (My Health eVet).

cas. Cette population a la plus haute proportion de diabète de toutes les collectivités autochtones de la province et les résidents locaux utilisant la dialyse tendent à commencer ce traitement dans la quarantaine, à un âge beaucoup plus précoce que les Canadiens en général (60 à 65 ans).⁹

L'Island Lake Regional Renal Health Program dirige un centre de dialyse de six postes et se consacre à la prévention et à la formation de la collectivité au moyen d'activités comme :

- > l'intervention d'une diététiste travaillant étroitement avec les magasins locaux pour assurer que ceux-ci disposent d'aliments frais appropriés pour les personnes atteintes de maladie rénale;
- > l'intégration avec un programme communautaire qui aide à développer les jardins potagers familiaux;
- > la participation à une stratégie de prévention primaire à l'échelle de la province, financée par le ministère de la Vie saine Manitoba; et
- > le lancement d'un programme de dépistage dans les écoles pour identifier les enfants à haut risque de néphropathie. La moitié de la population a moins de 18 ans, et les facteurs de risque, tels qu'une mère diabétique ou un parent atteint de néphropathie, sont courants chez les enfants de la région.

L'Island Lake Regional Renal Health Program dessert un ensemble de quatre collectivités des Premières nations vivant à l'écart dans le Nord-Est du Manitoba et regroupant en tout moins de 6 000 personnes à environ 500 km de Winnipeg. Ces collectivités – Garden Hill, Red Sucker Lake, St. Theresa Point et Wasagamach – ne sont accessibles que par avion ou par des routes d'hiver. Avant le programme, les patients devaient se rendre jusqu'à Winnipeg pour la dialyse, ce qui veut dire que souvent, les enfants aussi devaient se déplacer. Certains patients préféraient ne pas se faire dialyser, ou arrêtaient de le faire, pour ne pas avoir à partir de chez eux. Il est évident qu'arracher les patients et leurs familles de leur milieu culturel et de leur réseau social pour leur permettre de suivre un traitement peut avoir de sérieuses répercussions sur la santé et la société.¹⁰

Fournir des services de dialyse dans un lieu aussi éloigné n'est pas en soi un bon rapport coût-efficacité, admet le Dr Martin qui ajoute : « Sans ce centre, je ne pense pas que qui que ce soit aurait fait les investissements en prévention que nous voyons maintenant. Et nous avons déjà des réussites énormes en ce qui concerne l'intégration des soins. » Le programme offre aussi des avantages du point de vue du développement des collectivités, avec la création de nouveaux emplois et des possibilités de formation pour les résidents locaux, qui leur permettront plus tard de s'impliquer davantage dans le projet.

Les autres partenaires de cette collaboration inédite entre les secteurs de compétence provincial, fédéral et des Premières nations sont l'office régional de la santé Four Arrows et Neewin Health Care Inc. (un centre de soins de santé primaires intégrés actuellement en voie de réalisation et qui desservira la région d'Island Lake), le Manitoba Renal Program (géré par l'Office régional de la santé de Winnipeg), Santé Manitoba et Santé Canada.

Pour plus de renseignements sur l'Island Lake Regional Renal Health Program, voir : www.umanitoba.ca/faculties/medicine/units/northern_medical_unit/index.php.

Une clinique de London traduit le traitement du diabète pour les immigrants.

Il y a huit ans, les professionnels de la santé du London InterCommunity Health Centre furent frappés par l'incidence croissante du diabète chez leurs clients latino-américains, qui constituent l'une des plus larges communautés de nouveaux arrivants de cette ville de l'Ontario. Un autre sujet de préoccupation était que ces clients ne suivaient pas de séances de formation sur le diabète, essentielles pour permettre aux patients d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires à une bonne gestion de la maladie. Il fallait une nouvelle approche pour donner des services aux Latino-Américains et aux autres groupes ethniques à haut risque pour le diabète.

« Les approches traditionnelles concernant le diabète ne convenaient pas aux populations à haut risque de London » dit Michelle Hurtubise, directrice générale du centre. « Beaucoup de nouveaux arrivants au Canada avaient l'impression qu'on leur reprochait de ne pas suivre les conseils du médecin, mais la réalité, c'est que beaucoup d'entre eux n'avaient pas les revenus suffisants ou leurs prestataires de soins de santé ne connaissaient pas assez leur culture pour communiquer efficacement et bien soigner leur diabète. »

L'Island Lake Regional Renal Health Program dirige un centre de dialyse de six postes et se consacre à la prévention et à la formation de la collectivité au moyen d'activités.

Pour remédier à cela, le centre a conçu le Latin American Diabetes Program pour fournir un traitement du diabète tenant compte des différences. Par exemple, il ne suffisait pas de traduire des documents en espagnol, il fallait aussi les adapter à la culture. Ceci permettait aux formateurs d'expliquer aux clients comment modifier des repas traditionnels pour les rendre plus sains – une empanada et une salade au lieu de deux empanadas – plutôt que se servir d'exemples utilisant des aliments peu connus.

Le programme aborde aussi des déterminants sociaux de la santé plus généraux (des facteurs comme le revenu et l'environnement) qui influencent de façon décisive la capacité des patients à gérer le diabète. Les travailleurs sociaux de l'InterCommunity Health Centre aident les clients à faire des demandes d'aide au logement, au revenu et à la médication. Pour faire la promotion de l'activité physique (la clinique est située au centre-ville de London, sans espace vert à moins de 20 minutes à pied) le programme organise un groupe de marche, distribue des chaussures appropriées et des podomètres pour encourager la participation, et monte un échange annuel de patins à glace. « Les gens veulent être en bonne santé. Ce que nous faisons, c'est les aider à éliminer les obstacles pour leur permettre d'atteindre leurs buts » explique Hurtubise.

Une autre innovation du programme consiste à embaucher des professionnels de la santé formés à l'étranger comme éducateurs non spécialisés. Des médecins, des infirmières, des diététistes, des physiothérapeutes et autres professionnels de la santé – qui, n'ayant pas d'expérience professionnelle ici ni de diplômes canadiens, ne peuvent pas se servir ici de leurs compétences et de leurs connaissances – présentent aux clients une formation appropriée, adaptée à leur culture, dans leur langue maternelle. Souvent sous-employés, ces professionnels nouvellement arrivés aident les gens à mieux contrôler leur diabète tout en acquérant eux-mêmes une expérience très utile du système canadien des soins de santé.

Le Latin American Diabetes Program a reçu en 2002 le prix Peter F. Drucker pour l'innovation dans le secteur des organismes sans but lucratif au Canada et depuis le programme s'est élargi pour se tourner vers d'autres groupes ethniques à haut risque de la région de London, incluant les résidents d'origine sud-asiatique, vietnamienne, cambodgienne et afro-antillaise. Ce qui compte le plus, c'est que ces actions très complètes se traduisent par un bon contrôle du diabète chez les clients de l'Intercommunity Health Centre. Pour près de la moitié d'entre eux, le taux de glycémie se situe dans les niveaux recommandés par les experts et similaires à ceux des Canadiens en général, ce qui est remarquable étant donné les obstacles que rencontrent ces populations à haut risque en matière de soins du diabète. Par ailleurs, les patients de ce centre de London semblent avoir un meilleur contrôle de la glycémie que ceux de plusieurs cabinets de médecine familiale du Sud-Ouest de l'Ontario.¹¹

Pour faire connaître les enseignements et les techniques du programme latino-américain du diabète, la clinique de London a organisé un projet appelé Global Village, de 2003 à 2006. Des intervenants sont allés à Ottawa, Kitchener, Saskatoon, Halifax, Vancouver et dans quatre autres villes pour monter des sites de dépistage pour les communautés ethnoculturelles, dans leurs lieux habituels de rassemblement comme les centres communautaires, les mosquées et les églises. Ce projet a permis de déceler des taux élevés de diabète non diagnostiqué et de pré diabète (voir ces résultats au chapitre 2, page 31). Pendant ces dépistages, des professionnels de la santé formés à l'étranger donnaient des séances de counseling sur place et des spécialistes locaux (médecins, infirmières et diététistes) aidaient les intervenants du projet à communiquer avec les services qui pourraient aider les gens à mieux gérer leur diabète. « On peut faire le dépistage dans le bureau du médecin », dit M^{me} Hurtubise, « mais il faut entourer le diabétique d'une équipe multidisciplinaire pour lui garantir les meilleurs soins. »

La prévention ralentit l'évolution du diabète à Kahnawake.

« Ce qu'on ne sait pas nous *fait* du mal » dit Amelia McGregor, récapitulant le rôle vital de la recherche dans le programme de prévention du diabète établi depuis déjà un certain temps dans sa collectivité de Kahnawake



au Québec, une Première nation Mohawk près de Montréal. Depuis 1994, le Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake (PPDEK) travaille à la sensibilisation au diabète de type 2, tout en étudiant les résultats du projet et en les faisant connaître. M^{me} McGregor est membre du conseil consultatif communautaire du projet depuis le début.

Le projet vise les quelque 600 enfants des deux écoles primaires de la collectivité et utilise un programme conçu localement, des politiques pour les écoles et des activités communautaires pour corriger les facteurs de risque (alimentation, poids et activité physique) chez les enfants de Kahnawake ainsi que leurs familles proches et élargies.

Financé par diverses sources au fil des années (présentement, par l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones) les multiples réalisations du PPDEK comprennent :

- > un programme d'études sur la santé pour les classes de la 1^{re} à la 6^e année, élaboré localement;
- > une politique de l'école sur la nutrition qui interdit la malbouffe dans les écoles primaires et donne aux parents de l'information sur des choix alimentaires sains;
- > un partenariat avec les épiceries locales pour faire la promotion des aliments sains;
- > un sentier récréatif au bord de l'eau pour faire librement de l'exercice et tenir des activités communautaires ouvertes à tous les âges dans le but de faire la promotion de l'activité physique;
- > Racers for Health, un événement qui se tient à la fin de chaque année scolaire et où de 600 à 700 enfants des collectivités autochtones voisines sont invités par Kahnawake à une soirée pyjama gigantesque et une journée de courses fantaisistes; et
- > un centre de formation où enseigner à d'autres collectivités les réussites et les défis de Kahnawake, et les encourager à adapter le modèle du programme à leurs besoins locaux.

Le projet de Kahnawake touche maintenant une seconde génération d'enfants et la persévérance semble porter ses fruits. Même si les évaluations ont rapporté des résultats mitigés, les recherches récentes révèlent que l'escalade du diabète dans la collectivité est peut-être en train de changer de direction. Les taux d'incidence (le nombre de nouveaux cas chaque année) à Kahnawake est maintenant proche de la moyenne nationale canadienne. Ceci contraste vivement avec l'unique autre étude d'incidence chez les Autochtones (menée au Manitoba) où le taux de nouveaux cas était considérablement plus élevé que le taux du Canada en général.¹²

Par l'intermédiaire d'un conseil consultatif communautaire très actif, les résultats de la recherche sont présentés à la collectivité afin d'évaluer et de modifier des éléments du programme. Par exemple, des évaluations récentes montrent que, du point de vue de la nutrition, les enfants font de meilleurs choix mais leurs niveaux d'activité physique n'a pas évolué de façon significative et les réductions des tissus adipeux remarquées plus tôt au cours du projet ne se sont pas maintenues.¹³ « On voit ici les avantages d'une évaluation rigoureuse. Elle nous dit 'c'est ça la réalité' et elle nous amène à tenir un nouveau tour de discussions plus approfondies » déclare la D^{re} Ann Macaulay, un médecin de famille qui a participé à la création du PPDEK.

S'appuyant sur ces résultats, le projet cherche le financement d'une composante qui s'adresserait aux enfants avant qu'ils ne commencent l'école. « C'est trop tard si nous voyons déjà de l'obésité en 1^{re} année », dit la D^{re} Macaulay. « Pour venir à bout des problèmes de modes de vie, nous devons nous inspirer des leçons des campagnes antitabac. Des actions au niveau de la collectivité ne suffisent pas à elles toutes seules » continue-t-elle, signalant au passage le rôle décisif des politiques gouvernementales, par exemple pour stimuler l'éducation physique et favoriser des environnements sécuritaires où l'on encourage l'activité physique en facilitant la marche.

Le secret de la réussite du PPDEK est que « le programme n'est pas statique. Il est toujours en train de réagir aux besoins et aux apprentissages de la collectivité, » ajoute la D^{re} Macaulay. L'expérience de Kahnawake souligne l'importance de recueillir régulièrement au niveau local des



données qui peuvent suivre l'évolution des choses et signaler quand elles ne vont pas comme on s'y attendait. Cela peut pousser les chercheurs, les coordonnateurs de programme et la collectivité à s'interroger sur ce qui pourrait en être la cause et faire les changements qui permettront au programme de continuer à avancer vers ses buts.

Pour plus de renseignements sur le Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake, voir : www.ksdpp.org.

ActNow BC encourage les modes de vie sains.

En mars 2005, la Colombie-Britannique a lancé ActNow BC, une initiative portant sur plusieurs années et visant à améliorer la santé des Britanno-Colombiens par une action concertée de tous les ministères de la province et un soutien aux initiatives des collectivités.

ActNow BC espère réduire les risques des maladies chroniques courantes – diabète de type 2, maladies coronariennes, hypertension, ensemble des troubles causés par l'alcoolisme foetal et certains types de cancer – en incitant un plus grand nombre de Britanno-Colombiens à s'alimenter sainement, faire davantage d'exercice, cesser de fumer et éviter l'alcool et les drogues nocives durant la grossesse. La réussite de cette action pourrait générer des économies substantielles pour la province : l'inactivité physique et l'obésité à elles seules font peser sur la Colombie-Britannique le poids d'un fardeau économique dépassant largement un milliard de dollars par an, selon le site Web d'ActNow BC.

Deux facteurs distinguent l'initiative de la Colombie-Britannique : la concertation interdépartementale au niveau du gouvernement, et des objectifs spécifiques qui reflètent ceux de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, adoptée par les ministres de la Santé en 2005. En 2010 (pour coïncider avec les Jeux olympiques d'hiver à Vancouver), ActNow BC vise à :

- > augmenter de 20 pour cent le nombre de personnes actives physiquement (passant de 58 pour cent à 70 pour cent) et qui mangent quotidiennement cinq portions de fruits et de légumes (passant de 40 pour cent à 48 pour cent);
- > diminuer de 20 pour cent le nombre de personnes faisant de l'embonpoint ou de l'obésité (de 42 pour cent à 34 pour cent);

- > diminuer de 10 pour cent le nombre de fumeurs (de 16 pour cent à 14 pour cent); et
- > augmenter de 50 pour cent le nombre de femmes bénéficiant de services de consultations sur l'usage de l'alcool pendant la grossesse. Actuellement, entre 200 et 300 enfants présentant des troubles causés par l'alcoolisme foetal naissent en Colombie-Britannique chaque année.

Le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique qui a pris l'initiative de ce programme savait qu'il ne pourrait pas atteindre ces objectifs s'il y travaillait tout seul. Un trop grand nombre des facteurs qui influencent la capacité des personnes à faire des choix sains – tels que l'accès à des aliments sains et bon marché – ne sont pas à la portée des activités du ministère de la Santé. Pour surmonter cet obstacle, le premier ministre a nommé un ministre d'État pour ActNow BC, qui devra diriger une approche à l'échelle du gouvernement et coordonner la participation de tous les ministères de la province.

