

**DIABÈTE
CANADA**

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

RENCONTRE SUR LE DIABÈTE DANS LES RÉGIONS DU NORD

AOÛT 2025



**Résumé**

Le présent livre gris résume les principales conclusions de la Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète : Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord, 2025.

Date de publication

Mars 2026

Nombre de pages

25 pages

Pour citer le document

Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète : Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord. Diabète Canada. 2026.

À propos de Diabète Canada

Diabète Canada est un organisme de bienfaisance national qui représente près de 4 millions de Canadiennes et de Canadiens vivant avec le diabète. Fer de lance de la lutte contre le diabète, Diabète Canada aide les personnes touchées par le diabète à mener une vie saine et œuvre pour la prévention du diabète et de ses conséquences ainsi que pour la découverte d'un remède. L'association s'est taillé une réputation d'excellence et de leadership, et c'est à son cofondateur, le Dr Charles Best, que l'on doit la découverte de l'insuline avec le Dr Frederick Banting. Ses efforts sont soutenus par un réseau de bénévoles, d'employés, de professionnels de la santé, de chercheurs et de partenaires communautaires. Dans la foulée de sa mission, Diabète Canada offre des services de sensibilisation et de soutien, défend les intérêts des personnes diabétiques, appuie la recherche et convertit les résultats en solutions pratiques. Diabète Canada entend continuer d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le diabète en favorisant le développement de communautés plus saines, la prestation de soins exceptionnels et la poursuite de travaux de pointe.

Pour en savoir plus, rendez-vous au www.diabetes.ca.

Contactez-nous à l'adresse framework@diabetes.ca si vous avez des questions au sujet de ce rapport de Diabète Canada.



Table des matières

1.0 La Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord	5
2.0 Vue d'ensemble du Cadre	5
3.0 Présentations	7
3.1 Melissa Laluk, Annie Worth, et Brayden Kulych - Vie saine du Yukon	8
3.2 Gabriela Goodman, Robert McMurdy, et Kathleen Cleary - Miser sur les soins virtuels pour rapprocher les services des communautés : le programme de soins infirmiers virtuels du gouvernement du Nunavut	10
3.3 D ^{re} Marney Paradis et D ^{re} Liris Smith - Prise en charge du diabète de type 1 au Yukon : points de vue des patients et du personnel soignant	14
3.4 Tanya Earle, Erin Currie, Mable Wong, Rebecca Pumphy, Cameron Thomson, et Chelsea Foster - Le diabète aux Territoires du Nord-Ouest	16
3.5 Céleste Thériault - Le Cadre de lutte contre le diabète de l'Association nationale autochtone du diabète (NIDA)	18
4.0 Périodes d'échange	20
4.1 Résumé de la période d'échange du matin	20
4.2 Résumé de la période d'échange de l'après-midi	23
5.0 Conclusion	25
Références	25



Remerciements :

Autrice du rapport : Hiba Syed, B.Sc. et Ho Ching Nika Shiu

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, les panélistes et les membres du public pour leur participation à la Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord. Ces présentations et discussions des plus instructives nous ont permis de partager nos connaissances et d'approfondir notre compréhension du diabète dans la territoires.

Titre : Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète : Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord (août 2025)

Présentation du projet : Le Cadre sur le diabète au Canada (le « Cadre ») est un projet financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui permet à l'Association canadienne du diabète (« Diabète Canada ») de réunir les interlocuteurs du milieu afin de cerner et de mettre en commun des pratiques exemplaires. Lancé en 2023, ce projet triennal permet de recenser les programmes, les interventions et les projets sur le diabète qui sont porteurs de succès. Il favorise en outre la diffusion des résultats dans une optique d'adoption et d'essaimage des pratiques exemplaires, en portant une attention particulière aux obstacles rencontrés dans les communautés défavorisées en matière de soins du diabète.

1.0 La Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord

La cinquième table ronde de ce projet s'est tenue au Yukon, en août 2025. Des participantes et participants du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été invités à mettre en commun leurs connaissances et leurs idées. L'événement a regroupé exposés magistraux et périodes d'échange libre. Les présentations ont porté, pour l'essentiel, sur les interventions et l'état actuel du diabète dans chacun des territoires.

Lieu et date : Whitehorse (Yukon), le 20 août 2025, de 9 h à 16 h (HNP).

Objectifs de la rencontre :

- Réunir des parties prenantes des territoires (et leurs partenaires), dont des professionnels de la santé publique, des acteurs communautaires et des ONG, pour échanger sur les initiatives et interventions en matière de lutte contre le diabète;
- Mieux connaître les stratégies de mobilisation des populations touchées par le diabète dans ces régions et dégager des pistes d'optimisation des systèmes en place tout en élargissant les réseaux de collaboration;
- Recenser les enjeux, les innovations et les lacunes, tout en échangeant sur les leçons apprises et en réfléchissant aux possibilités pour l'avenir.

2.0 Vue d'ensemble du Cadre

Le gouvernement fédéral a dévoilé le Cadre sur le diabète au Canada le 5 octobre 2022. Ce Cadre vise à encourager la prévention et le traitement de tous les types de diabète, de même qu'à imprimer une orientation politique commune aux efforts de lutte contre le diabète au Canada. Il a pour but de relever les lacunes dans les approches actuelles, d'éviter le chevauchement des efforts ainsi que d'assurer une surveillance et de rendre compte des progrès. Ce faisant, il jette les bases d'une action concertée et complémentaire de la part de tous les secteurs afin de réduire l'impact du diabète.

Le Cadre se compose de six éléments interdépendants et interconnectés qui représentent l'éventail des domaines dans lesquels il pourrait être bénéfique de faire progresser les efforts en matière de diabète. Les principes et les composantes énoncés (voir ci-dessous) forment un environnement dynamique dans lequel il est possible de susciter un changement au Canada. Les commentaires des divers groupes de Canadiennes et Canadiens recueillis tout au long du processus de consultation pluriannuel ont servi à définir ces principes et ces composantes.

Principes transversaux :

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

Piliers du cadre :

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

Le résumé ci-dessous présente la méthodologie, l'objectif, la portée et les résultats escomptés du Cadre.

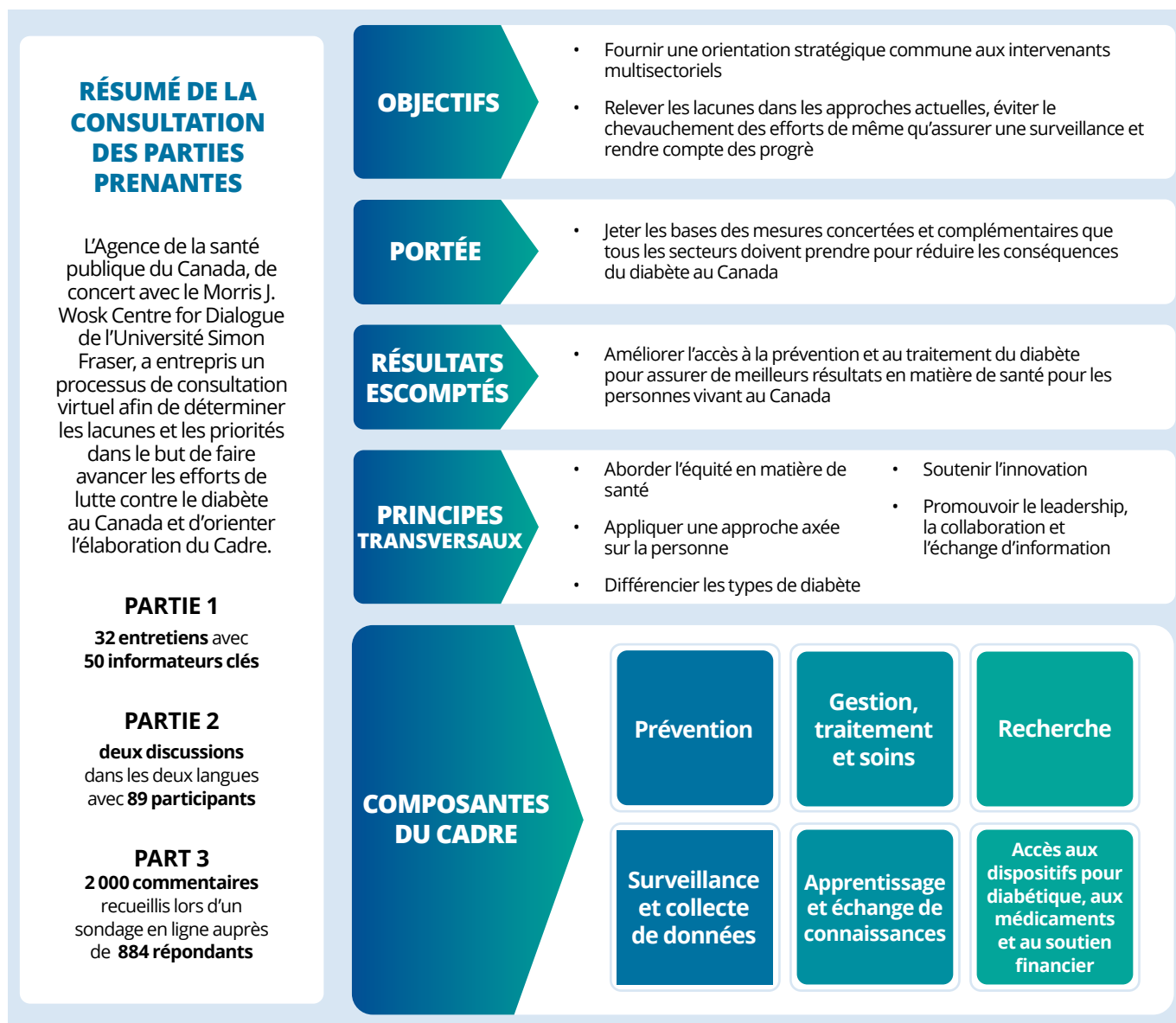


Figure 1 : Schéma du Cadre sur le diabète au Canada (ASPC, 2022)

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 (nada.ca – en anglais).



3.0 Présentations de la rencontre

Sujet de la présentation	Présentateur(s)
Diabète Canada : aperçu du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète	Adria Cehovin, M. Sc.
3.1 Programme Vie saine du Yukon	Melissa Laluk, PEC-SCPE Annie Worth, PEC-SCPE Brayden Kulych, infirmière autorisée, EAD
3.2 Miser sur les soins virtuels pour rapprocher les services des communautés : le programme de soins infirmiers virtuels du gouvernement du Nunavut	Gabriela Goodman, M. Sc., diététiste autorisée, LCS Robert McMurdy, IPSSP Kathleen Cleary, IPSSP
3.3 Prise en charge du diabète de type 1 au Yukon : points de vue des patients et du personnel soignant	D ^{re} Marney Paradis, Ph. D. D ^{re} Liris Smith, Ph. D.
3.4 Le diabète aux Territoires du Nord-Ouest	Tanya Earle, diététiste autorisée Erin Currie, infirmière praticienne Rebecca Pumphrey, diététiste autorisée Mabel Wong, diététiste autorisée Cameron Thomson, diététiste autorisée Chelsea Foster, infirmière autorisée
3.5 Le Cadre de lutte contre le diabète de l'Association nationale autochtone du diabète (NIDA)	Céleste Thériault, M. A.

3.1 Melissa Laluk, Annie Worth, et Brayden Kulych - Vie saine du Yukon

La rencontre a commencé par l'intervention de Melissa Laluk, gestionnaire du Programme Vie saine du Yukon (PVSy), qui a présenté l'histoire du programme et son évolution jusqu'à sa forme actuelle. Il convient de préciser que le PVSy ne se consacre pas exclusivement au diabète : il s'agit d'un programme de soutien destiné aux personnes aux prises avec une maladie chronique, dont le diabète n'est qu'un des volets.

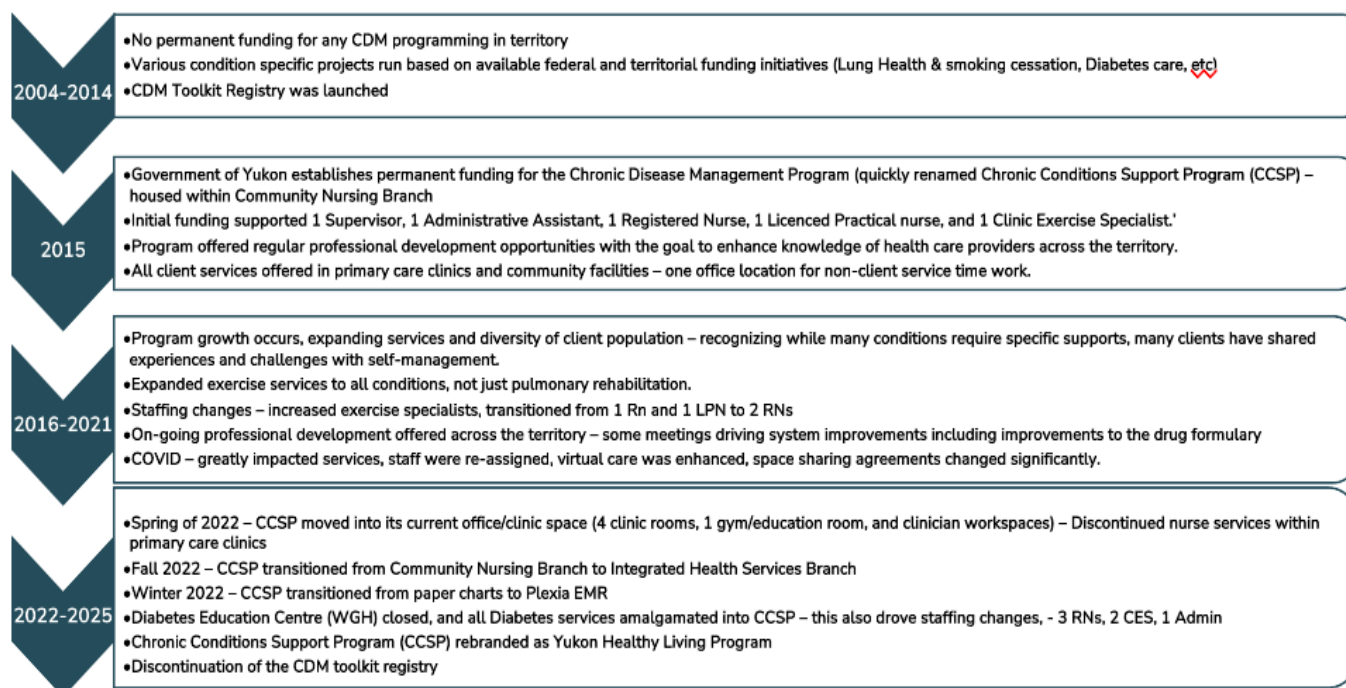
La vision du programme consiste à :

« Offrir éducation et soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques au Yukon tandis qu'elles s'efforcent d'adopter des stratégies d'autogestion et d'améliorer leur état de santé. »

La réalisation de cette vision repose sur la collaboration de même que sur l'adoption d'une approche centrée sur le client, qui est au cœur de toutes les initiatives de soutien.

L'équipe de programme regroupe une gestionnaire, une superviseure, une diététiste, du personnel infirmier, des spécialistes et ressources en soutien à l'activité physique, une adjointe administrative et du personnel contractuel, dont des équipes de pharmaciens. Comme le programme relève des Services de santé intégrés, qui regroupent plusieurs cliniques médicales, il peut aisément mobiliser d'autres professionnels de la santé pour bonifier ses services de soutien.

Un historique sommaire du programme est présenté ci-dessous.



Comme l'a expliqué Annie Worth, superviseure du PVSy, le programme regroupe quatre piliers de services : soins infirmiers, activité physique, nutrition et programmes ou services cliniques. Ensemble, ces services offrent des soins complets aux personnes vivant avec une maladie chronique comme le diabète.

Services de soins infirmiers

Des infirmières autorisées, secondées par des infirmières auxiliaires autorisées, réalisent les interventions au point de service. Des rendez-vous individuels d'une heure sont offerts pour aider les patients à suivre les protocoles de soins. Cette formule permet d'aborder les changements d'habitudes de vie, d'identifier les obstacles à la prise en charge et d'adapter l'accompagnement aux besoins de chacun, en vue d'améliorer l'autogestion. Les patients et patientes ont notamment accès aux examens de routine et aux services suivants :

- Examen des pieds
- Prélèvements sanguins
- Tests d'ECG (électrocardiogramme) (à venir)

Services de mise en forme

Des spécialistes en activité physique proposent un soutien individuel supervisé, de même que des programmes structurés. Offerts deux fois par semaine pendant huit semaines, ces programmes sont conçus pour aider les personnes diabétiques à contrôler leur glycémie par la pratique régulière d'une activité physique. Les séances sont offertes à distance, à domicile ou en clinique, en fonction des besoins de la clientèle.

Services de diététiste

Des diététistes offrent des consultations individuelles, des rencontres de suivi et l'analyse des habitudes alimentaires, le tout assorti de recommandations personnalisées. Même sans accès à des consultations individuelles, les patients peuvent compter sur des diététistes pour les aider à revoir leurs habitudes et à mettre en place des stratégies pour mieux manger.

Programmes cliniques

Le programme propose également des services de réadaptation cardiaque et pulmonaire, ainsi que des ateliers de gestion du diabète. En l'absence de programme officiel de réadaptation à l'intention des personnes diabétiques, la série **Diabetes Wellness** offre une introduction en deux volets aux soins complets du

diabète, adaptée aux besoins de la clientèle. Des affiches distribuées de deux à quatre fois par année présentent ces services, offerts en personne et à distance.

En complément de son offre de services, le PVSJ a conclu, au cours des dernières années, des partenariats centrés sur le diabète avec les organismes suivants :

- **Ministère de l'Éducation** : la création, au sein du ministère, d'un poste de coordination des soins pour le diabète de type 1 favorise l'éducation dans les écoles, la sensibilisation et l'accompagnement continu;
- **Clinique pédiatrique Lynx** : cette clinique offre du soutien et des ressources aux jeunes qui passent des soins pédiatriques aux soins pour adultes;
- **Solstice Maternity** : ce groupe de médecine familiale offre du soutien aux patientes atteintes de diabète gestationnel, en collaboration avec des médecins, des infirmières et des diététistes;
- **Programme de sages-femmes du Yukon** : ce programme vient en aide aux patientes atteintes de diabète gestationnel qui ne sont pas prises en charge par un médecin, mais qui ont besoin d'un suivi;
- **Partenaires communautaires** : des partenaires fournissent de l'information, des ressources et des services d'assistance continue pour répondre aux questions des clients.

Pour répondre à la forte demande tout en accordant la priorité aux cas urgents, le programme a instauré deux trajectoires de soins. Un accompagnement individuel immédiat est réservé aux personnes présentant des besoins importants, notamment en cas de diabète non contrôlé (HbA1C > 9 %), d'amorce ou de titrage de l'insuline, de soutien requis en lien avec l'utilisation de la pompe à insuline ou de diabète gestationnel. Les autres patients (diabète de type 2 avec HbA1C < 9 %, prédiabète ou dépistage en cours) participent à des séances d'éducation de groupe, mais ont la possibilité d'accéder à un suivi individuel en cas de besoins complexes ou persistants. Ce modèle permet une prise en charge rapide des cas urgents tout en maintenant une offre de soins complète pour l'ensemble de la clientèle. Le programme a déjà tiré des bénéfices appréciables de cette approche.



3.2 Gabriela Goodman, Robert McMurdy, et Kathleen Cleary - Miser sur les soins virtuels pour rapprocher les services des communautés : le programme de soins infirmiers virtuels du gouvernement du Nunavut

Gabriela Goodman, directrice de la santé publique pour le gouvernement du Nunavut, a expliqué, dans son exposé, que le Nunavut est un territoire relativement jeune qui ne possède pas encore de programmes territoriaux de prise en charge du diabète et des maladies chroniques. Après un bref projet pilote sur le diabète, le programme de soins infirmiers virtuels a pris le relais et assure à présent le suivi. Cette initiative marque un premier pas vers la prise en charge des maladies chroniques (dont le diabète) par le système de santé du Nunavut.

Robert McMurdy, infirmier praticien-conseil auprès du gouvernement du Nunavut, a souligné l'importance des soins virtuels comme moyen de lever les obstacles géographiques et d'accroître l'accessibilité des services. Selon Statistique Canada, 17,8 % de la population canadienne vit en milieu rural. Par ailleurs, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis ont beaucoup plus de difficulté à obtenir des soins que les populations non autochtones.

Représentant un cinquième de la masse continentale du Canada, le Nunavut est constitué de 25 collectivités distinctes. L'accès uniquement par avion à ces collectivités complique la prestation des soins et motive le virage du territoire vers des soins virtuels.

Le programme de soins infirmiers virtuels vise à prouver que des services à distance peuvent améliorer l'accès aux soins et l'état de santé de la population grâce à une approche innovante.

Pour l'heure, plusieurs obstacles nuisent à une prestation de soins efficace au Nunavut :

- **Situation géographique** : l'éloignement des communautés nordiques, conjugué à des taux de recrutement et de maintien en poste inférieurs à ceux des régions du Sud, nuit à la prestation et au continuum de soins.
- **Infirmières en santé communautaire** : les soins de proximité sont assurés en grande partie par des infirmières en santé communautaire, c'est-à-dire par des infirmières autorisées dont le champ d'exercice est élargi. Malgré le soutien de médecins et d'infirmières praticiennes, les infirmières en santé communautaire gèrent souvent des cas complexes sans disposer de la formation avancée des infirmières praticiennes. Cette réalité limite leur capacité à appliquer les plus récentes lignes directrices et à ajuster rapidement les plans de soins du diabète, par exemple en modifiant des ordonnances ou en prescrivant des examens diagnostiques.
- **Pénuries de personnel** : en cas de graves pénuries de personnel, notamment durant l'été, les ressources sont réaffectées aux cas prioritaires, et la prise en charge du diabète est reportée jusqu'à ce que la situation s'améliore.

Kathleen Cleary, infirmière praticienne affectée aux soins virtuels, a présenté les obstacles rencontrés par les patients, dont les suivants :

- Un accès limité à des ressources comme des aliments sains, nutritifs et abordables;
- La coexistence d'autres maladies susceptibles de limiter le temps et l'attention accordés à la prise en charge du diabète. Le manque de temps, alors que la prise en charge du diabète vient s'ajouter à des responsabilités quotidiennes déjà importantes;
- Les barrières linguistiques, qui peuvent nécessiter des consultations prolongées pour garantir la qualité des soins.

Les obstacles à la compréhension s'accroissent lorsque les ressources d'information ne sont pas aisément accessibles dans la langue de choix du patient. C'est pour répondre à ces obstacles et à ces enjeux qu'a été créé le programme de soins infirmiers virtuels. Mis en œuvre en 2021, il s'étend maintenant à treize communautés dans les trois régions du Nunavut. Le programme s'appuie sur neuf infirmières praticiennes travaillant à temps plein et à temps partiel pour garantir la continuité des soins virtuels au sein de ces collectivités. Les patients sont inscrits au programme dans le but que tous soient vus au moins une fois tous les trois mois. Les examens physiques sont effectués par des infirmières auxiliaires ou du personnel paramédical, sous la supervision clinique d'une infirmière praticienne. Pour les cas complexes nécessitant des évaluations pointues, les soins sont assurés conjointement par des médecins, des infirmières praticiennes ou des infirmières en santé communautaire de la région.

Le programme répond à un triple objectif :

- Accélérer les délais d'accès aux soins primaires et secondaires (par la téléconsultation et l'aiguillage) pour les patients diabétiques ou souffrant d'autres maladies chroniques;
- Améliorer l'état de santé et les résultats cliniques des personnes aux prises avec le diabète ou d'autres maladies chroniques;
- Assurer une expérience patient de qualité à chaque consultation virtuelle avec une infirmière praticienne.

Depuis le lancement du programme en 2021, les résultats sont au rendez-vous. En voici quelques exemples :

- Meilleur accès aux soins primaires et secondaires;
- Amélioration des biomarqueurs des maladies chroniques;
- Amélioration de l'expérience vécue par les patients et des résultats de santé autodéclarés.

Le programme vise également à lever les obstacles rencontrés par les patients dans la prise en charge de leur diabète, notamment grâce aux stratégies suivantes :

- Prévoir du temps pour aborder les difficultés particulières, en offrant des services d'interprétation complets et une communication adaptée au rythme ainsi qu'à la langue de choix du patient;
- Personnaliser l'information transmise selon les besoins du patient;
- Prendre en charge les comorbidités au cours d'une même consultation;
- Adapter les plans de soins en fonction des priorités du patient;
- Développer des relations thérapeutiques durables favorisant l'observance du traitement.

Le programme a été soumis à un plan d'évaluation comprenant différents indicateurs tels que les biomarqueurs du diabète (HbA1C, perte de poids, cholestérol LDL), les mesures de l'expérience patient, les mesures des résultats autodéclarés ainsi que des volets de promotion de la santé.

Au 14 juillet 2025 :

- Le programme comptait 746 patients inscrits;
- De ces patients, 231 recevaient un traitement pour le diabète;
- 1 946 journées de cliniques virtuelles avaient été assurées.

Les résultats intégraient un sondage sur l'expérience patient composé de douze questions. Les données de 2022 et de 2025 ont fait l'objet d'une comparaison.

Patient Report Experience Measure Survey						
Question	Evaluation Year	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
I am satisfied with my overall experience today with the virtual NP.	2022	42% (81)	54% (103)	5% (3)	1% (1)	0%
	2025	72% (34)	26% (12)	2% (1)	0%	0%
I received the same quality of care with my virtual nurse practitioner visit as I would have with an in person visit.	2022	37% (71)	56% (107)	5% (9)	3% (5)	0%
	2025	57% (27)	43% (20)	0%	0%	0%
I felt confident that my health issues will actively be followed by the virtual nurse practitioner program.	2022	50% (94)	48% (90)	3% (5)	0%	0%
	2025	74% (35)	26% (12)	0%	0%	0%

Les conclusions indiquent que les patients ne perçoivent pas les soins virtuels comme étant de moindre qualité. Au contraire, l'ensemble des indicateurs mesurés affichent des résultats positifs.

Les résultats autodéclarés par les patients ont été mesurés à l'aide de cinq questions, qui dénotent également des résultats positifs.

Patient Reported Outcome Measures Survey						
Question	Evaluation Year	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
There has been a positive change to my quality of life since seeing the virtual nurse practitioner.	2022	42% (26)	55% (34)	3% (2)	0%	0%
	2025	54% (25)	33% (15)	13% (6)	0%	0%
Since I started seeing the virtual nurse practitioner, my health has improved, and I am more able to enjoy my favourite hobbies and past times	2022	32% (20)	56% (35)	13% (8)	0%	0%
	2025	55% (26)	23% (11)	21% (10)	0%	0%
Since seeing the virtual nurse practitioner, I am more aware of how my lifestyle impacts my health	2022	43% (27)	52% (33)	5% (3)	0%	0%
	2025	64% (30)	32% (15)	4% (2)	0%	0%
My chronic disease has been managed better since seeing the virtual nurse practitioner.	2022	37% (23)	57% (36)	6% (4)	0%	0%
	2025	64% (30)	30% (14)	4% (2)	4% (2)	0%

Les biomarqueurs quantitatifs du diabète ont également été comparés avant et après l'intervention.

Pre-Post Intervention Diabetes Biomarker Comparison					
A1c comparison for all Diabetics	A1c comparison for uncontrolled Diabetics	Wt comparison for all Diabetics	Wt comparison for all Diabetics with a higher Wt risk	LDL comparison for all Diabetics	LDL Comparison for all diabetics at a higher risk
A1c reduction of 0.56%	A1c reduction of 2.89%	Wt reduction of 3.76kg	Wt reduction of 8.52kg	LDL reduction of 0.73mmol/L	LDL reduction of 1.72 mmol/L
Statistical significance was met (P value <0.0148)	Statistical significance was met (P value <0.0005)	Statistical significance was met (P value < 0.0061)	Statistical significance was met (P value <0.0128)	Statistical significance was met (P value <0.0001)	Statistical significance was met (P value <0.0002)

Program Definitions:

- Uncontrolled Diabetes was defined as an A1C >9.0%
- Diabetics defined as a higher weight risk was set at >100 kgs
- Diabetics defined as a higher dyslipidemia risk was set at an LDL > 3.5

Tous les biomarqueurs analysés ont affiché une réduction.



L'extrait suivant illustre l'incidence du programme sur la prise en charge du diabète d'après le point de vue d'une participante :

« Ici, nous n'avons pas toujours accès à une infirmière praticienne. Nous avons eu beaucoup de chance de rencontrer Kristie. Elle nous a énormément aidés, que ce soit en ligne ou par téléphone. Depuis que je la vois, j'ai perdu beaucoup de poids, plus de 22 kilos. Je bouge plus. Je vois les bons médecins et mes médicaments me sont envoyés à temps. »

La promotion de la santé est également un pan important du programme. En 2025, un suivi a établi que de 20 % à 30 % du temps de consultation était consacré à la promotion de la santé. Les rapports cliniques font état de l'intégration des éléments suivants :

- Conseils sur l'alimentation et l'exercice (81 % des consultations);
- Conseils sur l'activité physique (48 % des consultations);
- Abandon du tabagisme (76 % des consultations);
- Conseils sur la consommation d'alcool (15 % des consultations);
- Discussions sur la vaccination (31 % des consultations).

Certains défis évoqués par le groupe concernaient les infirmières auxiliaires autorisées, qui participent aux soins virtuels tout en assumant leur charge de travail et d'autres priorités concurrentes. Pour remédier à cette situation, une politique a été élaborée dans le but d'intégrer officiellement les soins virtuels à leurs plans de travail. Des taux élevés d'absences aux rendez-vous constituent un autre enjeu de taille. La mise en place de suivis téléphoniques a permis de répondre aux contraintes de temps des patients et offert un substitut très apprécié aux consultations en clinique.

Des parallèles ont également été établis entre le programme et le Cadre sur le diabète au Canada, notamment en ce qui concerne la prévention, la prise en charge et le partage des connaissances. On observe une intégration croissante de dispositifs technologiques tels que les systèmes de surveillance continue du glucose en temps réel et les applications de santé mobiles. Le programme intègre également les valeurs de l'Inuit Qaujimajatuqangit (IQ) en mettant l'accent sur le respect, l'inclusion et la recherche de consensus dans les décisions.



3.3 D^{re} Marney Paradis et D^{re} Liris Smith - Prise en charge du diabète de type 1 au Yukon : points de vue des patients et du personnel soignant

Dans son exposé, D^{re} Marney Paradis a raconté avoir fondé le Yukon T1D Support Network à la suite du diagnostic de DT1 de son fils, à l'âge de dix-sept ans, et des difficultés éprouvées par la famille pour obtenir des soins abordables et continus. Après s'être vu refuser l'aide du gouvernement, M^{me} Paradis a mis à profit son expertise en politiques publiques pour fonder cet organisme sans but lucratif, plaider en faveur de la couverture des médicaments et infléchir les politiques de santé nationales. Grâce à l'OSBL, le glucomètre en continu a d'abord été couvert par des commandites privées, puis l'accès s'est élargi rapidement, au point d'amener le gouvernement à intégrer cette couverture à ses services. Récemment, l'organisme a annoncé qu'il entendait collaborer avec le gouvernement du Yukon afin d'élaborer une stratégie sur le diabète de type 1, dont le plan d'action sera rendu public le 3 novembre.

Les travaux d'élaboration de la stratégie sont dirigés par D^{re} Liris Smith, titulaire de la chaire de recherche en santé de l'Université du Yukon, qui s'attache à développer les capacités de recherche locales et à nouer des partenariats avec les milieux communautaires, les organismes et les personnes ayant une expérience vécue. L'équipe de projet comprend des conseillers et conseillères, des membres du personnel soignant et des chercheurs et chercheuses.

Le projet répond à deux objectifs :

- Recueillir le point de vue de personnes atteintes de diabète de type 1 et de professionnels de la santé;
- Mieux cerner les enjeux et les bénéfices liés à la prise en charge de la maladie dans la région.

La réalisation de ces objectifs s'appuie sur des entretiens semi-dirigés auprès de personnes ayant une expérience vécue, ainsi que par des sondages menés auprès de professionnels de la santé. Les entretiens ont été réalisés auprès de personnes de 12 ans ou plus vivant avec le diabète de type 1 ou agissant comme proches aidants. L'invitation s'adressait à toute personne se considérant comme Yukonnaise, même si elle résidait temporairement ailleurs, par exemple pour les études.

La mobilisation des connaissances est un élément essentiel du projet. La réalisation de cet objectif est bipartite : d'une part, il convient de formuler des recommandations réalisables à l'intention des décideurs et du personnel soignant dans le but d'améliorer les soins et les services liés au DT1 au Yukon; d'autre part, il faut amener les décideurs, le personnel soignant et les personnes atteintes de DT1 à discuter de la manière dont ces recommandations peuvent être mises en œuvre dans le cadre des systèmes existants.

L'étude suit son cours, mais l'équipe a déjà analysé les réponses de 12 familles (soit 18 personnes) reçues en entretien. Jusqu'à présent, les thèmes suivants ressortent des échanges :

- Fardeau administratif : bien qu'ils aient une maladie à vie, les patients doivent fournir, tous les trois mois, des documents aux assureurs pour maintenir la couverture de leur traitement;
- Manque d'endocrinologues pour adultes : le passage des soins pédiatriques aux soins pour adultes constitue une source de préoccupation majeure;
- Stress familial : les parents cherchent à concilier la santé de leur enfant et une vie normale, malgré la lourde responsabilité qui consiste à informer leur entourage, le milieu scolaire et la collectivité;
- Méconnaissance du diabète de type 1 : même les professionnels de la santé ne savent pas tout. Mentionnons le cas d'une infirmière qui, manifestement déstabilisée par le diagnostic de DT1 d'un patient, s'est mise à dire des faussetés;
- Manque de soutien structuré lors de l'annonce du diagnostic : de nombreuses familles se sentent livrées à elles-mêmes jusqu'à ce qu'on les oriente vers des services adéquats.

Malgré ces défis, il ressort plusieurs points positifs. Les patients font preuve d'une grande maturité dans la gestion de leur diabète et bénéficient d'un solide soutien communautaire, notamment grâce à l'aide individuelle offerte en milieu hospitalier. Les familles ont accès à des soins pédiatriques de premier ordre au BC Children's Hospital et profitent de programmes de financement pour couvrir les coûts des médicaments et du matériel médical.

Comme l'a souligné Liris Smith, le projet rejoint le Cadre sur le diabète au Canada à plusieurs égards. Il aborde les questions d'équité en santé, privilégie une approche centrée sur la personne en mobilisant d'emblée les personnes diabétiques et leurs proches, et différencie clairement le DT1 des autres types de diabète. Il favorise également l'innovation, le leadership, la collaboration et le partage d'information grâce à l'implication d'une équipe nombreuse et diversifiée dans l'élaboration du projet.

3.4 Tanya Earle, Erin Currie, Mable Wong, Rebecca Pumphy, Cameron Thomson, et Chelsea Foster - Le diabète aux Territoires du Nord-Ouest

Tanya Earle, diététiste, a expliqué que les Territoires du Nord-Ouest comptent sept autorités sanitaires, comme l'illustre le tableau suivant :

Au total, trois autorités sanitaires desservent sept des huit régions. Toutes les régions, sauf les régions 6 et 7, relèvent de l'Autorité des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest.

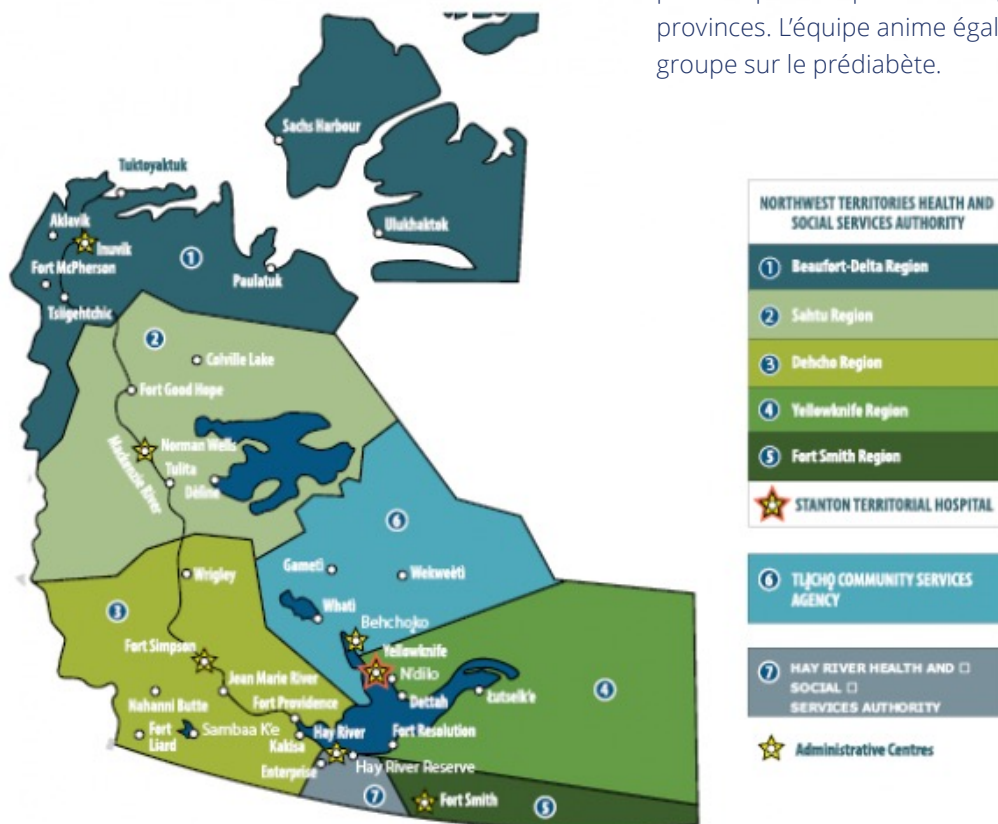
Après s'être dotés en 2013 de lignes directrices adaptées à leur contexte (notamment sur le dépistage de l'intolérance au glucose), les Territoires du Nord-Ouest ont adopté le Guide de pratique clinique 2024 de Diabète Canada, dont la version mise à jour répondait mieux aux réalités locales que les précédentes.

Dans la région de Yellowknife, une réunion interdisciplinaire tenue tous les mois regroupe personnel

infirmier, diététistes et équipe régionale spécialisée en diabète dans le but de coordonner les soins des patientes atteintes de diabète gestationnel, y compris celles d'autres régions. Les patientes font l'objet d'un suivi tous les sept à quatorze jours jusqu'à la fin de la grossesse; les soins englobent la surveillance de la glycémie, la gestion des habitudes de vie et la pharmacothérapie, au besoin. Six semaines après l'accouchement, un dépistage du diabète est effectué à l'aide d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale à 75 g de sucre.

Des équipes régionales spécialisées en diabète œuvrent dans les communautés de moyenne et grande envergure, notamment dans les régions de Fort Smith, Hay River, Yellowknife et Inuvik.

- Région de Yellowknife :** l'équipe compte une diététiste, une infirmière auxiliaire, une éducatrice agréée en diabète (offrant des soins podologiques deux jours par semaine), une infirmière praticienne à mi-temps et une infirmière en santé communautaire. Ces ressources assurent le suivi des personnes souffrant de diabète de type 1, de diabète de type 2 ou de diabète de grossesse. Pour leur part, les patients pédiatriques sont dirigés vers d'autres provinces. L'équipe anime également des séances de groupe sur le prédiabète.



- **Région de Fort Smith :** en l'absence de programme spécialisé autonome, le soutien aux personnes diabétiques est offert en groupe. Au cours de l'année écoulée, la programmation s'est enrichie de nouvelles séances de groupe destinées à l'ensemble des personnes diabétiques, la majorité étant atteinte de diabète de type 2. Les séances ont lieu tous les mois et comprennent la prise des signes vitaux (taille, poids, tension artérielle) par une infirmière en santé communautaire, ainsi que l'analyse des bilans sanguins, une revue de la médication et un examen podologique. La diététiste offre de l'information sur des aspects tels que les saines habitudes alimentaires et la surveillance de la glycémie. Ces rencontres encouragent les échanges libres et l'entraide entre patients, tout en favorisant le réseautage dans un cadre chaleureux et accueillant. Des rendez-vous individuels sont également offerts à ceux et celles qui préfèrent recevoir une prise en charge personnalisée. Ces séances de groupe ont été bien accueillies, particulièrement pour les liens sociaux et la solidarité qu'elles favorisent entre les participants et participantes.
- **Région d'Inuvik :** l'équipe a organisé une séance éducative d'une journée animée par un Aîné de la région et intitulée « On the Land Diabetes Education » (Éducation au diabète au grand air). Cette séance misait sur la médecine traditionnelle et les activités extérieures pour encourager l'adoption de saines

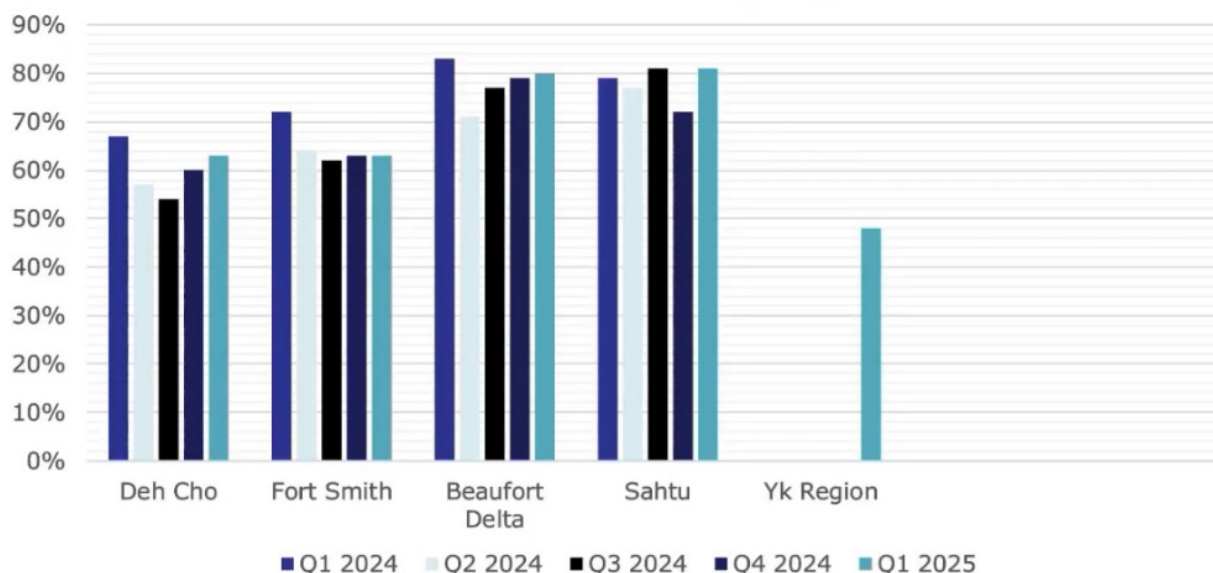
habitudes de vie et le respect des traditions.

Au total, dix personnes atteintes de diabète de type 2 y ont pris part. Au parc territorial Jàk, les participants et participantes ont découvert des techniques de cueillette, la préparation de certains remèdes traditionnels et l'utilisation de ressources naturelles comme la résine d'épinette. La rencontre s'est achevée par un bilan que les participantes et participants ont qualifié de positif et révélateur. D'autres séances sont prévues pour l'automne 2025.

Med Access, le système de dossier médical électronique (DME) de Telus, est utilisé partout aux Territoires du Nord-Ouest, sauf dans les hôpitaux. Les patients dont le suivi de l'HbA1C (aux 6 mois) ou du rapport albumine/créatinine (aux 12 mois) n'est pas à jour sont marqués par un drapeau. Ce système de suivi a été mis en place dans le but de limiter l'apparition de complications liées à la maladie. Chaque trimestre, le pourcentage d'adultes diabétiques suivis conformément à ces recommandations fait l'objet d'un calcul. La cible de performance prévoit que 75 % des patients passent un contrôle de l'HbA1C tous les six mois et un contrôle du rapport albumine/créatinine tous les douze mois. La répartition régionale est présentée ci-dessous.

Comme le montre le graphique, les petites collectivités parviennent généralement mieux à atteindre les objectifs de suivi que les grands centres urbains comme Yellowknife.

Diabetes Indicators by Region



3.5 Céleste Thériault - Le Cadre de lutte contre le diabète de l'Association nationale autochtone du diabète (NIDA)

Céleste Thériault, directrice générale de l'Association nationale autochtone du diabète, a supervisé l'élaboration d'un cadre de lutte contre le diabète fondé sur les perspectives autochtones, en s'appuyant sur le Cadre sur le diabète au Canada. Grâce au financement obtenu, l'Association pourra consulter les Autochtones sur leur expérience du diabète et leurs attentes plus générales quant aux services. L'organisme s'emploie à accroître la sensibilisation au diabète et à élargir le dialogue en collaborant avec différents ordres de gouvernement, des chefs et bandes autochtones ainsi que des personnes ayant une expérience vécue. À titre d'organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé, l'Association est dirigée par un conseil d'administration composé de bénévoles. Elle aspire à bâtir des communautés en santé et se donne pour mission de soutenir les milieux de vie et les milieux professionnels en s'associant à des organisations et à des particuliers selon les modalités de leur choix. Les valeurs de l'organisme reposent sur le respect et l'appartenance au territoire. Fait important, le personnel et le conseil d'administration sont entièrement constitués de personnes autochtones.

L'Association nationale autochtone du diabète, un organisme caritatif administré par ses membres, a vu le jour en 1995 à Winnipeg, à l'initiative de femmes autochtones préoccupées par les répercussions dévastatrices du diabète sur leurs proches. Avec l'appui de l'Assemblée des Premières Nations (APN), ses membres se sont constitués en organisme et ont obtenu du financement à la fin des années 1990. Au fil du temps, l'organisme a élargi son mandat afin d'inclure

les communautés des Premières Nations, inuites et métisses en réponse aux besoins recensés. Cette même année, en 1995, l'Assemblée des Premières Nations (APN) reconnaissait officiellement le diabète comme un enjeu critique requérant une attention immédiate. De cette déclaration est née la Journée nationale de sensibilisation au diabète chez les Autochtones, qui est soulignée chaque premier vendredi de mai.

Cette initiative découle du projet de loi C-237, *Loi prévoyant l'élaboration d'un cadre national sur le diabète*, qui a été publié en ligne en 2022. Ce cadre législatif a poussé l'organisme à adopter une approche fondée sur la distinction, qui reconnaît les droits et les besoins particuliers des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

L'initiative est structurée en trois phases :

Phase 1 : activités de consultation

- a. Des consultations virtuelles et des sondages ont permis de recueillir le point de vue de 330 personnes au Canada. Cette phase a pris fin en décembre 2023.

Phase 2 : axes prioritaires

- a. En cours de préparation; les conclusions seront intégrées au rapport final.
- b. Trois parties :
 - i. Stratégie et revue de la littérature
 - ii. Consultations (en cours)**
 - iii. Mise en place de parcours autour d'objectifs concrets et réalisables, assortis d'exigences budgétaires et d'indicateurs de résultats

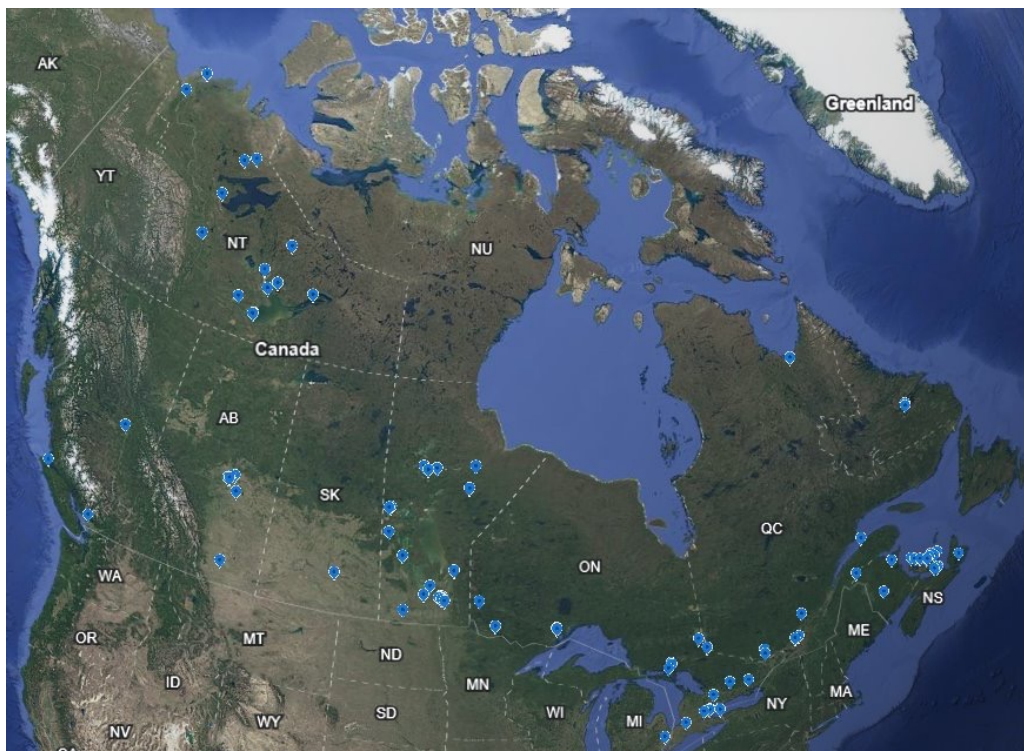
Phase 3 : mise en œuvre

Trois équipes de projet assurent actuellement la mise en œuvre de la phase 2 :

- **Narratives Inc.** : équipe responsable de la collecte d'information au moyen d'entrevues individuelles menées auprès de membres des Premières Nations et de communautés métisses. Les participants reçoivent du tabac et des honoraires en guise de rétribution, selon les usages culturels en vigueur. L'équipe a sillonné le pays pour entendre le point de vue des communautés et apprendre de leur vécu. Au total, 221 entrevues ont été réalisées à ce jour : le volet Premières Nations est achevé, alors que la phase Métis est toujours en cours. La carte ci-dessous présente la répartition géographique des 221 entrevues réalisées à ce jour.
- **Nvision Insight Group Inc.** : équipe responsable des consultations auprès des Inuits. Parmi les 221 entrevues réalisées, 60 ont été menées par cette équipe dans des communautés du Nord, sous la forme d'entrevues individuelles ou en petits groupes, d'ateliers et de conférences.
- **Waapihk Research** : équipe chargée d'assurer le soutien technique, de mener des entrevues et d'effectuer des recherches documentaires ainsi que l'analyse des données quantitatives et qualitatives.

Au total, 710 personnes ont répondu au sondage en ligne. Les résultats préliminaires indiquent qu'une approche fondée sur la distinction pourrait être pertinente pour les peuples autochtones du Canada. D'autres renseignements suivront au printemps 2026.

À l'avenir, l'objectif premier de l'équipe sera de traduire ses travaux en mesures exploitables, susceptibles de produire des retombées tangibles au sein des communautés. L'une des priorités consiste à veiller à ce que les distinctions quant aux soins « idéaux » soient non seulement reconnues, mais prises en compte dans la pratique. Pour ce faire, il faut tenir compte des besoins culturels, sociaux et sanitaires propres à chaque peuple (Premières Nations, Inuits et Métis) et les intégrer à chaque étape de la planification et de la prestation des soins du diabète. Une autre priorité consiste à veiller à ce que les patients autochtones reçoivent en tout temps les soins de base dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit. À cette fin, il convient d'améliorer l'accessibilité de services essentiels tels que des tests de dépistage réguliers, des diagnostics rapides et une éducation culturellement adaptée, tout en s'attaquant aux obstacles systémiques qui ont limité cet accès jusqu'à présent.



4.0 Périodes d'échange

En plus des présentations, des périodes d'échange ont permis de traiter les questions soulevées et de discuter des enjeux émergents en matière de soins et de traitement du diabète dans les territoires. Les sujets abordés lors des périodes d'échange du matin et de l'après-midi sont résumés ci-dessous.

4.1 Résumé de la période d'échange du matin

1. Accès aux soins et inégalités de couverture

- Couverture du glucomètre en continu :
 - Bien que les Services de santé non assurés (SSNA) couvrent à l'occasion le glucomètre en continu pour les personnes atteintes de diabète de type 2 (DT2) (surtout lorsqu'elles sont insulino dépendantes), la couverture demeure variable et souvent assortie de conditions.
 - Les régimes d'assurance privés, comme celui de Canada Vie, offrent généralement une couverture plus avantageuse. Toutefois, l'Alberta Blue Cross ne couvre pas l'insulinothérapie pour les personnes atteintes de diabète de type 2, sauf pour celles qui sont sous insulinothérapie par pompe.
 - Des frustrations similaires ont été relevées au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest, notamment en ce qui concerne la variabilité de la couverture et l'absence d'explications pour les approbations ou refus.
 - La province de Terre-Neuve-et-Labrador sort du lot en couvrant le glucomètre en continu pour le diabète gestationnel, un modèle suivi avec attention par d'autres provinces et territoires.

2. Intégration des technologies de télésurveillance

- Les équipes de soins utilisent des systèmes de télésurveillance (p. ex., Freestyle Libre, Dexcom, Guardian) et peuvent accéder aux lectures et aux données générées grâce à la configuration de comptes cliniques.
- Des obstacles techniques, le manque d'interopérabilité avec les dossiers médicaux électroniques et des lacunes en matière d'infrastructure freinent l'utilisation systématique d'applications de surveillance de la glycémie et d'outils de connectivité comme Gluco.
- Des plateformes de communication numérique, telles que Time Right et les canaux Teams, sont de plus en plus utilisées pour favoriser le soutien entre pairs et les discussions de cas.

3. Formation continue : formation et accompagnement des éducatrices et éducateurs agréés en diabète (EAD)

- Un nombre important d'éducatrices et d'éducateurs agréés en diabète ont accédé au titre d'EAD dans le cadre de leur emploi, grâce à l'aide financière du gouvernement fédéral ou territorial.
- Les infirmières auxiliaires autorisées peuvent devenir éducatrices agréées en diabète, mais elles représentent moins de 1 % des candidates et candidats à l'examen, et le suivi des heures demeure problématique.
- Dans la majorité des territoires, la certification d'EAD est encouragée, mais non obligatoire; des mesures de soutien sont en place pour permettre au personnel d'obtenir le titre à l'intérieur de quelques années.
- La prise en charge par des professionnels non certifiés EAD est encadrée par des parcours et des normes qui varient selon les territoires, plusieurs d'entre eux développant des modèles de soins hiérarchisés par niveau de pratique (IA, IP, Dt.P.).

4. Mentorat, soutien par les pairs et orientation dans le système de santé

- L'absence de mentorat et de mécanismes de concertation entre pairs constitue une préoccupation majeure.
 - Un sentiment d'isolement est souvent mentionné par les EAD et les cliniciens qui exercent en région éloignée ou dans de petites communautés.
 - La majorité recourt à des consultations informelles (comme attraper une infirmière praticienne au passage dans un corridor ou utiliser la messagerie du dossier médical électronique), une solution qui n'est ni équitable ni viable à long terme.
 - eConsult est un outil pratique là où il est disponible, mais il demeure réservé aux médecins et aux infirmières praticiennes.
- Pour remédier à cette situation, les solutions suivantes ont été proposées :
 - Augmenter la fréquence des rencontres entre pairs EAD et des débriefings de cas;
 - Établir des réseaux de mentorat territoriaux ou pancanadiens;
 - Mettre à profit des plateformes (Time Right, ICNRC et forums professionnels) pour favoriser la consultation en temps réel et le partage de ressources.

5. Mobilisation des médecins et problèmes de gestion des médicaments

- Les échanges ont mis en lumière une variabilité importante des compétences et du degré d'assurance des médecins quand vient le temps de prescrire des traitements pour le diabète.

- Certains médecins s'en remettent complètement aux EAD, ce qui peut représenter un surcroît de travail pour ces ressources spécialisées.
- D'autres apportent des changements inadéquats, qui trahissent un manque de formation et d'application des lignes directrices.
- Le recours successif à des médecins suppléants dans les milieux isolés nuit à la continuité des services et occasionne des changements fréquents dans les plans de traitement.
- Selon les EAD, des patients sont souvent orientés à tort vers des internistes pour la gestion de base du diabète, en raison du manque de médecins dans la région.
- Au Yukon, l'absence de formation adéquate des médecins et la nécessité d'améliorer la formation continue et les mécanismes de collaboration soulèvent des préoccupations particulières.

6. Modèles de collaboration interprofessionnelle

- On observe une meilleure intégration dans certaines régions comme les Territoires du Nord-Ouest, où le dossier médical électronique facilite la messagerie interprofessionnelle et optimise les soins prodigués en équipe.
- Bien que le recours à des équipes multidisciplinaires (regroupant diététistes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux) soit considéré comme le modèle de soins à privilégier, sa mise en œuvre demeure inégale en raison du manque d'effectifs ou de limites structurelles.
- Dans certaines régions, la paramédecine est perçue comme une approche innovante pour accroître le soutien de base aux personnes diabétiques, surtout en contexte de sous-effectif.

7. Innovations provinciales : l'Alberta en tant que modèle

- Plusieurs initiatives pilotes sont en cours en Alberta et pourraient inspirer d'autres provinces et territoires :
 - Réseau d'échange de connaissances sur le diabète, hébergé sur Microsoft Teams, permettant la collaboration et les discussions en temps réel;
 - Tenue mensuelle de rencontres entre EAD, accompagnées d'enregistrements vidéo destinés à la formation continue;
 - Ligne d'information sur le diabète accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destinée aux professionnels et aux patients;
 - Lignes d'assistance pour les professionnels de la santé et les patients, assurées par des infirmières autorisées et des diététistes;
 - Mise à contribution d'endocrinologues et d'internistes bénévoles pour formuler des avis sur des cas complexes.

Conclusion

Les échanges ont donné lieu à un dialogue riche, franc et orienté vers les solutions entre des territoires confrontés à des défis aussi uniques qu'importants dans la gestion des maladies chroniques. Malgré les contraintes, les participantes et participants ont fait preuve d'un esprit de collaboration, d'une ingéniosité et d'un souci de la qualité indiscutables. Il existe actuellement une forte volonté d'améliorer l'équité d'accès, de soutenir la formation continue des EAD et de bâtir des systèmes propices à des soins du diabète plus intelligents et mieux connectés dans le Nord canadien.

Recommandations et occasions à saisir

- Créer des réseaux de mentorat et de soutien par les pairs pour les EAD à l'échelle territoriale et entre les territoires
- Plaider pour l'établissement de normes nationales encadrant la couverture du glucomètre en continu, notamment pour le diabète de type 2 et le diabète de grossesse
- Élargir l'accès à des formations virtuelles ou hybrides menant à la certification d'éducateur agréé en diabète (EAD)
- Établir des pôles régionaux interdisciplinaires susceptibles d'apporter du soutien aux praticiens et aux patients en région éloignée
- Élargir l'utilisation des technologies de télésurveillance et des outils de communication intégrés aux dossiers médicaux électroniques
- Envisager la mise à l'essai d'un modèle de gestion partagée prévoyant la rotation des cas complexes entre éducateurs et éducatrices
- Encourager la tenue de formations conjointes médecins-éducateurs en vue d'harmoniser les plans de soins et de bonifier les compétences des médecins



4.2 Résumé de la période d'échange de l'après-midi

1. Modèles de soins et différences entre les programmes

- **Dépistage prénatal et aiguillage** : dans la majorité des territoires, ce sont les professionnels de première ligne (omnipraticiens ou infirmières praticiennes) qui lancent le processus de dépistage du diabète gestationnel. Une fois le diagnostic posé, les patientes sont orientées vers des programmes spécialisés en soins du diabète ou à une diététiste de leur région. La prise en charge préalable à la conception demeure toutefois largement informelle et ponctuelle; il n'existe aucune trajectoire structurée pour accompagner les patientes diabétiques vers une grossesse planifiée.
- **Suivi et prise en charge** : les patientes souffrant de diabète gestationnel ou préexistant font l'objet d'un suivi étroit durant la grossesse, généralement tous les sept à quatorze jours. La prise en charge prévoit la surveillance de la glycémie, des conseils sur l'adoption de saines habitudes de vie, l'ajustement des médicaments (p. ex., le passage à l'insuline ou à la metformine) et l'éducation des patientes sur les cibles glycémiques propres à la grossesse. La médication est déterminée au cas par cas, en tenant compte du traitement antérieur et de son innocuité pendant la grossesse.
- **Moment de l'aiguillage** : bon nombre de patientes vivant avec un diabète de type 2 découvrent leur grossesse tardivement, une situation qui s'explique le plus souvent par un manque de suivi régulier ou d'information adéquate. Ce délai augmente le risque de complications, puisque certaines patientes

poursuivent un traitement comme Jardiance, qui est pourtant contre-indiqué pendant la grossesse. Un cas frappant concerne une patiente qui, s'étant rendu compte qu'elle était enceinte à 34 semaines, avait continué à prendre son traitement sans savoir qu'il était contre-indiqué pour les femmes enceintes.

2. Obstacles et défis

- **Absence de soins préalables à la conception** : Providers emphasized the difficulty in identifying or supporting patients planning pregnancies. Most patients do not proactively seek care prior to conception, and there's no systematic identification of those at risk or in reproductive age with diabetes.
- **Technologie et exploitation des données** : certaines personnes ont fait état d'expériences concluantes où le dossier médical électronique avait servi à identifier rapidement les patientes à risque. Aux Territoires du Nord-Ouest, par exemple, des listes de patientes ont été établies à partir de facteurs de risque importants, ce qui a facilité une intervention précoce.
- **Absences aux rendez-vous et mobilisation des patients** : les programmes de prise en charge des maladies chroniques affichent des taux élevés d'absence aux rendez-vous. Les participantes et participants admettent que les patients sont souvent réticents à parler d'alimentation, d'activité physique ou de sevrage tabagique. La prestation de services au point d'intervention (p. ex., prélèvements et analyses, épreuves glycémiques) à même la clinique apparaît comme une stratégie intéressante pour encourager la présence aux rendez-vous et intégrer plus naturellement l'éducation aux consultations.



3. Innovations et partenariats communautaires

- **Intégration des services de sage-femme :** l'équipe de sages-femmes de Fort Smith a été citée comme une ressource clé pour les soins du diabète gestationnel. Les sages-femmes assurent, en clinique, les épreuves de tolérance au glucose, les services de suivi régulier et même le dépistage post-partum. Elles effectuent également des visites à domicile, privilégient des modes de communication souples (messages textes ou appels) et collaborent étroitement, au besoin, avec les médecins et spécialistes de la région.
- **Collaboration interdisciplinaire :** à Fort Smith, les sages-femmes ne prescrivent pas de médicaments, mais elles coordonnent les soins en étroite collaboration avec les médecins locaux (ou les infirmières praticiennes) et des spécialistes externes en obstétrique. Ce modèle contraste avec celui du Yukon, où les sages-femmes doivent céder la prise en charge dès que des soins médicaux sont requis. Cette différence a suscité une comparaison intéressante entre les protocoles de soins et le champ d'exercice des sages-femmes d'une région à l'autre.
- **Implication des services hospitaliers et des soins de courte durée :** certaines équipes ont mentionné qu'elles profitaient des hospitalisations pour amorcer un suivi des maladies chroniques ou de la santé reproductive.

- **Outils éducatifs :** les participantes et participants ont cité une vidéo du Dr John Campbell, intitulée *Low*, comme ressource éducative utile pour accroître la connaissance des symptômes du diabète et des situations d'urgence au sein des refuges. Intégrant les témoignages de membres du personnel et de personnes diabétiques, cet outil sert actuellement de base à la formation professionnelle dans le cadre de divers programmes.

Recommandations et occasions à saisir

- Il demeure nécessaire de formaliser les parcours de soins préconceptionnels dans le but de réduire les risques pendant la grossesse, surtout pour les patientes déjà diabétiques.
- Un meilleur recours aux technologies permettrait d'identifier plus tôt les personnes à risque et d'optimiser les soins.
- Les programmes devraient continuer à privilégier des approches de soins souples et intégrées, comme les tests réalisés sur place et les services de sages-femmes itinérantes, pour réduire les obstacles à l'accessibilité et améliorer les résultats cliniques.
- Un meilleur partage de connaissances entre les régions est souhaitable, surtout en ce qui concerne les pratiques de sage-femme, la capacité à prescrire des traitements et la collaboration interprofessionnelle.
- La priorité des équipes soignantes est de renforcer les liens et la confiance, sachant que l'adhésion aux soins passe d'abord par la prise en charge des besoins immédiats ou pratiques, et non par l'établissement d'objectifs de santé.

5.0 Conclusion

Le projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète est une initiative clé de Diabète Canada et de l'ASPC. Premier événement du genre, la Rencontre sur le diabète dans les régions du Nord visait à susciter une attention et une mobilisation accrues à l'égard du diabète dans les territoires. Cette rencontre constitue un catalyseur important pour favoriser la collaboration, cerner les obstacles et promouvoir l'équité des soins de manière à améliorer l'état de la santé publique dans la région.



Références

1. Public Health Agency of Canada. (2022). *Framework for diabetes in Canada*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseasesconditions/framework-diabetes-canada.html>.

**DIABÈTE
CANADA**
diabetes.ca

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

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

Hiba Syed
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