



**Table ronde de l'Ontario  
sur la stratégie Diabète 360°  
Résumé**

**Le 24 septembre 2019**

## TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE .....	3
DIABÈTE 360° .....	4
À PROPOS DE LA TABLE RONDE.....	5
Objectifs de la table ronde .....	5
Participants .....	5
THÈMES PRINCIPAUX.....	6
PRIORITÉS MISES EN AVANT PAR LES PARTICIPANTS.....	8
QUESTIONS VISANT À ALIMENTER LES DISCUSSIONS .....	8
PROCHAINES ÉTAPES .....	12
LISTE DES PARTICIPANTS .....	13

## CONTEXTE

Le 24 septembre 2019, plus de 50 intervenants de premier plan issus des quatre coins de l'Ontario se sont réunis à l'initiative de Diabète Canada pour participer à des discussions de haut niveau. L'objectif était de jeter les bases d'une stratégie provinciale globale de lutte contre le diabète fondée sur le cadre [Diabète 360°](#).

## LE DIABÈTE EN ONTARIO

En Ontario, plus de 4,4 millions de personnes, soit 29 p. 100 de la population, sont aujourd'hui prédiabétiques ou diabétiques. Toutes les six minutes, une nouvelle personne reçoit un diagnostic de cette maladie chronique évolutive dans la province. Autrefois considéré comme une maladie de personnes âgées, le diabète de type 2 est aujourd'hui de plus en plus souvent diagnostiqué chez les jeunes et les personnes en âge de travailler, c'est-à-dire chez les Ontariennes et les Ontariens dans la force de l'âge. Les jeunes adultes qui ont aujourd'hui 20 ans ont une chance sur deux de développer un diabète au cours de leur vie. Pour les Premières Nations, ce risque peut même atteindre 80 p. 100.

Le diabète a de lourdes conséquences sur les personnes concernées, leurs familles et le système de santé. En plus de réduire la qualité et la durée de vie, il intervient dans 30 p. 100 des accidents vasculaires cérébraux, 40 p. 100 des crises cardiaques, 50 p. 100 des insuffisances rénales nécessitant une dialyse et 70 p. 100 des amputations de membres non traumatiques. Il est l'une des principales causes de perte de vision chez les Ontariennes et les Ontariens en âge de travailler (de 20 à 65 ans). Les personnes diabétiques sont également plus vulnérables à la dépression et à d'autres problèmes de santé mentale, et les personnes ayant des troubles mentaux graves présentent un plus grand risque de développer un diabète. Rien que pour cette année, la prise en charge du diabète coûtera à notre système de soins de santé la somme faramineuse de 1,5 milliard de dollars.

Il va donc sans dire que l'Ontario ne peut plus se permettre d'ignorer cette maladie. Des mesures s'imposent d'urgence pour endiguer le diabète, et c'est maintenant qu'il faut agir. L'actuelle réorganisation du système de soins de santé offre à l'Ontario une occasion sans précédent de prendre des mesures audacieuses face à cette crise de santé publique,

d'alléger le fardeau des hôpitaux et du système de soins de santé, et d'améliorer l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens diabétiques.

## **DIABÈTE 360°**

[Diabète 360°](#) est un cadre stratégique souple élaboré par Diabète Canada, en partenariat avec plus de 100 organismes d'intervenants, pour aider tous les ordres de gouvernement à mettre au point et à renforcer des stratégies qui produiront des résultats concrets contre l'épidémie de diabète. Inspiré d'une approche ambitieuse mise en œuvre avec succès à l'échelle mondiale dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, Diabète 360° présente des recommandations spécifiques et factuelles destinées à améliorer la prévention, le dépistage, le traitement et les résultats.

Ce plan vise, sur une période de seulement sept ans, quatre cibles clés :

- 90 p. 100 des Canadiennes et Canadiens ont un cadre de vie permettant de préserver le bien-être et de prévenir le développement du diabète.
- 90 p. 100 des Canadiennes et Canadiens connaissent leur statut à l'égard du diabète.
- 90 p. 100 des Canadiennes et Canadiens diabétiques prennent des mesures appropriées pour prévenir le diabète et ses complications.
- 90 p. 100 des Canadiennes et Canadiens qui prennent des mesures parviennent à améliorer leurs résultats en matière de santé.

## À PROPOS DE LA TABLE RONDE

### Objectifs de la table ronde

La table ronde visait les objectifs spécifiques suivants :

- évaluer le désir des intervenants d'élaborer une stratégie de lutte contre le diabète en Ontario;
- envisager différentes options de gouvernance et de responsabilisation;
- déterminer les mesures à mettre en œuvre pour des résultats rapides, ainsi que les prochaines étapes en vue de la mise au point de la stratégie.

### Participants

La table ronde, qui a duré toute une journée, a rassemblé plus de 50 participants, issus des quatre coins de la province et représentant les principaux groupes d'intervenants, dont :

- des personnes vivant avec le diabète;
- des fournisseurs de soins de santé et des chercheurs;
- des responsables des cliniques et programmes d'éducation sur le diabète, des équipes de santé familiale et des centres de santé communautaire;
- des organismes de santé autochtones;
- des organismes de services de santé mentale;
- des bureaux de santé publique, des réseaux locaux d'intégration des services de santé et Qualité des services de santé Ontario;
- des associations professionnelles provinciales et nationales;
- des spécialistes en santé numérique;
- des partenaires en sciences de la vie;
- des représentants gouvernementaux;
- des organismes de lutte contre le diabète, d'autres organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et des groupes communautaires.

Au début de la séance, Diabète Canada a présenté un exposé pour cadrer et alimenter le débat, puis le reste de la journée a été consacré à une série de tables rondes et à des discussions entre l'ensemble des participants.

Le présent rapport résume les discussions menées au cours de la journée et les recommandations formulées par les participants. Il faut avant tout retenir que les intervenants ont mis en évidence la nécessité impérieuse que des mesures concertées et coordonnées soient prises pour endiguer l'épidémie de diabète dans la province. L'Ontario doit se doter d'une stratégie globale comme [Diabète 360°](#) pour établir des orientations claires, canaliser les ressources humaines et financières limitées, améliorer les actions de santé publique et fixer des objectifs précis qui serviront à mesurer les progrès à des fins de responsabilisation et de suivi de l'efficacité.

## THÈMES PRINCIPAUX

Plusieurs thèmes clés sont ressortis des discussions animées et des activités de groupe menées au cours de la journée. Le plus souvent, ils se sont articulés autour d'une question centrale : comment lutter contre l'épidémie de diabète en Ontario?

**L'équité en matière de santé :** Les participants se sont dits intimement persuadés que l'équité en santé devait être un principe fondateur et figurer au rang des priorités de toute stratégie de lutte contre le diabète en Ontario. Une telle stratégie doit viser l'amélioration des résultats en santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi que l'élimination des obstacles systémiques qui favorisent les inégalités en matière de santé et la hausse des taux de prévalence de diabète et des complications parmi certaines sous-populations.

**Le rôle des patients dans la conception conjointe de la stratégie :** Les participants ont indiqué qu'il était important de faire participer les patients à toutes les étapes du processus de conception et de mise en œuvre de la stratégie afin de mieux comprendre leur vécu; de recenser les obstacles qui influent sur la santé des patients; de s'assurer que les services répondent aux besoins, aux préférences et aux valeurs des personnes; et de fournir aux patients les services de soutien nécessaires pour qu'ils puissent prendre en main leur santé. Cela vaut particulièrement pour les populations vulnérables qui sont généralement exclues du processus de planification des services de santé.

**La collaboration :** Les participants ont mis en relief l'importance d'améliorer la

collaboration interprofessionnelle et de constituer des équipes bien coordonnées (grâce à des systèmes renforcés d'échange des données et de suivi des patients); de briser les cloisonnements et de créer des liens au sein du secteur de la santé et avec d'autres secteurs (services sociaux, administration municipale, secteur privé, etc.); d'encourager un meilleur recours aux fournisseurs de soins de santé, aux ressources et aux services disponibles; et de s'appuyer sur les données, les pratiques exemplaires et les connaissances existantes pour améliorer la qualité des soins et l'état de santé des patients.

**La nécessité de disposer de données de meilleure qualité :** Les participants ont insisté sur le fait qu'il fallait exploiter les données sanitaires et socioéconomiques pour lutter contre les inégalités en matière de santé; améliorer la collecte et le partage des données pour éclairer l'élaboration des politiques et des normes de soins cliniques, la planification des programmes et l'affectation des ressources; et assurer un suivi et des rapports réguliers pour renforcer la responsabilisation et contrôler l'efficacité des interventions.

**Les soins axés sur le patient :** Les participants ont souligné combien il importait de fournir des soins holistiques adaptés aux besoins physiques, psychosociaux et financiers du patient; d'améliorer la coordination et l'intégration des soins; d'assurer un accès équitable aux services interdisciplinaires; de favoriser l'accès des patients à leurs propres renseignements médicaux; et de créer des carrefours santé, sortes de guichet unique visant à faciliter l'accès aux services. Les participants ont également indiqué qu'il fallait simplifier le parcours du patient au sein du système et fournir des services de proximité « au plus près des gens » (dans les pharmacies, les épiceries, les centres de loisirs, etc.).

**L'innovation :** Les participants ont parlé de la possibilité d'adapter les interventions aux besoins de chaque patient (ou groupe de patients) et souligné la nécessité de mettre au point des outils prédictifs pour mieux cerner les personnes devant bénéficier d'interventions spécifiques. Ils ont également indiqué qu'il convient d'améliorer l'accès aux soins virtuels et de mettre à profit les outils de santé numérique pour compléter les programmes de prévention et d'autogestion et pour aider les patients à prendre leur santé en main.

## PRIORITÉS MISES EN AVANT PAR LES PARTICIPANTS

Au début de la table ronde, les délégués ont été invités à déterminer « ***la chose la plus importante qu'ils espèrent retirer de cette réunion*** ». Leurs réponses ont fait émerger les thèmes généraux suivants :

- Harmoniser les vues en vue de la mise en place de la stratégie Diabète 360° dans la province
- Définir de prochaines étapes concrètes en vue de la mise en œuvre de la stratégie
- Comprendre le rôle que chacun aura à jouer au cours des prochaines étapes, ainsi que les possibilités de collaboration entre les différents intervenants
- Veiller à ce que l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones soit du ressort des communautés autochtones
- Favoriser une approche axée sur le patient et faire en sorte que les personnes vivant avec le diabète contribuent de façon significative à l'élaboration d'une stratégie provinciale de lutte contre le diabète
- Veiller à mettre l'accent sur l'équité en santé – la stratégie doit s'attaquer aux obstacles au mieux-être et aux besoins des populations marginalisées
- Souligner que les fournisseurs de soins de santé pourraient être mis à profit au sein d'équipes de santé intégrées et dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie provinciale de lutte contre le diabète
- Placer la prévention au rang des priorités absolues
- Établir des contacts avec d'autres intervenants présents dans la salle – apprendre les uns des autres
- Désigner des champions dans le cadre de Diabète 360°

## QUESTIONS VISANT À ALIMENTER LES DISCUSSIONS

Répartis en groupes, les participants ont échangé leurs points de vue sur les questions posées par Diabète Canada. Après avoir cerné les similitudes dans les réponses obtenues, les délégués ont présenté les thèmes communs à l'ensemble des participants. On trouvera ci-après un résumé des principaux éléments qui sont ressortis des discussions menées en groupes et en séance plénière.



## **Discussion n° 1 :**

**Question :** « *Si l'Ontario se dotait d'une stratégie de lutte contre le diabète, quelles en seraient les conséquences pour moi? En quoi les résultats de ma région s'en trouveraient-ils améliorés? »*

### **Discussion** (points principaux)

- Créer un dispositif de responsabilisation pour assurer la bonne mise en œuvre et la pérennité de la stratégie
- Établir un cadre commun de mise en œuvre; articuler dans un cadre global les excellents projets actuellement menés à l'échelon local afin de relier entre elles les différentes initiatives et stratégies; mettre fin aux cloisonnements
- Établir des indicateurs communs (indispensables à une mise en œuvre intersectorielle)
- Renforcer la capacité de lutter contre les inégalités et de cibler les soins
  - Mettre l'accent sur les besoins des communautés marginalisées
  - Recueillir des mesures et des données pour mieux comprendre les besoins des populations vulnérables (voire de certains sous-groupes) et remédier aux inégalités qui alimentent les disparités en matière de risque de diabète, de traitement et de résultats en santé
  - Nouer des partenariats multisectoriels (par exemple, entre les secteurs du logement, des services sociaux et de la santé publique) pour lutter contre les inégalités
  - Améliorer les soins et les résultats de sous-populations spécifiques en menant à bien des interventions ciblées
- Remédier à la fragmentation de l'accès aux soins; définir clairement les rôles de chaque acteur et renforcer les articulations entre les différents segments du système de santé et entre les secteurs afin d'offrir aux patients des soins et des services de soutien complets (soins dispensés en équipe, services de santé mentale, éducation sur le diabète, outils d'autogestion, services sociaux, soutiens financiers, technologies destinées à améliorer les soins et l'orientation au sein du système, etc.)
- Garantir une utilisation plus équitable et plus efficace des fonds; mobiliser des fonds supplémentaires
- Créer un effet d'entraînement pour d'autres maladies chroniques; la prévention et

l'amélioration de la gestion du diabète peuvent réduire l'incidence des autres maladies chroniques

- Accroître la sensibilisation et la compréhension pour enrayer les préjugés à l'égard du diabète; lutter contre les attitudes de reproche et d'humiliation, au profit d'une approche de prévention et de gestion du diabète
- Améliorer l'orientation dans le système de soins pour les patients comme pour les fournisseurs de soins de santé
- Recenser les pratiques exemplaires; tirer parti des connaissances et des modèles de soins existants
- Favoriser l'innovation et encourager la mise au point d'outils prédictifs pour mieux comprendre quelles personnes devraient bénéficier d'interventions ou de dépistages spécifiques
- Renforcer les liens entre les différents niveaux de gouvernement – par exemple, mieux faire comprendre l'importance du milieu bâti, de l'accès aux centres de loisirs, etc. dans la prévention ou la gestion du diabète

## **Discussion n° 2 :**

**Question :** *Sur quels éléments prioritaires devrait porter une stratégie ontarienne de lutte contre le diabète? Veuillez donner entre trois et cinq réponses. (Quels problèmes devons-nous traiter en premier? Quelles mesures pouvons-nous prendre pour générer rapidement des effets bénéfiques?)*

### **Discussion** (points principaux)

- Procéder à une évaluation des besoins et à une analyse des lacunes (données, pratiques exemplaires, ressources, etc.) pour dresser un état des lieux exhaustif de la situation dans la province
- Définir les caractéristiques du « succès » pour l'Ontario (comme des mesures de succès spécifiques pour les communautés marginalisées)
- Amplifier les pratiques exemplaires et les modèles de soins existants
- Optimiser le rôle des fournisseurs de soins de santé – accroître les compétences (pharmaciens, etc.)
  
- Renforcer la collecte et l'exploitation des données pour améliorer les soins aux patients, les politiques, les normes de soins cliniques, la planification des

programmes et l'affectation des ressources

- Créer un centre de données, de ressources ou de connaissances (sous la forme d'un portail)
- Appliquer l'outil d'évaluation pour l'équité en matière de santé – éliminer les obstacles – porter une attention particulière aux populations les plus vulnérables
- Concevoir des stratégies de prévention ciblées et adaptées aux besoins des populations à risque élevé
- Améliorer les soins axés sur le patient
  - Garantir la prestation de soins à proximité du domicile des patients
  - Faire participer les patients à l'élaboration des parcours de soins, des outils d'autogestion, des programmes d'éducation, des services de soutien, etc.
  - Adapter les soins et les services aux besoins de certaines sous-populations
  - Remédier à la fragmentation de l'accès aux soins et aux soutiens (par exemple, grâce à des carrefours santé)
  - Mettre l'accent sur la prestation de soins holistiques – établir des liens entre les secteurs/fournisseurs de services pour répondre aux besoins physiques, émotionnels, sociaux et financiers des patients
  - Créer un portail électronique destiné aux patients
  - Former les fournisseurs de soins de santé en vue de faciliter l'autogestion
  - Améliorer l'orientation des patients vers les services; épauler les patients tout au long de leur parcours dans le système de santé
- Garantir un accès équitable aux services interdisciplinaires; intégrer les services et favoriser l'accès; faciliter l'orientation des patients
- Améliorer les soins en équipe pour améliorer la coordination, l'efficacité et l'efficacité
  - Mettre sur pied des équipes coordonnées (même si les membres relèvent d'organismes différents)
  - Sécuriser le partage des données
  - Améliorer l'orientation dans le système et le suivi des patients
  - Créer un système centralisé d'établissement des dossiers et promouvoir l'échange de ressources
- Élaborer une stratégie provinciale des solutions numériques pour la santé; améliorer l'accès aux soins virtuels (sans compromettre l'accès aux services prodigués en personne)
- S'appuyer sur les équipes Santé Ontario (ESO); concevoir la stratégie ou le cadre

conjointement avec les ESO

- Garantir un financement sûr, stable et équitable dans toute la province
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination – lancer une campagne de sensibilisation auprès du public pour mettre un terme à l’opprobre entourant le diabète

## PROCHAINES ÉTAPES

Pour conclure la séance, les participants ont discuté en plénière des prochaines étapes à mener en vue de mettre en place la stratégie [Diabète 360°](#) en Ontario.

### **Discussion** (principaux points) :

- Mettre sur pied un groupe de travail qui sera chargé d’élaborer la stratégie Diabète 360° pour l’Ontario
- Rédiger une lettre de soutien pour stimuler l’engagement en faveur de la stratégie
- Proposer un plan ou élaborer un sondage pour recueillir les commentaires des participants à la table ronde et d’autres intervenants
- Désigner des champions (groupes d’intervenants, personnes-ressources du gouvernement, chroniqueurs/médias spécialisés dans le domaine de la santé, autres influenceurs clés, etc.)
- Partager à plus grande échelle les renseignements sur Diabète 360° pour cimenter un large soutien – par exemple, organiser des webinaires à l’intention de divers groupes et fournisseurs de soins de santé
- Intervenir auprès du gouvernement au sujet de la nécessité d’établir une stratégie provinciale de lutte contre le diabète; mobiliser les responsables politiques aux niveaux provincial et municipal
- Aider les groupes autochtones à élaborer une stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones
- Collaborer avec les équipes Santé Ontario – les ESO joueront un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la stratégie
- Mettre en place une communauté de praticiens sur Quorum (par l’intermédiaire de Qualité des services de santé Ontario) pour stimuler le dialogue et la collaboration, et favoriser la mise en commun de pratiques exemplaires, d’outils et de ressources

- Préconiser une meilleure stratégie de gestion intégrée des données à l'échelle provinciale
- Dresser un état des lieux des programmes existants – tirer parti de ces programmes et ressources – ne pas « réinventer la roue »
- Mettre à profit les plateformes existantes – il est inutile d'avoir une application différente pour chaque maladie chronique; rassembler sur une même plateforme les partenaires au service de différentes populations
- Tirer parti des compétences des fournisseurs de soins de santé – par exemple, renforcer le rôle des pharmaciens dans le cadre des soins du diabète
- Faire preuve d'imagination dans la conception de partenariats intersectoriels; tisser des liens avec des partenaires en dehors du secteur de la santé (vente au détail, transport en commun, etc.); les inviter à contribuer au thème de l'édification de communautés saines et viables; cerner des articulations possibles (diabète et changement climatique, impact du climat sur la santé, etc.)
- Créer un outil de prévision des risques de diabète de type 2 à l'intention des Canadiennes et des Canadiens, et englober dans le Programme de prévention du diabète tous les programmes d'éducation sur le diabète; mettre à jour l'outil d'évaluation CANRISK pour des populations spécifiques (adaptation de l'outil de prédiction) afin de personnaliser davantage les programmes de prévention
- Contribuer à l'élaboration d'une formation destinée aux conseillers en santé; prendre en compte l'environnement numérique
- Appliquer les enseignements principaux dans les organismes respectifs pour mettre en œuvre les changements voulus et consolider le soutien à la cause

## LISTE DES PARTICIPANTS

- **Abidah Shamji**, responsable nationale des relations gouvernementales, FRDJ
- **Agnes Coutinho**, vice-présidente du conseil d'administration, Indigenous Diabetes Health Circle
- **Aimee Sulliman**, responsable, Relations avec les intervenants (portefeuille de la santé cardiovasculaire, rénale et métabolique), AstraZeneca
- **Allison Weinstein**, responsable de la mise en œuvre, Direction des soins à domicile et en milieu communautaire, ministère de la Santé
- **Ananya Banerjee**, professeure adjointe, Sciences sociales et comportementales appliquées au domaine de la santé | Épidémiologie, Dalla Lana School of Public Health

- **Brian Halladay**, personne vivant avec le diabète | défenseur des droits des personnes diabétiques
- **Catharine Whiteside**, directrice générale, Action diabète Canada
- **Charlene Lavergne**, personne vivant avec le diabète | défenseure des droits des personnes diabétiques
- **Dana Whitham**, responsable des services cliniques, Diabète et transplantation rénale, Hôpital St. Michael's
- **Ellen MacLean**, superviseure (intérimaire), Stratégie de prévention du diabète, Bureau de santé publique de Toronto
- **Gabriella Simo**, chef des services d'intervention – Ontario, Diabète Canada
- **Gillian Booth**, endocrinologue | scientifique, C-UHS, Hôpital St. Michael | scientifique auxiliaire, ICES
- **Harpreet Bajaj**, endocrinologue et directeur, Recherche en phase tardive, LMC | associé de recherche, Leadership Sinai Centre for Diabetes
- **Jake Reid**, directeur national, Relations gouvernementales, Diabète Canada
- **Jane Harrison**, chef, Unité Waash-Keshuu-Yaan, Anishnawbe Health Toronto
- **Jeff Mehlretter**, directeur, Économie pharmaceutique, Association canadienne des pharmacies de quartier
- **Jen Hanson**, directrice générale, Connected in Motion
- **Jennifer MacKinnon**, directrice, Soins primaires, RLISS du Nord-Est
- **Jill Hamilton**, directrice de la Division d'endocrinologie, SickKids
- **Joanne Lewis**, directrice, Gestion des connaissances, Diabète Canada
- **Joseph (Joe) Cafazzo**, chaire Wolfond en santé numérique | responsable, Centre for Global eHealth Innovation, Réseau universitaire de santé
- **Joe-Anne Chaput**, coordonnatrice de la clinique de soins primaires, Centre de santé communautaire Misiway Milopemahtesewin
- **John Armstrong**, président, Ontario Chronic Disease Prevention Alliance (OCDPA)
- **Kasia Luebke**, directrice, Planification et intégration dans le système et les sous-régions, RLISS du Centre-Est
- **Kimberley Hanson**, directrice générale, Affaires fédérales, Diabète Canada
- **Lisa Bitonti-Bengert**, directrice, Amélioration clinique et informatique, Qualité des services de santé Ontario
- **Lori MacCallum**, directrice de programme, Application des connaissances et optimisation des modèles de soins, Banting & Best Diabetes Centre
- **Lori Sutton**, facilitatrice régionale, Toronto Diabetes Care Connect, Centre de santé communautaire de South Riverdale
- **Lorraine Lipscombe**, directrice de la division Endocrinologie et métabolisme, Hôpital Women's College
- **Lynn Woods**, chef, DEP & Chronic Disease Wellness Centre, Mackenzie Health | Initiative de collaboration des leaders du programme d'éducation sur le diabète, RLISS du Centre
- **Margaret (Maggie) Hahn**, directrice de la recherche, Clinique de la santé mentale et du métabolisme, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- **Maria Consuelo Cenizal**, chef, Maladies chroniques et santé mentale, Centre de santé communautaire de Flemingdon
- **Mark Palmert**, président associé (soins ambulatoires), Département de pédiatrie, SickKids
- **Marko Perovic**, chef, Affaires extérieures, Novo Nordisk
- **Michael Green**, chef, Département de médecine familiale | directeur, Health Services and Policy Research Institute, Université Queen's
- **Monica Slovynec D'Angelo**, directrice, Santé, Conference Board du Canada

- **Noah Wayne**, directeur des programmes cliniques | directeur général de la protection de la vie privée, NexJ Health
- **Oria James**, personne vivant avec le diabète | défenseure des droits des personnes diabétiques
- **Patrick Tohill**, directeur, Relations gouvernementales, FRDJ
- **Paul Bailey**, président, Black Health Alliance
- **Paul Oh**, directeur médical, programme de prévention et de réadaptation cardiovasculaire, Institut de réadaptation de Toronto
- **Rachel Moon-Kelly**, chef, Prévention des maladies chroniques et des blessures, Bureau de santé publique de Northumberland
- **Russell Williams**, vice-président principal, Mission, Diabète Canada
- **Sandeep Gill**, spécialiste de l'application et de l'échange des connaissances cliniques, Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO)
- **Sanya Khan**, chef de projet, Initiative pour des communautés en santé, RLISS du Centre-Ouest
- **Seema Sethi**, responsable de la mise en œuvre des projets et chef d'équipe, Direction des soins à domicile et en milieu communautaire, ministère de la Santé
- **Sohail Gandhi**, président, Ontario Medical Association
- **Stacey Livitski**, personne vivant avec le diabète | défenseure des droits des personnes diabétiques
- **Surkhab Peerzada**, directrice régionale, Maladies chroniques | programme d'autogestion Choose Health, Centre de santé communautaire de South Riverdale
- **Susie Jin**, pharmacienne et éducatrice agréée en diabète
- **Trish Topping**, chef, Programme d'autogestion, RLISS du Centre-Est
- **Wendy Bahn**, coordonnatrice, Alliance pour des communautés en santé