Pour étendre davantage son influence, ActNow BC sollicite la participation de tous les secteurs, y compris les autres niveaux de gouvernement, les organisations non gouvernementales, les collectivités, les écoles et le secteur privé. Plus de 70 partenaires offrent maintenant des programmes et des services d'ActNow BC dans toute la province. Un de ces programmes, en partenariat avec la BC Dairy Foundation, a réalisé l'achat de 900 réfrigérateurs pour aider les écoles à conserver des provisions d'aliments frais comme lait, fruits et légumes. Le ministère des Transports de la Colombie-Britannique fournit un financement aux collectivités pour créer ou agrandir des pistes cyclables. Et le programme Community Food Systems for Healthy Living, avec l'appui du ministère de l'Agriculture et des Terres de la Colombie-Britannique, met sur pied des jardins et des cuisines communautaires dans 12 collectivités des Premières nations.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le « modèle horizontal fondé sur le partenariat » d'ActNow BC est à « l'avant-garde de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes gouvernementaux efficaces ». En mars 2006, ce programme a reçu le prix Ron Draper en promotion de la santé, décerné par l'Association canadienne de la santé publique.

Pour plus de renseignements sur ActNow BC, voir : www.actnowbc.gov.bc.ca

ActNow BC espère réduire les risques des maladies chroniques courantes en incitant un plus grand nombre de Britanno-Colombiens à s'alimenter sainement, faire davantage d'exercice, cesser de fumer et éviter l'alcool et les drogues nocives durant la grossesse.

Ces six exemples présentent des modèles remarquables d'innovations qui ont déjà amélioré les résultats de santé de personnes ayant des maladies chroniques ou qui semblent au moins très prometteuses.

Les projets pilotes qui atteignent leurs buts nous procurent des modèles qu'il faut mettre en application à grande échelle. Il est temps que, du financement de projets de démonstration, les gouvernements et les gestionnaires du système de santé passent à une phase d'intégration des approches réussies à la transformation systématique des soins de santé et des stratégies de protection de la santé dans tout le Canada.

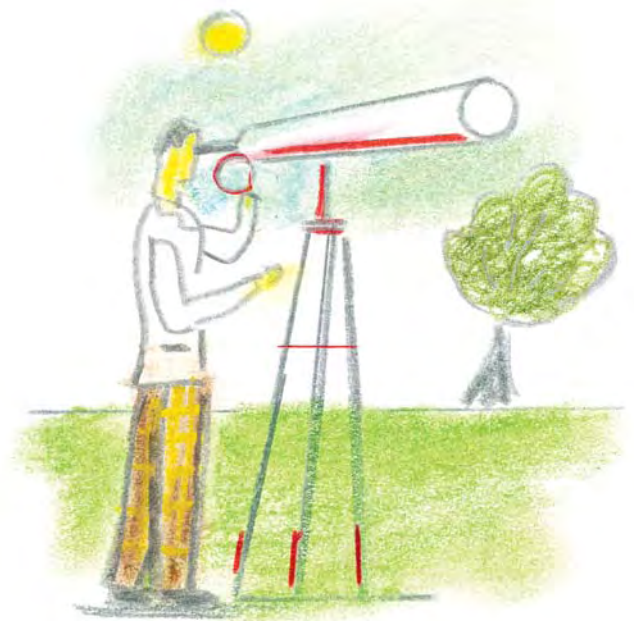
Références

- 1 HeartBC (Healthy Heart Society of British Columbia). Making big changes. [vidéo en ligne]. www.heartbc.ca/pro/collaboratives/chf/bigchanges.htm.
- 2 Valerie Tregullis, directrice générale, Primary Health Care, Medical Services Division, BC Ministry of Health, communication personnelle, 4 octobre 2006.
- 3 Bonnie Brossart, directrice générale adjointe, Saskatchewan Health Quality Council, communication personnelle, 8 décembre 2006.
- 4 Ann Colbourne, médecin-leader pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services, communication personnelle, 4 décembre 2006.
- 5 Kizer K. (1999). The "new VA": a national laboratory for health care quality management. *American Journal of Medical Quality*; 14(1): 3 -20.
- 6 Inforoute Santé du Canada et Conseil canadien de la santé. *Au-delà des bonnes intentions : accélérer le dossier de santé électronique au Canada*. Résumé des grands thèmes et perceptions. Conférence tenue du 11 au 13 juin 2006, Montebello (Québec). www.inforoute-inforoute.ca ou www.healthcouncilcanada.ca.
- 7 Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM et al. (2004). Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *Annals of Internal Medicine*; 141(12): 938-945.
- 8 Weatherill S. (2005). The VHA's commitment to accountability: a "third way" for medicare? *Healthcare Papers*; 5(4): 38-42.
- 9 Fisher J, Martin B, Bohm C et al. (2006). *End-stage renal disease and renal replacement therapy in First Nation Canadians: a descriptive review of a select Manitoba population*. [non publié]. Department of Community Health Sciences, University of Manitoba.
- 10 Wilson R, Krefting L, Sutcliffe P and Van Bussel L. (1994). Native Canadians relocating for renal dialysis: psychosocial and cultural issues. *Canadian Family Physician*; 40: 1934-1941.
- 11 Michelle Hurtubise, directrice générale, London InterCommunity Health Clinic, communication personnelle, 9 janvier 2006.
- 12 Horn OK, Jacobs-Whyte H, Ing A et al. (2005 Oct). Incidence and prevalence of type 2 diabetes among Kanien'kehá:ka of Kahnawake, Québec, Canada, 1986 to 2003. Presentation to the North American Primary Care Research Group, Québec City.
- 13 Paradis G, Lévesque L, Macaulay A et al. (2005). Impact of a diabetes prevention program on body size, physical activity, and diet among Kanien'kehá:ka (Mohawk) Children 6 to 11 years old: 8-year results from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Pediatrics*; 115: 333-339.

Les projets pilotes qui atteignent leurs buts nous procurent des modèles qu'il faut mettre en application à grande échelle – passant à une phase d'intégration des approches réussies à la transformation systématique des soins de santé et des stratégies de protection de la santé dans tout le Canada.

L'AVENIR La vision des premiers ministres pour renouveler les soins de santé et promouvoir la vie saine s'inscrit dans la lignée des besoins des Canadiens qui souffrent de maladies chroniques— ou qui courent le risque d'en être atteints. Le temps est venu de concrétiser cette vision.

6



Dans le premier de cette série de rapports, le Conseil canadien de la santé avait pour rôle d'examiner les résultats de santé, à titre d'indicateurs de l'efficacité de notre système de santé et de la rapidité du renouvellement des soins de santé. Le Conseil a choisi le diabète comme exemple de maladie chronique pour illustrer l'ensemble des questions qui interviennent dans le domaine de la santé. Le diabète fournit aussi un cadre de référence utile pour examiner les problèmes que posent la prévention et la gestion des maladies chroniques en général.

Les observations auxquelles nous sommes parvenus sont déconcertantes – les soins que reçoivent les Canadiens pour le diabète ne répondent pas aux normes reconnues et notre pays pourrait bénéficier clairement d'un meilleur recours à des stratégies efficaces de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Chose importante à souligner, la vision des premiers ministres quant au renouvellement des soins de santé et à la promotion des modes de vie sains s'inscrit dans la lignée de ces besoins. Le temps est venu de faire de cette vision une réalité concrète.

