



Agence de santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

# Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Un cadre stratégique

Volume 2

Canada

Notre mission consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes par le leadership, le partenariat, l'innovation et l'action en santé publique.

– *Agence de santé publique du Canada*

Publication autorisée par le ministre de la Santé

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette ou en gros caractères.

On peut également avoir accès à ce rapport sur le site Web de L'Agence de santé publique du Canada à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas forcément la position officielle de Agence de santé publique du Canada.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé, 2005

N° de cat.: HP5/2-2005

ISBN: 0-662-69323-X

PDF: HP5-5/2-2005F-PDF

0-662-70230-1

HTML: HP5-5/2-2005F-HTML

0-662-70231-X

# Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Un cadre stratégique

---

Préparé par :  
D<sup>re</sup> Paula Stewart et Douglas Consulting  
en consultation avec le Comité de coordination de la  
Stratégie nationale sur le diabète

Volume 2

## **But du Cadre stratégique**

**Cadre détaillé dont l'objectif est de mobiliser tous les secteurs en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer une stratégie intégrée et coordonnée visant à réduire l'incidence sociale, humaine et économique du diabète au Canada.**

# Avant-propos

***Ce n'est que par le truchement d'une action collective que des progrès pourront être accomplis dans la prévention et la prise en charge du diabète au Canada.***

Le diabète est un grave problème de santé au Canada. Le présent rapport décrit une approche stratégique visant l'ensemble de la population canadienne et nécessitant une action concertée d'un bout à l'autre du pays, pour la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge du diabète.

Pour tenir compte de l'attention croissante et de la vive inquiétude suscitées à l'égard des coûts humains et économiques élevés attribuables à l'épidémie de diabète et ses complications chez toutes les populations autochtones au Canada, la Direction générale des services médicaux de Santé Canada a entrepris en 1997 l'élaboration d'une stratégie nationale pour lutter contre le diabète chez les Autochtones, en collaboration avec des représentants autochtones.

Mesurant également l'ampleur du problème du diabète dans l'ensemble de la population canadienne, le gouvernement du Canada a mis en place la Stratégie canadienne sur le diabète (SCD) en 1999 pour une période de cinq ans; la Stratégie a ensuite été prolongée jusqu'en mars 2005. La SCD comporte quatre volets interdépendants : l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones; la prévention et la promotion; le Système national de surveillance du diabète; la coordination nationale. La SCD a permis de concrétiser plusieurs réalisations marquantes :

- plus de 600 collectivités ont eu accès, d'une manière ou d'une autre, aux ressources de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, qui visaient à répondre aux besoins et aux priorités à l'échelle locale;
- le volet de la prévention et de la promotion a permis d'assurer un financement à des organismes sans but lucratif et à des établissements d'enseignement dans le cadre de 134 projets régionaux, de 21 projets nationaux et de 2 campagnes nationales de marketing social;
- le système de surveillance a été mis en place; il comprend un mécanisme de gouvernance, une « infostructure » ainsi que des ententes de partage de données avec l'ensemble des provinces et des territoires et avec quelques groupes autochtones;
- le Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète (CC-SND), qui compte des représentants du gouvernement fédéral (l'Agence de santé publique du Canada, et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de Santé Canada), des gouvernements provinciaux et territoriaux, d'organismes autochtones nationaux et du Conseil du diabète du Canada, a été formé à la suite du premier Symposium national sur le diabète, qui s'est déroulé à Montréal en 2001. Le Symposium a permis de confirmer l'existence d'un vaste appui à l'élaboration d'une stratégie qui mobiliserait tous les intervenants à la grandeur du pays et qui constituerait une approche intégrée, coordonnée et globale en matière de prévention et de prise en charge du diabète.

Le CC-SND a créé cinq groupes de travail, soit sur la prévention, les soins, l'éducation, la recherche et la surveillance. Dans un premier temps, les groupes de travail ont analysé les résultats de recherches et ont ensuite formulé des recommandations qui ont été examinées lors d'un symposium national tenu en mai 2003. Les participants au symposium regroupaient des représentants de l'administration fédérale, des gouvernements provinciaux et territoriaux,

d'organismes autochtones nationaux, d'organisations non gouvernementales nationales, d'organisations de professionnels de la santé, de groupes de consommateurs, du secteur privé et du milieu universitaire. Le processus d'élaboration du présent cadre stratégique avait pour assises les travaux résumés dans le rapport intitulé *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Synthèse de la recherche et des collaborations (volume 1)*.

---

# Table des matières

Avant-propos- - - - -	i
Le diabète : une épidémie coûteuse - - - - -	1
Types de diabète - - - - -	2
Facteurs de risque du diabète - - - - -	2
La dimension humaine du diabète- - - - -	3
L'urgence d'agir - - - - -	4
Objectifs du Cadre stratégique - - - - -	5
Contexte du Cadre stratégique - - - - -	5
Contexte autochtone du Cadre stratégique - - - - -	6
Approche stratégique- - - - -	7
Partenaires- - - - -	8
Principes de collaboration- - - - -	8
Objectifs stratégiques- - - - -	9
Pour aller de l'avant- - - - -	16
Références clés- - - - -	17
Annexe A : Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète (CCSND) - - - - -	18





## Le diabète : une épidémie coûteuse

Le diabète sucré est une maladie chronique causée par l'incapacité du corps de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser comme il se doit l'insuline produite. L'organisme a besoin d'insuline pour transformer le glucose en énergie. Il n'y a pas de traitement connu pour guérir le diabète : il s'agit d'une maladie chronique.

Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus répandues au sein de la population canadienne. Il touche tous les groupes d'âge, et son taux de prévalence est en hausse dans la population.

Le diabète a pris des proportions pandémiques dans les collectivités autochtones. Selon les estimations, chez les Premières nations, la prévalence de cette maladie est de trois à cinq fois plus élevée que la moyenne nationale. L'incidence du diabète de type 2 est aussi en hausse dans les populations inuites, où la maladie était anciennement inconnue. Plusieurs groupes ethniques au Canada (les personnes d'origine latino-américaine, asiatique ou africaine) présentent également un risque accru de diabète par rapport à la population en général.

Même si les services visant la prise en charge du diabète sont à l'évidence très utiles, les ressources existantes sont exploitées au maximum des capacités, en raison du fait qu'un plus grand nombre de cas sont diagnostiqués et que les personnes atteintes vivent plus longtemps et présentent éventuellement des complications découlant de la maladie.

- *Environ deux millions de Canadiens sont diabétiques : une personne sur trois ne sait pas qu'elle a la maladie.*
- *Le nombre de personnes de 12 ans et plus ayant le diabète a augmenté de 27 % entre 1994 et 2000.*
- *On estime à 2,4 millions le nombre de personnes qui seront atteintes du diabète en 2016.*

- *Environ 20 % des personnes ayant le diabète de type 1 souffrent un jour d'insuffisance rénale.*
- *Les cardiopathies (maladies du cœur) sont la cause d'environ 50 % de tous les décès chez les personnes diabétiques des pays industrialisés.*
- *Les personnes diabétiques sont 20 fois plus susceptibles de subir une amputation.*
- *Plus de 40 % des personnes sous dialyse sont diabétiques.*
- *La rétinopathie diabétique est l'une des principales causes de cécité et d'invalidité.*

Les coûts liés au diabète pour les personnes diabétiques, les membres de leur famille et le système de soins de santé sont considérables. Les complications découlant du diabète ont un prix autant du point de vue personnel que social. Que ce soit une diminution de la vue, la cécité, l'amputation d'un membre inférieur ou la dialyse, les complications sont dévastatrices. Elles ont une incidence sur la productivité, la qualité de vie et les relations personnelles.

- *La personne diabétique dépense jusqu'à 5 000 \$ par année en fournitures et en médicaments.*
- *On estime que le coût total des soins de santé liés au diabète va passer de 4,66 milliards de dollars en 2000 à 8,14 milliards de dollars en 2016 (en dollars de 1996).*
- *Dans près de 1 hospitalisation sur 10, le diabète est l'affection principale ou sous-jacente à l'origine de l'hospitalisation.*
- *D'après la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à Santé Canada, le coût annuel des soins de santé pour les Indiens inscrits atteints du diabète s'élevait à 3 657 \$ par personne (ajusté selon l'âge) comparativement à 1 359 \$ pour les personnes qui n'ont pas le diabète.*

## Types de diabète

Le **diabète de type 1** est une maladie auto-immune qui survient lorsque le pancréas ne produit plus d'insuline ou qu'il en produit très peu. Ce trouble apparaît généralement pendant l'enfance ou l'adolescence et touche 10 % des personnes diabétiques. Puisque le diabète de type 1 se déclare dans la jeunesse, les personnes atteintes sont plus susceptibles de présenter des complications en raison de la durée de l'affection.

Le **diabète de type 2** est un trouble métabolique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline pour répondre aux besoins de l'organisme ou lorsque l'insuline produite n'est pas métabolisée de manière efficace. Le diabète de type 2 représente presque tous les cas de diabète chez les Autochtones et environ 90 % des cas dans la population en général. Le diabète de type 2 est plus fréquent chez les personnes de plus de 40 ans. Il a récemment été détecté chez des jeunes et des enfants autochtones ou issus de groupes ethniques à haut risque.

Le **diabète gestationnel** apparaît pendant la grossesse en raison d'une carence en insuline pendant cette période et disparaît après l'accouchement. Les bébés nés de femmes atteintes de diabète gestationnel courent un risque accru de complications. Les femmes atteintes de diabète gestationnel courent plus de risques de souffrir un jour du diabète de type 2.

## Facteurs de risque du diabète

La pratique régulière d'une activité physique et le contrôle du poids peuvent prévenir le diabète de type 2 en réduisant l'obésité et en améliorant la tolérance au glucose. Même une faible perte de poids peut entraîner une diminution du risque de diabète. Malheureusement, pour l'instant, il n'existe pas de facteurs de risque modifiables connus pour le diabète de type 1 : il est nécessaire d'effectuer d'autres travaux de recherche afin de déterminer des facteurs de risque évitables.

- *56,5 % des Canadiens de 20 ans et plus ne sont pas actifs physiquement.*
- *47,5 % des Canadiens de 20 à 59 ans ont un excès de poids.*

Le diabète est une maladie « sociétale ». Les déterminants que sont l'activité physique, une saine alimentation et le poids sont profondément ancrés dans le tissu social des collectivités canadiennes.

Deux approches sont nécessaires pour prévenir le diabète de type 2 — une approche axée sur la santé de la population et une approche axée sur les risques élevés. L'approche axée sur la santé de la population encourage l'activité physique, une saine alimentation et le maintien d'un poids-santé dans l'ensemble de la population. Des stratégies communautaires, comme l'aménagement de pistes cyclables, l'étiquetage nutritionnel et le marketing social, profitent à toute la population. Cette approche tient compte de tous les déterminants de la santé, dont certains échappent au contrôle de l'individu et exigent la mise en œuvre de politiques favorisant la santé ou l'intervention d'autres parties. L'approche axée sur le risque élevé, pour sa part, se concentre avant tout sur les personnes qui courent le plus de risques d'être atteintes du diabète, comme les personnes ayant des antécédents familiaux de diabète ou d'intolérance au glucose. Cette approche fait appel à des interventions plus ciblées, comme l'éducation en matière de santé et la modification du comportement.

## La dimension humaine du diabète

Le diabète a une incidence profonde sur la vie des personnes diabétiques et de leur famille. Il touche pratiquement chaque Canadien et Canadienne, que ce soit personnellement ou par l'intermédiaire d'un membre de la famille, d'un voisin ou d'un collègue de travail.

Le diabète chez les enfants et les jeunes présente des défis tout à fait à part. Les parents sont généralement bouleversés, déconcertés et tristes lorsqu'ils apprennent que leur enfant est diabétique. Ils sont en effet nombreux à croire que le diabète ne concerne que les personnes âgées, d'où leur difficulté à accepter ce diagnostic. Le premier moment de stupeur passé, les parents sont ensuite confrontés à la nécessité de faire suivre un régime de vie complexe à leur enfant pour préserver sa santé. La nécessité de créer un environnement sain et favorable à leur enfant peut leur sembler redoutable. En outre, les enfants et les jeunes doivent pouvoir s'intégrer à leurs semblables, tout en s'efforçant de satisfaire aux impératifs de la prise en charge de leur maladie. Ils font également face à un risque élevé de complication, comme la cécité, l'insuffisance rénale ou les cardiopathies; ces complications nuisent non seulement à la qualité de vie, mais contribuent aussi à la diminution de l'espérance de vie. Les recherches visant à trouver un traitement permettant de guérir le diabète et les stratégies de prévention efficaces sont très importantes pour les parents d'enfants diabétiques.

La prévalence du diabète de type 2 augmente avec l'âge et culmine chez les adultes âgés entre 75 et 79 ans. Les personnes de 65 ans et plus représentent près de 50 % des cas de diabète de type 2. Les complications liées au diabète augmentent avec la durée de la maladie : deux fois plus de personnes âgées présentent des troubles de la vision, souffrent d'hypertension ou d'une cardiopathie, ou sont victimes d'accidents vasculaires cérébraux liés au diabète, que les personnes de moins de 65 ans; les personnes âgées sont par ailleurs 10 fois plus nombreuses à subir l'amputation d'un membre inférieur. Les services destinés aux personnes âgées représentent le tiers des coûts totaux liés au diabète au Canada.

Le diabète est tellement répandu au sein des populations autochtones que, dans ces collectivités, on a l'impression qu'il est inéluctable. La présence du diabète de génération en génération dans les collectivités des Premières nations a engendré un certain fatalisme : « Mes parents sont atteints, mes grands-parents aussi; un jour, j'aurai le diabète moi aussi ». Des collectivités et des clans entiers ont été durement frappés; pour de nombreuses personnes, la maladie et sa prise en charge font naturellement partie de la vie.

### Témoignage

*Bien des Autochtones ont parlé des problèmes causés par le diabète. Un Inuit diagnostiqué il y a trois ans nous parle de son expérience. Il n'a reçu aucune information sur la prise en charge de sa maladie ou sur les complications possibles. Or, il veut comprendre le diabète. Selon lui, s'il approfondit ses connaissances sur cette maladie, il pourra en faire profiter les autres, notamment les jeunes. Cet homme cherche de l'information sur le diabète sur Internet, mais il y a peu d'information disponible dans sa langue. Cela le préoccupe d'ailleurs : « Qu'est-ce qui arrive aux Inuits unilingues? Ils n'ont pas accès à l'information. J'ai la chance de savoir lire et écrire en inuktitut et en anglais, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. »*

*Même si ce témoignage dépeint une réalité individuelle, cette histoire est, hélas, bien courante parmi les Autochtones du Canada.*

## L'urgence d'agir

Le diabète est un problème de santé publique grave au Canada. Une intervention immédiate s'impose : à défaut d'investir aujourd'hui dans la prévention et le traitement de cette maladie, on fera face à des coûts extrêmement lourds dans un avenir rapproché.

Une intervention efficace nécessitera une ferme volonté d'adopter des méthodes de fonctionnement plus cohérentes et concertées en vue de prévenir le diabète et d'améliorer la qualité de vie, non seulement des personnes touchées par la maladie, mais de tous les Canadiens. Cette prise de position en faveur d'une action concertée est tout à fait conforme à la Déclaration des Amériques sur le diabète (1996), approuvée par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), qui vise à guider l'élaboration de programmes nationaux. Pour être efficace, toute action en ce sens exigera la collaboration du secteur des soins de santé ainsi que de divers autres secteurs qui influent sur la santé de la population (éducation, transports, loisirs, industrie, revenu et logement, et services sociaux).

Des partenariats sont nécessaires à l'échelon national, provincial, territorial, régional et local, aussi bien que dans le domaine clinique. La prévention et la prise en charge du diabète sont d'une grande complexité — aucun organisme ni aucun groupe professionnel ne peut y parvenir seul. Les partenariats créent une synergie d'intervention et permettent d'éviter les chevauchements.

- *Chaque 8 minute, un individu vivant au Canada est diagnostiqué avec le diabète.*
- *40% des gens diabétiques développeront des complications invalidantes telles que les maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance rénale, amputation, cécité et l'impuissance érectile.*

La prévention et la prise en charge efficaces du diabète nécessitent un leadership à chaque niveau pour sensibiliser les intervenants à l'importance de la maladie et obtenir l'engagement des diverses parties de s'attaquer à ce grave problème de santé. Le leader possédant une vision motive les autres à la réaliser. Le leadership peut venir du secteur bénévole, du gouvernement, du milieu universitaire, du secteur privé, de la communauté autochtone ou du public. Un leadership axé sur la collaboration, faisant appel à de nombreux secteurs, élargit la sphère d'influence.

---

## Objectifs du Cadre stratégique

Le but du présent cadre stratégique est de mobiliser tous les secteurs en vue d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer une stratégie intégrée et coordonnée visant à réduire l'incidence sociale, humaine et économique de tous les types de diabète au Canada.

À long terme, le présent cadre vise à axer cette collaboration sur ce qui suit :

- la prévention de l'apparition du diabète de type 2;
- le diagnostic précoce du diabète et la prise en charge efficace de la maladie;
- la découverte d'un traitement permettant de guérir le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

Ces objectifs revêtent tous la même importance lorsqu'il s'agit d'atteindre d'importants résultats en matière de santé. Si la prévention s'avère efficace, un moins grand nombre de personnes seront aux prises avec les difficultés liées au diabète. En ce qui a trait aux personnes diabétiques, une prise en charge efficace de la maladie améliorera leur qualité de vie et diminuera les risques de complication grave. D'autre part, la découverte d'un traitement permettant de guérir la maladie allégera le fardeau associé au diabète autant pour les personnes qui en bénéficieront directement que pour leur famille.

## Contexte du Cadre stratégique

Le présent cadre stratégique s'ajoute aux efforts en cours dans le domaine du diabète au Canada. Plusieurs provinces ont établi leur propre stratégie sur le diabète; d'autres ont incorporé sa prévention dans des stratégies sur le bien-être et les modes de vie sains; d'autres encore ont rattaché la prise en charge du diabète à une approche intégrée à l'égard des maladies chroniques. Des organismes nationaux, provinciaux, territoriaux, locaux et autochtones participent activement, depuis des années, à la prévention et à la prise en charge du diabète. Des fournisseurs de soins de santé et des organismes communautaires et de santé publique offrent des services du mieux qu'ils peuvent. Des chercheurs et des établissements d'enseignement tentent de trouver les causes de la maladie et les meilleurs traitements, et assurent une formation en prestation de services de prévention et de soins. Les personnes diabétiques et leur famille participent activement à l'autogestion de la maladie.

Le présent cadre stratégique se veut un instrument pour établir des buts communs et définir des mesures concertées — une ressource en vue de faciliter la collaboration entre les gouvernements, les organismes autochtones nationaux, les organisations non gouvernementales et les fournisseurs de services dans le contexte de leurs propres sphères de compétence et de leurs propres réalités. Cet instrument peut être utile aussi bien lorsqu'il s'agit de nouvelles initiatives ou d'initiatives en place (comme la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires) que de coalitions (comme l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada) pour aider à faire en sorte que leurs contributions soient axées sur les objectifs du cadre stratégique.

## Contexte autochtone du Cadre stratégique

Selon la *Loi constitutionnelle de 1982*, les peuples autochtones du Canada comprennent les Premières nations, les Inuits et les Métis. Ils regroupent plusieurs peuples distincts répartis partout au Canada et possédant chacun une langue, une culture et des traditions qui leur sont propres. Divers facteurs liés à la géographie, à l'histoire, à l'accès aux services et à une foule d'autres aspects influent sur les besoins des collectivités autochtones en matière de santé. Pour que les programmes de santé soient efficaces, ils doivent être adaptés de manière à répondre aux besoins définis par chaque collectivité.

Un grand nombre d'Autochtones et de collectivités autochtones ont beaucoup de difficulté à lutter efficacement contre le diabète et à prévenir ses complications parce qu'ils n'ont tout simplement pas accès aux services de prévention et de prise en charge de la maladie dont ils ont grandement besoin. Par exemple, il est difficile pour les éducateurs spécialisés en diabète dans les collectivités éloignées de conseiller aux gens de consommer des aliments plus sains si ces derniers ne sont pas en mesure de se procurer de tels aliments. Par ailleurs, la modicité des ressources financières empêche les travailleurs communautaires de recevoir la formation et le soutien organisationnel nécessaires pour jouer efficacement leur rôle en matière d'éducation sur le diabète.

Les facteurs de causalité derrière l'augmentation de l'incidence, de la prévalence, de la gravité et des complications du diabète parmi les populations autochtones sont complexes. La prédisposition génétique pourrait jouer un rôle. En raison du mode de vie nomade de leurs ancêtres, caractérisé par l'alternance des périodes d'abondance et de privation, il se peut que les populations autochtones du Canada soient prédisposées génétiquement à emmagasiner plus efficacement l'énergie tirée de leur alimentation. Les habitudes alimentaires de nombreuses collectivités autochtones ont changé : les aliments traditionnels ont cédé la place à un régime alimentaire à forte teneur énergétique, riche en graisses saturées et en sucres simples. La prévalence de l'obésité et de l'inactivité physique (deux facteurs de risque du diabète) a augmenté chez les populations autochtones.

Le cadre d'action des programmes de prévention et de prise en charge du diabète visant expressément les Autochtones est inhabituel. La complexité des limites de compétence [c.-à-d. en ce qui touche la répartition des pouvoirs] et des ententes de financement entre les administrations fédérales, provinciales/territoriales et locales fait obstacle à l'équité dans la prestation des services de santé aux Autochtones. Pour les peuples autochtones du Canada, il s'agit d'un problème de compétence qui perdure.

Le présent cadre stratégique préconise un engagement pour ce qui est d'adopter des méthodes cohérentes et innovatrices de collaboration avec les organismes et les collectivités autochtones dans le but de prévenir le diabète et d'améliorer la qualité de vie des Autochtones vivant avec le diabète.

- *8,5 % des membres des Premières nations vivant dans les réserves, 8,3 % des membres vivant à l'extérieur des réserves et des Indiens non inscrits, 6,0 % des Métis et 2,3 % des Inuits ont reçu un diagnostic de diabète.*
- *Une femme autochtone sur trois de 55 ans et plus a reçu un diagnostic de diabète.*

(Source : Enquête auprès des peuples autochtones, 2001)



---

Pour obtenir une analyse plus complète des questions ayant trait au diabète chez les Autochtones, se reporter au document intitulé *Pour bâtir une stratégie nationale sur le diabète : Synthèse de la recherche et des collaborations*.

## Approche stratégique

Le présent cadre stratégique utilise une approche axée sur la santé de la population qui reconnaît le rôle de déterminants de la santé généraux et l'importance de s'attaquer aux besoins de toute la population de différentes façons. Une approche axée sur la santé de la population comporte des stratégies qui visent l'ensemble de la population ainsi que d'autres stratégies qui sont orientées vers les personnes présentant les risques les plus élevés de diabète.

Une approche de cette nature englobe des partenaires provenant de secteurs autres que celui de la santé dans le cadre d'une collaboration multisectorielle à de multiples niveaux. Suivant une approche axée sur la santé de la population, l'attention se porte sur les écarts concernant le revenu, l'éducation et l'accès. Les programmes tiennent compte de besoins diversifiés sur le plan de la langue, de la culture, du sexe, de l'âge, du statut socioéconomique et du niveau d'alphabétisme/d'instruction. Les consommateurs participent activement à la planification des programmes et au développement des ressources. Les programmes et les services sont offerts en prêtant attention à l'équité en matière d'accès et aux possibilités de participation. Les décisions relatives aux politiques et aux programmes sont fondées sur les besoins et les éléments probants, et sont planifiées de manière stratégique afin qu'elles aient la plus grande incidence possible sur la santé de la population. Les politiques, les programmes et les services sont évalués quant à leur efficacité. La surveillance permet de définir les besoins en matière de santé, et de surveiller les répercussions des politiques, des programmes et des services sur la population à des fins de planification et de reddition de comptes.

L'efficacité de la prévention et de la prise en charge du diabète est à son maximum quand on adopte une approche holistique tenant compte du bien-être physique, social, émotionnel, mental, spirituel et culturel de l'individu tout au long du cycle de vie. Cette approche concorde avec les connaissances et les pratiques traditionnelles des Autochtones en matière de santé et de bien-être qui s'intéressent à tous les aspects du bien-être physique, spirituel, émotionnel et mental des personnes, des collectivités et des nations.

Le diabète est un déterminant d'autres maladies graves, parmi lesquelles figurent les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale et la cécité. Par ailleurs, un certain nombre de facteurs de risque évitables sont communs au diabète et à d'autres maladies chroniques. Les liens entre le diabète et d'autres maladies chroniques, ainsi que la réalité des ressources restreintes dont on dispose, établissent clairement le bien-fondé d'une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques. Plusieurs administrations ont déjà adopté une telle approche d'ensemble. Dans le cadre d'une approche intégrée de la gestion des maladies chroniques, les activités visant le diabète permettront de répondre aux besoins particuliers de la maladie. Le présent cadre stratégique se prête aussi bien à une approche intégrée des maladies chroniques qu'à une approche axée sur le diabète en particulier.

## Partenaires

Pour améliorer la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge du diabète, et pour trouver un traitement permettant de guérir la maladie, il est nécessaire de compter à la fois sur les efforts personnels et des mesures organisationnelles, mais ne mettant pas seulement en cause le secteur de la santé. Les facteurs qui influent sur l'apparition du diabète et la prise en charge de la maladie s'étendent au milieu de travail, aux écoles, aux programmes de loisirs, aux transports, au secteur industriel et à l'environnement économique et politique.

Tous les organismes ou groupes suivants ont un rôle à jouer :

- organismes autochtones;
- détenteurs du savoir traditionnel autochtone;
- milieu universitaire et chercheurs;
- fournisseurs de services de garde;
- éducateurs;
- gouvernements, y compris, par exemple, les ministères chargés de la santé, de l'éducation, des transports, des loisirs, de la justice, du logement, ainsi que les organismes autochtones nationaux;
- organismes de santé publique locaux;
- organisations non gouvernementales ou organisations du secteur bénévole;
- personnes diabétiques et leur famille;
- secteur privé;
- associations professionnelles (dans les domaines comme la santé, l'éducation et les loisirs);
- public;
- régies régionales de la santé;
- fournisseurs de services;
- secteur bénévole;
- milieu de travail et écoles.

## Principes de collaboration

Le présent cadre stratégique préconise la collaboration des gouvernements, des divers organismes, des organismes autochtones nationaux et du public dans le but de prévenir, de soigner et de guérir le diabète. Le travail concerté doit être orienté par des principes communs qui mettent l'accent sur ce qui unit les partenaires, tout en reconnaissant les contributions de chacun et en respectant les forces particulières et les méthodes de fonctionnement de chaque partie. Les principes suivants, qui ont été adaptés de *l'Accord entre le gouvernement du Canada et le secteur bénévole et communautaire*, représentent un point de départ possible pour une stratégie nationale sur le diabète.

