

**DIABÈTE
CANADA**

**MAINTENIR LE RYTHME D'APPLICATION
DU CADRE SUR LE DIABÈTE :**

TABLE RONDE SUR LE DIABÈTE AU MANITOBA

SEPTEMBRE 2025





Remerciements

Autrice du rapport

Lisa V. Dias, Ph.D.

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

Adria Cehovin, M.Sc. (gestionnaire de projet),
Hiba Syed, B.Sc. (coordonnatrice), et
Yucen Liu, M.Sc. (coordonnatrice de l'équité en santé et de la recherche)

Nous tenons à remercier les conférencières et les membres du public pour leur participation à la table ronde sur le diabète au Manitoba.

Le cadre national sur le diabète et la mobilisation des Autochtones

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



Table des matières

1.0 Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada et du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète (MRACD)	4
2.0 À propos de la Table ronde sur le diabète au Manitoba	6
3.0 Présentations de la Table ronde	6
3.1 Marc Silva – Le diabète au Manitoba : prévalence et utilisation des services de santé	7
3.2 Eileen Burnett – La prévention du diabète : une approche populationnelle et de santé publique	8
3.3 Myles King – Prévention et collaboration en matière de collecte de données pour la réduction du diabète de type 2 dans les communautés autochtones du nord du Manitoba	10
3.4 Taylor Morriseau – La souveraineté des données des Premières Nations : implications pour la recherche et les soins liés au diabète	11
3.5 Ainsley Balkwill et Solaine Laroche – Amélioration des soins du diabète dans les communautés métisses de la rivière Rouge : mobilisation des tests au point de service et des initiatives d'autogestion	13
3.6 Stacey Schmidt-Mehmel et Lindsey Lee – Programme Small Steps for Big Changes	15
3.7 Tannyce Cook – Projet d'intégration lié au diabète – Initiative SAGE	16
3.8 Céleste Thériault – L'Association nationale autochtone du diabète	18
4.0 Discussions de group	19
4.1 Résultats de la discussion de la matinée	21
4.2 Résultats de la discussion de l'après-midi	23
5.0 Conclusion	25
Références	26



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

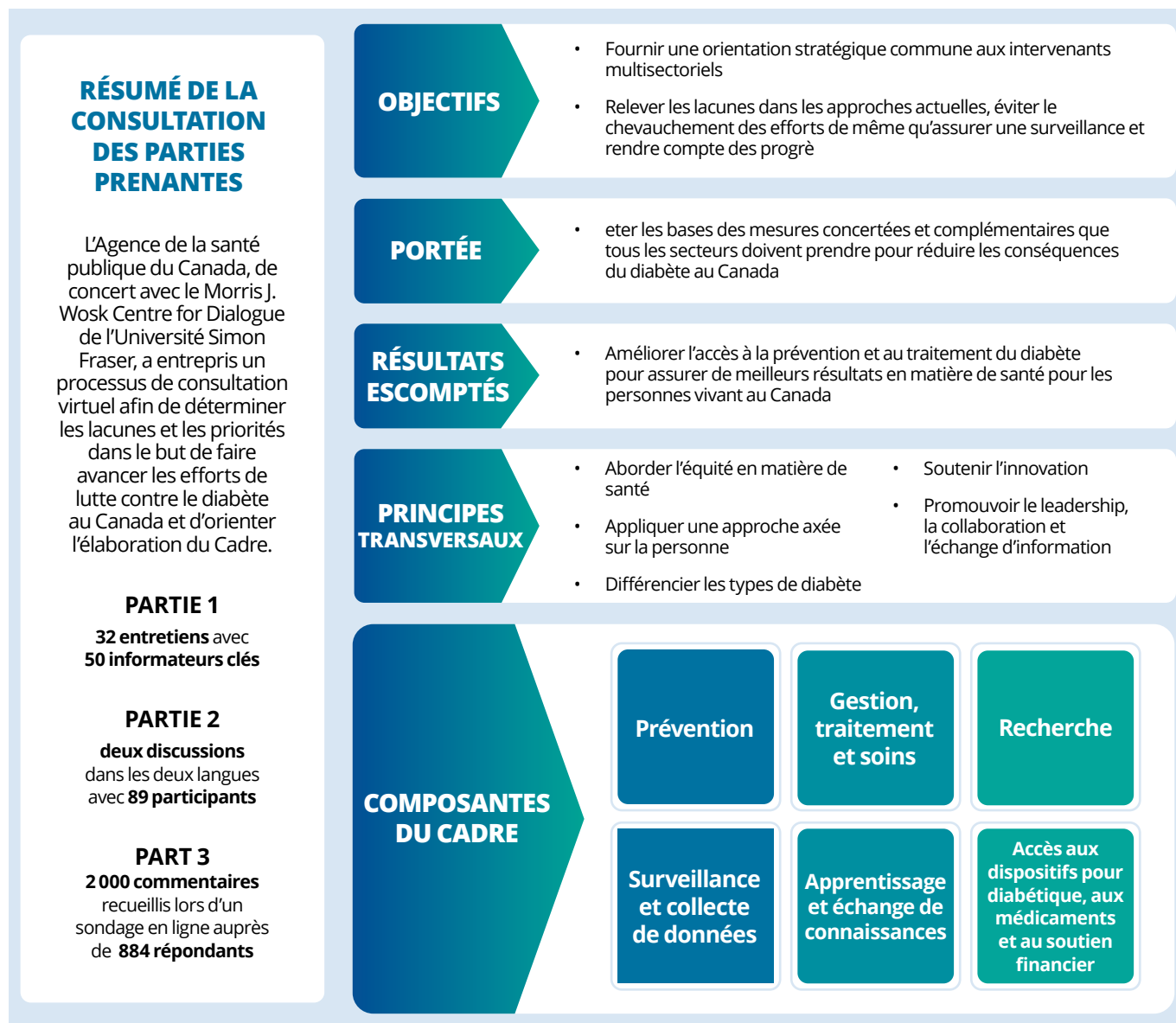
Diabète Canada est un organisme de bienfaisance national qui représente près de 4 millions de personnes diabétiques au pays. L'organisme œuvre à améliorer la qualité de vie de ces personnes en partageant ressources et connaissances, en aidant les professionnels de la santé à offrir de meilleurs soins, en proposant des orientations visant à infléchir les politiques et en finançant la recherche en vue d'améliorer les traitements et de trouver un remède. En partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'organisme met en œuvre un projet triennal intitulé « Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète ». Présenté par le gouvernement fédéral en 2022, le Cadre sur le diabète au Canada (le « Cadre ») vise à encourager la prévention et le traitement du diabète

de tous types, de même qu'à imprimer une orientation politique commune aux efforts de lutte contre le diabète au Canada (ASPC, 2022). Il a également pour but de relever les lacunes inhérentes aux modèles de soins et de réduire le chevauchement des efforts tout en permettant au gouvernement d'effectuer un suivi et de rendre compte des progrès (ASPC, 2022). Le Cadre comprend six éléments interdépendants et interreliés qui sous-tendent les efforts de lutte contre le diabète, à savoir :

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

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

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



2.0 À propos de la Table ronde sur le diabète au Manitoba

Le 16 septembre 2025, Diabète Canada a organisé, grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada, la Table ronde sur le diabète au Manitoba, à Winnipeg, dans le cadre du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète (MRACD). La rencontre réunissait 36 participantes et participants provenant d'organismes provinciaux, d'organisations non gouvernementales (ONG), de Premières Nations et de nations métisses, d'organisations autochtones nationales, d'établissements de santé et de centres de recherche.

La Table ronde a fourni une tribune où les personnes présentes ont pu partager leurs connaissances et discuter de l'évolution actuelle de la prise en charge du diabète au Manitoba ainsi que des efforts déployés à l'échelle nationale, provinciale, régionale et municipale. Elles ont présenté des initiatives visant à renforcer la surveillance du diabète et la collecte de données, ainsi qu'à améliorer la prévention, les soins et les résultats des traitements.

Les huit présentations au programme ont souligné les tendances observées en matière de diabète au Manitoba et présenté des projets, des travaux de recherche et des initiatives innovants dirigés par des acteurs locaux. Parmi les thèmes abordés figuraient la souveraineté des données, les modèles de soins communautaires (tels que les cliniques mobiles) ainsi que les stratégies de prévention (telles que les programmes jeunesse fondés sur le lien au territoire). Les personnes présentes à la Table ronde ont également pris part à deux séances de discussion organisées autour des cinq « D » de l'analyse positive : définition, découverte, devenir, design et déploiement. Les échanges sont allés dans le sens d'une démarche axée sur les forces et tournée vers l'avenir dans le but de cerner des occasions de changement à saisir.

En matinée, la Table ronde a porté sur la surveillance du diabète et la collecte de données. En après-midi, les échanges ont abordé plusieurs questions : l'accès aux soins primaires, le dépistage, les programmes d'allaitement, la mobilisation et l'autonomisation des jeunes, de même que les approches holistiques des soins du diabète. Grâce à ces échanges, les participantes et participants ont formulé conjointement des pistes d'action visant à enrichir les initiatives manitobaines liées à la lutte contre le diabète.

3.0 Présentations de la Table ronde

Sujet de la présentation	Présentateur(s)
Mot de bienvenue et aperçu du Cadre sur le diabète au Canada	Céleste Thériault, MBA Adria Cehovin, MSc
3.1 Le diabète au Manitoba : prévalence et utilisation des services de santé	Marc Silva, MSc
3.2 La prévention du diabète : une approche populationnelle et de santé publique	Eileen Burnett, MD, BN, MPH, CCFP, FRCPC
3.3 Prévention et collaboration en matière de collecte de données pour la réduction du diabète de type 2 dans les communautés autochtones du nord du Manitoba	Myles King, BSc
3.4 La souveraineté des données des Premières Nations : implications pour la recherche et les soins liés au diabète	Taylor Morriveau, PhD
3.5 Amélioration des soins du diabète dans les communautés métisses de la rivière Rouge : mobilisation des tests au point de service et des initiatives d'autogestion	Ainsley Balkwill, RN, BN Solaine Laroche, RN, BN
3.6 Programme Small Steps for Big Changes	Stacey Schmidt-Mehmel, BSc Lindsey Lee, BA
3.7 Projet d'intégration lié au diabète – Initiative SAGE	Tannyc Cook, RN, BN
3.8 L'Association nationale autochtone du diabète	Céleste Thériault, MBA

3.1 Marc Silva—Le diabète au Manitoba : prévalence et utilisation des services de santé

Marc Silva, directeur responsable de la performance et du suivi à Soins communs Manitoba, a donné le coup d'envoi aux exposés en présentant des données relatives au diabète dans la population et le système de santé. Il a indiqué la répartition de la prévalence du diabète et de ses complications dans l'ensemble de la province, puis a décrit la manière dont les personnes touchées interagissent avec le système de santé.

Il a présenté les principaux constats suivants en ce qui a trait à la prévalence du diabète et de ses comorbidités au Manitoba :

- Au cours des cinq dernières années, la prévalence du diabète chez les adultes de 20 ans et plus est passée de 12,7 % à 13,8 %, soit une augmentation d'environ 129 800 à 148 300 personnes.
- Dans la province, le taux de diabète présente un écart notable selon les régions, passant de 10,4 % pour la région du Sud à 20 % pour la région du Nord.
- De nombreuses personnes diabétiques au Manitoba présentent d'autres affections chroniques : 75 % souffrent d'hypertension, 21 % de maladie cardiaque ischémique, 10 % d'insuffisance cardiaque, 9,4 % ont subi un AVC et 8,1 % un infarctus aigu du myocarde (ou crise cardiaque).

Remarque : Toutes les données présentées dans ce tableau proviennent du Système canadien de surveillance des maladies chroniques pour l'année de référence 2022-2023 [2].

Le diabète a une incidence importante sur l'utilisation des services de santé au Manitoba. Les personnes diabétiques utilisent, en moyenne, davantage les services d'urgence et les services hospitaliers que les personnes non diabétiques. Par exemple, en 2022-2023, les adultes diabétiques de 20 ans et plus étaient 1,6 fois plus susceptibles de se rendre à l'urgence et plus de quatre fois plus susceptibles de devoir faire un séjour à l'hôpital [3]. Dans l'ensemble, 7 % des adultes diabétiques ont été hospitalisés au moins une fois, comparativement à 1,6 % des adultes dans la population générale [3]. Chez les jeunes diabétiques de 1 à 19 ans, le risque d'hospitalisation est plus de cinq fois supérieur à celui des jeunes de la population générale [3].

Ces données illustrent le fardeau considérable que le diabète impose aux personnes, aux communautés et au système de santé. La présentation de Marc Silva montre comment les données peuvent nous éclairer quant à l'état de santé de la population et orienter la planification des systèmes en nous permettant d'affecter les ressources là où elles sont le plus nécessaires.

Visitez le site Web de [Soins communs Manitoba](#) pour en savoir plus sur les initiatives menées par l'organisme.



3.2 Dr. Eileen Burnett—La prévention du diabète : une approche populationnelle et de santé publique

La Dre Eileen Burnett, médecin-hygiéniste spécialisée en santé publique et en médecine préventive, a présenté une approche populationnelle de la prévention du diabète. Elle a exposé les stratégies provinciales en s'appuyant sur deux documents de référence : le Cadre pour le diabète au Canada de 2022 [1] et le Plan d'action du Manitoba sur le diabète de 2023. Ces stratégies sont structurées autour de quatre piliers : prévention, détection, prise en charge et surveillance [4]. Elle a également fait référence aux Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) [5] et au rapport de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA) [6], en insistant sur l'importance du leadership des communautés autochtones dans l'établissement des services sociaux et de services de santé participatifs et adaptés à la culture, conformément aux recommandations de la CVR et de la FFADA.

Le diabète représente un problème de santé majeur au Manitoba. Environ une personne sur dix dans la province vit avec le diabète, un fardeau encore plus lourd dans certaines régions et certaines communautés. Dans le Nord, près de 19 % de la population est atteinte de diabète, soit l'équivalent d'une personne sur cinq. Dans le Sud, ce taux est d'environ une personne sur dix. Même à Winnipeg, la principale zone urbaine de la province, le taux de prévalence varie d'un quartier à l'autre. Dans certaines communautés, la prévalence du diabète s'établit à seulement 6 %, alors que dans d'autres, elle peut grimper jusqu'à 17 %. La colonisation et ses séquelles tenaces demeurent un déterminant majeur de la santé des peuples autochtones. Le diabète en est l'illustration claire, puisque la prévalence de la maladie est nettement plus élevée chez les adultes autochtones, métis et inuits que chez les adultes non autochtones.

Afin de réduire le fardeau du diabète et de répondre aux disparités observées dans les données de santé, le gouvernement du Manitoba a mis en œuvre plusieurs initiatives.

Principales initiatives gouvernementales au Manitoba

- Élargissement de la couverture, par le régime provincial d'assurance médicaments, du glucomètre en continu pour les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2, et de la pompe à insuline pour les personnes atteintes de diabète de type 1
- Bonification du régime provincial d'assurance médicaments afin d'inclure un plus grand nombre de médicaments pour le diabète de type 2, en particulier ceux qui protègent contre les complications du diabète.
- Mise en place d'un programme universel d'alimentation en milieu scolaire et de l'initiative Écoles en santé afin d'améliorer la santé des jeunes.
- Renouvellement d'Healthy Together Now, un programme communautaire de prévention des maladies chroniques administré par la santé publique.
- Maintien du financement destiné aux organismes communautaires voués à la promotion de la santé et du mieux-être.