Non seulement la majorité des Canadiens atteints du diabète manquent d'importants tests de laboratoire, examens procédures et médicaments recommandés par les experts, mais ils n'obtiennent pas d'autres services et d'autres soutiens nécessaires pour gérer personnellement leur santé. Actuellement, les Canadiens atteints du diabète ont souvent, ou contractent souvent, d'autres maladies chroniques. Ceci complique les soins dont ils ont besoin et compromet leur santé. De toute évidence, les prestataires canadiens de soins primaires ne disposent pas des ressources nécessaires pour fournir les meilleurs soins possibles aux personnes souffrant de maladies chroniques. En effet, des ressources comme les dossiers de santé électroniques, les gestionnaires de cas et les équipes interprofessionnelles, qui deviennent la norme dans d'autres pays, leur font défaut.

Mais les recherches compilées pour ce rapport montrent aussi clairement que de petits changements apportés à la prestation des services de santé peuvent avoir des répercussions profondes sur les résultats de santé : plus d'équipes, plus d'initiatives d'éducation à la santé pour les patients, plus de tests et examens recommandés pour prévenir les complications, plus d'appui aux changements des modes de vie – tout cela peut contribuer à faire une différence pour la santé des Canadiens. Il est clair aussi que les politiques publiques peuvent grandement contribuer à promouvoir la vie saine, qui est considérée comme l'élément le plus important pour freiner la recrudescence du nombre de Canadiens atteints de maladies chroniques et de complications connexes.

Ce premier rapport sur les résultats de santé repose principalement sur des preuves scientifiques montrant dans quelle mesure les Canadiens reçoivent les types de soins recommandés par les experts. Le deuxième rapport de cette série présentée par le Conseil canadien de la santé portera sur un autre aspect des soins de santé : l'expérience vécue des Canadiens dans le domaine de la santé. Par exemple, dans quelle mesure les services de santé permettent-ils aux Canadiens de se sentir prêts à gérer leur propre santé? Nous présenterons alors des comptes rendus des résultats d'une importante enquête nationale, faite au téléphone, auprès des Canadiens atteints de maladies chroniques. Les renseignements recueillis directement auprès des patients offriront une perspective toute différente sur la manière dont nous devrions améliorer notre système de santé au Canada.

Le deuxième rapport de cette série présentée par le Conseil canadien de la santé portera sur un autre aspect des soins de santé : l'expérience vécue des Canadiens dans le domaine de la santé.

REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé tient à remercier de leur contribution les nombreuses personnes qui ont pris part à la préparation de ce rapport. Les responsables de la liaison avec le gouvernement et bien d'autres personnes qui travaillent dans le secteur de la prévention du diabète et des soins de santé au Canada nous ont apporté un appui précieux. Le projet a été mené par le Comité directeur des résultats de santé, au Conseil canadien de la santé, qui comprenait des membres du Conseil de même que des membres externes :

MEMBRES DU CONSEIL

D^r M. Ian Bowmer
(président, Comité directeur des résultats de santé)
M. Albert Fogarty
M. Steven Lewis
D^{re} Danielle Martin
D^r Robert McMurtry
M. Bob Nakagawa
D^r Stanley Volland

MEMBRES EXTERNES

D^{re} Arlene Bierman, présidente du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, Hôpital St. Michael's et Université de Toronto.

M. Jeffrey A. Johnson, professeur et chaire de recherche du Canada sur les conséquences du diabète sur la santé, School of Public Health, Université de l'Alberta

D^r Shoo Lee, directeur scientifique, Integrated Centre for Care Advancement through Research, Université de l'Alberta

M^{me} Indra Pulcins, directrice, Rapports sur la santé et analyse, Institut canadien d'information sur la santé

M^{me} Claudia Sanmartin, analyste principale, Groupe de l'analyse et des mesures sur la santé, Statistique Canada

D^{re} Sylvie Stachenko, sous-administratrice en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada

M. Gary Teare, directeur, Quality Measurement and Analysis, Health Quality Council, Saskatchewan

Le Conseil remercie chaleureusement de leur contribution les personnes dont les noms suivent qui nous ont communiqué des recherches de fond et qui ont revu les ébauches de ce rapport :

CONTRIBUTEURS AUX RECHERCHES

M^{me} Anne-Marie Broemeling, professeur, Centre for Health Services & Policy Research, Université de la Colombie-Britannique

M. Jeffrey A. Johnson, professeur et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les conséquences du diabète sur la santé, School of Public Health, Université de l'Alberta

M. Hans Krueger, H. Krueger & Associates Inc.

D^r Kue Young, professeur, Department of Public Health Sciences, Faculté de médecine, Université de Toronto

PAIRS EXAMINATEURS

M^{me} Erica Di Ruggiero, directrice associée, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada

D^{re} Janet Hux, directrice générale intérimaire, Institute for Clinical Evaluative Sciences

D^r Douglas G. Manuel, chercheur principal, Institute for Clinical Evaluative Sciences

M. Stephen Samis, directeur, Politique de la santé, Fondation des maladies du cœur du Canada

M^{me} Karen Philp, directrice nationale, Politiques publiques et relations gouvernementales, Association canadienne du diabète

De plus, de nombreuses personnes nous ont communiqué des renseignements pour la préparation des profils de programmes novateurs, lors de la rédaction de ce rapport. Certaines de ces personnes sont citées dans les profils, d'autres non. Toutes méritent nos remerciements.

Le Conseil tient également à remercier les membres du secrétariat pour le travail de recherche et de production qu'ils ont fait sur ce rapport, et plus particulièrement Lesley Frey, Michael Hillmer, Kira Leeb, Farrah Prebtani, Diane Watson et Amy Zierler. Lesley Byrne a été embauchée en tant que rédactrice. Dawn Mooney, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, a fait les cartes et les tableaux.

Le Conseil remercie également Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé de leur collaboration tout au long de l'élaboration de ce rapport.

Les analyses et les conclusions de ce rapport ne reflètent pas nécessairement celles des membres externes du Comité directeur, des contributeurs aux recherches ou des pairs examinateurs, ni des organismes auxquels ils sont affiliés.

APERÇU DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, puis ont renforcé son rôle par le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Son objectif est d'observer la réforme des soins de santé à l'échelle de tout le système, pour le public canadien, en portant une attention toute particulière à l'imputabilité et à la transparence du système.

Les secteurs de juridiction participants ont nommé des membres du Conseil qui comprennent des représentants gouvernementaux et non gouvernementaux qui ont la connaissance et l'expérience de domaines très divers comme les soins communautaires, la santé des Autochtones, les soins infirmiers, l'éducation à la santé, l'administration, les finances, la médecine et la pharmacie. Les secteurs de compétence membres du Conseil sont la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral. Financé par Santé Canada, le Conseil canadien de la santé est un organisme autonome, sans but lucratif, dont les membres sont les ministres de la Santé des secteurs de compétence participants.

VISION DU CONSEIL

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes.

MISSION DU CONSEIL

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et l'obligation de rendre compte du système de soins de santé en évaluant les progrès faits quant à la qualité, à l'efficacité et à la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui sert ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et des Canadiennes.

MEMBRES DU CONSEIL*

Représentants du gouvernement

M. John Abbott – Terre-Neuve-et-Labrador
 M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard
 D^r Alex Gillis – Nouvelle-Écosse
 M. John Greschner – Yukon
 M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick
 M^{me} Lyn McLeod – Ontario
 M. Bob Nakagawa – Canada
 M. Mike Shaw – Saskatchewan
 M^{me} Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest
 M^{me} Patti Sullivan – Manitoba
 D^r Les Vertesi – Colombie-Britannique
 Poste vacant – Nunavut

Représentants non gouvernementaux

D^{re} Jeanne F. Besner – présidente
 D^r M. Ian Bowmer – vice-président
 M. Jean-Guy Finn
 D^{re} Nuala Kenny
 M. Jose Amajaq Kusugak
 M. Steven Lewis
 D^{re} Danielle Martin
 D^r Robert McMurtry
 M. George L. Morfitt
 M^{me} Verda Petry
 D^r Stanley Vollant

* Janvier 2007