- **Indépendance.** L'autonomie, les forces particulières et les responsabilités distinctes de chaque partenaire sont reconnues et respectées. Certaines provinces et certains territoires ont leur propre stratégie sur le diabète ou abordent le problème dans le contexte d'une stratégie plus générale sur les maladies chroniques. Parallèlement, des organisations non gouvernementales



et des organismes autochtones nationaux abordent aussi le problème du diabète sous différents angles.

- **Interdépendance.** Les partenaires œuvrent souvent dans les mêmes domaines; plusieurs servent les mêmes clients et ont de nombreux objectifs communs. C'est pourquoi les interventions d'un partenaire peuvent avoir des répercussions directes ou indirectes sur un autre. De plus, chaque intervenant entretient avec d'autres organismes et institutions des relations complexes et importantes que ce partenariat ne devrait pas perturber.
- **Dialogue.** Les partenaires reconnaissent que la mise en commun d'idées, de points de vue et d'expériences favorise une meilleure compréhension des enjeux, et l'établissement de priorités et de politiques publiques judicieuses. Pour être efficace, le dialogue doit être ouvert, respectueux, éclairé et soutenu, et accueillir de multiples points de vue. Il doit s'établir de façon à respecter la confidentialité des renseignements de chaque partenaire et de manière à susciter et à maintenir la confiance. On reconnaît enfin que des structures et des processus appropriés s'imposent pour instaurer un dialogue soutenu.
- **Coopération et collaboration.** Les partenaires travailleront de concert à définir des priorités communes et des objectifs complémentaires, ainsi qu'à établir une relation de travail souple et respectueuse tant des contributions que des difficultés et des contraintes de chacun.
- **Responsabilité.** En plus de leurs responsabilités distinctes, les partenaires doivent collectivement entretenir la confiance des Canadiens et des Canadiennes en assurant la transparence, des normes élevées de conduite, une saine gestion ainsi qu'en suivant de près les résultats et en en rendant compte.
- **Engagement commun.** Dans leur effort collectif de lutte contre le diabète au Canada, les partenaires s'engagent à agir d'une manière compatible avec les présents principes, à élaborer les mécanismes et les processus nécessaires pour mettre en œuvre les mesures recommandées, à travailler ensemble, au besoin, à la réalisation des buts et des objectifs communs et à promouvoir la reconnaissance et la compréhension de la contribution de chaque partenaire à la société canadienne.

## Objectifs stratégiques

### Objectif stratégique n° 1

#### Appuyer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé

Les politiques publiques servent d'assises au fonctionnement des collectivités. Les politiques sur l'activité physique et une saine alimentation contribuent grandement à la prévention du diabète de type 2 et à la prise en charge du diabète à la fois de type 1 et de type 2. Les conditions sociales et environnementales sous-jacentes qui influent sur ces deux facteurs liés au mode de vie ont cependant des racines dans des secteurs autres que la santé, comme l'industrie, les loisirs, le transport et la planification municipale. Par conséquent, les politiques doivent être élaborées et mises en œuvre en mettant à contribution tant le secteur de la santé que les autres secteurs.

Les politiques qui portent sur les déterminants sociaux, comme la pauvreté, le logement et l'instruction, influent autant sur la santé en soi que sur l'adoption et le maintien de comportements sains; il s'agit d'une priorité pour tous les Canadiens et Canadiennes. Ce point est particulièrement pertinent pour les populations autochtones.

La participation conjointe à l'établissement des politiques publiques, de la part de tous les ordres de gouvernement, accroît la portée des mesures prises individuellement à chaque échelon. Par exemple, les taxes fédérales sur le tabac, les lois provinciales interdisant la vente aux mineurs ainsi que les règlements municipaux sur le tabagisme contribuent tous à la réduction du tabagisme, un comportement qui accroît le risque de complications chez les personnes diabétiques.

Parmi les difficultés associées à la prévention du diabète, en particulier chez les populations autochtones, figurent la sécurité alimentaire. La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. Pour être en mesure de bien s'alimenter et de conserver un poids-santé, les gens doivent avoir accès à des aliments sains à un prix abordable. Dans les collectivités autochtones, la sécurité alimentaire peut être compromise par la présence de contaminants de l'environnement dans les aliments traditionnels. La sécurité alimentaire est une question multifactorielle et multisectorielle qui nécessite des politiques publiques de la part de tous les secteurs concernés.

Les politiques publiques influent également sur la capacité des personnes de gérer leurs maladies de manière efficace. En moyenne, les médicaments et les fournitures dont a besoin une personne diabétique coûtent jusqu'à 5 000 \$ par année. Cela peut constituer un obstacle pour les personnes à revenu restreint. Grâce à des subventions pour les médicaments et les fournitures, les politiques publiques peuvent permettre de réduire les inégalités liées à la prise en charge du diabète.

### **Exemples d'activités possibles**

- ▶ Élaborer des politiques sur le milieu de travail favorisant, par exemple, la présence d'aliments santé dans les cafétérias, les centres de conditionnement physique, les abonnements subventionnés pour des centres de conditionnement physique, des installations pour se changer/ se doucher, des supports pour vélos ainsi que des codes vestimentaires et des horaires de travail flexibles.
- ▶ Élaborer des politiques en milieu scolaire favorisant, par exemple, la pratique quotidienne d'une activité physique, des programmes de repas, des activités d'éducation en santé à tous les niveaux ainsi que la présence d'aliments santé dans les cafétérias et les distributeurs automatiques.
- ▶ Élaborer des politiques sur les loisirs, établissant par exemple des subventions encourageant les personnes à faible revenu à fréquenter les centres de loisirs.
- ▶ Élaborer des politiques sur les transports et le zonage concernant, par exemple, les voies sûres réservées aux piétons, les routes vertes, les pistes cyclables, les transports publics et les zones à usage multiple.
- ▶ Élaborer des politiques sur la sécurité alimentaire, établissant par exemple des subventions pour l'achat d'aliments sains.
- ▶ Élaborer et mettre en application des politiques se rapportant au milieu industriel, comme des mesures de lutte contre la pollution visant à réduire les contaminants.
- ▶ Évaluer la pertinence d'offrir des subventions pour les médicaments et les fournitures à l'intention de personnes diabétiques.
- ▶ Accroître la recherche sur l'efficacité des politiques publiques.
- ▶ Établir des programmes complets de dépistage/diagnostic destinés aux populations autochtones.

## Objectif stratégique n° 2

### Offrir des programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention

Les programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention profitent à l'ensemble de la population. L'activité physique, une saine alimentation et le maintien d'un poids-santé permettront d'améliorer le bien-être général et la qualité de vie des gens, et de réduire le risque de maladies chroniques comme le diabète. Même une faible perte de poids peut entraîner une diminution du risque de diabète. Malheureusement, pour l'instant, il n'existe pas de facteurs de risque modifiables connus pour le diabète de type 1. Pour les personnes diabétiques, la pratique régulière d'une activité physique, une saine alimentation et le maintien d'un poids-santé peuvent améliorer la prise en charge du diabète et diminuer les risques de complication.

Pour que le processus soit efficace, de multiples stratégies sont nécessaires à de multiples endroits. Par exemple, les activités d'information et d'éducation dans les services de garde, les écoles, le milieu de travail et la collectivité permettent d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires sur une saine alimentation et la pratique régulière d'activités physiques. L'action communautaire de groupes de revendication en faveur de la pratique sûre de la bicyclette encourage la création d'environnements propices à l'activité physique. La mise en place de groupes de marche dans les centres commerciaux encourage les aînés à se mettre en forme tout en socialisant. Le marketing social facilite l'établissement de normes sociales sur l'adoption de comportements sains. L'élaboration d'une norme sociale sur une saine alimentation et la pratique régulière d'activités physiques encouragent tant les personnes diabétiques que les personnes les plus exposées au risque de diabète de type 2 à adopter ces comportements essentiels. De nombreuses collectivités autochtones ont mis en place des programmes innovateurs et pertinents du point de vue culturel pour se pencher sur les déterminants de la santé et promouvoir des comportements visant à prévenir le diabète ou à en retarder l'apparition. Malheureusement, ces programmes ne sont pas offerts de manière systématique dans l'ensemble des collectivités.

Les gouvernements ont un rôle à jouer dans les programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention, par exemple, en finançant les programmes et les services, en établissant et en partageant des ressources, et en menant des campagnes de marketing social.

#### Exemples d'activités possibles

- ▶ Soutenir les groupes qui entreprennent des actions communautaires en faveur d'environnements sains.
- ▶ Encourager les groupes d'entraide et l'aide mutuelle.
- ▶ Créer des environnements favorables (école, milieu de travail et collectivité).
- ▶ Transmettre de l'information et une éducation aux enfants et aux adultes en utilisant diverses stratégies et en le faisant dans différents milieux.
- ▶ Favoriser l'établissement de liens entre les programmes communautaires portant sur le diabète et les problèmes de santé connexes.
- ▶ Offrir des programmes scolaires complets sur la santé.
- ▶ Créer des activités précises pour faire participer les collectivités autochtones.

### Objectif stratégique n° 3

#### **Fournir des services de santé accessibles pour la prévention du diabète chez les personnes à haut risque et pour un dépistage et une prise en charge optimale du diabète**

Le système de soins de santé offre une gamme de services allant de la prévention et du dépistage précoce au traitement et à la réadaptation. Les fournisseurs de soins de santé primaires peuvent cibler les personnes à haut risque et les aider à diminuer ces mêmes risques de diabète en les éduquant au sujet de l'alimentation, d'un poids-santé et de la pratique régulière d'activités physiques.

Le diagnostic précoce du diabète et le traitement de la maladie peuvent tous deux diminuer le risque de complications et améliorer la qualité de vie de la personne diabétique. Selon les estimations, une personne sur trois ne sait pas qu'elle est atteinte de diabète de type 2. *Les Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* recommandent le dépistage chez les personnes à risque élevé asymptomatiques pour détecter le diabète et ses facteurs prédisposants, tels que l'intolérance au glucose.

Les personnes diabétiques doivent prendre en charge leur maladie au jour le jour, d'un instant à l'autre. Une prise en charge efficace du diabète contribue à un meilleur équilibre du métabolisme, de la pression artérielle et des lipides sanguins, à une diminution du risque de complications, et à une meilleure qualité de vie. Les interactions avec une équipe de professionnels de la santé bien informés permettent d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires. De plus, l'équipe assure une surveillance et des soins continus, et s'occupe du dépistage et du traitement des complications. L'équipe peut être composée de médecins, d'infirmières, d'éducateurs spécialisés en diabète, de diététistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, de travailleurs communautaires, de psychologues et de détenteurs du savoir traditionnel autochtone.

La prise en charge efficace du diabète nécessite un système bien organisé de services qui est complet, continu, cohérent et adapté aux différents besoins communautaires (langue, culture, sexe, niveau d'alphabétisme/d'instruction, âge, statut socioéconomique). Une telle prise en charge suppose une organisation et un financement appropriés des services.

Les populations autochtones font face à des difficultés en matière de prise en charge du diabète en raison de nombreux facteurs, y compris le manque de services adéquats et pertinents du point de vue culturel. Cette situation est particulièrement compliquée dans le Nord et dans les régions rurales éloignées.

Les minorités ethniques ont aussi besoin de programmes et de services qui répondent à leurs besoins culturels.

#### **Exemples d'activités possibles**

- ▶ Éduquer les personnes à haut risque en ce qui concerne le diabète et ses états précurseurs, dans les établissements de soins de santé primaires, et effectuer le dépistage auprès de ces mêmes personnes.
- ▶ Favoriser la mise en œuvre de programmes d'éducation holistiques et pertinents du point de vue culturel.
- ▶ Favoriser l'accès à des éducateurs spécialisés en diabète qui sont qualifiés et à des programmes d'éducation sur le diabète à des fins d'autogestion de la maladie.

- ▶ Favoriser la prestation de soins cliniques par l'intermédiaire d'équipes multidisciplinaires.
- ▶ Encourager un accès équitable aux services, aux médicaments et aux fournitures.
- ▶ Élaborer des programmes régionalisés permettant de joindre des collectivités plus petites, ou améliorer ces programmes.
- ▶ Mettre en place des programmes innovateurs et pertinents du point de vue culturel dans les collectivités autochtones.
- ▶ Renforcer les capacités des diététistes et des nutritionnistes.
- ▶ Maintenir des systèmes de renseignements cliniques et assurer l'accès à des lignes directrices pour en permettre la mise en application dans la pratique.
- ▶ Créer des modèles de prestation de services innovateurs pour les régions éloignées et mal desservies.

## **Objectif stratégique n° 4**

### **Renforcer les capacités en ressources humaines et améliorer la formation des intervenants qui offrent des programmes et des services de prévention et de prise en charge du diabète**

L'exécution efficace des programmes de prévention et de prise en charge s'appuie sur des fournisseurs de services de programme qualifiés et bien informés, y compris les professionnels, le personnel paraprofessionnel, les détenteurs du savoir traditionnel autochtone et les bénévoles. Les fournisseurs de services communautaires et de services de santé doivent posséder un large éventail de compétences, par exemple en communication, en développement communautaire, en pratique concertée, en défense des intérêts, en marketing social, en planification et en évaluation, en gestion et en synthèse de la recherche.

L'établissement de cette capacité en ressources humaines fait appel à de nombreuses approches : la formation initiale des professionnels, du personnel paraprofessionnel et paramédical, et des bénévoles; un recrutement et un maintien en poste efficaces; la formation continue; une rémunération appropriée pour que les travailleurs demeurent dans leur domaine.

Les connaissances et les compétences que doivent posséder les fournisseurs de services liés au diabète évoluent constamment en raison des nouveaux résultats de la recherche. Ainsi, tous les membres de l'équipe d'intervention ainsi que les fournisseurs de services communautaires doivent disposer d'un mécanisme efficace pour la synthèse et l'échange de connaissances.

Il est essentiel d'assurer le développement continu d'un effectif autochtone bien financé pour fournir des services de prévention et de prise en charge du diabète en collaboration avec du personnel non autochtone, de façon à améliorer l'accès aux services en tenant compte des besoins culturels des populations autochtones.

#### **Exemples d'activités possibles**

- ▶ Offrir, dans les collèges et les universités, des occasions de formation pertinentes aux professionnels de la santé, des loisirs et des politiques afin qu'ils travaillent à des modèles de prévention et de soins en collaboration.
- ▶ Offrir une gamme de possibilités en matière de formation continue.

- ▶ Offrir aux fournisseurs de soins primaires une formation ayant trait à la prévention et au dépistage du diabète.
- ▶ Offrir des incitatifs aux fournisseurs de services afin qu'ils aillent travailler dans des régions mal desservies.
- ▶ Informer les décideurs sur les ressources nécessaires pour accroître la capacité actuelle des ressources humaines en matière de diabète.
- ▶ Accroître le nombre d'élèves autochtones étudiant dans des domaines liés au diabète.

## **Objectif stratégique n° 5**

### **Effectuer des travaux de recherche et d'évaluation, et soutenir l'échange de connaissances**

La recherche permet de constituer une base de connaissances en vue de comprendre les causes du diabète ainsi que la prévention, la prise en charge efficace et la guérison de la maladie. À l'heure actuelle, la majorité du financement consacré à la recherche sur le diabète est destinée à la recherche fondamentale et à la recherche clinique. Cet investissement en recherche a donné des résultats très prometteurs, ce qui suscite un espoir quant à la découverte d'un traitement qui permettrait de guérir le diabète. Le financement et la capacité en matière de recherche doivent être accrus si l'on veut étudier certaines questions en suspens, comme l'efficacité des programmes communautaires de prévention et des services cliniques.

Les mécanismes actuels servant à diffuser les résultats de la recherche et à en susciter l'utilisation dans les milieux communautaires, cliniques et stratégiques sont inadéquats. Il n'existe pas de source unique, consolidée et accessible sur Internet, offrant une interprétation des connaissances nouvelles issues de la recherche sur le diabète, qui permettrait d'informer de façon impartiale les intéressés sur les répercussions de ces connaissances sur la prévention, les soins, la « guérison » de la maladie ou sur les perspectives d'avenir qu'elles laissent entrevoir.

L'Association canadienne du diabète coordonne l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique, préparées par des chercheurs et des cliniciens qui résument les résultats de la recherche et formulent des recommandations utiles sur la prestation des services. L'Association diffuse ensuite les lignes directrices dans l'ensemble du Canada. Des ressources sont requises pour soutenir l'infrastructure de cette activité permanente. Il n'est pas facile d'encourager la mise en application des lignes directrices en pratique.

Au sein des collectivités autochtones, la recherche doit être de nature participative et pertinente; elle doit également être utile sur le plan de l'amélioration de la santé des personnes vivant dans les collectivités faisant l'objet de la recherche. Les Premières nations ont défini quatre principes pour tous les travaux de recherche touchant leurs collectivités — propriété, contrôle, accès et possession.

#### **Exemples d'activités possibles**

- ▶ Établir des priorités pour le financement de la recherche en fonction des besoins relatifs à la santé de la population, en collaboration avec l'Institut de la santé des Autochtones, qui figure au nombre des Instituts de recherche en santé du Canada.
- ▶ Appuyer l'utilisation des résultats de la recherche dans les milieux stratégiques, cliniques et communautaires.



- ▶ Créer un centre d'information sur les politiques, les programmes et les ressources efficaces.
- ▶ Conserver une base de données englobant tous les travaux de recherche touchant le diabète.
- ▶ Offrir un soutien pour l'évaluation des programmes de prévention, d'éducation et de prise en charge.
- ▶ Soutenir la recherche participative dans les collectivités autochtones.
- ▶ Accroître les possibilités de formation en milieu communautaire au sein des collectivités autochtones.

## **Objectif stratégique n° 6**

### **Améliorer la surveillance**

La surveillance comprend la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques et continues de données sur la population ainsi que la transmission de ces données en temps opportun aux décideurs. Les données sur la population englobent à la fois des regroupements de données sur des individus (état de santé; qualité de vie; facteurs de risque et déterminants; utilisation des services de santé) ainsi que de données sur les collectivités (environnement; politiques; programmes et services). L'information relative à la surveillance est utilisée pour planifier et évaluer les politiques, les programmes communautaires, les services cliniques, les programmes d'éducation et la recherche, en fonction des besoins de la population. Toute administration, qu'elle soit fédérale, provinciale, territoriale, régionale, locale ou autochtone, a besoin de données sur sa propre population à son propre niveau.

Le financement spécialement réservé par l'intermédiaire de la Stratégie canadienne sur le diabète, a permis, en ce qui concerne le Système national de surveillance du diabète (SNSD), de mettre en place un système de surveillance du diabète d'un bout à l'autre du Canada, en utilisant de façon innovatrice les sources existantes de données administratives (facturation des médecins; hospitalisation) relevant de chaque administration compétente. Il existe des renseignements comparatifs détaillés de portée nationale qui permettent d'évaluer le fardeau associé au diabète. Le SNSD facilite aussi l'analyse des données de façon individuelle par les provinces et les territoires pour leurs propres régions. Il peut aussi servir d'assises à l'établissement d'un système de surveillance plus élaboré. Des données provenant de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) et de la Base de données sur la mortalité de Statistique Canada s'ajoutent aux données obtenues par l'intermédiaire du SNSD.

Les difficultés associées à la surveillance se rapportent notamment au fait de mieux utiliser les sources de données existantes et d'élaborer de nouvelles sources de données pour combler les lacunes en matière de données de surveillance. L'établissement d'une surveillance de portée régionale sur l'état de santé, les facteurs de risque, les déterminants et l'utilisation des services aidera les autorités locales de la santé publique, les hôpitaux et d'autres organisations à planifier et à évaluer les programmes.

Le volet autochtone du SNSD est encore peu développé. Il est nécessaire de créer la capacité nécessaire (humaine, technologique et financière) au sein des organismes autochtones et des collectivités. Des partenariats appropriés pour la surveillance du diabète doivent être établis, tandis que les questions touchant la propriété, le contrôle, l'accès et la possession doivent être réglées.

### **Exemples d'activités possibles**

- ▶ Créer le volet autochtone du SNSD.
- ▶ Appuyer la mise au point plus poussée du SNSD (de manière, par exemple, à différencier entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2, et à inclure d'autres problèmes de santé).
- ▶ Créer de nouvelles sources de données sur la population et la collectivité à l'échelle régionale.
- ▶ Diffuser l'information liée à la surveillance en faisant appel à diverses stratégies.
- ▶ Offrir une consultation aux personnes intéressées à utiliser l'information liée à la surveillance.
- ▶ Offrir une formation sur l'utilisation de l'information liée à la surveillance pour la planification et l'évaluation.
- ▶ Appuyer l'élaboration continue de normes pour la collecte et l'analyse de données.
- ▶ Effectuer des études d'assurance de la qualité portant sur le SNSD.
- ▶ Accroître les ressources humaines et la capacité technique afin d'assurer une surveillance à tous les niveaux.

## **Pour aller de l'avant**

Chacun, au Canada, a un rôle à jouer dans la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge du diabète, que ce soit à titre de particulier ou de fournisseurs de services, dans le secteur privé, dans le milieu universitaire ou gouvernemental ou au sein d'une organisation non gouvernementale. Les intervenants à chaque niveau — national, provincial/territorial, autochtone, régional/local — peuvent travailler à l'établissement de leurs propres besoins; l'ensemble des intervenants peuvent ensuite unir leurs efforts pour y répondre de manière efficace et rentable.

Tous les gouvernements et organismes font face à des pressions financières qui limitent leurs activités dans le domaine des politiques de santé, des programmes communautaires, des services de santé, des ressources humaines, de la recherche et de la surveillance. En travaillant ensemble, en faisant des investissements judicieux, en partageant les ressources et en communiquant de manière efficace, il est possible d'en faire plus pour améliorer la prévention et les soins touchant le diabète au Canada.

En raison de la pandémie de diabète au sein des populations autochtones au Canada, il est essentiel de mettre en place un processus permettant à l'ensemble des organisations et des gouvernements de travailler conjointement à la mise en œuvre d'activités de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge du diabète.

Le présent cadre stratégique décrit une approche de haut niveau et définit des buts communs, des principes et des objectifs stratégiques pouvant servir de fondement aux activités visant à prévenir, à dépister et à prendre en charge le diabète au Canada. La prochaine étape nécessite la définition de processus et de structures qui faciliteront la mise en œuvre de cette stratégie.



---

## Références clés

Association canadienne du diabète. *Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*. Document tiré de : <http://www.diabetes.ca/cpgfrançais/default.aspx>.

Institute for Clinical Evaluative Sciences. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Document tiré de : [www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca). Extrait cité en novembre 2002.

Ohinmaa A, Jacobs P, Simpson S, Johnson J. The Projection of Prevalence and Cost of Diabetes in Canada: 2000 to 2016. *Canadian Journal of Diabetes* 2004;28(2)116-23.

### Santé Canada :

Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*. Ottawa : juillet 2001.

Initiative sur le diabète chez les Autochtones. *Le diabète dans les populations autochtones du Canada : les faits*. Ottawa : 2000.

Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents. *An Environmental Scan on Diabetes and Children and Youth*. Ottawa : 19 juillet 2002.

*Le diabète au Canada*. 2<sup>e</sup> éd., Ottawa : 2002.

*Relever le défi posé par le diabète au Canada : Premier rapport du Système national de surveillance du diabète (SNSD), 2003*. Document tiré de : [www.SNSD.ca](http://www.SNSD.ca).

Statistique Canada. *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 — Premiers résultats : Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve*. Ottawa.

Statistiques provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de l'Enquête auprès des peuples autochtones et du Système national de surveillance du diabète.

# **Annexe A – Comité de coordination de la Stratégie nationale sur le diabète (CC-SND)**

## **Représentants du gouvernement du Canada**

D<sup>re</sup> Diane Finegood (Instituts de recherche en santé du Canada)

M<sup>me</sup> Marie-France Lamarche (Santé Canada)

D<sup>r</sup> Gregory Taylor et D<sup>r</sup> Clarence Clotey (Agence de santé publique du Canada)

## **Représentants des provinces et territoires**

M<sup>me</sup> Joan Canavan (Ontario)

M<sup>me</sup> Amy Caughey (Nunavut)

M<sup>me</sup> Marlene Chapellaz (Saskatchewan)

M<sup>me</sup> Peggy Dunbar (Nouvelle-Écosse)

M<sup>me</sup> Catherine Freeze (Île-du-Prince-Édouard)

M<sup>me</sup> Dawn Friesen (Alberta)

M<sup>me</sup> Janice Linton (Colombie-Britannique)

M<sup>me</sup> Gisele McCaie-Burke (Nouveau-Brunswick)

M<sup>me</sup> Kelly McQuillen (Manitoba)

M<sup>me</sup> Mary-Jane Stewart (Territoires du Nord-Ouest)

D<sup>re</sup> Faith Stratton (Terre-Neuve-et-Labrador)

M<sup>me</sup> Violet VanHees (Yukon)

## **Représentants d'organismes autochtones nationaux**

M. Kevin Armstrong (Assemblée des Premières Nations)

M<sup>me</sup> Kandice Leonard (Association nationale autochtone du diabète)

M<sup>me</sup> Sherry Lewis (Association des femmes autochtones du Canada)

M. Duane Morrisseau-Beck (Ralliement national des Métis)

M<sup>me</sup> Onalee Randell (Inuit Tapiriit Kanatami)

M. Todd Russell (Congrès des peuples autochtones)

---

## Représentants du Conseil du diabète du Canada

- M. Kevin Armstrong (Assemblée des Premières Nations)
- M<sup>me</sup> Janet Bick (Fondation canadienne du rein)
- M. Ron Forbes (Fondation de la recherche sur le diabète juvénile)
- M. Christopher P. Goguen (Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada)
- M<sup>me</sup> Maryann Hopkins (Association des pharmaciens du Canada)
- M. Serge Langlois (Diabète Québec)
- M<sup>me</sup> Kandice Leonard (Association nationale autochtone du diabète)
- M<sup>me</sup> Donna Lillie (Association canadienne du diabète)
- M. Alan Patt (président du Conseil du diabète du Canada)
- M. Stephen Samis (Fondation des maladies du cœur du Canada)
- M<sup>me</sup> Linda Studholme (Institut national canadien pour les aveugles)

La production du présent rapport a été parrainée par l'intermédiaire du volet de coordination nationale de la Stratégie canadienne sur le diabète.

Le CC-SND remercie les présidents, les coprésidents et les membres des cinq Groupes de travail ainsi que D<sup>re</sup> Sheila Penney, consultante, et le personnel responsable de la coordination nationale du diabète de Santé Canada pour leur diligence et leur soutien tout au long du processus.