La prévention est au cœur de tous les cadres de gestion du diabète et représente l'une des responsabilités premières de la santé publique. Les stratégies classiques de promotion de la santé privilégient le changement de certains comportements individuels comme l'adoption de meilleurs choix alimentaires. Cependant, cette approche à elle seule ne suffit pas à répondre à l'ampleur du problème. La prévention exige des changements structurels et environnementaux pour rendre les choix santé plus accessibles. Selon la D^{re} Burnett, il est essentiel que nos systèmes, nos environnements et nos structures sociales créent les conditions propices aux changements de comportements. Pour soutenir cette démarche, il convient de mobiliser les communautés, de renforcer la collaboration intersectorielle et de promouvoir des politiques en faveur de la santé. Grâce à cette approche, la santé publique peut passer d'une priorisation du comportement individuel à des mesures prises à l'échelle des collectivités et de la population.

La D^{re} Burnett a présenté quelques pistes pour faire progresser la prévention du diabète sous l'égide de la santé publique :

- Renforcer les politiques favorisant la santé au sein des écoles, des milieux de travail et des collectivités;
- Accroître la participation des services régionaux de santé publique dans le cadre des initiatives de prévention communautaires;
- Améliorer le dépistage du diabète et l'accès aux soins primaires, en privilégiant des interventions axées sur les saines habitudes de vie;
- Élargir les efforts de collecte de données pour avoir une meilleure idée de la diversité des types de diabète, des caractéristiques des populations touchées et de l'évolution de leur état de santé;
- Comblar les écarts de santé entre les populations autochtones et non autochtones en s'attaquant aux déterminants sociaux et en appuyant les initiatives de prévention pilotées par les communautés autochtones.

Pour conclure, la D^{re} Burnett a insisté sur la nécessité d'une action concertée afin de prévenir et d'atténuer les effets du diabète sur la santé populationnelle au Manitoba. Lisez le [Plan d'action manitobain contre le diabète](#) pour en savoir plus sur la stratégie de prévention et de prise en charge adoptée par le gouvernement provincial.

3.3 Myles King—Prévention et collaboration en matière de collecte de données pour la réduction du diabète de type 2 dans les communautés autochtones du nord du Manitoba

Myles King, responsable du Programme Nord à Food Matters Manitoba (FMM), a présenté un aperçu des initiatives collaboratives de prévention et de sécurité alimentaire visant à réduire la prévalence du diabète de type 2 au sein des communautés autochtones du nord du Manitoba. FMM est un organisme non gouvernemental dont la mission est de lutter contre l'insécurité alimentaire au Manitoba en bonifiant les systèmes alimentaires locaux au moyen de solutions durables et pérennes. L'organisme s'engage à promouvoir la souveraineté et la sécurité alimentaires autochtones et à établir des relations de partenariat et de confiance avec les communautés.

FMM met en œuvre une approche à plusieurs volets afin d'accroître la sécurité alimentaire et de diminuer la prévalence du diabète au sein des communautés autochtones du Nord. Cette approche repose sur les « cinq A » de la sécurité alimentaire : approvisionnement, accessibilité, adéquation, acceptabilité et autonomie. L'organisme valorise les ressources et les forces des communautés, telles que les pratiques de cueillette traditionnelles et les activités liées au territoire. En collaboration avec les communautés, FMM s'appuie sur ces atouts pour élaborer des programmes consistant, par exemple, à favoriser la participation des jeunes à des activités de plein air (comme des excursions de pêche et de chasse) ou à cultiver des jardins communautaires. L'organisme favorise également la création d'emplois liés au système alimentaire pour les personnes ayant un rôle de leadership dans leur communauté. En intégrant connaissances traditionnelles, pratiques culturelles et usages linguistiques dans ses initiatives de sécurité alimentaire, FMM contribue à favoriser un sentiment d'appartenance et une prise en main des systèmes alimentaires par les communautés elles-mêmes.

Comme l'a souligné Myles King, ces initiatives de sécurité et de souveraineté alimentaires contribuent à réduire

la prévalence du diabète en aidant les communautés à implanter des changements durables grâce à l'amélioration de leurs systèmes alimentaires locaux et traditionnels. Il est possible d'induire des changements de comportements individuels ou d'habitudes de vie lorsque les déterminants structurels et sociaux de la santé (tels que l'accès aux aliments traditionnels) sont pris en charge au moyen de stratégies communautaires de prévention et de promotion de la santé. Par exemple, le temps passé à l'extérieur permet aux jeunes de bouger, de manger des aliments traditionnels et de cultiver des légumes au jardin. Grâce à un meilleur accès aux aliments traditionnels et à un lien plus fort à la terre, ces programmes encouragent non seulement les pratiques culturelles et l'appartenance communautaire, mais ils créent aussi des occasions de manger sainement, de bouger et de développer des compétences menant à des changements à long terme.

FMM poursuit ses efforts d'évaluation et de suivi afin de mesurer les retombées de ces initiatives. L'un des principaux moyens d'en comprendre et d'en évaluer les effets est la collecte de données qualitatives (textes, photos) qui illustrent directement les retombées des initiatives communautaires sur les participantes et participants ainsi que sur les communautés bénéficiaires des programmes alimentaires. Ces données qualitatives offrent un éclairage précieux pour mesurer non seulement les résultats quantifiables des initiatives alimentaires dirigées par des acteurs locaux, mais aussi leurs effets sociaux et relationnels plus profonds, souvent négligés.

L'organisme souhaite maintenir son soutien aux communautés autochtones du Nord pour mettre en place des systèmes alimentaires locaux et traditionnels et promouvoir la participation communautaire aux activités sur le territoire. En réinjectant des ressources dans les communautés, les programmes de FMM contribuent au développement des capacités locales et ouvrent la voie à l'épanouissement des économies locales par une prise en main communautaire.

Visitez le site Web de [Food Matters Manitoba](#) pour en savoir plus sur les initiatives communautaires visant à lutter contre l'insécurité alimentaire et à soutenir la souveraineté alimentaire autochtone au Manitoba.



3.4 Taylor Morriseau—La souveraineté des données des Premières Nations : implications pour la recherche et les soins liés au diabète

La D^{re} Taylor Morriseau occupe un poste de chercheuse postdoctorale au Secrétariat de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Manitoba (FNHSSM). Ses travaux portent sur l'incidence des pratiques sur les systèmes de santé. Au service des 63 Premières Nations du Manitoba, le FNHSSM a pour mandat de favoriser le mieux-être par des initiatives liées à la santé et aux services sociaux. Dans sa présentation, la D^{re} Morriseau a mis en lumière les limites des méthodes actuelles de collecte et de gestion des données, en plus de présenter des initiatives visant à accroître la souveraineté des données des Premières Nations.

Il n'est pas rare que les bases de données actuelles omettent les membres des Premières Nations ou qu'elles les classent dans la mauvaise catégorie, ce qui contribue à leur effacement et accentue les dynamiques d'assimilation. Les données sont souvent générées à partir de conceptions occidentales de la santé et du mieux-être qui ne tiennent pas compte des forces, des usages linguistiques et de la culture autochtones. Les méthodes de recherche fondées sur les normes occidentales de la science et des données ne reconnaissent pas non plus le passé des peuples autochtones et les séquelles de la colonisation. De fait, les méthodes de recherche existantes évaluent surtout

la manière dont les Premières Nations sont assimilées à la société et à la culture canadiennes dominantes. Il importe d'élargir la définition des données dans le but de remettre en question et de contrer les mécanismes qui contribuent à perpétuer la logique de colonisation au sein de la recherche et des données. Pour repenser la définition des données, notamment dans la recherche et la collecte d'information sur le diabète, la D^{re} Morriseau souligne l'importance de mobiliser les communautés. La définition de données doit dépasser les simples mesures statistiques pour englober, entre autres, les documents d'archives, les échantillons biologiques, les savoirs et pratiques culturelles des Premières Nations, les reliques ancestrales, l'ADN ancien de même que les histoires et récits traditionnels.

Les récits et savoirs traditionnels des Premières Nations constituent des formes de données légitimes et essentielles dont la gouvernance doit revenir aux communautés afin d'assurer une représentation fidèle et une utilisation orientée vers des effets concrets et bénéfiques. La D^{re} Morriseau a présenté diverses stratégies permettant aux Premières Nations d'exercer une supervision sur les données et sur la transmission de leurs récits. Parmi ces stratégies, mentionnons les comités d'éthique de la recherche des Premières Nations (tels que le Comité de gouvernance de la recherche sur l'information sanitaire [HIRGC]), les centres de recherche des Premières Nations, les enquêtes axées sur les forces (p. ex., l'enquête régionale sur la santé), des indicateurs de mieux-être propres aux régions et aux Nations, le rapatriement des bases de données existantes ainsi que la création d'initiatives de surveillance.

S'ajoute à cela l'importance de la gérance des données. Au Manitoba, les Premières Nations affirment leur souveraineté en matière de gestion des données par des démarches communautaires telles que l'élaboration de la Stratégie de gouvernance des données des Premières Nations. Cette stratégie nationale comprend dix centres régionaux qui travaillent à accroître la gouvernance des données à l'échelle locale (c.-à-d. communautaire) afin que chaque centre puisse répondre aux besoins de sa région. Les centres unissent leurs efforts pour élaborer des plans personnalisés destinés aux centres régionaux de gouvernance de l'information. Ils partagent des objectifs tels la gestion et le stockage des données, la promotion de la collaboration interrégionale et l'application de pratiques exemplaires relatives à la souveraineté des données.

Depuis un an et demi, l'équipe manitobaine s'applique à connaître les besoins régionaux en menant une vaste initiative de consultation auprès des communautés des Premières Nations, des conseils tribaux et de groupes sous-représentés tels que les populations âgées et les personnes gardiennes du savoir, les jeunes et les

membres de la communauté 2ELGBTQQIA+. Parmi les principales initiatives figurent des projets pilotes en appui à la souveraineté des données, des programmes de formation sur la gouvernance et la sécurité des données ainsi que des activités de renforcement des capacités, dont une campagne de recrutement destinée à orienter les jeunes vers des parcours professionnels en analytique et en recherche. L'équipe s'emploie également à traiter les collections archivistiques et historiques en vue de leur rapatriement, notamment en cernant les lacunes dans les données.

En vue de l'établissement du Centre régional de gouvernance de l'information, la D^{re} Morriseau et ses collègues du FNHSSM mettent en place les conditions nécessaires pour permettre aux Premières Nations d'assurer elles-mêmes la gestion de leurs données de santé grâce à une gouvernance solide, au rapatriement de l'information et à des pratiques de recherche et de gestion des données adaptées à la culture. Visitez le site Web du [FNHSM](#) pour en savoir plus sur leurs réalisations.



3.5 Ainsley Balkwill et Solaine Laroche—Amélioration des soins du diabète dans les communautés métisses de la rivière Rouge : mobilisation des tests au point de service et des initiatives d'autogestion

Ainsley Balkwill et Solaine Laroche, de la Direction de la santé et du mieux-être de la Fédération métisse du Manitoba, ont présenté à la Table ronde des initiatives de prise en charge du diabète destinées aux communautés métisses de la rivière Rouge. Fondée en 1967, la Fédération constitue le gouvernement des Métis de la rivière Rouge au Manitoba. Elle propose des services visant à répondre aux besoins des Métis dans divers secteurs, dont la famille, la santé, l'éducation et le logement. Depuis sa création en 2005, la Direction de la santé et du mieux-être offre des services adaptés à la culture répartis en cinq grands volets : services cliniques, programmes de santé communautaire, politiques et information en santé, recherche en santé et hébergement au manoir Michif.

Les services cliniques de la Fédération visent à pallier le déficit de soins dont souffrent les citoyennes et citoyens métis de la rivière Rouge. À cette fin, la Fédération organise une clinique mobile qui se rend dans les communautés pour offrir des services généraux de santé et mieux-être, dont des tests de dépistage du diabète et d'autres maladies chroniques. Les Métis de la rivière Rouge sont touchés par des taux de diabète et de complications associées (p. ex., les amputations sous

le genou) nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale du Manitoba. Pour réduire cette disparité, la Fédération a confié à sa clinique mobile le soin de mener une étude sur les tests de dépistage du diabète au point de service. Elle cherche ainsi à implanter et à évaluer un programme adapté à la culture pour répondre à cet enjeu urgent qu'est le diabète chez les Métis de la rivière Rouge.

L'initiative fait intervenir deux cliniques mobiles, chacune étant dotée d'une infirmière autorisée, d'une infirmière en soins des pieds et de personnel de soutien, toutes offrant des soins adaptés à la culture. La clinique propose une évaluation du risque de diabète et des tests au point de service (dont l'hémoglobine glyquée et le bilan lipidique), en plus d'offrir des suivis de santé, des soins des pieds et des séances d'information sur le diabète. L'étude a largement dépassé son objectif initial de 1 200 personnes desservies en atteignant à ce jour plus de 3 330 personnes dans 31 communautés. En plus d'améliorer l'accès aux soins du diabète dans les régions éloignées, cette initiative affermit les liens avec les communautés métisses de la rivière Rouge. Elle encourage également l'éducation et la sensibilisation au moyen de ressources adaptées, tout en générant des données sur les Métis susceptibles d'orienter les politiques en faveur de la santé et du mieux-être.

Outre l'étude de dépistage du diabète au point de service, la Fédération participe à un projet pilote intitulé « Bien vieillir chez soi ». Ce projet privilégie une approche intégrée combinant prise en charge du diabète, sécurité alimentaire et soutien au vieillissement à domicile pour les personnes âgées métisses de la rivière Rouge.



Lancé en juillet 2024, il s'adresse à la population métisse de la rivière Rouge âgée de 55 ans ou plus qui a reçu un diagnostic de diabète de type 2 et dont le revenu annuel est de 35 000 \$ ou moins. Le projet vise avant tout à réduire les disparités associées au diabète de type 2 et à l'insécurité alimentaire, tout en permettant aux citoyennes et citoyens de maintenir leur bien-être et leur autonomie grâce à des mesures de soutien adaptées à la culture. L'initiative répond à plusieurs objectifs : approfondir la compréhension du diabète de type 2, mieux faire connaître le rôle essentiel que joue l'alimentation dans la prise en charge de la maladie et fournir aux citoyennes et citoyens la motivation et les ressources nécessaires pour favoriser l'adoption d'un mode de vie plus sain.

Les personnes inscrites au programme Bien vieillir chez soi font l'objet d'une évaluation initiale effectuée par une infirmière. Cette évaluation comprend des tests (p. ex., hémoglobine glyquée et bilan lipidique), un historique des habitudes alimentaires et un bilan global de santé. Tout au long du programme, les participantes et participants reçoivent des paniers alimentaires mensuels et profitent de suivis réguliers du mieux-être. Le programme collabore également avec une nutritionniste autorisée qui crée des recettes culturellement adaptées que les participantes et participants peuvent préparer avec des aliments locaux. Le programme contribue en outre à renforcer les liens sociaux grâce à des

interactions régulières avec le personnel. En plus d'offrir des visites de santé et des paniers alimentaires, celui-ci fournit un soutien psychosocial axé sur le mieux-être général.

L'initiative Bien vieillir chez soi étend progressivement ses services au-delà de la ville de Winnipeg afin de joindre les citoyennes et citoyens métis de la rivière Rouge dans des régions plus au nord comme Thompson. Si les premières données recueillies faisaient état d'un taux moyen d'HbA1C de 7,12 % chez les participantes et participants, ce qui correspond à un diagnostic de diabète, ce taux s'est maintenu ou légèrement amélioré aux évaluations de suivi. Il s'agit d'un résultat encourageant compte tenu du caractère progressif de la maladie. Mis à part les données sur la santé physique, les participantes et participants ont dit se sentir soutenus et plus aptes à prendre leur santé en main, ce qui met en lumière l'approche holistique et bienveillante du programme.

Tant l'initiative de dépistage du diabète au point de service que le programme Bien vieillir chez soi adoptent une approche globale et centrée sur la personne, qui met l'accent sur la prévention, les soins et l'équité tout en renforçant les liens communautaires et en tenant compte des déterminants sociaux de la santé comme l'accès aux soins. Visitez le site Web de la Fédération métisse du Manitoba pour en savoir plus sur les activités de la [Direction de la santé et du mieux-être](#).



3.6 Stacey Schmidt-Mehmel et Lindsey Lee—Programme Small Steps for Big Changes

La Table ronde a accueilli Stacey Schmidt-Mehmel, responsable des cours de groupe et entraîneuse du programme Small Steps for Big Changes, et Lindsey Lee, spécialiste de programme au YMCA-YWCA de Winnipeg. Elles ont présenté Small Steps for Big Change, un programme axé sur le mode de vie qui vise à prévenir le diabète de type 2 en encourageant les changements d'habitudes liées à l'alimentation et à l'activité physique. Le programme est offert aux personnes prédiabétiques dans le but de réduire leur risque de diabète de type 2. Conçu et évalué par le Groupe de recherche sur la prévention du diabète, Small Steps for Big Changes est un programme fondé sur des données probantes mené sous la houlette de la D^{re} Mary Jung, à l'Université de la Colombie-Britannique.

Ce programme d'une durée de quatre semaines comprend six rencontres, en personne ou en ligne, avec une entraîneuse ou un entraîneur qualifié. Cette ou ce spécialiste utilise des techniques d'entretien motivationnel pour déterminer dans quelle mesure les participantes et participants sont disposés à changer. Il ou elle les aide ensuite à définir leurs objectifs et leur offre un accompagnement sous la forme de conseils liés à l'alimentation et à l'exercice, d'échanges d'information

et de recommandations quant à l'application de différentes techniques de mise en forme. Dans leur accompagnement, les entraîneuses et entraîneurs utilisent une approche centrée sur la personne qui s'appuie sur l'acronyme C.A.P.E., soit compassion, acceptation, partenariat et évocation. En plus du volet accompagnement, les participantes et participants bénéficient d'un accès sans frais aux installations du YMCA-YWCA durant les quatre semaines du programme. Cette mesure contribue à lever les obstacles à la pratique de l'activité physique et incite les gens à terminer le programme.

Pour aider les participantes et participants à suivre leurs progrès et à évaluer les effets du programme, des données initiales sont recueillies au début des quatre semaines, telles que la fréquence cardiaque au repos, le tour de taille et le poids. Ces mesures sont reprises quatre semaines plus tard, puis lors des suivis à 12 et à 24 mois. À l'heure actuelle, le programme est offert sans frais aux adultes dans les centres YMCA-YWCA participants du Canada.

Visitez le site du [YMCA-YWCA de Winnipeg](#) pour en savoir plus sur ces initiatives de prévention du diabète. Visitez également le site Web de [Small Steps for Big Changes](#) pour en apprendre davantage sur le projet mis sur pied par le Groupe de recherche sur la prévention du diabète de l'Université de la Colombie-Britannique.



3.7 Tannyce Cook—Projet d'intégration lié au diabète – Initiative SAGE

Tannyce Cook occupe le poste de directrice du Projet d'intégration lié au diabète (*Diabetes Integration Project*, ou DIP) au First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba. Elle a retracé l'évolution du DIP, un projet initialement conçu pour fournir des services de soins et de traitement du diabète aux communautés autochtones des régions éloignées du Manitoba. Au fil du temps, le projet a évolué vers une initiative de dépistage du nom de SAGE (pour « Screening, Awareness, Guidance, and Empowerment », soit dépistage, sensibilisation, orientation et autonomisation).

Le DIP a été mis sur pied en appui à la Stratégie manitobaine de lutte contre le diabète élaborée en 1999 par le Manitoba First Nations Diabetes Leadership Council (MFNDLC), à une époque où les Premières Nations faisaient face à une flambée du diabète au sein leurs communautés. La Stratégie manitobaine de lutte contre le diabète constitue un appel à l'action visant à contrer le diabète chez les Premières Nations en fonction de cinq axes prioritaires :

- Prévention et promotion
- Soins et traitement
- Diabète de grossesse
- Recherche, surveillance et évaluation
- Politiques et infrastructures [7]

Afin de soutenir la mise en œuvre de cette stratégie, le DIP a été créé en août 2006 pour fournir des services de soins et de traitement du diabète aux communautés autochtones des régions du Sud et du Nord ainsi que de la ville de Dauphin, au Manitoba. De 2006 à 2025, le projet regroupait trois équipes qui se rendaient tous les trimestres dans chacune des 18 à 20 communautés autochtones participantes. Chaque équipe, composée de deux éducatrices ou éducateurs spécialisés en diabète, passait de un à trois jours sur place pour offrir des services cliniques mobiles : dépistage au point de service, éducation à la prise en charge du diabète, revue de la médication, examen podologique de base, information et conseils en nutrition, et orientation vers des spécialistes. Leur approche de la prestation des services reposait sur des principes holistiques axés sur les forces, centrés sur la personne, orientés vers la réduction des préjudices et exempts de jugement.

Un volet essentiel des services cliniques offerts par le DIP est le dépistage au point de service, qui permet d'obtenir immédiatement les résultats de test. Ce dépistage porte sur le test d'hémoglobine glyquée, pour mesurer la glycémie sur trois mois, le calcul du débit de filtration glomérulaire, pour évaluer la fonction rénale, et le rapport albumine sur créatinine urinaire, pour déceler la présence de protéines dans les urines. Le DIP a également participé à d'autres initiatives de dépistage, dont le projet [Contrôle des reins](#), qui propose des tests de la fonction rénale, de dépistage du diabète et de la tension artérielle aux communautés

autochtones des régions éloignées de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Manitoba. Ce projet consiste à effectuer les tests, à fournir des résultats immédiats sur place et, selon ces résultats, à élaborer un protocole de soins rénaux comprenant les suivis nécessaires et des orientations vers des spécialistes, au besoin.

Depuis 2025, le DIP évolue vers un modèle axé sur le dépistage afin d'étendre ses services à des personnes n'ayant pas encore reçu de diagnostic de diabète. En combinant le modèle Contrôle des reins avec les services, l'équipement et les mécanismes d'orientation du DIP, l'initiative de dépistage cherche à identifier les personnes à risque de diabète et à leur offrir un soutien adapté. Ce virage est motivé par des données indiquant que le taux de diabète de type 2 est jusqu'à 25 fois plus élevé chez les enfants autochtones que dans les autres populations et qu'il s'accompagne de taux beaucoup plus importants de troubles de santé mentale et d'hospitalisations. Face à cette situation, et avec l'autorisation des responsables communautaires,

l'équipe du DIP élargit son mandat afin d'offrir des services de dépistage du diabète et d'accompagnement à l'ensemble des membres des Premières Nations âgés de dix ans et plus. L'équipe explore également les moyens d'accroître la portée des services pour la faire passer de 18 à 63 communautés. Cette transition a nécessité une collaboration étroite avec les communautés autochtones. Des consultations ont été menées auprès des jeunes, des gardiennes et gardiens du savoir ainsi que des coordonnatrices et coordonnateurs tribaux du diabète dans le but de prévoir des services de dépistage adaptés aux besoins de ces populations.

Cette initiative de dépistage vise à aider les Premières Nations du Manitoba à prévenir les maladies chroniques et à favoriser le mieux-être des personnes diabétiques grâce à un dépistage dirigé par la communauté, à l'éducation, à des pratiques respectueuses de la culture et à des parcours de soins autodéterminés. Pour en savoir plus, consultez la page Web du DIP sur le site du [First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba](#).



3.8 Céleste Thériault—L'Association nationale autochtone du diabète

Céleste Thériault, directrice générale de l'Association nationale autochtone du diabète, a conclu la portion exposés en présentant une initiative nationale de mobilisation communautaire visant à prendre en compte le point de vue autochtone dans l'élaboration du Cadre canadien sur le diabète et les différents parcours de soins fondés sur les différences. L'Association nationale autochtone du diabète est un organisme de bienfaisance autochtone, dirigé par ses membres, qui a été fondé en 1995 pour répondre à la hausse du taux de diabète chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. L'organisme œuvre à promouvoir la santé, le mieux-être et la prévention du diabète auprès des communautés autochtones.

M^{me} Thériault a présenté un aperçu du projet national visant à favoriser la participation des peuples autochtones à l'élaboration du Cadre sur le diabète au Canada. L'objectif de ce projet est de garantir que le Cadre reflète la diversité des besoins au sein des Premières Nations et des communautés inuites et métisses. Le projet prévoit trois phases :

- **Phase 1** : Stratégie et revue de la littérature
- **Phase 2** : Consultations communautaires
- **Phase 3** : Mise en place de parcours orientés vers l'action, assortis des exigences budgétaires et des résultats attendus

La phase 1 a été finalisée en septembre 2024, et la phase 2 a été lancée à l'automne 2024. Lors de la Table ronde, la phase 2 était toujours en cours, et l'on prévoyait de

prolonger les consultations pour recueillir des données supplémentaires. La phase 3 devrait être déployée en mars 2026. Pour mener à bien les consultations partout au pays au cours la phase 2, l'Association a retenu les services de trois sous-traitants : [narratives](#), [NVision Insight Group](#) et [waapihk Research](#). La stratégie de consultation repose sur une volonté sincère de tisser des liens authentiques et de rejoindre les personnes dans leur réalité. La stratégie se veut adaptable et attentive aux besoins des populations, tout en favorisant la collaboration et en s'inscrivant dans la continuité des initiatives déjà en place. Elle accorde une importance centrale au principe de réciprocité, de manière à ce que les consultations profitent à toutes les parties et répondent aux besoins des communautés.

Les méthodes de consultation reposent principalement sur des entretiens individuels, des discussions en petits groupes et un sondage en ligne. Jusqu'à présent, 221 personnes ont participé aux entrevues (principalement individuelles) et 710 personnes ont répondu au sondage. En dépit des limites budgétaires, la stratégie demeure adaptable et axée sur les communautés, tout en veillant à garantir une participation équitable. Des solutions virtuelles et d'autres méthodes de consultation sont à l'étude pour respecter les façons de faire et le rythme de chaque communauté.

Promouvoir des soins du diabète d'envergure communautaire et culturellement adaptés constitue une priorité essentielle pour l'Association. En témoigne ce projet national qui sollicite l'apport des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin que leur point de vue contribue à orienter le Cadre pour le diabète au Canada. Visitez le [site Web](#) de l'Association nationale autochtone du diabète pour en savoir plus sur ses réalisations.



4.0 Discussions de group

Deux séances de discussion se sont tenues durant la Table ronde : la première en matinée, à la suite des présentations 4.1 à 4.4, et la seconde en après-midi, après les autres présentations. Pour chacune des séances, les participantes et participants se sont vu proposer des thèmes associés aux divers volets du Cadre sur le diabète au Canada, assortis de questions les invitant à réfléchir à la manière d'induire un changement dans ces secteurs. Les questions utilisées pour encadrer la discussion s'inspiraient des cinq « D » de la méthode de l'analyse positive : définition, découverte, devenir, design et déploiement. L'analyse positive est un cadre d'évaluation du changement qui repose sur les forces et qui encourage les gens à envisager le changement de manière constructive et tournée vers l'avenir [8].

La discussion de la matinée portait sur le volet Surveillance et collecte de données du Cadre sur le diabète au Canada. Les participantes et participants ont été répartis en petits groupes d'environ 4 ou 5 personnes et invités à réaliser l'exercice suivant.

Discussion de la matinée	
<i>En tenant compte de la collecte de données, des activités de surveillance et de la communication de l'information concernant le diabète au Manitoba, veuillez répondre aux questions suivantes.</i>	
Définition	Quel est l'état actuel de la collecte de données, des activités de surveillance et de la communication de l'information concernant le diabète au Manitoba?
Découverte	Quels sont les programmes, les initiatives, les politiques et les interventions qui, à votre connaissance, favorisent la collecte de données, la surveillance et la communication de l'information concernant le diabète au Manitoba (soyez précis ou précise)?
Devenir	D'après vous, comment la collecte de données, la surveillance et la communication de l'information concernant le diabète devraient-elles évoluer au cours des cinq prochaines années au Manitoba? Tenez compte des principaux indicateurs de résultats.
Design	Quels programmes, politiques, initiatives et interventions devons-nous mettre en œuvre pour concrétiser cette vision?
Déploiement	Comment pouvons-nous donner naissance à cette vision? Réfléchissez aux questions suivantes : qui va ou qui doit se faire le champion de cette initiative? Quelles discussions s'imposent? Quels groupes nécessitent davantage de formation ou de soutien? Quels services ou organisations doivent travailler en collaboration?



Lors de la séance de l'après-midi, les participantes et participants ont été invités à réfléchir, chacun de leur côté, à certains des thèmes suivants : accès aux soins primaires; dépistage du diabète; éducation et sensibilisation du public; équité en santé; programmes axés sur la modification des comportements individuels, alimentation saine et systèmes alimentaires; programmes culturels autochtones et guérison; développement des compétences de vie chez les jeunes; allaitement; services de soutien en santé mentale; etc. Après cette période de réflexion, les participantes et participants ont été répartis en petits groupes et invités à choisir un thème, puis à réaliser l'exercice suivant.

Discussion de l'après-midi <i>À partir du thème retenu, réfléchissez et répondez aux questions ci-dessous en les abordant sous l'angle du diabète.</i>	
Définition	Comme se présente actuellement, au Manitoba, l'aspect ou la piste d'amélioration que vous avez choisi?
Découverte	Quels sont les programmes, les initiatives, les politiques et les interventions qui, à votre connaissance, vont dans le sens de votre aspect ou de votre piste d'amélioration (soyez précis ou précise)?
Devenir	D'après vous, comment l'aspect ou la piste d'amélioration que vous avez choisi devrait-il évoluer au cours des cinq prochaines années au Manitoba? Tenez compte des principaux indicateurs de résultats.
Design	Quels programmes, politiques, initiatives et interventions devons-nous mettre en œuvre pour concrétiser cette vision?
Déploiement	Comment pouvons-nous donner naissance à cette vision? Réfléchissez aux questions suivantes : qui va ou qui doit se faire le champion de cette initiative? Quelles discussions s'imposent? Quels groupes nécessitent davantage de formation ou de soutien? Quels services ou organisations doivent travailler en collaboration?

4.1 Résultats de la discussion de la matinée

À la suite de l'examen de la discussion de la matinée sur la surveillance et la collecte de données, les principaux points soulevés par les participantes et participants ont été regroupés en différentes catégories thématiques : *accès aux données, infrastructures et intégration; utilisation, évaluation et incidence des données; approches participatives et axées sur les forces; élaboration collaborative des politiques et programmes; interventions en amont et prévention; technologie et innovation*. Cette méthode de travail nous a permis de dégager les idées et priorités récurrentes afin d'obtenir un portrait plus précis des défis communs et des occasions à saisir.

Accès aux données, infrastructures et intégration

- Les initiatives de santé autochtone se heurtent à des difficultés liées à l'accès et à l'utilisation des données. Ces défis sont attribuables à un accès inégal aux systèmes, notamment aux dossiers médicaux électroniques (DME), et à la fragmentation des moyens de communication de l'information. Même s'il existe plusieurs programmes de dépistage comme SAGE et Contrôle des reins, il convient d'améliorer l'harmonisation, l'accessibilité et la coordination des systèmes de gestion des données.
- Selon les participantes et participants, le Manitoba possède un important volume de données pour appuyer la recherche et la prévention du diabète. Il subsiste toutefois des lacunes quant à l'intégration des résultats des tests de laboratoire (dont ceux de Dynacare) au sein de systèmes plus vastes. Par ailleurs, la fragmentation des systèmes informatiques limite l'accès aux données et en complique l'utilisation. Il serait également souhaitable que les patientes et patients aient plus facilement accès à leur dossier médical personnel.
- Des améliorations pourraient être apportées aux plateformes de données en vue de favoriser un meilleur accès pour le milieu de la recherche et les communautés. Ceux-ci pourraient ainsi accéder à des données anonymisées, évaluer les tendances de santé et concevoir des programmes fondés sur des données à jour. Faire progresser les infrastructures de données et l'accès à l'information permettrait

de soutenir le développement de stratégies de santé adaptées aux réalités et aux besoins des communautés.

Utilisation, évaluation et incidence des données

- Les données à elles seules ne mènent pas au changement. Tout projet de surveillance et de communication des données devrait intégrer des constats exploitables et être présenté dans des formats compréhensibles et utiles pour les communautés.
- L'évaluation des retombées des interventions sur la qualité de vie et la santé des communautés fait de plus en plus ressortir l'importance des données qualitatives et des mesures de suivi. Par ailleurs, l'évaluation des interventions communautaires requiert des outils adaptés aux réalités des communautés. Le recours à des approches traditionnelles de recherche et d'évaluation, fréquemment orientées vers le quantitatif, rend la mesure de ces interventions plus difficile.
- L'amélioration des résultats passe par l'élaboration d'une démarche claire permettant d'utiliser les données recueillies pour améliorer les résultats, notamment en matière d'accès, de diagnostic et de réseaux de soutien. De plus, une meilleure utilisation des dossiers de santé pour la transmission des données individuelles aiderait les équipes à coordonner plus efficacement les soins, plutôt que d'en faire porter la responsabilité aux patientes et patients.

Approches participatives et axées sur les forces

- Les participantes et participants ont exprimé le désir d'axer davantage les données sur les forces, de les contextualiser et de les orienter vers des solutions. Cet objectif peut être atteint grâce à une meilleure intégration des informations liées aux déterminants sociaux de la santé et à l'utilisation d'approches qualitatives pour enrichir la collecte et l'analyse des données. En plus de diversifier les types de données recueillies, les personnes participantes ont souligné l'importance de systèmes de données ancrés sur le terrain, mais financés de manière descendante.



Élaboration collaborative des politiques et programmes

- Les participantes et participants ont souligné la nécessité d'une collaboration accrue entre les instances gouvernementales, les communautés et les secteurs pour l'élaboration des politiques et des programmes. Il y a lieu de prioriser la prévention et les initiatives dirigées par les Premières Nations, notamment les programmes axés sur le territoire qui favorisent la sécurité alimentaire autochtone.
- La souveraineté des données et la conception orientée vers les communautés sont de la plus haute importance. Cette approche requiert une collaboration interrégionale et la réduction des obstacles à la participation de manière à mobiliser l'ensemble des communautés.
- Selon les participantes et participants, la fragmentation du système de santé entre les différents ordres de gouvernement complique l'échange des données et en limite l'utilisation. Une meilleure coordination entre les différents ordres de gouvernement et les régions peut améliorer l'accès aux données et soutenir la prise de décision ainsi que la planification.

Interventions en amont et prévention

- De l'avis des participantes et participants, les espoirs se fondent sur des interventions en amont axées sur les déterminants de la santé (p. ex., la sécurité alimentaire et la prévention), qui ont le potentiel d'améliorer les résultats cliniques tout en réduisant les coûts à long terme. Quand l'optimisme est au rendez-vous, il faut en profiter et poursuivre sur cette lancée.

- De façon générale, nous manquons d'indicateurs applicables aux interventions en amont axées sur les déterminants de la santé, d'où la nécessité d'améliorer le suivi des politiques et des programmes communautaires pour mieux comprendre leur fonctionnement. Il faut également investir davantage dans les soins primaires et renforcer la collaboration avec les programmes communautaires de soutien aux soins et à la prévention.
- Les participantes et participants ont souligné qu'à l'exception du dépistage du cancer, le dépistage des maladies chroniques est appliqué de façon inégale et qu'il convient d'adopter des approches plus proactives et standardisées pour dépister le diabète. Il faut également accroître les investissements en prévention, en soins primaires et dans les programmes participatifs afin d'assurer la pérennité des initiatives locales.

Technologie et innovation

- Les participantes et participants ont échangé sur la manière dont les technologies peuvent contribuer à améliorer les systèmes de collecte, de gestion et d'analyse des données. Par exemple, le recours à des outils d'intelligence artificielle (IA) permet de démocratiser l'analyse des données en limitant le besoin de compétences techniques en programmation.
- Aux dires des participantes et participants, certains systèmes et pratiques de tenue de dossiers sont dépassés, comme le recours aux copies papier et au télécopieur, d'où la nécessité d'investir dans la modernisation des infrastructures.



4.2 Résultats de la discussion de l'après-midi

Pour la discussion de l'après-midi, les participantes et participants ont été répartis en cinq groupes, chacun ayant choisi un thème lié au diabète pour alimenter les échanges. Les thèmes suivants ont été retenus : *soutien à l'allaitement et aux programmes de santé destinés aux nouveaux parents et aux nourrissons; harmonisation et coordination des méthodes de dépistage; participation et autonomisation des jeunes; accès aux soins primaires; approches holistiques des soins du diabète*. Le résumé qui suit présente les principaux constats et réflexions de chaque groupe sur le thème abordé.

Soutien à l'allaitement et aux programmes de santé destinés aux nouveaux parents et aux nourrissons

- Les participantes et participants ont discuté de la possibilité d'élaborer des politiques et programmes propres à encourager l'allaitement.
- Il pourrait être pertinent de développer des initiatives de sécurité alimentaire pour faciliter l'accès des nouveaux parents à une alimentation saine, ou d'offrir un soutien au revenu de base afin d'alléger le fardeau économique qui pèse sur les jeunes familles. Les enjeux ciblés par ces initiatives rejoignent celles rencontrées par d'autres groupes, notamment en ce qui concerne l'accès à des aliments abordables pour les personnes âgées.
- Pour valoriser et normaliser l'allaitement, on pourrait étudier la possibilité de déployer des campagnes de sensibilisation du public et sur les médias sociaux qui

sont adaptées sur le plan culturel.

- Il faudrait envisager des manières d'identifier les personnes susceptibles de requérir du soutien à l'allaitement.
- Il serait bon d'approfondir le soutien à l'allaitement dans divers contextes, tels que les soins de première ligne, les services de nutritionniste et les soins communautaires.
- On pourrait explorer des façons d'améliorer l'offre d'activités physiques et récréatives pour les nouveaux parents et leur bébé dans le but de créer des occasions de participation communautaire.

Harmonisation et coordination des méthodes de dépistage

- Selon les participantes et participants, les lieux où les tests sont effectués ne sont pas les mêmes que ceux où les patientes et les patients peuvent accéder à leurs résultats, notamment en raison des problèmes liés à Dynacare et du manque d'intégration des systèmes.
- On suppose que toutes les communautés jouissent d'un même accès aux tests, mais des disparités subsistent dans les pratiques de dépistage. Cette situation indique la nécessité d'adopter des approches de dépistage standardisées à l'échelle de la province, comme c'est le cas pour les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du côlon.
- Une meilleure coordination entre les régions et les secteurs pourrait faciliter l'élargissement d'initiatives pilotes prometteuses et favoriser le transfert des connaissances. Par exemple, les participantes et participants ont mentionné un programme provincial

de soins des pieds à Terre-Neuve-et-Labrador. Il est important de resserrer les liens entre les régions et de favoriser le partage de connaissances.

- Le renforcement des capacités locales (p. ex., en formant des membres de la communauté à la gestion des programmes et aux activités de dépistage) peut favoriser la viabilité des programmes de dépistage communautaires. Ce type de renforcement des capacités peut outiller les communautés, à condition d'obtenir un financement durable.

Participation et autonomisation des jeunes

- Les participantes et participants ont souligné la nécessité d'impliquer activement les jeunes dans la planification des services et des programmes de santé, au lieu de les placer devant le fait accompli. Il est possible de concevoir des initiatives en santé de concert avec les jeunes, en leur attribuant un véritable rôle décisionnel.
- Les écoles, les centres jeunesse et les lieux récréatifs participent à la promotion de la littératie en santé en diffusant de l'information et de l'éducation sur le diabète, l'activité physique, la sécurité alimentaire, la santé mentale et la planification familiale. Il est important de ne pas négliger des sujets comme le diabète gestationnel dans les stratégies d'éducation destinées aux jeunes.
- Des difficultés financières peuvent limiter la capacité des familles à offrir un soutien suffisant aux jeunes. Des programmes communautaires comme les camps jeunesse jouent un rôle utile dans le soutien aux jeunes et le renforcement des capacités communautaires.

Accès aux soins primaires

- Selon les participantes et participants, l'accès aux soins primaires demeure inégal, et les démarches pour obtenir des soins ne sont pas toujours claires, d'où une confusion quant aux rôles et aux responsabilités de chacun. Il n'est pas toujours facile de s'orienter dans le système de santé en raison du cloisonnement des services et des programmes.
- La pénurie de main-d'œuvre et les délais d'attente prolongés font partie des enjeux systémiques qui nuisent à l'efficacité des soins du diabète. Des lacunes

dans les services contribuent également à des évaluations de santé inadéquates.

- Il faut simplifier le parcours d'aiguillage et mettre les gens en contact avec le personnel de première ligne, surtout lorsqu'il s'agit de coordonner les programmes des bandes et les programmes régionaux. Pour assurer une véritable continuité des soins, il serait souhaitable d'avoir une équipe soignante qui accompagne les personnes tout au long du continuum de soins, du prédiabète jusqu'aux phases ultérieures de la maladie.
- Il reste beaucoup à faire pour renforcer la sécurité culturelle et assurer une meilleure représentation des Autochtones dans les pratiques et les milieux de soins. L'intégration des savoirs autochtones est essentielle pour créer des espaces plus sécurisants et adaptés à la culture. Par ailleurs, il est crucial d'avoir des conversations ouvertes et honnêtes sur la discrimination et le racisme dans le milieu de la santé pour faire avancer les initiatives de sécurité culturelle.
- Il est primordial de favoriser la participation des communautés dans la conception et la prestation des services et programmes, mais aussi de mettre en place des incitatifs pour encourager les interactions avec le système de santé. Les interventions doivent être centrées sur l'individu, en tenant compte du fait que l'expérience du diabète varie d'une personne à l'autre.
- Pour ce qui est du suivi, il importe de consigner les avancées constructives, et non seulement les résultats défavorables.

Approches holistiques des soins du diabète

- Les participantes et participants plaident en faveur d'une vision globale et d'une approche holistique de la santé qui intègre l'accès aux soins primaires, les systèmes alimentaires, le soutien en santé mentale, l'éducation et la justice, tout en reconnaissant que le diabète ne se limite pas à un simple problème biomédical.
- Des soins centrés sur la personne sont nécessaires pour favoriser une amélioration de l'état de santé. Cette approche consiste à accompagner les personnes en tenant compte de leur parcours individuel et à favoriser l'accès à diverses formes de soins, telles que les services de nutritionniste,

l'éducation en diabète, les services de consultation en santé mentale et les pratiques de guérison traditionnelles.

- Selon les participantes et participants, il est essentiel que les communautés soient au centre de la conception et de la réalisation d'initiatives qui respectent leurs valeurs et leur culture.
- Un consensus se dégage quant à la nécessité de passer d'un modèle de soins réactif à une approche préventive, où les déterminants sociaux de la santé sont pris en compte dans toutes les politiques et par tous les ordres de gouvernement. La collaboration intersectorielle de même que le partage des connaissances s'avèrent indispensables.

5.0 Conclusion

La Table ronde sur le diabète au Manitoba a réuni des représentants du gouvernement, des chercheurs, des leaders autochtones, des responsables d'organisations non gouvernementales et des professionnels de la santé. La discussion a porté sur les données et les tendances relatives au diabète dans la province, les participantes et participants ayant mis en commun des stratégies communautaires liées à la prévention, à la prise en charge, aux soins et au traitement. La Table ronde a également porté sur des moyens d'accroître la souveraineté des données des Premières Nations dans les activités de recherche, de surveillance et de collecte de données. Lors des présentations, les participantes et participants ont partagé leurs connaissances et exploré les défis et possibilités propres à leur communauté. Ils et elles ont rappelé que le diabète touche les populations du Manitoba de manière disproportionnée et que ses conséquences varient considérablement d'un milieu à l'autre. Pour améliorer les résultats, le groupe a souligné la nécessité d'initiatives communautaires culturellement adaptées, dont celles dirigées par les communautés autochtones.

La Table ronde a permis de dégager plusieurs constats essentiels :

- Alléger le fardeau à long terme du diabète nécessite des investissements accrus et le renforcement des capacités nécessaires à la mise en œuvre d'interventions ciblant les déterminants en amont, telles que des programmes de sécurité alimentaire et des initiatives de soins du diabète culturellement sécurisants;
- On reconnaît qu'il subsiste des lacunes dans l'accès aux soins primaires. Pour pallier ce problème, on recommande d'agrandir les cliniques interdisciplinaires locales, de faire appel à des professionnels de la santé au fait de la culture et d'améliorer la coordination des soins pour favoriser le continuum et des services culturellement adaptés;
- On recommande de mieux coordonner et de standardiser les pratiques de dépistage du diabète, le dépistage du cancer étant cité comme exemple à suivre;
- On reconnaît qu'il faut améliorer la collaboration intersectorielle et investir dans des initiatives communautaires de prévention et de traitement, en mettant l'accent sur les initiatives dirigées par des communautés autochtones;
- On a souligné l'importance de la souveraineté des données des Premières Nations et insisté sur la nécessité d'un leadership communautaire et d'une collaboration soutenue dans toutes les activités de recherche et de gestion des données, notamment les activités de gouvernance, d'éthique de la recherche, de conception d'outils de gestion des données et de transfert de connaissances;
- On a plaidé en faveur de l'amélioration des systèmes de gestion des données, les participantes et participants ayant souligné la nécessité d'un meilleur accès aux données et d'une intégration accrue entre les systèmes afin de soutenir la planification et la prise de décision relatives aux soins du diabète.

Pris ensemble, les constats issus de la Table ronde fournissent une assise solide pour le déploiement d'actions futures dans le cadre de la lutte contre le diabète. Ces constats peuvent orienter les efforts visant à placer le point de vue des communautés au cœur des démarches, à accroître la collaboration et à faire progresser l'équité en santé.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Cadre sur le diabète au Canada*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseasesconditions/framework-diabetes-canada.html>.
2. Agence de la santé publique du Canada. (2025). *Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC)* [Outils de données]. <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=9&M=1&S=B>.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDGP)*. <https://www.cihi.ca/en/discharge-abstract-database-dad-metadata>.
4. Province of Manitoba. (2023). *Manitoba diabetes action plan*. Government of Manitoba. https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/mhgw/docs/mb-diabetes-action-plan.pdf. (en anglais)
5. Centre national pour la vérité et la réconciliation. (2012). *Centre national pour la vérité et la réconciliation : Appels à l'action*. <https://nctr.ca/publications-et-rapports/rapports/?lang=fr>.
6. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. <https://www.mmiwg-ffada.ca/finalreport/>
7. Manitoba First Nations Diabetes Leadership Council. (2017). *The Manitoba First Nation diabetes strategy: A call to action*. <https://mfndlc.ca/wp-content/uploads/2022/12/The-MFN-Diabetes-Strategy-A-Call-to-Action-Dec.8-22-Mar-6-174.pdf>. (en anglais)
8. Cooperrider, D., and Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: A positive revolution in change*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler. (en anglais)



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

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

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

Financial contribution from



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada