



DIABÈTE CANADA PRÉSENTENT LE :

SOMMET DE L'OUEST CANADIEN SUR L'ÉQUITÉ DES SOINS DU DIABÈTE

Compte rendu de colloque

21 MARS 2024 • CALGARY (ALBERTA)



Remerciements

Autrice du rapport

Maleka El Naghi, MPH

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

Adria Cehovin, M.Sc. (gestionnaire de projet)

Hiba Syed, B.Sc. (agente de liaison)

Maleka El Naghi, MPH (agente d'évaluation en équité des soins de santé)

Commanditaires et organismes du colloque

Le Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins du diabète a été rendu possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada et de Diabète Canada dans le cadre du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète : réunir les parties prenantes pour échanger sur les stratégies et les pratiques exemplaires afin de combler les lacunes en matière de traitement et d'équité des soins aux fins de la prévention et du traitement du diabète.

Le Sommet de l'Ouest canadien est une initiative développée et dirigée par Maleka El Naghi. La coordination de l'événement a été assurée par Hiba Syed, et le soutien à la gestion du projet ainsi que la présentation complète du Cadre aux personnes participantes ont été réalisés par Adria Cehovin. Les discussions en petits groupes ont été animées par l'équipe du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète, ainsi que par Joan King, directrice des relations gouvernementales et de la défense des intérêts des patients à Diabète Canada, et Peter Senior, président de la Pan-Canadian Action for Diabetes et directeur de l'Alberta Diabetes Research Institute.

Les présentatrices et présentateurs du Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins ont contribué à enrichir les acquis fondamentaux sur la prise en charge du diabète et l'équité des soins de santé. Ces personnes ont investi temps, énergie et ressources afin de transmettre leurs connaissances et leur expérience aux participantes et participants au Sommet dans le but de promouvoir l'équité des soins du diabète. Nous les remercions de leur participation, dans l'ordre de présentation :

Katrina Plamondon, RN, MSc, PhD

Barbara MacDonald, RN, BSN, MS-DEDM, CDE

Roman Bhangoo, BSc, MBA

Bukola Salami, RN, MN, PhD

Meera Kaur, PhD, RD, CDE

Saania Tariq, MSc

Tucker Reed, BSc

David JT Campbell, MD, PhD

Natalie Riediger, PhD, MSc

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 Sommaire	4
2.0 Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada et du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète	4
3.0 À propos du colloque	6
4.0 Exposés	7
4.1 Cinq pratiques d'équité fondamentales à appliquer partout, en tout temps – Katrina Plamondon	8
4.2 IDEA Diabetes : une approche de l'équité des soins du diabète – Barbara MacDonald	10
4.3 Le South Asian Health Institute (SAHI) – Roman Bhangoo	11
4.4 L'intersectionnalité de la santé des personnes de race noire et des soins du diabète – Bukola Salami	12
4.5 L'intersectionnalité de la culture, de l'équité nutritionnelle et des soins du diabète – Meera Kaur	13
4.6 L'intersectionnalité du diabète et de l'itinérance – Saania Tariq et Tucker Reed	14
4.7 L'intersectionnalité du diabète et des politiques nutritionnelles – Natalie Riediger	16
5.0 Discussions en petits groupes	17
6.0 Réflexions personnelles	19
7.0 Étapes suivantes	19

1.0 Sommaire

Le 21 mars 2024, Diabète Canada a organisé, avec l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada, le premier Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins du diabète, qui s'est tenu à Calgary, en Alberta. Cet événement axé sur l'application du Cadre sur le diabète au Canada visait à mettre les principes d'équité des soins au centre des discussions sur l'accessibilité des traitements, la prévention et la prise en charge du diabète. Quelque 25 personnes sont venues de la Saskatchewan, de l'Alberta, du Manitoba et de la Colombie-Britannique pour y participer, dont des parties prenantes des milieux suivants :

- soins de santé;
- recherche sur le diabète;
- recherche et défense de l'équité des soins de santé;
- organisations non gouvernementales (ONG);
- sociétés d'État.

En plus d'encourager le partage de connaissances autour du Cadre sur le diabète au Canada, l'événement visait à favoriser le dialogue sur des sujets liés à l'équité des soins du diabète en :

- offrant aux acteurs plurisectoriels une tribune pour exposer les succès et difficultés rencontrés lors de l'application des principes d'équité des soins dans le cadre de leur travail;
- examinant les obstacles à la compréhension, au diagnostic, à la prévention et au traitement dans les communautés touchées par les déterminants sociaux de la santé et les communautés dignes d'équité;
- présentant des points d'information sur les stratégies ayant fait leurs preuves sur le plan de l'équité des soins du diabète;
- discutant des prochaines étapes afin d'appliquer une approche systémique de l'équité des soins aux initiatives et aux programmes de lutte contre le diabète.

Les exposés ont porté sur une panoplie de sujets, dont le rôle des politiques nutritionnelles dans la prise en charge du diabète; la prestation de soins du diabète adaptés à la culture; l'incidence du diabète sur les personnes en

situation d'itinérance; et la promotion de soins équitables au sein des populations noires et sud-asiatiques du Canada.

En définitive, le colloque a mis en lumière les catalyseurs, les obstacles et les mesures à prendre pour améliorer l'équité des soins du diabète dans l'Ouest canadien. Les personnes participantes ont toutes martelé le besoin de maintenir un financement stable, d'investir dans les installations et les milieux de vie, et de bénéficier de l'implication du gouvernement pour favoriser l'équité des soins du diabète dans leur milieu professionnel et leur province. Le maintien des activités de réseautage, la poursuite des échanges et les possibilités de prise de contact figurent parmi les autres pistes évoquées pour soutenir l'objectif du Cadre, à savoir appliquer le principe transversal de l'équité des soins aux initiatives de traitement du diabète.

2.0 Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada et du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète

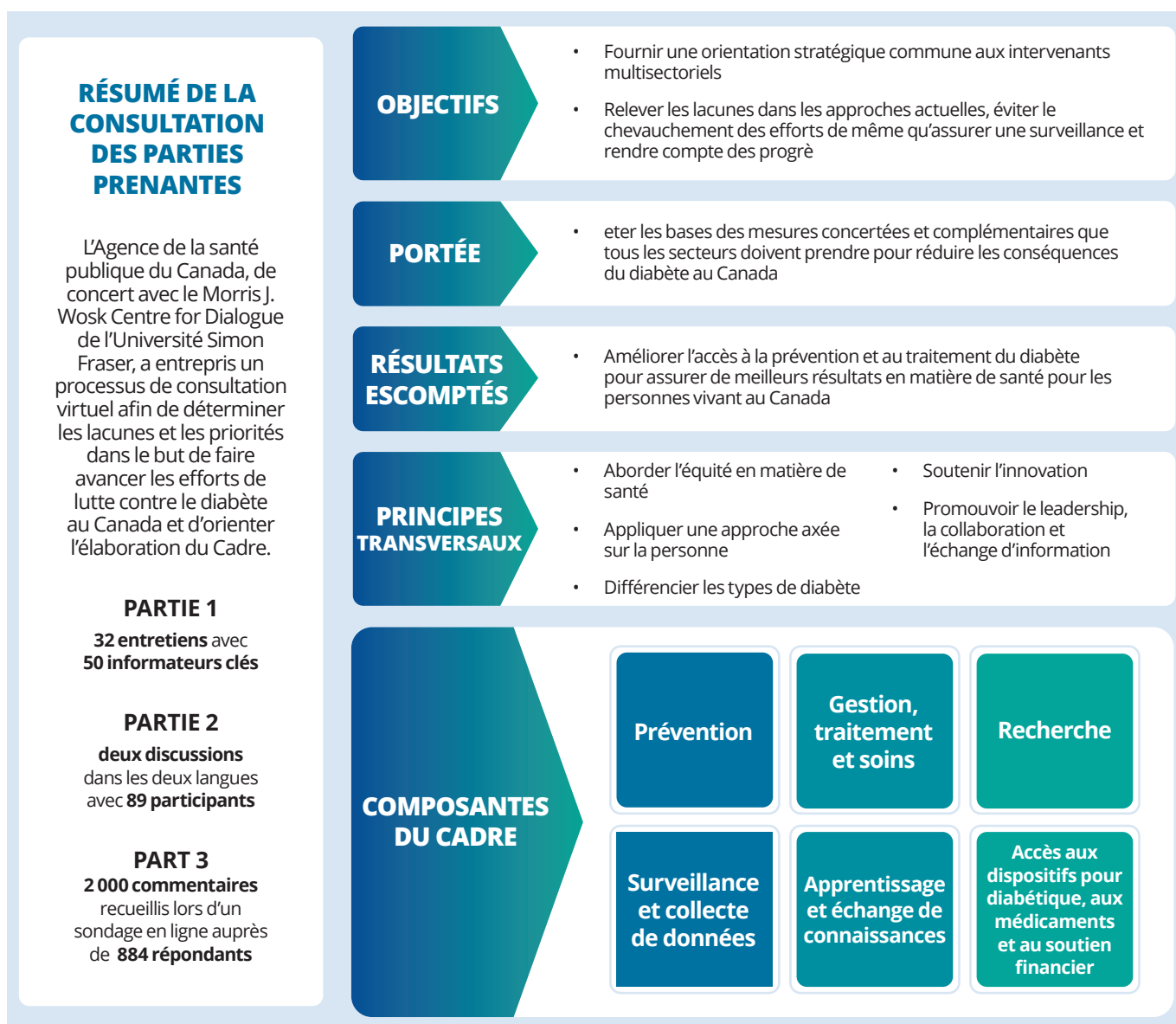
Diabète Canada est un organisme de bienfaisance national qui représente près de 4 millions de Canadiennes et Canadiens vivant avec le diabète. Fer de lance de la lutte contre le diabète, Diabète Canada aide les personnes touchées à mener une vie saine et œuvre pour la prévention de la maladie et de ses conséquences. En partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'organisme mène 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 de tous les types de diabète, de même qu'à imprimer une orientation politique commune aux efforts de lutte contre le diabète au Canada (ASPC, 2022). Il vise également à relever les lacunes dans les approches de soins et à réduire le chevauchement des efforts tout en permettant au gouvernement d'effectuer un suivi et de rendre compte des progrès (ASPC, 2022). Le Cadre se compose de six éléments interdépendants et interconnectés qui sous-tendent les efforts de lutte contre le diabète :

- 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

La figure 1 présente une illustration schématique du Cadre sur le diabète au Canada.

Les équipes du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète concentrent leurs efforts sur les initiatives de mobilisation régionale entourant le Cadre ainsi que sur l'inventaire des programmes, des interventions et des projets de lutte contre le diabète qui ont fait leurs preuves dans les différentes régions du Canada. Cet inventaire prévoit également la diffusion des résultats en vue de leur adoption et de leur essaimage, dans le but de recenser et de faire connaître les meilleures pratiques de lutte contre le diabète. Ces efforts consistent notamment à déterminer les mesures à prendre pour lever les obstacles à la prise en charge du diabète dans les communautés dignes d'équité des soins.

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



3.0 À propos du colloque

Le Cadre repose sur plusieurs principes transversaux, dont l'équité des soins en lien avec la prise en charge du diabète. L'équité des soins s'entend d'une situation où il est donné à chacun d'atteindre son plein potentiel sur le plan de la santé grâce à un accès juste et équitable aux ressources de traitement (CDC, 2022). Pour parvenir à cette équité, il convient de mener un important travail critique à l'égard des systèmes afin d'analyser, de comprendre et de lever les obstacles aux soins. Il faut pour ce faire s'attaquer aux causes profondes des déterminants sociaux de la santé plutôt que de se contenter d'en atténuer les effets (Hill-Briggs et coll., 2021). Au chapitre du traitement du diabète, cette approche consiste à réduire les conséquences, sur l'évolution de la maladie, d'une mauvaise situation socio-économique, de l'environnement géographique et physique, des habitudes alimentaires, du manque d'accessibilité des soins et du contexte social (Hill-Briggs et coll., 2021). Les risques et symptômes associés au diabète peuvent être exacerbés par des politiques, pratiques et services discriminatoires qui sont profondément ancrés dans le réseau de la santé. Pour opérer un changement centré sur le patient et accessible à tous, il faut adopter une approche des soins et de la prise en charge du diabète qui tient compte de l'intersectionnalité de la marginalisation et des inégalités au Canada, et qui s'attaque directement aux causes profondes des déterminants sociaux de la santé.

Le problème étant de nature systémique, les discussions sur l'équité et l'iniquité des soins requièrent les lumières, le plaidoyer et la collaboration de tous les acteurs sectoriels qui interagissent passivement ou activement avec le réseau de la santé (Glasgow et coll., 1999). Plusieurs facteurs favorisent ou entravent la prise en charge et le traitement du diabète, tels que les influences sur la personne, l'accès aux prestataires et aux systèmes de soins de santé ainsi que les réglementations

et politiques publiques (Glasgow et coll., 1999). D'où l'importance de la mobilisation et de la concertation multisectorielles pour tenir un débat constructif sur la nécessité d'évoluer et d'agir en faveur de meilleurs soins du diabète au Canada. C'est précisément cet objectif que vise à soutenir le **Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins du diabète**, qui s'est tenu le 21 mars à Calgary, en Alberta. Quelque 25 personnes y ont participé, dont des acteurs des secteurs suivants :

- soins de santé;
- recherche sur le diabète;
- recherche et défense de l'équité des soins de santé;
- organisations non gouvernementales (ONG);
- sociétés d'État;
- milieu des défenseurs et des personnes ayant fait l'expérience directe de la maladie.

Les organisatrices de l'événement ont également approché des membres des gouvernements des quatre provinces de l'Ouest afin de garantir une représentation régionale; toutefois, les contraintes de temps et les intempéries ont limité le taux de participation globale.

Objectifs du Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins du diabète

- Placer les principes de l'équité des soins au centre des discussions par un échange d'informations et l'établissement de relations avec des spécialistes du diabète ou de l'équité des soins;
- Offrir une tribune aux acteurs plurisectoriels pour exposer les succès et difficultés rencontrés lors de l'application des principes d'équité des soins dans le cadre de leur travail;
- Discuter et convenir des prochaines étapes afin d'appliquer une approche systémique de l'équité des soins aux initiatives et aux programmes de lutte contre le diabète en lien avec le Cadre.



4.0 Exposés

Afin de favoriser l'atteinte des objectifs du Sommet, les personnes conviées à l'événement ont été invitées à présenter leurs résultats et expériences de travail ou de développement d'une approche d'accessibilité ou bien de prise en charge du diabète centrée sur l'équité des soins. Ces personnes avaient également la possibilité de préparer ou de présenter une étude de cas sur une intervention ou une initiative de lutte contre le diabète susceptible de bénéficier de l'examen, de l'éclairage ou

des commentaires ciblés des autres participants, que ce soit du point de vue de l'équité des soins ou de celui du Cadre. Une fois les exposés terminés, les personnes participantes se sont scindées en petits groupes pour discuter des études de cas. Le Sommet s'est conclu sur la transmission de leurs réflexions personnelles via MentiMeter, une plateforme numérique de brassage d'idées. Les résultats des discussions et réflexions en petits groupes sont abordés plus en détail à la section 5 du présent document. Vous trouverez ci-dessous un résumé des exposés présentés lors du Sommet.

Sujet	Présentatrices ou présentateurs
Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada*	Adria Cehovin, M.Sc.
Cinq pratiques d'équité fondamentales à appliquer partout, en tout temps	Katrina Plamondon, inf. aut., M.Sc., Ph.D.
IDEA Diabetes : une approche de l'équité des soins du diabète	Barbara MacDonald, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc. DEDM, CDE
Le South Asian Health Institute (SAHI)	Roman Bhango, B.Sc., MBA
L'intersectionnalité de la santé des personnes de race noire et des soins du diabète	Bukola Salami, inf. aut., M. Sc., Ph.D. et Aloysius Maduforo, Ph.D., RDN
L'intersectionnalité de la culture, de l'équité nutritionnelle et des soins du diabète	Meera Kaur, Ph.D., diet. aut., CDE
L'intersectionnalité du diabète et de l'itinérance	Saania Tariq, M.Sc. Tucker Reed, M.Sc. David JT Campbell, MD, Ph.D.
L'intersectionnalité du diabète et des politiques nutritionnelles	Natalie Riediger, Ph.D., M.Sc.

* Adria Cehovin a présenté un aperçu du Cadre sur le diabète au Canada ainsi que des informations sur les activités de sensibilisation et de mobilisation menées par l'équipe du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète à l'échelle du pays. Vous trouverez un aperçu du Cadre à la section 2 du présent document.

4.1 Cinq pratiques d'équité fondamentales à appliquer partout, en tout temps – Katrina Plamondon

Pour permettre aux participantes et participants de se familiariser avec les pratiques d'équité des soins, Katrina Plamondon a été invitée à leur transmettre ses connaissances et son expertise en la matière. Elle a présenté cinq pratiques d'équité fondamentales « applicables partout et en tout temps », tirées du Cadre d'action systématique en faveur de l'équité qu'elle a contribué à élaborer. Comme elle l'a expliqué, ce Cadre applique une approche fondée sur les structures et les systèmes sociaux; il fait porter l'accent sur la relation entre la santé, l'équité et les structures que nous maintenons et façonnons par nos idées, nos organisations et nos connaissances (Plamondon et coll., 2023; Plamondon et Shahram, 2024). Ces cinq pratiques d'équité fondamentales, dans le contexte de l'équité des soins du diabète, sont les suivantes :

1. Prendre acte de son rôle et de ses responsabilités

- Soutenir le travail sur l'équité des soins de santé commence par une réflexion personnelle. Qui êtes-vous? D'où venez-vous? Pourquoi voulez-vous agir en faveur de l'équité des soins? Ces questions sont d'une importance cruciale pour

appréhender notre place dans la société et la manière dont nos habitudes quotidiennes influencent le monde qui nous entoure;

- Il est important de reconnaître que nous sommes les structures et systèmes que nous évoquons fréquemment au détour.

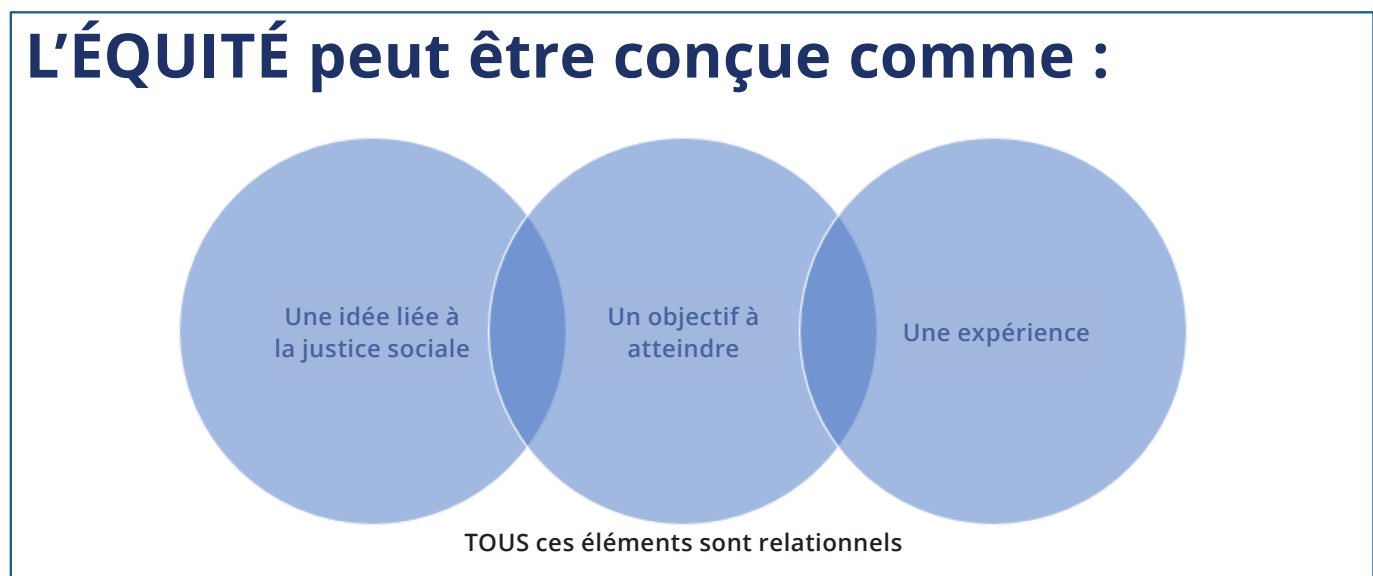
2. Décortiquer la ou les visions du monde influentes

- Les visions du monde influentes déterminent la conception que nous avons de la santé et du bien-être, de l'histoire et de la « bienveillance » de notre réseau de la santé. Le fait de démêler ces conceptions nous aide à comprendre pourquoi et comment les systèmes fonctionnent (ou ne fonctionnent pas) pour les différents groupes de population.

3. Mettre au clair les définitions et les facteurs déterminants de l'équité

- Les inégalités de soins sont des disparités systématiques et prévisibles qui touchent la santé. La science démontre qu'elles découlent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources;
- L'équité peut être comprise de trois manières, qui sont toutes d'ordre relationnel (voir figure 2);

Figure 2 : Conceptions relationnelles de l'équité (Plamondon et Shahram, 2024)



- Comprendre la relation entre l'équité et les inégalités peut nous aider à déterminer les facettes à cibler dans nos systèmes et structures pour obtenir les résultats cliniques escomptés. La figure 3 ci-dessous présente un diagramme relationnel des systèmes et des résultats cliniques associés.

4. Harmoniser les intentions et les actions

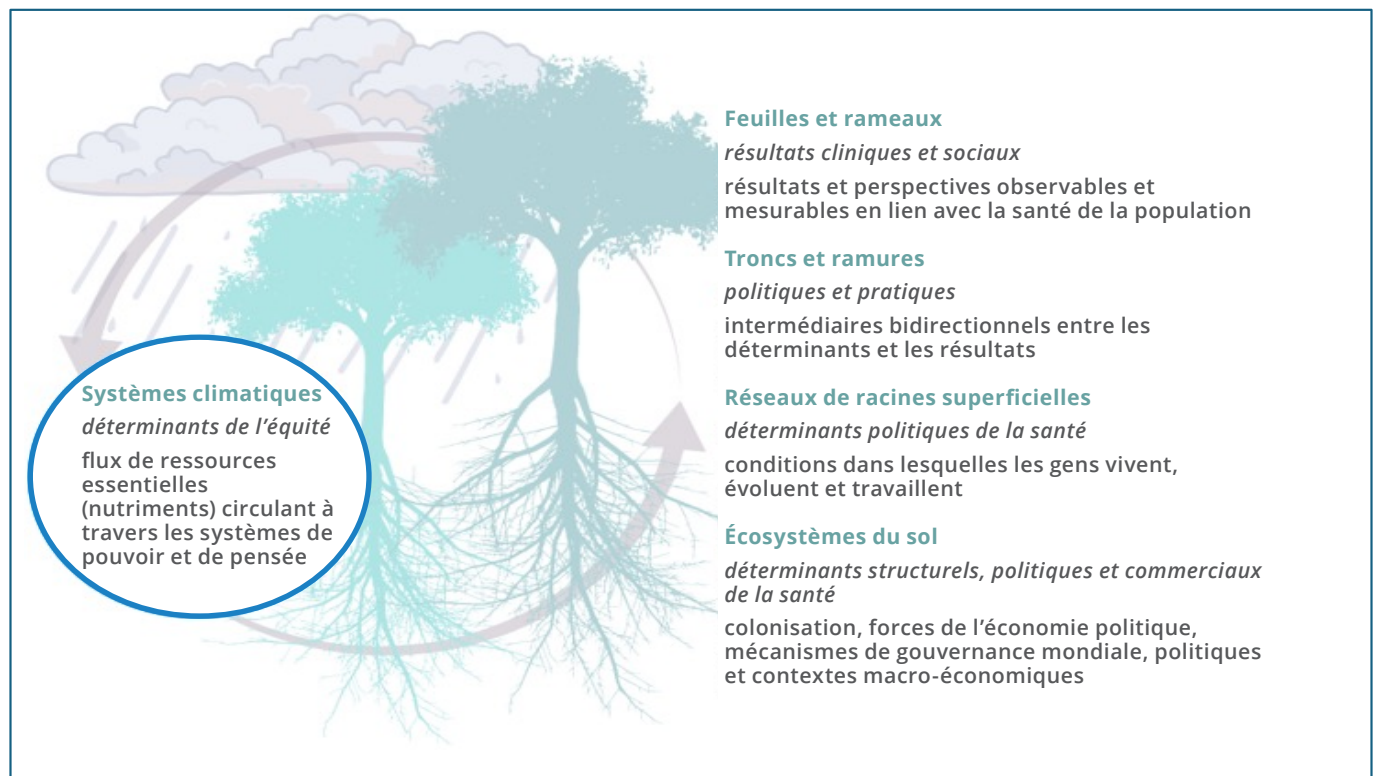
- Le fait de se focaliser sur les intentions, au détriment des déterminants de l'équité, risque de détourner le travail d'équité de son but;
- Seule une poignée de travaux sur les inégalités porte sur les causes connues;
- Trop souvent, les inégalités de santé sont vues comme indépendantes des enjeux de pouvoir; pour y remédier, on cherche à modifier les comportements des personnes plutôt que les systèmes et les structures qui les engendrent;

5. Harmoniser les actions et les données probantes

- Il est essentiel de définir des actions qui agissent sur les déterminants de l'équité et sur les déterminants structurels, politiques et commerciaux de la santé, de la colonisation, des forces de l'économie politique et des mécanismes de gouvernance mondiale;
- Les actions menées dans le cadre des programmes, de la planification et des politiques de lutte contre le diabète peuvent jouer un rôle crucial dans la progression de l'équité!

Pour en savoir plus et consulter les ressources citées dans cette présentation, visitez le www.equityscience.ca (en anglais).

Figure 3 : Diagramme relationnel des systèmes et des résultats cliniques (Plamondon et Shahram, 2024)





4.2 IDEA Diabetes : une approche de l'équité des soins du diabète – Barbara MacDonald

En tant que cofondatrice d'IDEA Diabetes, Barbara MacDonald œuvre à outiller les personnes diabétiques pour leur permettre de prendre soin de leur santé. En mettant l'accent sur l'expertise de la personne diabétique, IDEA Diabetes vise à promouvoir sa capacité à prendre des décisions éclairées en matière d'autogestion de la santé. Lors du Sommet, Mme MacDonald a décrit les trois principes qui sous-tendent le travail d'IDEA Diabetes, à savoir l'espoir, le pouvoir et l'action.

« Tout ce que nous faisons tourne autour de l'espoir et de l'horizon des possibles »

IDEA Diabetes aspire à susciter un élan d'espoir en misant sur un objectif clé de la prise en charge du diabète : « maintenir la circulation du sang, aujourd'hui et demain ». La protection des vaisseaux sanguins est une priorité bien connue du milieu du diabète, qui repose sur le maintien de l'intégrité microvasculaire (Liu et coll., 2022). En entretenant l'espoir de maintenir une bonne circulation sanguine, aujourd'hui et demain, cette approche de la gestion du diabète se concentre sur la personne et présente ses vaisseaux sanguins comme un gage de qualité de vie. Elle privilégie la création de

bulles de bienveillance en suscitant l'optimisme des personnes diabétiques et en les aidant à se projeter dans l'avenir, tout en les accompagnant dans leur quête de meilleures perspectives pour elles-mêmes et leur santé. En encourageant la qualité de vie, l'équipe de Barbara MacDonald espère faire renaître l'espoir et maintenir un espace rassurant à l'intention des personnes diabétiques.

Le pouvoir est un autre principe inhérent au travail d'IDEA Diabetes. Il implique d'exploiter le pouvoir du langage, par exemple en remplaçant le terme « diabétiques » par « personnes atteintes de diabète » ou en substituant, dans un contexte de soins, les recommandations du genre « vous devriez faire ceci ou cela » par une invitation à démêler la question ensemble. Il s'agit de mettre de l'avant les résultats que l'on cherche à obtenir plutôt que les conséquences que l'on essaie d'éviter.

Il y a enfin le principe de l'action. Mme MacDonald a souligné la possibilité qu'offre le Cadre de faire bouger les choses en privilégiant les actions ciblées, une approche qui débute par une vision claire des résultats. Toute vision de l'avenir du diabète passe par un bilan de l'état actuel des soins, la prise en compte de ce qui fonctionne, la visualisation de ce que l'on cherche à accomplir, puis la mise en place de mesures et stratégies destinées à favoriser la réalisation de cette nouvelle vision. En conjuguant espoir, pouvoir et action, IDEA Diabetes réussit à soutenir l'équité des soins à l'échelle individuelle, collective, communautaire, régionale et nationale.

Pour en savoir plus sur IDEA Diabetes, visitez le www.idea-diabetes.com (en anglais).

4.3 Le South Asian Health Institute (SAHI) – Roman Bhangoo

En tant que directrice du South Asian Health Institute (SAHI), Roman Bhangoo apporte son concours au programme communautaire de promotion de la santé par la voie d'efforts visant à encourager les activités de promotion de la santé et de prévention adaptées à la culture des communautés sud-asiatiques. Fondé en 2013, le SAHI est une initiative de santé communautaire tout à fait unique qui priorise l'autonomisation et la participation des communautés sud-asiatiques afin de favoriser la santé et le bien-être. Ses efforts de mobilisation et son approche de soins adaptée à la culture lui permettent de cerner les disparités de santé qui touchent cette population. L'organisme propose en outre des activités ciblées de promotion de la santé et de l'information sur le réseau de la santé dans le but de renforcer les capacités communautaires.

Chez les Asiatiques du Sud, une combinaison de facteurs individuels, sociaux, environnementaux et génétiques augmente le risque de développer le diabète de type 2. De fait, la prévalence de la maladie est 8,1 fois plus élevée au sein de ce groupe de population que chez les Canadiens adultes de race blanche (Diabète Canada, 2022). Le SAHI soutient l'éducation, les soins, la prise en charge et le traitement du diabète au sein de la population sud-asiatique de la région sanitaire du Fraser en misant sur les activités de mobilisation et l'établissement de partenariats communautaires (par l'entremise des lieux de culte, des organismes sans but lucratif, des groupes communautaires et des écoles indépendantes, par exemple). Il a plusieurs initiatives à son actif, dont des séances éducatives, des kiosques d'information, des ressources et outils adaptés à la culture, et la mise en place d'un cadre culturel à l'intention des programmes, des réseaux communautaires et des groupes de travail.

Ce leadership et cette implication communautaires ont permis à Mme Bhangoo et à son équipe d'identifier une série d'obstacles à l'accessibilité des soins, dont les suivants :

- Barrières linguistiques à la prestation des soins;
- Difficulté à s'orienter dans le réseau canadien de la santé;
- Crainte que le recours à des soins de santé ait des conséquences sur le statut d'immigration;
- Difficulté à se présenter aux rendez-vous (en raison de contraintes de transport, de longs délais d'attente, etc.);
- Rendez-vous médicaux trop courts pour pouvoir aborder les problèmes de santé.

Dans le cadre de son travail, le SAHI a également répertorié les facteurs qui favorisent l'accès aux soins de proximité et qui contribuent à la santé de la population cible, dont les suivants :

- Proposer des programmes et services de traduction fidèle dans la langue cible;
- Souscrire à des approches individualistes et collectivistes des soins en tenant compte des préférences, de la culture et des valeurs de chaque personne, tout en évitant de traiter la communauté comme un ensemble monolithique;
- Aborder les soins aux patients en tenant compte de leur mode de vie, notamment de la dynamique familiale et du rôle que jouent les proches dans la prise en charge de l'état de santé.

Mme Bhangoo a conclu en évoquant les solides relations que le SAHI a réussi à tisser et sa capacité à encourager la prévention et la prise en charge du diabète de type 2 par les moyens suivants :

- Maintenir une présence active et entretenir des relations directes avec les représentants et les membres de la communauté;
- Encadrer la santé individuelle et l'accès aux soins par un modèle adapté à la culture;
- Assurer une représentation de la communauté au sein de l'équipe grâce à des employés et à des bénévoles qui mettent à profit leur vécu dans le cadre de leurs fonctions;
- Affecter des ressources aux services de traduction.

Pour en savoir plus sur le SAHI, consultez le www.fraserhealth.ca/sahi (en anglais).

4.4 L'intersectionnalité de la santé des personnes de race noire et des soins du diabète – Bukola Salami

Bukola Salami, professeure à la Faculté de médecine Cumming de l'Université de Calgary et experte des politiques et pratiques qui influencent la santé des personnes immigrantes et des personnes de couleur, a brossé un tableau des disparités raciales qui se reflètent aussi bien dans la prévalence du diabète que dans la qualité des soins. Les Canadiennes et Canadiens de race noire forment un groupe racial aussi vaste que diversifié qui compte plus de 300 origines ethniques et culturelles différentes. Totalisant plus de 1,5 million de personnes en 2021, ils représentent 4,3 % de la population (Statistique Canada, 2024). Ils formeraient par ailleurs l'un des groupes raciaux et ethniques en plus mauvaise santé et en proie aux pires inégalités et disparités en matière de santé au Canada (Abdillahi et Shaw, 2020). Comme le souligne Mme Salami, la convergence d'un héritage raciste, qui remonte à l'esclavage et à l'interdiction de l'immigration, et de pratiques racistes, qui ont toujours cours dans la vaste majorité des contextes professionnels et sociaux, a de lourdes conséquences sur la vie des Canadiennes et Canadiens de race noire, en particulier sur le plan de la santé et du mieux-être.

Les inégalités de santé dont souffrent ces personnes se manifestent entre autres par la fréquence du diabète et la qualité des soins prodigués. En effet, la prévalence du diabète est 2,1 fois plus élevée chez les Canadiennes et Canadiens de race noire que chez leurs compatriotes de race blanche (Abdillahi et Shaw, 2020). Et comme les personnes de race noire développent généralement le diabète à un plus jeune âge, les risques d'autres complications et comorbidités s'en trouvent accrus (Lipman, 2012). L'une des raisons susceptibles d'expliquer ce phénomène tient à l'absence de stratégies préventives adaptées permettant d'évaluer les risques au sein des communautés noires. Si l'indice de masse corporelle (IMC) est souvent utilisé comme facteur prédictif du diabète, la valeur seuil retenue à cette fin est rarement ajustée en fonction des différents groupes ethniques (Lipman, 2012). L'absence de programmes inclusifs de prise en charge du diabète pourrait également être en cause, ce qui souligne la nécessité de mettre en place des programmes adaptés à la culture qui favorisent la participation des patients et une bonne coordination des

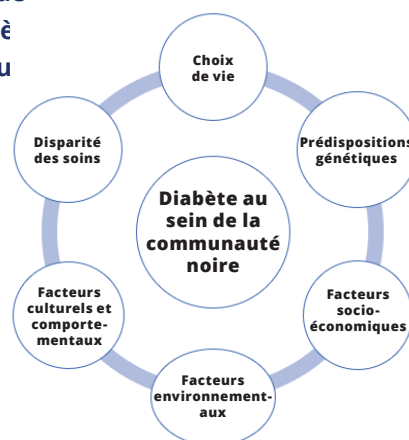
soins (Veenstra et Patterson, 2015). D'autres facteurs de prévalence au sein des communautés noires sont présentés à la figure 4.

Mme Salami a formulé les recommandations suivantes en faveur de soins du diabète adaptés à la culture des communautés noires du Canada :

- Prendre en compte l'influence du racisme envers les personnes de race noire et la manière dont celui-ci renforce et perpétue les déterminants sociaux de la santé, dont l'inégalité des revenus;
- Personnaliser les soins, en l'absence d'approche universelle possible; les communautés noires sont plurielles et présentent des différences tant sur le plan des croyances et des usages que sur celui des habitudes alimentaires;
- Utiliser un langage simple, des supports visuels et des méthodes de retransmission pour s'assurer que les patients comprennent bien leur protocole de soins, les traitements qui s'offrent à eux et les médicaments qui leur sont prescrits;
- Se familiariser avec les pratiques culturelles en matière d'alimentation, fournir du matériel éducatif en plusieurs langues et offrir des conseils nutritionnels adaptés à la culture;
- Aller au-delà de l'autogestion de la santé; l'implication de la famille et la solidarité sociale étant des facteurs cruciaux, les professionnels de la santé doivent comprendre le rôle des proches et tenir compte des normes sociales.

Pour en savoir plus sur les travaux de Bukola Salami, consultez la page profiles.ucalgary.ca/bukola-salami (en anglais).

Figure 4 : Facteurs de prévalence du diabète au sein des communautés noires du Canada



4.5 L'intersectionnalité de la culture, de l'équité nutritionnelle et des soins du diabète – Meera Kaur

Mettant en relief la mosaïque de cultures, d'ethnies et de langues qui composent la diversité des populations canadiennes, Meera Kaur s'est penchée sur la manière dont la culture, l'équité nutritionnelle et les soins du diabète se recoupent au pays. La culture – un creuset qui englobe les croyances et les valeurs collectives, les coutumes, les traditions et les comportements sociaux – façonne les sociétés, agit comme ciment social et suscite un sentiment d'appartenance. Lorsqu'on se concentre sur l'intersectionnalité du diabète et de la

culture, il est important, selon Mme Kaur, de comprendre les manières dont le traitement de la maladie doit tenir compte de la personne – c'est-à-dire éliminer les obstacles et les disparités systémiques tout en prônant l'équité, l'inclusion et l'autonomisation des patients. En appréhendant le traitement sous un angle culturel, nous pouvons favoriser, dit-elle, la prévention du diabète de type 2 tout en prônant l'équité des soins prodigués aux personnes diabétiques. Mme Kaur a ensuite présenté des études de cas, en accordant une attention particulière à la manière dont la qualité des soins peut être influencée par la compétence (ou l'incompétence) culturelle du personnel soignant. À cet effet, la figure 5 présente le cas Ana Frego : leçons tirées par une nutritionniste autorisée.

Cas : Ana Frego : leçons tirées par une nutritionniste agréée

- Lorsqu'Ali Khan, un homme de 50 ans souffrant d'hypertension, de diabète de type 2 et de dyslipidémie, arrive à son rendez-vous avec 20 minutes de retard, accompagné de sa femme et de leurs trois enfants, Ana Frego est à la fois étonnée et contrariée.
- Ana invite les proches de M. Khan à patienter dans la salle d'attente, omet de noter ses antécédents alimentaires et commence tout de suite à lui expliquer le « calcul des glucides » en lui demandant s'il comprend. Elle est satisfaite quand il lui dit que oui.
- Ana parvient à conclure la consultation à temps. Au lieu de raccompagner son patient jusqu'à la porte en échangeant quelques mots de politesse, elle lui montre la sortie en lui disant qu'elle attend un autre patient.
- Deux semaines plus tard, Ana s'étonne de l'absence de M. Khan à son rendez-vous.

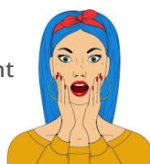


Figure 5 : Étude de cas – Ana Frego : leçons tirées par une nutritionniste agréée

Meera Kaur a souligné le rôle que les comportements et les attitudes peuvent jouer dans le succès des soins prodigués. Les études axées sur la modification des habitudes de vie considèrent souvent les patients comme « récalcitrants » lorsqu'ils ne suivent pas le programme d'intervention qui leur est prescrit. Selon Mme Kaur, c'est à la nutritionniste culturellement compétente qu'il incombe de tenir compte des valeurs, des croyances et des différences ethniques en matière de régime et d'alimentation lorsqu'elle éduque ses patients sur les saines habitudes de vie. Afin de favoriser des soins du diabète équitables et adaptés à la culture, Mme Kaur a présenté plusieurs recommandations clés que les participantes et participants peuvent appliquer dans leur travail et au-delà. En voici quelques-unes :

- Encourager la formation et le renforcement des

compétences culturelles et exiger que tous les professionnels de la santé soient compétents en la matière;

- Offrir des formations nutritionnelles adaptées à la culture, proposer des ressources et services dans d'autres langues que l'anglais;
- Mettre l'accent sur la recherche appliquée en concevant des ressources (p. ex., des guides nutritionnels) qui encouragent la consommation d'aliments nutritifs à la fois propres à la culture, largement accessibles et peu coûteux (p. ex., bannique, paratha, spécialités africaines à base de maïs).

Pour en savoir plus sur les travaux de Meera Kaur, consultez la page home.cc.umanitoba.ca/~kaur/ (en anglais).

4.6 L'intersectionnalité du diabète et de l'itinérance – Saania Tariq et Tucker Reed

Dirigé par le chercheur principal et endocrinologue David Campbell, avec l'appui des étudiants-chercheurs et présentateurs Saania Tariq et Tucker Reed, le Calgary Diabetes Advocacy Committee (CDAC) utilise une méthode de recherche participative en milieu communautaire pour analyser et influencer l'expérience des personnes diabétiques en situation d'itinérance. Selon cette méthode, les membres de la communauté sont considérés comme des co-chercheurs, plutôt que comme des participants à l'étude, et prennent part à toutes les étapes des travaux, de la conception du protocole à la diffusion des connaissances. Cette collaboration avec les membres de la communauté a permis au CDAC d'aborder des sujets importants pour ces personnes et d'aller au cœur des questions qui les touchent au quotidien.

Les personnes diabétiques vivant ou ayant vécu en situation d'itinérance sont plus exposées que les

autres aux complications associées au diabète. Une étude dirigée par le Dr Campbell révèle en effet que le taux de complications macrovasculaires chez ces personnes est de 85 % supérieur à celui des personnes n'ayant jamais connu l'itinérance. De même, le nombre d'hospitalisations pour des urgences glycémiques est quintuplé, et le nombre d'infections de la peau et des tissus mous est triplé chez les personnes diabétiques ayant connu l'itinérance par rapport au reste de la population. Cette étude met en évidence les importantes disparités de santé qui affligent ces personnes.

Pour former le CDAC et venir en aide à la population cible, le Dr Campbell a organisé des groupes de discussion et des entrevues avec des personnes diabétiques ayant également vécu en situation d'itinérance (c.-à-d. les co-chercheurs). Il s'est penché, dans le cadre de discussions en table ronde avec les co-chercheurs, sur les obstacles à la prise en charge du diabète chez les personnes itinérantes (voir figure 6). Le manque d'information sur le diabète, le peu d'accès aux médicaments dans les refuges et le manque d'espaces sûrs comptent parmi les obstacles les plus importants.

Figure 6 : Obstacles à la prise en charge du diabète au sein des populations itinérantes





Afin d'aborder ces questions d'intérêt communautaire, le CDAC a entrepris un projet de cinéma participatif visant à concevoir et à réaliser une œuvre audiovisuelle sur le vécu des personnes diabétiques en situation d'itinérance. Ce court-métrage narratif, intitulé LOW, a attiré plus de 1 600 spectateurs à ce jour et peut être vu en projection privée. Des sondages préalables et postérieurs au visionnement ont permis d'évaluer les connaissances, les réactions et les croyances du public à l'égard de sujets liés au diabète et à l'itinérance (voir tableau 1). Fait notable, à la sortie de la projection, les spectateurs connaissaient beaucoup mieux la réalité du diabète, la stigmatisation liée à cette

maladie et les obstacles à l'accessibilité des médicaments et à leur conservation dans les refuges. Le groupe prévoit de continuer à présenter le film en séances privées afin de maintenir un dialogue constructif sur les questions touchant les personnes diabétiques en situation d'itinérance. Il espère aussi continuer à apporter son soutien aux populations de Calgary par la prestation de soins mobiles du diabète et des complications associées.

Pour en savoir plus sur le CDAC et s'inscrire à une séance de projection virtuelle, visitez le www.low-film.com (en anglais).

Tableau 1 : Résultats des sondages préalables et postérieurs au visionnement du film LOW

	Score préalable au sondage	Moyenne préalable au sondage	Score postérieur au sondage	Moyenne postérieure au sondage
Dans quelle mesure êtes-vous au fait de la conservation et de l'accessibilité des médicaments dans les refuges?	342	1,6930	514	2,5445
Dans quelle mesure êtes-vous au fait de la stigmatisation du diabète?	518	2,5517	666	3,2970

4.7 L'intersectionnalité du diabète et des politiques nutritionnelles – Natalie Riediger

Natalie Riediger s'intéresse, dans ses travaux, à l'intersectionnalité de la santé et de l'équité alimentaire dans une perspective socioconstructiviste. Cette théorie du savoir axée sur la création et le maintien du statu quo par les systèmes en place va dans le sens de l'approche décolonisatrice qu'elle utilise pour comprendre les mécanismes du pouvoir, les structures territoriales et les discours sociaux qui régissent nos systèmes alimentaires et les inégalités de santé associées. Ses travaux se penchent sur la manière dont nos systèmes de connaissances et nos systèmes économiques, agroalimentaires, juridiques et fiscaux (en tant que structures de pouvoir) maintiennent le contrôle sur les terres et les ressources alimentaires tout en rejetant la responsabilité de la santé – et donc la stigmatisation – sur l'individu. Le volet appliqué de ses recherches met en lumière la façon dont la taxation des boissons sucrées perpétue la stigmatisation et la « responsabilisation » des individus – la responsabilité de la santé publique passant des mains du gouvernement à celles des contribuables (Bommel et Hoffken, 2021). La taxation des boissons sucrées a fait l'objet de débats et de propositions partout au Canada et a récemment été promulguée à Terre-Neuve-et-Labrador (Waugh et coll., 2022). Des entrevues qualitatives menées à River Heights, au Manitoba – une population largement représentative du groupe dominant, aisé, libéral et majoritairement blanc de la société canadienne – ainsi qu'auprès de plusieurs groupes autochtones, ont permis de sonder les perceptions à l'égard des boissons sucrées, notamment

quant à leur consommation et à ses conséquences sur la santé (Waugh et coll., 2022). Mme Riediger a présenté un aperçu des résultats de cette étude en soulignant la persistance des privilèges et de l'oppression dans la façon dont les personnes interrogées voient les boissons sucrées, leur taxation et les personnes qui les consomment. Elle a cité deux extraits des travaux de son équipe, qui révèlent la présence de préjugés aussi bien chez les personnes qui s'expriment du haut de leurs privilèges que chez celles qui subissent l'oppression.

Mme Riediger a également souligné la manière dont les préjugés sur le poids recoupent les opinions sur les boissons sucrées et leur taxation, ainsi que les parallèles entre les préjugés sur le diabète et les préjugés couramment répandus sur la classe sociale, la race, le poids et l'éducation des enfants. Elle a présenté certaines de ses conclusions quant à la manière dont les publications scientifiques (c.-à-d. les systèmes de connaissances et la structure de pouvoir critique) intègrent des discours stigmatisants sur les personnes atteintes de diabète de type 2 qui ne suivent pas leur traitement.

Mme Riediger entend continuer à étudier les questions de santé et d'équité alimentaire et prévoit de consacrer ses travaux à l'alphabétisation comme déterminant social de la santé ainsi qu'aux médias sociaux comme lieu de circulation des récits sur l'alimentation, le corps et la santé.

Pour en savoir plus sur les travaux de Natalie Riediger, consultez la page umanitoba.ca/agricultural-food-sciences/food-and-human-nutritional-sciences/natalie-riediger (en anglais).

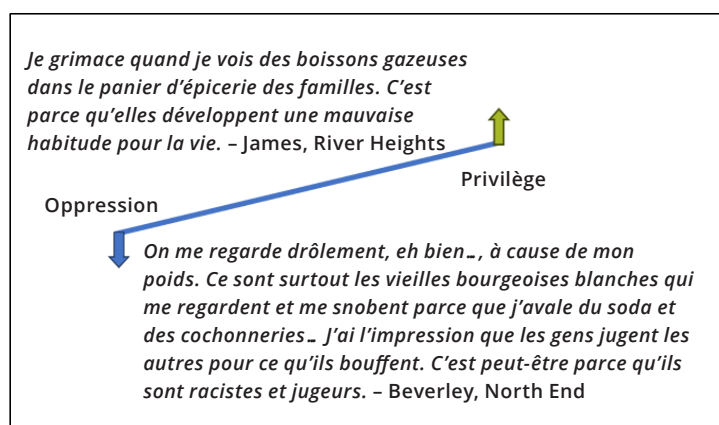


Figure 7 : Perceptions de la taxation des boissons sucrées à River Heights, au Manitoba (Waugh et coll., 2024)



5.0 Discussions en petits groupes

Les discussions en petits groupes allaient dans le sens des objectifs du Sommet :

- Examiner les obstacles à la compréhension, au diagnostic, à la prévention et au traitement du diabète dans les communautés touchées par les déterminants sociaux de la santé et les communautés dignes d'équité;
- Discuter des prochaines étapes afin d'appliquer une approche systémique de l'équité des soins aux initiatives et aux programmes de lutte contre le diabète.

Par l'examen de différentes études de cas liées aux soins, à l'accès, à la prise en charge et au traitement du diabète, les personnes participantes ont été invitées à discuter de l'état actuel des soins du diabète dans leur province et des mesures à prendre pour en favoriser l'équité. Voici un exemple d'étude de cas abordée et de questions posées pour alimenter la discussion.

Étude de cas no 1 : remédier au problème de l'alimentation et de l'insécurité alimentaire

Angie, une femme de 45 ans, vient de recevoir un diagnostic de diabète de type 2. Cette mère célibataire de deux enfants subvient seule aux besoins de sa famille. En raison de la pénurie de personnel soignant, elle n'a pas de médecin de famille ni de nutritionniste attirée pour la suivre. Elle se tourne donc vers les ressources et services en ligne pour prendre soin d'elle. Accablée d'obligations, elle peine à trouver le temps, l'énergie et les ressources nécessaires pour

apporter les changements à ses habitudes de vie qu'on lui recommande en ligne. Elle est bombardée d'informations qui l'exhortent à troquer les « mauvais aliments » contre des « aliments santé » qu'elle estime peu compatibles avec sa façon plus intuitive de s'alimenter. Même si elle souhaitait intégrer ces choix « santé », elle dispose d'un budget limité que la hausse du prix des aliments ne cesse d'amputer. Beaucoup de ressources en ligne lui suggèrent aussi d'établir un programme diététique avec une nutritionniste à laquelle elle n'a pas accès. Consciente de faire de « mauvais » choix alimentaires, Angie a du mal à accepter son diagnostic de maladie chronique et a l'impression de mal gérer son diabète – un sentiment conforté par les critiques de sa famille élargie sur ce qu'elle mange.

Questions aux fins de discussion

1. *Comment l'état actuel des soins du diabète dans votre province facilite-t-il ou entrave-t-il la prestation de soins de santé efficaces aux personnes comme Angie qui doivent composer avec un ou plusieurs déterminants sociaux?*
2. *Quelles sont les mesures concrètes à prendre pour favoriser l'équité des soins du diabète prodigués aux personnes touchées par un ou plusieurs des déterminants sociaux de la santé évoqués dans cet exemple? Pensez à des mesures concrètes que devraient prendre les pouvoirs publics et le personnel soignant.*

Le tableau 2 présente les principaux catalyseurs et obstacles aux soins du diabète dans l'Ouest canadien, ainsi que les mesures concrètes proposées par les participantes et participants au Sommet.

Tableau 2 : Catalyseurs, obstacles et mesures à prendre pour assurer l'équité des soins du diabète dans l'Ouest canadien

Obstacles
• Idée selon laquelle les soins auto-administrés et l'autogestion de la santé sont à la portée de tous • Ressources limitées en matière de soins primaires et interactions brèves et précipitées avec le personnel soignant • Absence de services en région rurale et coût des déplacements vers les grands centres pour y recevoir des soins • Besoin de meilleurs modèles de soins virtuels • Services de traduction non pris en charge, indisponibles ou inadaptés • Absence de formation au respect des cultures et de compétences culturelles • Obstacles importants sur le plan de l'accessibilité des services nécessitant une connaissance des interventions et des démarches d'accès aux soins • Vérification des revenus comme obstacle aux soins • Lacunes des couvertures d'assurance, en particulier pour les personnes à faible revenu
Catalyseurs
• Services linguistiques, si disponibles • Mobilisation communautaire en faveur des soins, de la prise en charge et du traitement du diabète • Éducation axée sur l'équité, la diversité et l'inclusion • Remboursement des glucomètres par les assureurs • Régimes d'aide financière tels que le programme Assured Income for Severely Handicapped (AISH) de l'Alberta
Étapes suivantes
• Dans le cadre des soins primaires : dissiper le sentiment de honte, axer davantage les soins sur le patient et proposer des traitements et une prise en charge adaptés à la réalité de chaque personne • Les pouvoirs publics doivent revoir leurs politiques afin d'améliorer l'accès aux médicaments et aux fournitures médicales • Soutenir un meilleur accès Internet au pays afin de rendre les soins virtuels possibles • Améliorer l'accès aux services de proximité pour les personnes âgées qui sont atteintes de diabète et d'autres maladies chroniques • Lever les obstacles qui entravent l'accès aux installations sportives • Examiner la prestation de soins adaptés à la culture dans le milieu des soins primaires • Appliquer, si possible, une approche familiale des soins • Favoriser des modèles de financement des soins primaires qui permettent de prolonger la durée des rendez-vous • Élaborer des politiques d'aide pour l'ensemble des personnes diabétiques tout en offrant des ressources ciblées à celles qui en ont le plus besoin, dans un contexte où les patients doivent actuellement attendre que leur état s'aggrave pour obtenir une aide digne de ce nom • Aider les professionnels de la santé à remplir leur rôle et à fournir des ressources aux patients • Réorienter les efforts de lutte contre les maladies chroniques pour détourner l'attention de l'individu et la rediriger vers les influences systémiques

6.0 Réflexions

À la fin du Sommet, les personnes participantes ont été invitées à réfléchir sur les exposés et les discussions de la journée. Elles ont été priées de répondre anonymement à un court questionnaire à l'aide de l'outil en ligne de brassage d'idées MentiMeter. Voici quelques exemples de réponses qui ont été recueillies.

1. En tenant compte du principe de l'équité des soins, comment pouvons-nous définir une bonne intervention auprès des personnes diabétiques?

« Il n'existe pas de définition universelle, car aucune ne saurait être complète. Une bonne intervention doit tenir compte des complexités tout en mettant l'accent sur les changements systémiques respectueux des personnes. »

« Des commentaires constructifs et des soins perçus favorablement par les patients, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie. »

« Une intervention profitable à tous, en particulier ceux qui sont désavantagés socialement et structurellement, afin de réduire les disparités en matière de santé. »

« L'équité des soins doit être le principe fondamental qui guide toutes les interventions auprès des personnes diabétiques. Cet objectif passe par la prise en charge et le suivi des populations, l'accessibilité des données à des fins d'analyse et la collecte, au point de service, de renseignements portant notamment sur l'état de santé des patients et la perception de l'expérience de soins. »

2. De quelles ressources ou formes d'aide avez-vous besoin pour cheminer vers des pratiques plus équitables dans votre travail?

- *Financement (y compris une aide régulière et un soutien gouvernemental)*
- *Besoin d'impliquer davantage le gouvernement*
- *Activités de réseautage fréquentes, poursuite des échanges et possibilités de prise de contact*
- *Investissement dans les communautés*
- *Ressources pour implanter des méthodes axées*

sur le dialogue

- *Documents d'information sur la prestation de soins adaptés à la culture*
- *Formation supplémentaire*

7.0 Étapes suivantes

Le Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins du diabète a été l'une des premières occasions, pour les acteurs du milieu canadien du diabète et de l'équité des soins, de se réunir, d'apprendre, de partager et de discuter des prochaines étapes menant à l'équité des soins. À l'heure où Diabète Canada et l'équipe du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète préparent le prochain Sommet sur l'équité des soins, les commentaires recueillis dans l'Ouest serviront à planifier et à organiser ce prochain rendez-vous. Les participantes et participants au Sommet de l'Ouest ont tous exprimé leur enthousiasme et leur désir de discuter d'un **plan d'action**. L'équipe du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète espère étendre la portée de ses efforts pour favoriser l'équité des soins du diabète partout au Canada et faire progresser les discussions sur les mesures à prendre pour prévenir et lever les obstacles en la matière.



Références

- Abdillahi, I., & Shaw, A. (2020). Social determinants and inequities in health for Black Canadians: A Snapshot. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health/social-determinants-inequities-black-canadians-snapshot.html>
- Centre for Disease Control and Prevention. (2022). What is Health Equity? https://owl.purdue.edu/owl/research_and_citation/apa_style/apa_formatting_and_style_guide/reference_list_electronic_sources.html
- Diabetes Canada. (2022). Diabetes in Canada: 2022 Backgrounder. https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Backgrounder/2022_Backgrounder_Canada_English_1.pdf
- Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Kaplan, R. M., Vinicor, F., Smith, L., & Norman, J. (1999). If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 21(2), 159–170. <https://doi.org/10.1007/BF02908297>
- Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., Thornton, P. L., & Haire-Joshu, D. (2020). Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review. *Diabetes care*, 44(1), 258–279. <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>
- Lipman T. H. (2012). Racial disparities in the incidence of diabetes in Canada. *Evidence-based nursing*, 15(1), 32. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2011-100288>
- Plamondon, K. M., Dixon, J., Brisbois, B., Pereira, R. C., Bisung, E., Elliott, S. J., Graham, I. D., Ndumbe-Eyoh, S., Nixon, S., & Shahram, S. (2023). Turning the tide on inequity through systematic equity action-analysis. *BMC public health*, 23(1), 890. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15709-5>
- Plamondon, K. M., & Shahram, S. Z. (2024). Defining equity, its determinants, and the foundations of equity science. *Social Science & Medicine*, 351, 116940. Available at: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277-9536\(24\)00384-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277-9536(24)00384-8)
- Public Health Agency of Canada. (2022). Framework for diabetes in Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/framework-diabetes-canada.html>
- Riediger, N. D., Bombak, A. E., Mudryj, A., Bensley, J., & Ankomah, S. (2018). A systematic search and qualitative review of reporting bias of lifestyle interventions in randomized controlled trials of diabetes prevention and management. *Nutrition journal*, 17(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0390-6>
- Sharan, R., Wiens, K., Ronksley, P. E., Hwang, S. W., Booth, G. L., Austin, P. C., Spackman, E., Bai, L., & Campbell, D. J. T. (2023). The Association of Homelessness With Rates of Diabetes Complications: A Population-Based Cohort Study. *Diabetes care*, 46(8), 1469–1476. <https://doi.org/10.2337/dc23-0211>
- Statistics Canada. (2024). Black History Month 2024... by the numbers. https://www.statcan.gc.ca/en/dai/smr08/2024/smr08_278
- Veenstra, G., & Patterson, A. C. (2016). Black-White Health Inequalities in Canada. *Journal of immigrant and minority health*, 18(1), 51–57. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0140-6>
- Waugh, A., Thille, P., Roger, K., Bombak, A., Mann, K., & Riediger, N. (2024). “Coke’s not a food”: A critical discourse analysis of sugar-sweetened beverage tax acceptability by white residents from an upper-middle class neighborhood in Winnipeg Manitoba. *Heliyon*, 10(9), e30089. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30089>



diabetes.ca

Siège national

1300-522 University Ave.
Toronto, ON M5G 2R5
416-363-3373

Adria Cehovin

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

Maleka El Naghi

Agente d'évaluation en
équité des soins de santé
Diabète Canada
Maleka.ElNaghi@diabetes.ca



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada