

**DIABETES
CANADA**

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

TABLE RONDE SUR LE DIABÈTE EN ONTARIO

OCTOBRE 2025





Remerciements

Autrice du rapport

Yucen Liu, MSc, 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 et les membres du public pour leur participation à la table ronde sur le diabète au Ontario.

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 Vue d'ensemble du Cadre	4
3.0 Présentations de la Table ronde	6
3.1 D ^{re} Lorraine Lipscombe – The Network for Healthy Populations (NHP)	7
3.2 Jane Rajah – Projet de centre d'hébergement : stratégies de prévention et de prise en charge du diabète adaptées aux besoins des populations	9
3.3 Trina Fitter et Nicole Van Gerwen – Vers un guichet d'accès régional centralisé pour les soins du diabète	10
3.4 D ^{re} Jessica Pace et Samantha Lascelles – L'Indigenous Diabetes Health Circle	12
3.5 Sandra Fitzpatrick – Prévenir l'amputation des membres inférieurs chez les personnes diabétiques par la collaboration et l'établissement de partenariats	14
3.6 Amos Tunji-Ajayi et Madison Pierce – Le programme de prise en charge du diabète par les travailleurs de la santé communautaires et l'initiative Diabetes Connections	16
3.7 Ethel Macatangay – Favoriser le leadership, la collaboration et l'échange d'information : l'approche du groupe de travail sur le diabète de l'équipe Santé Ontario de Scarborough	18
3.8 D ^{re} Diana Sherifali – Encadrement en santé : données probantes et impact sur la prévention et le traitement des maladies chroniques	19
3.9 D ^{re} Ghazal Fazli – Projet pilote de dépistage du diabète en milieu communautaire dans la région de Peel	21
4.0 Discussions de groupe	23
4.1 Discussions de groupe du matin	23
4.1.1 Prévention et dépistage	24
4.1.2 Données et technologies	25
4.1.3 Soins du diabète	26
4.2 Discussions de groupe de l'après-midi	27
4.2.1 Interventions et programmes	27
4.2.2 Équité des services de santé	28
4.2.3 Collaboration et intégration	29
5.0 Conclusion	30
6.0 Références	31

1.0 Sommaire

Le 1^{er} octobre 2025, grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada, Diabète Canada a tenu la Table ronde sur le diabète en Ontario, à Hamilton. En vue de favoriser des échanges de vues et de solutions concrètes visant à améliorer la prévention et le traitement du diabète, cette rencontre a réuni 38 participantes et participants, dont des représentants d'organismes gouvernementaux, des décideurs, des chercheurs, des professionnels de la santé et des partenaires communautaires. Les discussions ont fait ressortir l'importance d'une collaboration entre les milieux de la recherche, des soins cliniques et de l'action communautaire pour faire face aux répercussions croissantes du diabète. Les intervenantes et intervenants ont fait porter l'accent sur plusieurs aspects essentiels : les approches centrées sur le patient et adaptées aux réalités culturelles; l'encadrement en appui à l'autogestion de la maladie; et les programmes de dépistage en milieu communautaire destinés aux populations vulnérables ou éloignées. Ensemble, ces échanges ont réaffirmé une volonté collective de créer des réseaux de soins plus intégrés, viables et équitables pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes diabétiques.

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.

Objectifs de la rencontre :

- Identifier les programmes provinciaux en milieu urbain et rural, les interventions et les pistes d'optimisation des soins, au bénéfice des personnes diabétiques et des travailleurs de la santé;
- Évaluer l'adéquation avec le Cadre en Ontario et renforcer la collaboration avec les partenaires stratégiques;
- Collaborer à l'identification des aspects reproductibles des interventions en vue de leur éventuelle adoption dans différentes régions de l'Ontario et du Canada.

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.

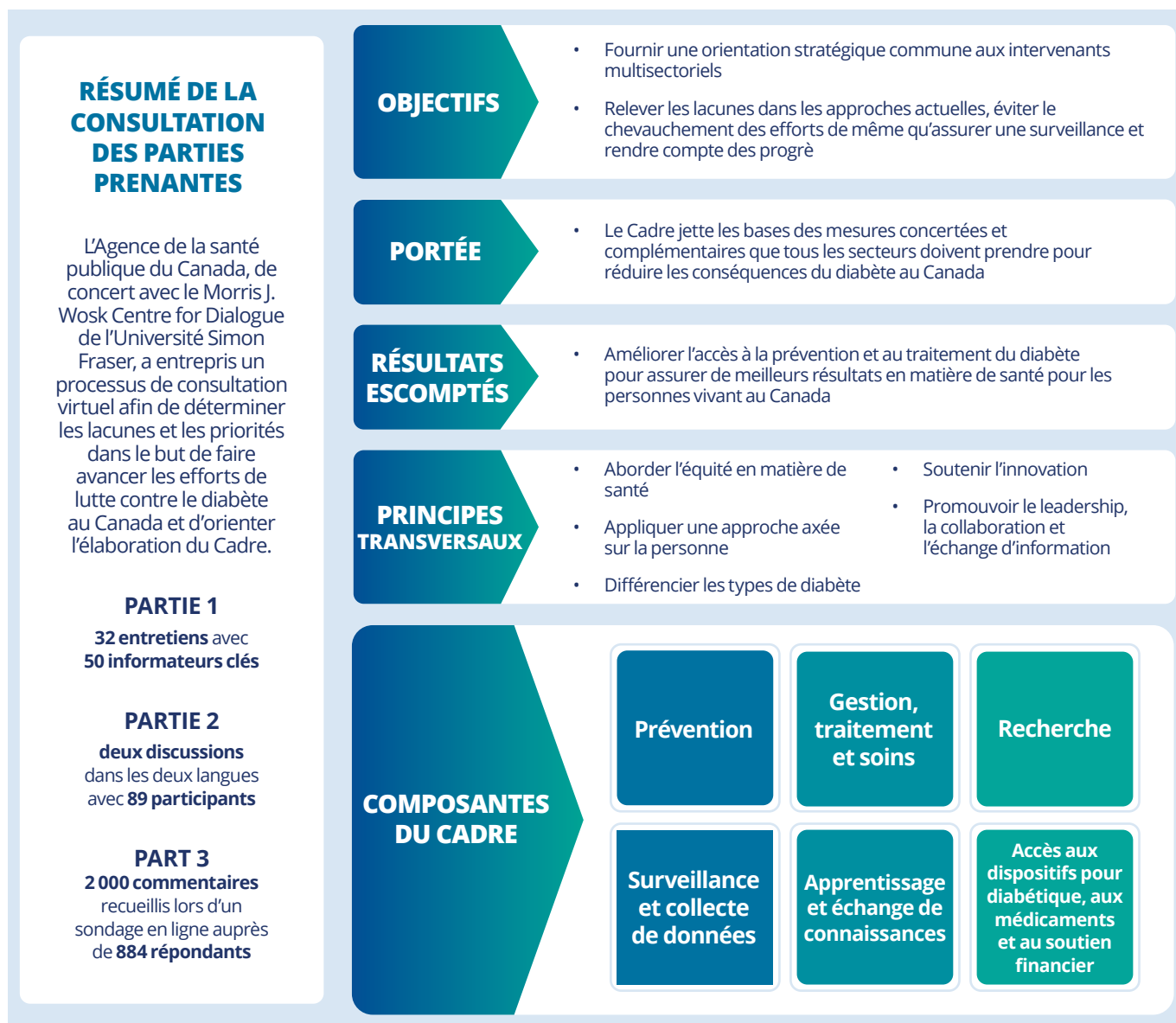


Figure 1 : Schéma du Cadre sur le diabète au Canada (ASPC, 2022)

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 (www.nada.ca – en anglais).



3.0 Présentations de la Table ronde

Sujet de la présentation	Présentateur(s)
Aperçu de la table ronde et de l'initiative Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète de Diabète Canada	Adria Cehovin, Diabète Canada
3.1 Le Novo Nordisk Network for Healthy Populations (NHP)	D ^{re} Lorraine Lipscombe, Université de Toronto
3.2 Projet de centre d'hébergement : stratégies de prévention et de prise en charge du diabète adaptées aux besoins des populations	Jane Rajah, Parkdale Queen West Community Health Center
3.3 Vers un guichet d'accès régional centralisé pour les soins du diabète	Trina Fitter et Nicole Van Gerwen, Waterloo Wellington Diabetes (WWD)
3.4 L'Indigenous Diabetes Health Circle	D ^{re} Jessica Pace, Indigenous Diabetes Health Circle Samantha Lascelles, Indigenous Diabetes Health Circle
3.5 Prévenir l'amputation des membres inférieurs chez les personnes diabétiques par la collaboration et l'établissement de partenariats	Sandra Fitzpatrick, South Riverdale Community Health Centre
3.6 Le programme de prise en charge du diabète par les travailleurs en santé communautaire et l'initiative Diabetes Connections	Amos Tunji-Ajayi, Sioux , Autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout Madison Pierce, Autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout
3.7 Favoriser le leadership, la collaboration et l'échange d'information : l'approche du groupe de travail sur le diabète de l'équipe Santé Ontario de Scarborough	Ethel Macatangay, Scarborough Health Network
3.8 Encadrement en santé : données probantes et effet sur la prévention et le traitement des maladies chroniques	D ^{re} Diana Sherifali, Université McMaster
3.9 Projet pilote de dépistage du diabète en milieu communautaire dans la région de Peel	D ^{re} Ghazal Fazli, Université de Toronto à Mississauga

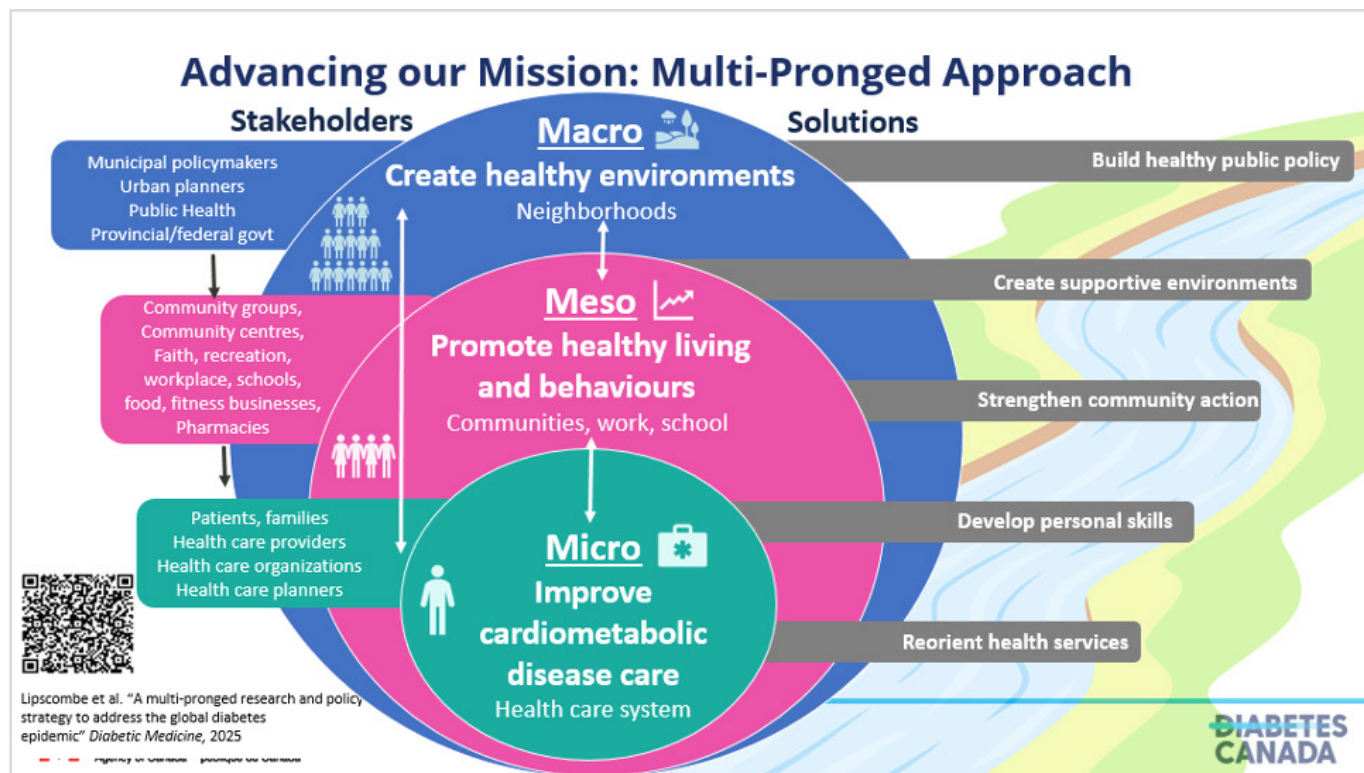
3.1 D^{re} Lorraine Lipscombe – Le Novo Nordisk Network for Healthy Populations (NHP)

La D^{re} Lorraine Lipscombe, de l'Université de Toronto, a présenté le Network for Healthy Populations (NHP), un projet interdisciplinaire lancé en 2021 par Novo Nordisk Canada et l'Université de Toronto. Le NHP s'attache à réduire le risque et le fardeau du diabète de type 2 par la recherche collaborative et la mise en œuvre de services de proximité. Le réseau concentre ses activités dans la région de Peel (Mississauga, Brampton et Caledon), où environ 70 % de la population appartient à des minorités visibles (majoritairement sud-asiatiques et noires ou caribéennes) et où plus de 15 % des adultes sont diabétiques. Des taux élevés d'obésité, la précarité socioéconomique et des facteurs environnementaux tels que la faible marchabilité et le manque d'espaces verts figurent parmi les principaux obstacles propres à cette région.

Fondée sur le principe d'apprentissage local partagé à l'échelle mondiale, la stratégie du NHP comporte

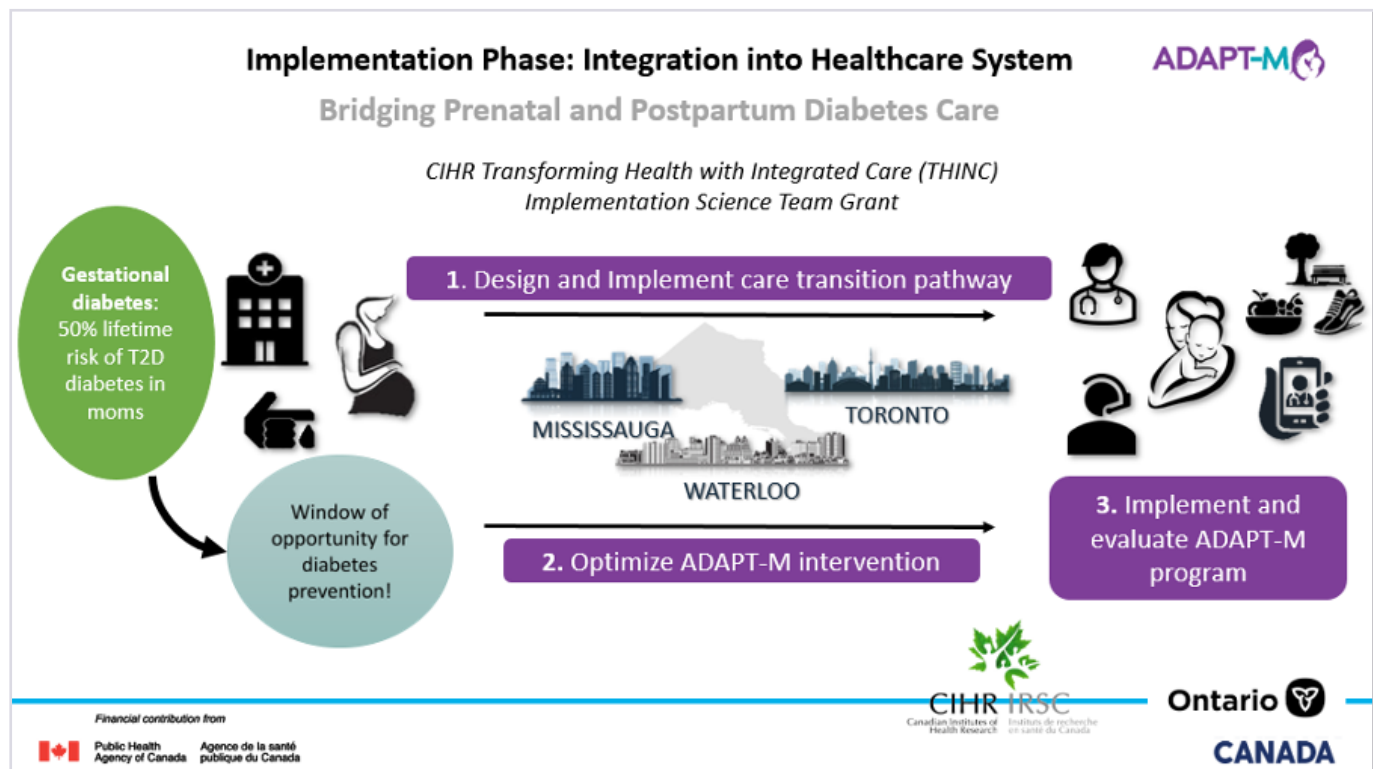
trois grands volets visant respectivement à améliorer la qualité des soins du diabète offerts dans le système de santé; à promouvoir le mieux-être en partenariat avec des organismes communautaires; et à collaborer avec les décideurs pour moderniser les infrastructures de santé publique. Le réseau, qui regroupe plus d'une cinquantaine de partenaires plurisectoriels (universitaires, communautaires et gouvernementaux), a lancé différentes initiatives allant de l'éducation culturellement adaptée sur le diabète aux programmes de nutrition en milieu scolaire, en passant par l'aménagement d'espaces verts. Ce dynamisme lui a permis de recueillir environ 11 millions de dollars en fonds de recherche. L'initiative repose sur une approche tripartite :

- Volet micro : améliorer la qualité des soins du diabète offerts dans le système de santé
- Volet méso : promouvoir le mieux-être en partenariat avec des organismes communautaires
- Volet macro : collaborer avec les décideurs et les municipalités pour moderniser les infrastructures de santé publique



Le programme ADAPT-TM, une initiative phare, offre un encadrement virtuel de six mois aux femmes ayant des antécédents de diabète gestationnel, un groupe qui présente jusqu'à 50 % de risque de développer un diabète de type 2 dans les 10 ans. Ce programme propose des conseils sur l'alimentation et l'activité physique adaptés au quotidien des nouvelles mères. Lancé en août 2025 dans trois régions desservies par des équipes Santé Ontario, ce programme témoigne des efforts déployés par le NHP en faveur d'évaluations rigoureuses. Il mise notamment sur des partenariats avec des organismes comme ICES et Santé publique Peel pour intégrer des données géospatiales et relatives aux déterminants sociaux afin de cibler les interventions et assurer un suivi continu.

Dans sa présentation, la D^{re} Lipscombe a souligné l'urgence d'agir face à la progression du diabète en adoptant des approches collaboratives fondées sur les données scientifiques et axées sur l'équité des soins. Le NHP illustre l'efficacité d'une action concertée entre établissements universitaires, milieux communautaires et systèmes de santé pour prévenir les maladies chroniques à plusieurs niveaux. En combinant rigueur scientifique, mobilisation locale et interventions évolutives, telles que le programme ADAPT-TM, l'initiative vise non seulement à améliorer les résultats cliniques dans la région de Peel, mais également à devenir une référence canadienne et mondiale en matière de prévention et de soins innovants du diabète.



3.2 Jane Rajah – Projet de centre d'hébergement : stratégies de prévention et de prise en charge du diabète adaptées aux besoins des populations

La présentation suivante a été donnée par Jane Rajah, éducatrice agréée en diabète au Parkdale Queen West Community Health Centre de Toronto. Mettant à profit 34 ans d'expérience en soins infirmiers, dont 18 ans à titre d'éducatrice communautaire en diabète, M^{me} Rajah est une fervente défenseuse des droits des personnes diabétiques qui font face à des enjeux sociaux et mentaux complexes. Elle a reçu le prix de l'Éducatrice en diabète de l'année 2015 décerné par Centre du diabète Banting et Best de l'Université de Toronto. Forte de sa vaste expérience, elle s'attache à réduire les obstacles aux soins et à faciliter l'adoption de saines habitudes de vie au sein des populations vulnérables du quartier Parkdale.

Jane Rajah a présenté le projet de centre d'hébergement lancé il y a 18 ans pour répondre aux besoins de santé des personnes souffrant d'une grave maladie mentale et vivant dans des conditions de logement précaires à Parkdale. Ce projet vise à éliminer le cloisonnement entre soins du diabète, soins de santé mentale et services d'hébergement en offrant des services de santé au cœur même de la communauté en partenariat avec COTA Health et Habitat Services, des organismes voués à la supervision et à l'accompagnement des personnes vivant en centres d'hébergement à Toronto.

Le projet fonctionne selon deux axes principaux. D'une part, le modèle de la Bailey House a transformé un centre d'hébergement en résidence adaptée aux personnes diabétiques, qui offre des soins de santé sur place, des suivis réguliers du diabète, des services de révision de la médication et de l'éducation à la santé. D'autre part, le modèle de sensibilisation itinérante prévoit des visites régulières dans sept centres d'hébergement pour y offrir du dépistage, des soins podologiques et des séances d'éducation de groupe basées sur des cartes conversationnelles traitant d'alimentation, d'activité physique, d'insulinothérapie et d'autogestion de la maladie. Les résidentes et résidents sont orientés vers des services

de soins primaires, de podologie, d'examen de la vue et de soutien communautaire. L'établissement de liens de confiance est au cœur de cette approche, puisque les progrès dépendent de relations respectueuses à long terme avec ces personnes qui sont souvent méfiantes ou craintives à l'égard du système de santé.

Jane Rajah a souligné des lacunes courantes en matière d'alimentation : des repas riches en glucides et pauvres en protéines ainsi que des soupers servis trop tôt, une combinaison qui favorise l'hypoglycémie nocturne. Pour y remédier, l'équipe propose des collations du soir riches en protéines, des initiatives de jardins potagers et la tenue d'ateliers interactifs de cuisine et de nutrition. Elle offre, deux fois par année, une formation aux cuisiniers et au personnel de soutien sur la planification de menus adaptés aux personnes diabétiques, la gestion des crises et les substituts alimentaires simples et pratiques.

Des protocoles d'usage sécuritaire des médicaments et des plans de gestion des jours de maladie ont été mis en place à l'intention du personnel de soutien. Parallèlement, Habitat Services a revu ses normes afin d'intégrer des collations santé et des fruits au menu des centres d'hébergement. Des outils éducatifs, tels que des guides sur le contrôle des portions et des exemples de menus, favorisent un changement d'habitudes durable au sein des équipes de travail. Grâce à une approche centrée sur la personne et à des interventions graduelles et constantes, le projet a amélioré le dépistage, la détection précoce du diabète et la continuité des soins offerts aux résidentes et résidents diabétiques, tout en renforçant la collaboration entre les partenaires communautaires, les fournisseurs de logements et les professionnels de la santé.

M^{me} Rajah a conclu sa présentation en rappelant la grande résilience de ses clientes et clients, tout en dénonçant le coût de l'inaction auprès de cette population à haut risque : cécité évitable, amputations et hospitalisations. Les 18 années qu'elle a consacrées à ce projet prouvent qu'un accompagnement de proximité soutenu dans le temps, l'établissement de liens de confiance et la collaboration intersectorielle peuvent transformer les soins du diabète au profit des personnes souffrant d'une grave maladie mentale et vivant dans des conditions de logement précaires.

3.3 Trina Fitter et Nicole Van Gerwen – Vers un guichet d'accès régional centralisé pour les soins du diabète

Trina Fitter et Nicole Van Gerwen de Waterloo Wellington Diabetes ont pris la parole pour la présentation suivante. Nutritionniste professionnelle et éducatrice agréée en diabète, Trina Fitter possède plus de 25 ans d'expérience en gestion du diabète et a dirigé de nombreuses initiatives d'amélioration des soins dans différents environnements cliniques. Nicole Van Gerwen occupe pour sa part le poste de directrice du Centre de coordination régional de la circonscription de Waterloo–Wellington. Elle compte plus de 15 années d'expérience dans la conception et la mise en œuvre de systèmes d'admission centralisés un peu partout en Ontario. Ensemble, elles ont présenté un modèle régional destiné à améliorer la coordination des soins du diabète par l'entremise du Service d'accueil central en matière de diabète.

Lancé en 2011, le Service d'accueil central en matière de diabète est l'un des premiers systèmes d'aiguillage centralisés en Ontario. Il traite les demandes pour tous les types de diabète, qu'elles proviennent de professionnels de la santé ou des patients eux-mêmes. De 2012 à 2014, l'offre de services a été étendue à l'endocrinologie, à l'ophtalmologie et à la néphrologie, en plus d'intégrer un cheminement clinique régional pour le diabète de grossesse. La mise en place, en 2017, de l'aiguillage électronique via la plateforme Ocean a amélioré l'efficacité opérationnelle et le suivi des patients. En 2024-2025, le programme a intégré un parcours d'aiguillage simplifié pour les soins d'urgence, les soins des plaies et le dépistage des risques rénaux. L'obtention de nouveaux fonds a également permis d'accroître la capacité de triage et d'élaborer un guide fondé sur des données scientifiques pour la prise en charge de l'hyperglycémie induite par les corticostéroïdes.

Comme l'ont expliqué M^{me} Fitter et M^{me} Van Gerwen, les requêtes peuvent être soumises par voie électronique, par télécopieur, par téléphone ou par la poste. Le programme accepte également les requêtes soumises par les patients avec l'aide du personnel. Des éducatrices et éducateurs agréés en diabète assurent le triage en fonction de l'urgence, de la complexité et de l'emplacement géographique. Les délais de prise en charge sont de 2 jours pour les cas urgents, de 7 à 14 jours pour les cas semi-urgents et de 14 à 28 jours pour les cas non urgents. Les patientes et patients sont dirigés vers le programme d'éducation sur le diabète le plus près, tandis que le médecin référent reçoit une confirmation ainsi que des mises à jour sur les délais d'attente. À ce jour, le programme a traité plus de 99 000 demandes d'aiguillage provenant de plus de 4 000 médecins référents, soit une moyenne d'environ 1 000 par mois.

Des informations sur les délais d'attente et le volume de demandes d'aiguillage sont transmises chaque trimestre à tous les programmes régionaux d'éducation sur le diabète à des fins d'amélioration de la qualité et de planification. Des rencontres collaboratives fréquentes, du mentorat et deux réseaux régionaux assurent le transfert des connaissances et l'harmonisation des pratiques. Ces initiatives comprennent notamment des programmes de prévention, une formation sur les soins offerts aux personnes autochtones et des points de situation sur les cheminements cliniques régionaux. L'action du Centre de coordination régionale rejoint les priorités du Cadre grâce au dépistage préventif et à l'éducation, à la simplification des mécanismes d'aiguillage et à une collecte de données régionales rigoureuse. À cela s'ajoutent des réseaux régionaux et des activités éducatives organisées par le programme régional d'autogestion pour mobiliser les patients et le personnel soignant.

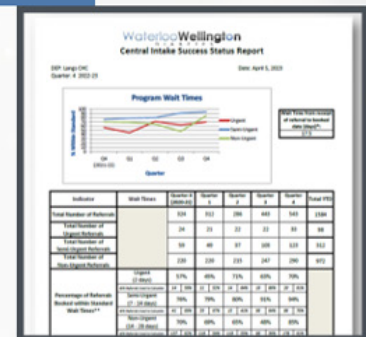
Comme l'ont souligné M^{me} Fitter et M^{me} Van Gerwen, la centralisation des services, alliée à une gestion collaborative fondée sur les données, permet d'améliorer l'accès aux services, de réduire les délais d'attente et d'accroître la coordination des soins dans l'ensemble du réseau. Le succès de Waterloo-Wellington prouve qu'un triage uniforme, le partage de données et la collaboration régionale permettent d'offrir des soins à la fois rapides et équitables. Cette approche est en parfaite adéquation avec la vision de Santé Ontario axée sur une prestation de services intégrée et centrée sur le patient.

DIABETES CENTRAL INTAKE

- ➔ Process referrals for Diabetes Education, ensuring equitable access for all types of diabetes, with the ability for referrers to consult certain specialists:
 - endocrinology
 - ophthalmology
 - nephrology
 - medically supervised wound care
- ➔ Receive by eReferral (Ocean), fax, phone, or mail
- ➔ Triageed by Certified Diabetes Educator Clinicians according to urgency, complexity and geographical location
- ➔ Monitor Wait Times (Urgent – 2 days, Semi-Urgent 7-14 days, Non-Urgent 14-28 days)
- ➔ Currently receiving ~1,000 referrals/month (HCP and self referral)

The image shows a detailed medical referral form. It includes sections for patient information, referral details, and a table for tracking referrals. The form is titled 'Waterloo Wellington Diabetes Central Intake' and has various checkboxes and fields for data entry.

WaterlooWellington
DIABETES



Processed over 99,000 referrals to date from over 4000 distinct referrers

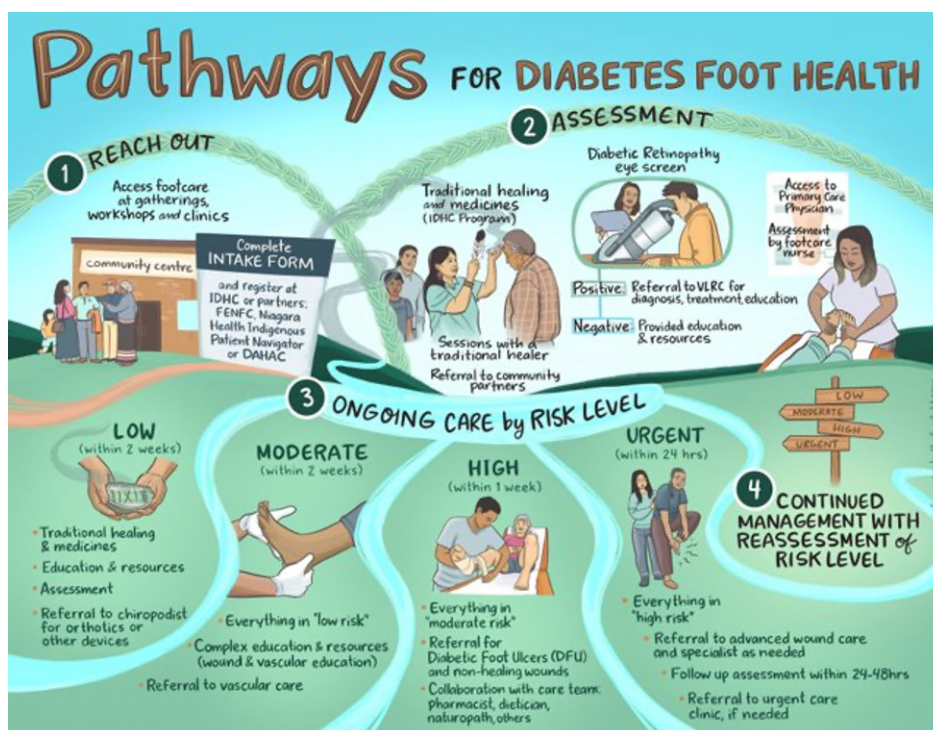
3.4 D^{re} Jessica Pace et Samantha Lascelles – L'Indigenous Diabetes Health Circle

Donné par Jessica Pace, Ph. D., et Samantha Lascelles du Indigenous Diabetes Health Circle (IDHC), l'exposé suivant a présenté la mission de l'IDHC, qui consiste à fournir aux populations autochtones les moyens de vivre sans diabète en favorisant une forme holistique de mieux-être axée sur les savoirs ancestraux et le renforcement des capacités communautaires. Maintenant à sa 29^e année d'existence, l'IDHC a étendu ses services au-delà du sud de l'Ontario pour servir les communautés autochtones de toute la province. Il s'applique à réduire le risque de diabète et à améliorer le mieux-être des personnes, des familles et des communautés autochtones au moyen de partenariats, de soins adaptés aux réalités culturelles et d'approches sensibles aux traumatismes.

Samantha Lascelles a décrit différents programmes à la disposition de cette clientèle. L'un d'eux, le Programme de soins podologiques, propose des trousse d'autosoins et de prévention, des outils personnalisables et de l'aide financière pour les personnes qui ne sont pas admissibles aux programmes fédéraux. Il intègre également des services podologiques de proximité et des formations visant à renforcer les capacités locales. L'Initiative de dépistage des maladies oculaires, menée en partenariat avec

Réadaptation en déficience visuelle Canada, offre pour sa part des services de dépistage mobile et de prévention de la rétinopathie diabétique. Cette approche proactive porte ses fruits en allant au contact des gens et en favorisant le dépistage des cas de diabète non diagnostiqués au sein des communautés. Enfin, le Programme de mieux-être traditionnel offre un accès provincial à des consultations individuelles avec des guérisseurs et des gardiens du savoir selon une approche holistique qui couvre les volets physique, émotionnel et spirituel.

M^{me} Lascelles a présenté l'Initiative de préservation des membres inférieurs élaborée en partenariat avec Santé Ontario, le Centre d'amitié autochtone de Fort Erie (FENFC), le Centre de santé autochtone De dwa da dehs nye>s (DAHAC) et d'autres organismes communautaires dans le but de freiner la progression du taux d'amputation des membres inférieurs dans la région de Niagara. Cette initiative vise à améliorer l'accès aux soins de proximité (podologie, ophtalmologie et santé vasculaire) dans un cadre culturellement sécurisant. En combinant formation du personnel soignant et sensibilisation aux traumatismes, le nouveau parcours de soins vise à restaurer le lien de confiance avec les patientes et patients autochtones. L'IDHC a également conçu du matériel éducatif adapté à ces populations, tel que des cartes postales illustrées présentant des stratégies de prévention à adopter et le parcours d'aiguillage à suivre.

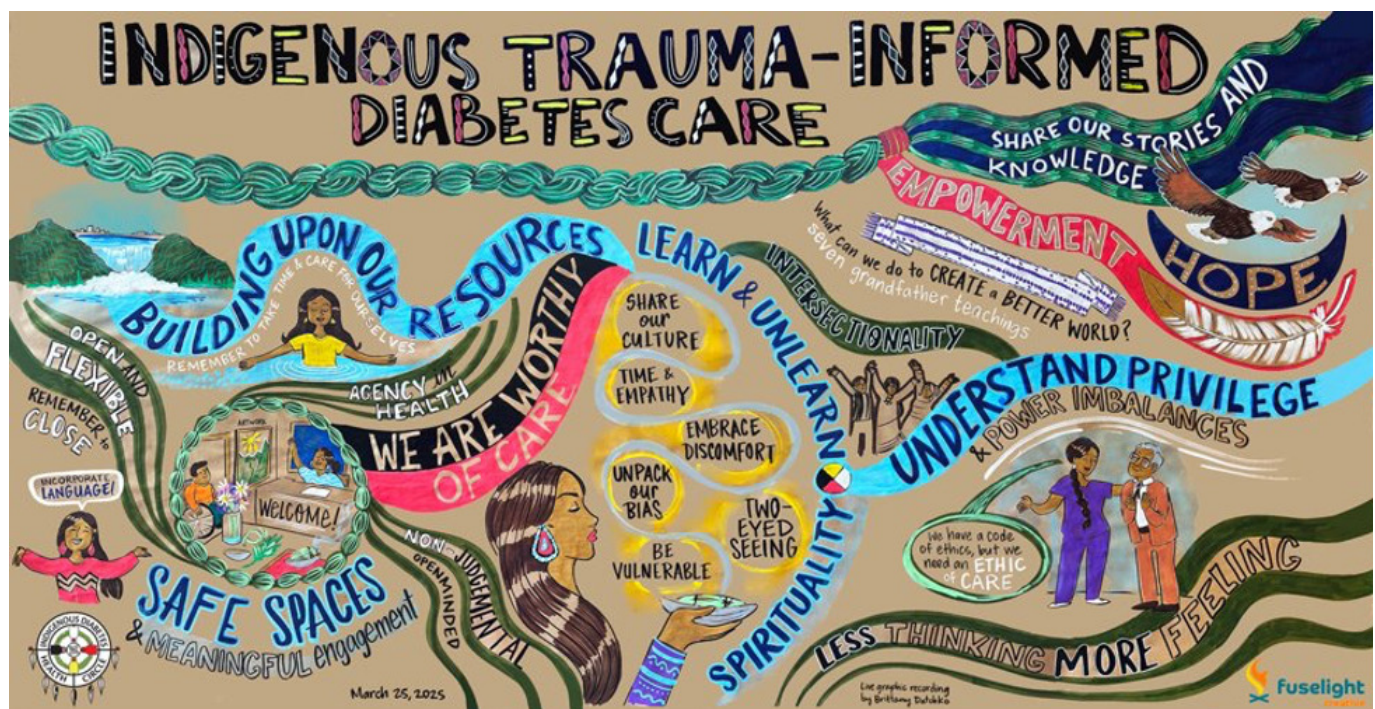


Comme l'a indiqué M^{me} Pace, la Direction du savoir utilise les travailleurs de la santé de première ligne selon un modèle de renforcement des capacités combinant formation, enseignement et ressources. La Direction propose entre autres une formation sur le diabète certifiée ISO et culturellement adaptée qui est offerte en mode virtuel ou présentiel. Les formations de base de plusieurs jours comprennent une formation sur le mieux-être des personnes diabétiques, une formation en soins des pieds de niveau 1 et une formation sur la prévention du diabète gestationnel. S'y ajoutent des webinaires mensuels, des séances communautaires personnalisées et la distribution de plus de 10 000 ressources culturellement adaptées chaque année.

L'IDHC participe également à des projets de recherche financés à l'échelle provinciale et nationale, notamment par les IRSC, le CRSH et Santé Ontario. Parmi les principaux projets, mentionnons Waasnooden/Wawatay, qui sensibilise les jeunes Autochtones au diabète par la création de trois romans graphiques; Aki Gimiinigonaa Mshkooziwin (La terre nous donne de la force), une initiative de souveraineté

alimentaire autochtone visant à renforcer les liens avec le territoire et les systèmes alimentaires traditionnels; le projet Making Indigenous Men Visible (Rendre visibles les hommes autochtones), un projet destiné à favoriser des relations saines et la prévention du diabète chez les hommes; ainsi que le projet de soins du diabète sensibles aux traumatismes, dont le lancement est prévu en 2026 et qui vise à développer une formation en vue d'améliorer la sécurité culturelle et émotionnelle lors des consultations cliniques.

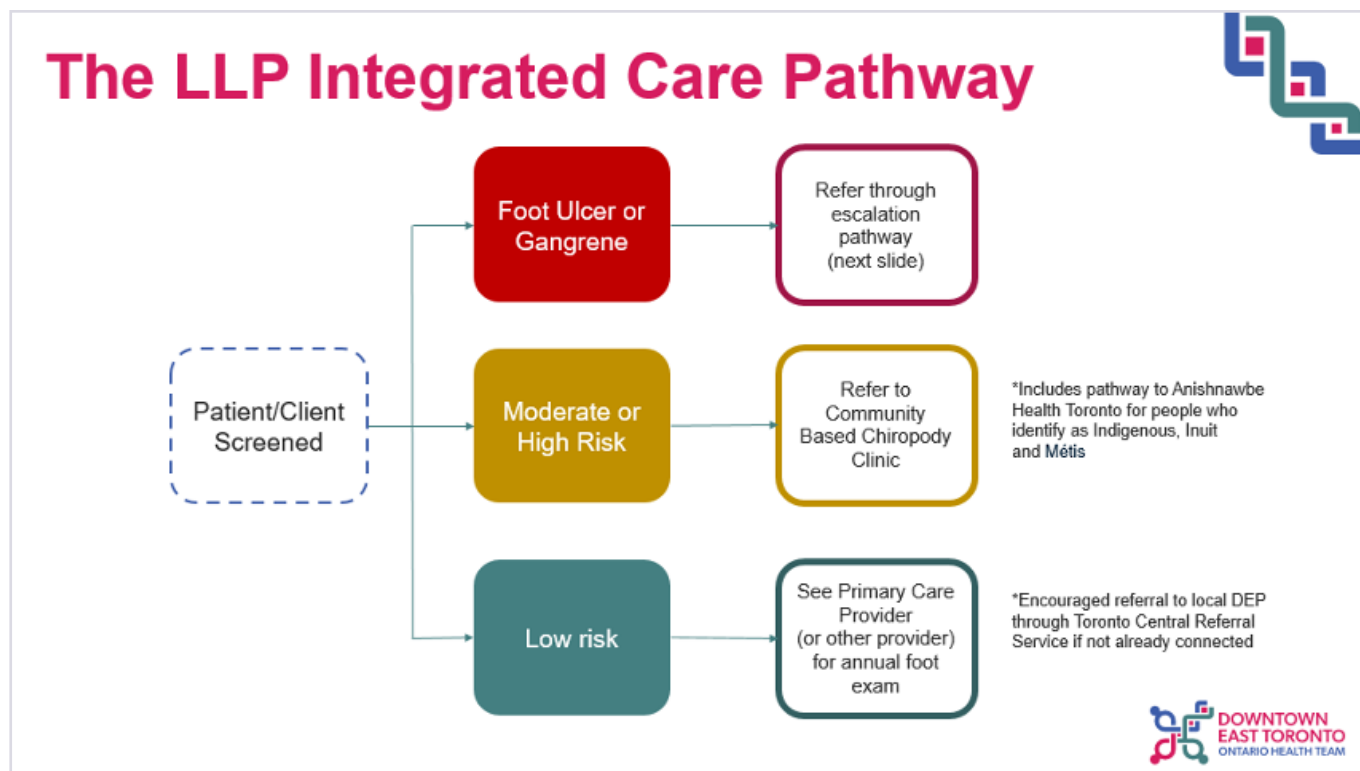
En conclusion, M^{me} Pace et M^{me} Lascelles ont réitéré l'attachement de l'IDHC à la prévention et aux soins du diabète culturellement adaptés et dirigés par la communauté. En combinant savoirs ancestraux et pratiques fondées sur des données scientifiques, l'IDHC renforce les capacités des Autochtones, rétablit la confiance envers les systèmes de santé et garantit que les approches de mieux-être sont respectueuses de l'identité culturelle et de l'expérience vécue. Son travail s'impose comme un modèle de promotion de la santé autochtone à la fois durable, sensible aux traumatismes et autodéterminé partout en Ontario.



3.5 Sandra Fitzpatrick – Prévenir l'amputation des membres inférieurs chez les personnes diabétiques par la collaboration et l'établissement de partenariats

Sandra Fitzpatrick, animatrice régionale du programme Diabetes Care Connect au Centre de santé communautaire de South Riverdale, a présenté une initiative de collaboration déployée dans la région du centre-est de Toronto visant à prévenir les complications du diabète touchant les membres inférieurs. Financé par Santé Ontario et développé par l'Équipe Santé Ontario du centre-ville de l'est de Toronto, ce projet vise à améliorer le dépistage, la coordination et l'accès équitable aux soins podologiques et vasculaires au moyen d'un modèle de services intégré.

Comme l'a expliqué M^{me} Fitzpatrick, l'initiative mise sur le dépistage précoce, la prévention et un processus d'aiguillage fluide pour réduire les taux élevés d'amputations évitables des membres inférieurs liées aux iniquités sociales et de santé chez les personnes atteintes de diabète ou de neuropathie. Ce projet est le fruit d'une collaboration avec des établissements hospitaliers, des travailleurs de première ligne, des organismes communautaires et des personnes ayant une expérience vécue. Un outil simplifié d'examen des pieds, intitulé « Look, Touch & Ask » (Regarder, toucher et demander), a été intégré aux dossiers médicaux électroniques (DME) pour faciliter le dépistage de la neuropathie et la collecte de données. Des protocoles d'intervention clairs ont également été créés pour les patients présentant un niveau de risque modéré, élevé ou urgent.



Selon M^{me} Fitzpatrick, plus de 960 patientes et patients ont été examinés dans 6 centres partenaires, et 278 d'entre eux ont été orientés vers des services de podologie ou de soins des plaies. Le programme priorise l'accompagnement des populations défavorisées, racialisées et marginalisées qui sont touchées de façon disproportionnée par le diabète. Grâce aux fonds alloués, il a également élargi l'accès aux soins podologiques financés par le secteur public et contribué à réduire les délais d'attente.

M^{me} Fitzpatrick a salué l'étroite collaboration intersectorielle entre les hôpitaux, les éducateurs spécialisés en diabète, les centres de santé communautaires, les équipes de médecine familiale, les prestataires de soins primaires, les podologues et les

spécialistes de la santé vasculaire de l'Hôpital St. Michael. Ce partenariat a permis l'utilisation d'outils d'aiguillage communs, le suivi des données et l'harmonisation des pratiques de dépistage dans tous les milieux de soins. Sans cette collaboration, une réelle équité et un modèle durable, l'initiative n'aurait pas pu connaître autant de succès, a souligné M^{me} Fitzpatrick. Le programme prouve qu'il est possible d'améliorer les soins et d'éviter les amputations en dotant les systèmes de soins primaires d'outils de dépistage, en mettant en place un processus d'aiguillage standardisé et en renforçant l'offre locale de soins des pieds. Le projet continue de s'étendre en misant sur le renforcement des communications, l'intégration des données et l'accès équitable à long terme aux services de préservation des membres inférieurs.

Systems Transformation and Integrated Care Pathways: Reflections



Equitable Access to Care	Access to the Right Care at the Right Time	Leveraging DEPs for Prevention & Screening	Communication Pathway	Importance of Implementation Resources
• People at highest risk of complications are more likely to be impacted by the SDOH • Resources required to address gaps in equitable access to foot care & chiropody	• Clear escalation pathways • Timely access to team-based care with the appropriate provider • Consultation role to support providers	• Leveraging team-based care to access the right provider at the right time • Investing in training & capacity of DEP teams • Consider team-based supports with primary care expansion	• Essential to ensure timely access to care • Opportunities to improve communication across care settings	• Dedicated resources important for implementation, change management and sustainability



3.6 Amos Tunji-Ajayi et Madison Pierce – Le programme de prise en charge du diabète par les travailleurs en santé communautaire et l’initiative Diabetes Connections

Dans l’exposé suivant, Amos Tunji-Ajayi et Madison Pierce, de la Sioux Lookout First Nations Health Authority (SLFNHA), ont présenté deux initiatives complémentaires : le Programme d’intervenants en soins communautaires du diabète et l’initiative Diabetes Connections. Ces programmes visent tous deux à améliorer la prévention et les soins du diabète dans 33 communautés autochtones éloignées et enclavées du nord-ouest de l’Ontario, dont plusieurs ne sont accessibles que par avion. Pour améliorer l’accès aux soins du diabète dans ces régions dotées d’infrastructures de santé limitées, il est essentiel d’instaurer des solutions conçues par la communauté, une approche culturellement sécurisante et le développement des compétences locales.

Comme l’ont souligné M. Tunji-Ajayi et M^{me} Pierce, le diabète touche de 13 % à 14 % des membres des communautés de la SLFNHA, comparativement à 9,7 % pour le reste de la population ontarienne. Cette situation est aggravée par le manque d’accès routiers, le taux de roulement élevé du personnel médical et le nombre limité de programmes de soins de proximité. Dans ces régions, le nombre d’hospitalisations et d’amputations des membres inférieurs est deux fois plus élevé que la moyenne provinciale.

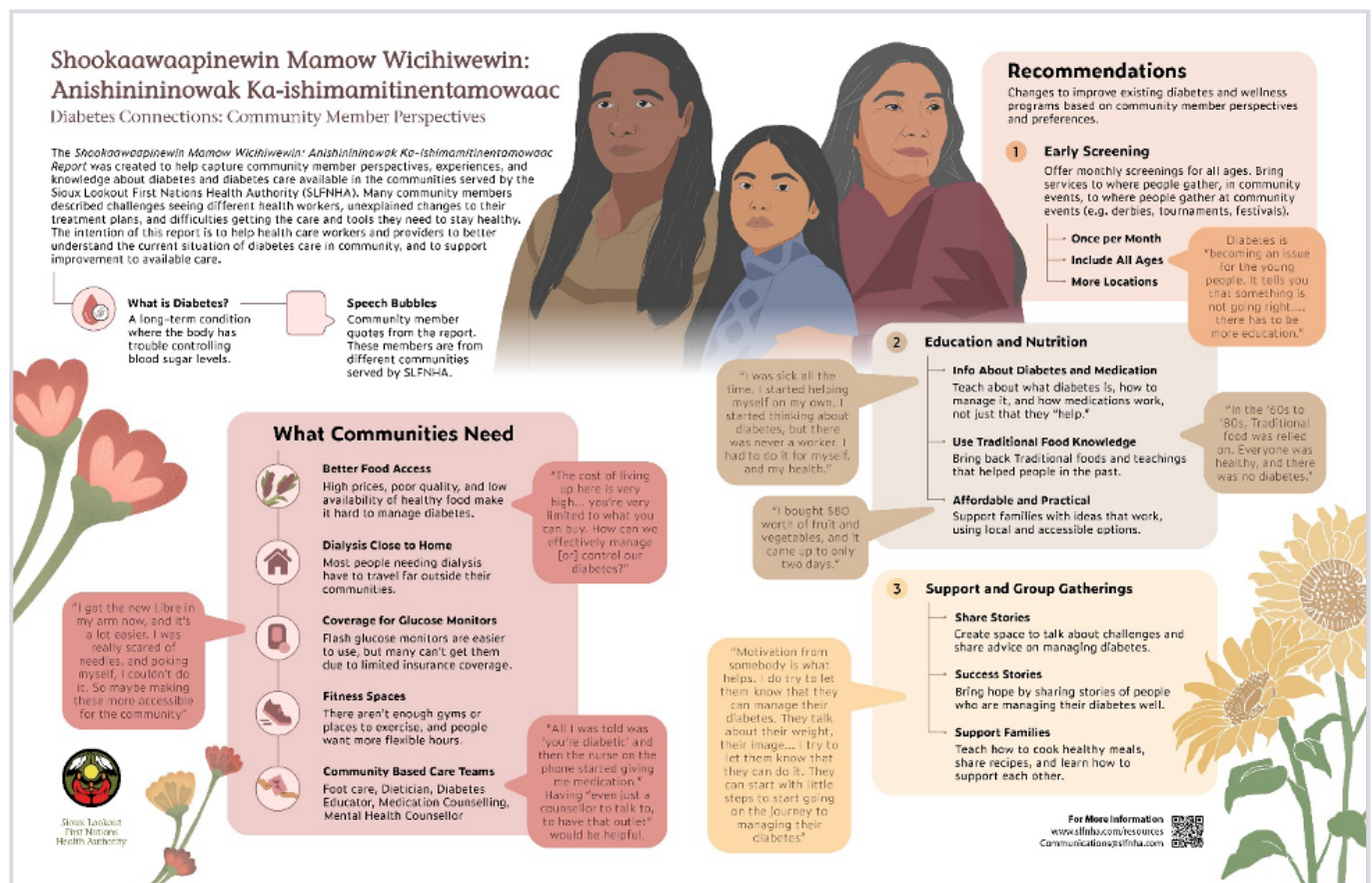
Le Programme d’intervenants en soins communautaires du diabète vise à renforcer les capacités locales en formant des travailleurs non réglementés des services de santé

de proximité. Grâce à des séances de mentorat, à une formation pratique et à un programme de certification, les intervenants acquièrent des compétences en éducation sur le diabète, en soins des pieds et en phlébotomie. Des partenariats avec les établissements d’enseignement secondaire et collégial oshki-wenjack favorisent également la création de micro-certifications et de formations en phlébotomie visant à améliorer la reconnaissance professionnelle et le maintien en poste. Le programme intègre les savoirs ancestraux et les enseignements culturels grâce à une collaboration avec les Aînés et les gardiens du savoir. Les initiatives actuelles comprennent notamment des programmes de dépistage des maladies oculaires et rétinienues, des forums de réseautage communautaire ainsi que des activités de représentation en faveur de la couverture du glucomètre en continu pour toutes les personnes atteintes de diabète de type 2.

Pour sa part, l’initiative Diabetes Connections est un projet de recherche communautaire lancé conjointement par la SLFNHA et le Département de médecine familiale et communautaire de l’Université de Toronto. Comme l’ont expliqué M. Tunji-Ajayi et M^{me} Pierce, cette initiative met à profit entrevues, cercles de partage et sondages pour documenter les modèles actuels de soins du diabète et les priorités communautaires, tout en accordant du financement aux communautés participantes en vue d’améliorer la qualité des soins. Le projet recense les services de diabétologie existants dans le but d’identifier les forces, les lacunes et les occasions de coordination et de représentation. Il vise ainsi à optimiser la prestation des soins, à influencer les politiques publiques et à impliquer davantage les communautés dans l’organisation de leurs services de santé.

M. Tunji-Ajayi et M^{me} Pierce ont fait part de constats issus d'entrevues menées auprès de membres des communautés de la SLFNHA. Ces entrevues, qui documentent les expériences vécues et les perspectives des résidents, révèlent que ceux-ci réclament davantage de soins préventifs, d'éducation sur le diabète dans les écoles et d'aliments sains et abordables. M. Tunji-Ajayi et M^{me} Pierce ont souligné la nécessité de soins humains et adaptés à la culture, mais aussi d'un processus de concertation où les communautés ont leur mot à dire dans la prise de décision.

Comme ils l'ont indiqué, la pérennité des soins du diabète dans les régions nordiques et isolées dépend de trois facteurs : l'autonomisation des communautés locales, l'établissement de liens de confiance et la création de partenariats équitables. Grâce à la formation de membres de confiance des communautés, à l'intégration des savoirs ancestraux et à la conception conjointe des services, ces projets marquent un virage vers des soins sécurisants et administrés localement. Selon M. Tunji-Ajayi et M^{me} Pierce, cette conception conjointe exige beaucoup d'humilité et d'écoute pour que la participation communautaire se traduise par une influence réelle, et non par une simple participation symbolique.



3.7 Ethel Macatangay – Favoriser le leadership, la collaboration et l'échange d'information : l'approche du groupe de travail sur le diabète de l'équipe Santé Ontario de Scarborough

Ethel Macatangay, directrice des soins aux patients en néphrologie et gestion des maladies chroniques au Scarborough Health Network, a présenté la manière dont l'Équipe Santé Ontario de Scarborough améliore les soins du diabète par le leadership collaboratif, le partage des apprentissages et l'intégration des systèmes. Scarborough affiche l'un des taux de prévalence du diabète les plus élevés en Ontario, une prévalence largement attribuable à des déterminants sociaux de la santé comme le faible revenu, l'insécurité alimentaire et la sédentarité.

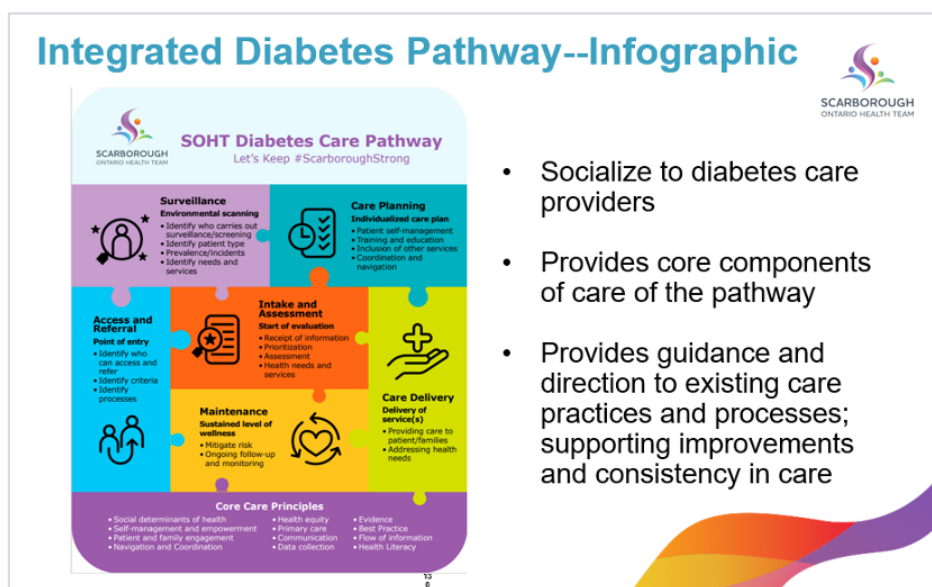
M^{me} Macatangay a décrit la composition du Groupe de travail sur le diabète de l'Équipe Santé, qui réunit des hôpitaux, des centres de santé communautaires, des services de soins primaires, des organismes comme Toronto Diabetes Care Connect et Santé Ontario à domicile, ainsi que des Centres d'éducation sur le diabète (CED) – le tout, dans le but d'offrir des soins et services aux personnes diabétiques de Scarborough. Elle a souligné l'importance d'établir des partenariats égaux qui reconnaissent l'expertise de chaque organisme, au lieu d'adopter une approche descendante menée par les hôpitaux.

À ses dires, chaque partenaire suit sa propre trajectoire de soins, les meilleures pratiques étant regroupées dans un parcours commun élaboré de concert. Le programme repose

sur le concept de « porte d'entrée universelle », selon lequel les patients peuvent accéder à des soins du diabète par l'entremise de n'importe quel fournisseur ou établissement. Le parcours est modulaire et adaptable, un peu comme des pièces d'un casse-tête qui s'emboîtent, plutôt que comme des étapes qui se succèdent de façon linéaire.

M^{me} Macatangay a souligné plusieurs principes clés et leçons tirées de l'expérience : utilisation des données locales sur la prévalence et les résultats cliniques pour susciter un sentiment d'urgence et harmoniser le travail; recensement de toutes les ressources communautaires et cliniques offertes dans le but de repérer les chevauchements et les lacunes dans les services; priorisation de la transparence et de la confiance afin de favoriser un dialogue ouvert sur les limites et les besoins particuliers des populations; partage de la facilitation entre représentants hospitaliers et communautaires pour apporter une vision équilibrée et réduire les structures hiérarchiques.

M^{me} Macatangay a conclu que le succès de Scarborough réside dans l'optimisation des ressources existantes, l'élimination des cloisonnements et l'établissement d'un consensus grâce au partage des données probantes et à des liens de confiance mutuelle. Ce parcours de soins coordonné améliore non seulement la qualité des soins du diabète offerts dans tous les secteurs, mais sert aussi de modèle pour la prise en charge des autres maladies chroniques. En privilégiant l'équité, la transparence et le leadership partagé, l'Équipe Santé Ontario de Scarborough met en place un cadre reproductible de transformation des soins à la fois intégré et porté par la communauté.



3.8 D^{re} Diana Sherifali – Encadrement en santé : données probantes et effet sur la prévention et le traitement des maladies chroniques

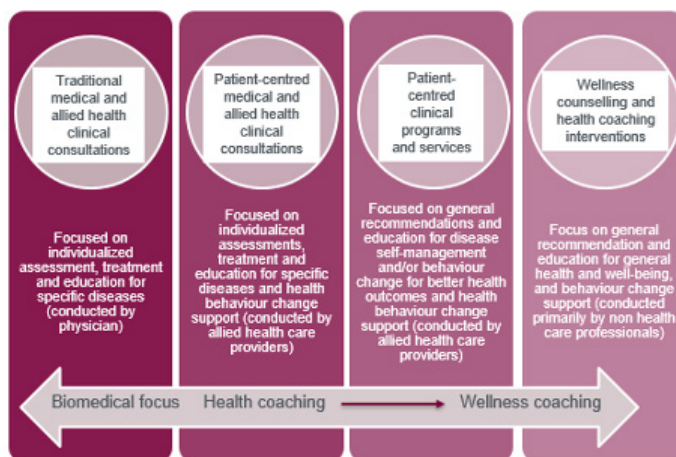
Diana Sherifali, Ph. D., de l'Université McMaster a présenté l'encadrement en santé comme une innovation dans les soins du diabète et la prise en charge des maladies chroniques. Forte de plus de 25 ans d'expérience en recherche et en pratique clinique, M^{me} Sherifali a décrit cette approche comme une intervention fondée sur des données scientifiques qui comble l'écart entre conseils médicaux et autogestion quotidienne, en privilégiant le soutien, l'empathie et les soins centrés sur la relation plutôt que l'éducation directive.

Comme elle l'a expliqué, l'encadrement en santé est une forme de soutien à l'autogestion axée sur les forces, qui complète l'éducation sur le diabète en mettant l'accent sur les atouts de la personne plutôt que sur ses lacunes. Cet accompagnement est conçu pour combler le vide entre les rendez-vous médicaux, pendant lequel les patients assument seuls 90 % de la gestion quotidienne de leur diabète. Il mise sur des échanges réguliers et bienveillants

pour favoriser l'établissement d'objectifs, la résolution de problèmes et la confiance en soi. Que ce soit en personne, au téléphone ou par visioconférence, la souplesse de l'encadrement facilite son déploiement dans tous les contextes de soins.

Comme l'a indiqué M^{me} Sherifali, une méta-analyse portant sur 53 examens systématiques regroupant 232 essais sur les maladies chroniques a montré que l'encadrement multifactoriel en santé améliorait les résultats cliniques de manière considérable. Chez les personnes atteintes de diabète de type 2, l'encadrement était associé à une réduction moyenne du taux d'HbA1c de 0,3 %, cette réduction s'accroissant avec une participation prolongée pouvant aller jusqu'à douze mois. Dans le cadre d'un essai aléatoire contrôlé mené par M^{me} Sherifali auprès de 365 participantes et participants, un encadrement en santé sur douze mois entraînait une réduction du taux d'HbA1C de 0,5 % de plus qu'avec les soins usuels, un effet comparable à la prescription d'un nouveau médicament contre le diabète. Les personnes ayant reçu de l'encadrement ont également observé des améliorations statistiquement significatives de leur qualité de vie, tout particulièrement sur le plan du fonctionnement physique et des relations interpersonnelles.

Health Coaching: On the health care continuum



Adapted from Health Change Australia | www.healthchangeaustralia.com and <https://hltn.info.yorku.ca/chronic-disease-management-health-coach/>

L'intervention comprenait 30 rencontres annuelles sous forme de courtes séances personnalisées de 10 à 15 minutes chacune. L'encadrement reposait sur des échanges ouverts dont la teneur variait selon les priorités du participant ou de la participante. M^{me} Sherifali a fait état de l'utilisation du cadre méthodologique Tiny Habits (Petites habitudes), qui privilégie l'adoption de micro-habitudes fréquentes plutôt que des objectifs SMART classiques. À terme, l'intervention s'est avérée rentable et n'a entraîné aucun événement indésirable ni augmentation du risque d'hypoglycémie.

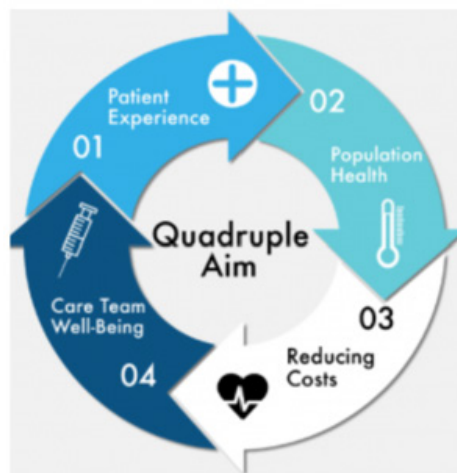
La formation sur l'encadrement en santé a été intégrée au programme de formation continue de l'Université McMaster. Du côté des interventions adaptées à la culture et prenant en compte les perspectives autochtones, des initiatives de co-conception sont en cours avec des partenaires communautaires comme le programme manitobain Minoayawin Coach (accompagnateur de bonne vie) du Manitoba. Parallèlement, des recherches portent sur l'IA, l'intégration et l'analyse de données pour améliorer

l'efficacité des interventions et garantir le respect des protocoles dans différents milieux de soins. Le champ d'application de l'encadrement s'étend également à la prévention du diabète gestationnel, à la gestion du diabète de type 1 ainsi qu'à la prise en charge conjointe du diabète et des troubles de santé mentale.

En conclusion, M^{me} Sherifali a affirmé que l'encadrement en santé constitue une innovation transposable et axée sur les relations susceptible de transformer la prise en charge des maladies chroniques comme le diabète. Fondée sur l'empathie, la collaboration et les données probantes, cette approche assure la continuité entre les soins cliniques et la vie quotidienne en favorisant un changement d'habitudes grâce à un soutien ininterrompu. Que ce soit par l'intégration technologique ou l'adaptation culturelle, la souplesse de ce modèle en fait une stratégie pratique et durable pour améliorer les résultats cliniques, réduire le fardeau sur le système de santé et rehausser l'expérience des patients et des soignants.

Evidence for health coaching and impact

- Nine RCTs met the inclusion criteria.
- Analyzed outcomes by Institute of Healthcare Improvement's Quadruple Aim outcomes



Racey et al. (2022). *Frontiers in Endocrinology*.



3.9 D^{re} Ghazal Fazli – Projet pilote de dépistage du diabète en milieu communautaire dans la région de Peel

Donnée par Ghazal Fazli, Ph. D., professeure adjointe à l'Université de Toronto à Mississauga et titulaire d'une chaire de recherche sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé au sein du Network for Healthy Populations, la présentation suivante a porté sur un projet pilote de dépistage communautaire du diabète conçu en collaboration avec des partenaires locaux de la région de Peel. Ce projet visait à améliorer la détection précoce du prédiabète et du diabète auprès de populations hautement prioritaires disposant d'un accès limité aux soins primaires, au moyen d'une approche ascendante, dirigée par la communauté et adaptée aux réalités culturelles.

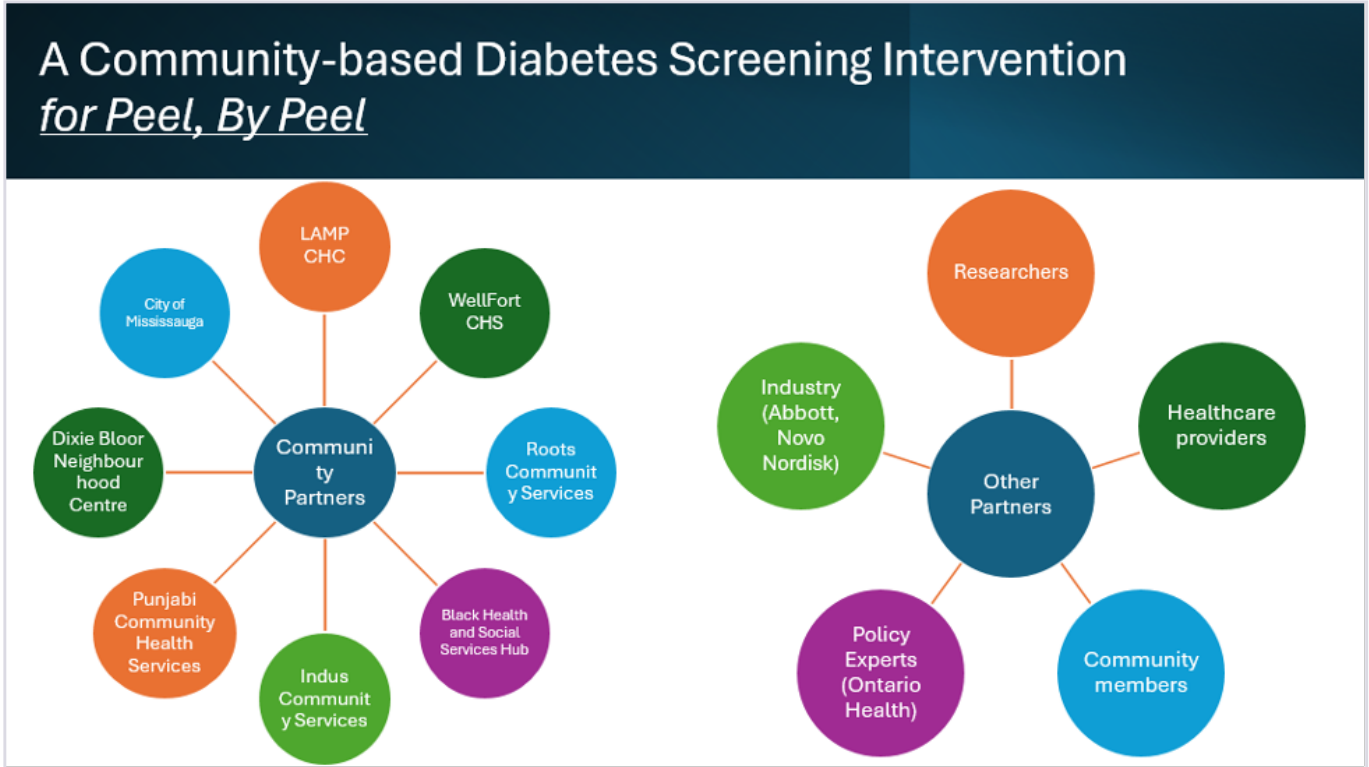
M^{me} Fazli a décrit un projet consistant à tester la faisabilité et l'utilité du dépistage communautaire comme porte d'entrée vers la prévention, l'éducation et l'aiguillage en vue de lever les obstacles à l'accessibilité des soins primaires – une lacune majeure contribuant aux retards de diagnostic et de prise en charge du diabète. La participation directe des organismes communautaires permet d'assurer une approche respectueuse des cultures et de briser les tabous entourant le dépistage. Le projet a mobilisé plusieurs partenaires communautaires, dont le LAMP Community Health Centre, WellFort, le Black Health and Social Services Hub, Indus Community Services, le Dixie Bloor Neighbourhood Centre et la Ville de Mississauga, ainsi qu'une équipe multidisciplinaire de chercheurs, de prestataires de soins, de décideurs et de bénévoles locaux,

qui ont assuré la réalisation des tests au point de service au moyen d'analyseurs de l'HbA1C Abbott Afinion.

Le modèle de dépistage combinait un questionnaire d'évaluation du risque culturellement adapté et dérivé de l'outil CANRISK avec des épreuves de l'HbA1C effectuées au point de service et des questions sur les déterminants sociaux de la santé. Les participantes et participants ont été classés en trois catégories : normoglycémie (éducation seulement), prédiabète (orientés vers les soins primaires dans un délai de 1 à 3 mois) ou diabète probable (orientation urgente et mise en contact avec un prestataire de soins). Les documents éducatifs, le parcours de soutien et l'orientation vers les ressources locales étaient personnalisés en fonction du code postal et de la catégorie de risque. Si elles y consentaient, les personnes sans médecin de famille étaient directement mises en relation avec des professionnels de santé dans leur région.

M^{me} Fazli a décrit deux grands salons d'information sur la santé tenus en juin 2025 à Brampton et à Mississauga. Ces salons intégraient la campagne de dépistage à des activités de promotion de la santé holistique non stigmatisantes, dont des ateliers de cuisine, des séances de soca et de Zumba, des activités pour les jeunes familles et des kiosques d'organismes locaux. Selon M^{me} Fazli, le projet a démontré sa faisabilité et suscité une forte participation communautaire. Il a permis d'identifier des personnes inconscientes de leur risque élevé, de mettre les gens en contact avec des prestataires de soins et de renforcer l'importance de l'adaptation culturelle, des partenariats et des liens de confiance. Le projet a également mis en lumière des défis liés à la mise en œuvre, dont le manque de ressources et la nécessité d'une capacité de suivi adéquate.

M^{me} Fazli a insisté sur le rôle crucial que joue le dépistage local quand vient le temps d'améliorer l'équité des soins de santé, la détection précoce et l'aiguillage des groupes à risque élevé et sous-desservis. Le succès du projet pilote montre combien la collaboration entre chercheurs, organismes communautaires et prestataires de soins peut être un outil puissant. Pour la suite, l'équipe prévoit de perfectionner le modèle, d'élargir le déploiement à d'autres régions et d'associer les données des participants aux résultats cliniques obtenus dans le système de santé afin de mesurer l'efficacité réelle de cette approche à long terme. M^{me} Fazli a conclu en affirmant que pour susciter de réels changements, les interventions de santé en milieu communautaire exigent de la patience, une bonne capacité d'adaptation et des partenariats durables dans le temps.



4.0 Discussions de groupe

À la suite des présentations, les participantes et participants ont formé de petits groupes de discussion portant sur les priorités en matière de soins du diabète, les occasions à saisir et les défis à relever pour assurer une prestation de soins efficace. Deux séries de discussions thématiques ont eu lieu, l'une le matin et l'autre l'après-midi. Une ou un porte-parole de chaque groupe a ensuite fait la synthèse des échanges en plénière. Le processus de discussion et les constats qui en découlent sont présentés ci-dessous.



4.1 Discussions de groupe du matin

Les participantes et participants ont été répartis en six groupes composés de personnes aux profils variés. Chaque groupe s'est vu attribuer un thème (prévention et dépistage, données et technologies, soins du diabète) et a été invité à réfléchir et à répondre aux questions suivantes sous l'angle du diabète :

Question 1 Définition :

Quel est l'état de la situation au Canada relativement à votre thème (grandes tendances, ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas)?

Question 2 Découverte :

Quels sont les programmes, les initiatives, les politiques et les interventions qui, à votre connaissance, favorisent des soins équitables en lien avec ce thème (soyez précis ou précise)?

Question 3 Devenir :

D'après vous, comment votre thème devrait-il évoluer au cours des cinq prochaines années au Canada? Tenez compte des principaux indicateurs de résultats.

Question 4 Design :

Quels programmes, politiques, initiatives et interventions devons-nous mettre en œuvre pour concrétiser cette vision?

Question 5 Déploiement :

Comment pouvons-nous donner naissance à cette vision? Posez-vous les questions suivantes :

- Qui va ou qui doit se faire le champion de cette initiative?
- Quelles discussions s'imposent? Quels groupes nécessitent davantage de formation ou de soutien? Quels services ou organisations doivent collaborer et comment?

4.1.1 Prévention et dépistage

Prévention et dépistage	
Définition	• Financement discontinu et coordination fragmentée d'une région à l'autre • Absence de protocole de dépistage uniforme, surtout pour le prédiabète • Résultats prometteurs, mais entravés par les contraintes de la phase pilote et le financement à court terme
Découverte	• Programmes : ADAPT M, YMCA/YWCA, Small Steps for Big Changes, programme de prévention du diabète de LMC • Accent mis par la santé publique sur les saines habitudes de vie pour la prévention du diabète et des maladies concomitantes
Devenir	• Accès équitable et durable aux programmes de prévention • Prise en charge centralisée et standardisation des processus d'aiguillage • Intégration du traitement des comorbidités (soins des reins, des pieds et des yeux) • Approches adaptées aux réalités culturelles et dirigées par la communauté
Design	• Planification fondée sur les données et financement en amont • Renforcement de la collaboration provinciale et régionale
Déploiement	• Acteurs à mobiliser : professionnels de la santé, secteur public, organismes communautaires, services paramédicaux, pharmaciens et partenaires autochtones • Coordination entre les niveaux micro, méso et macro

Les deux groupes de discussion sur la prévention et le dépistage conviennent que les initiatives de prévention du diabète en Ontario sont prometteuses, mais qu'elles souffrent d'un manque de coordination et de ressources financières. Les deux groupes ont souligné la nécessité d'établir un protocole de dépistage uniforme, d'assurer un accès équitable et d'améliorer l'intégration des données et des services. La capacité limitée des prestataires de soins, les inégalités régionales et les fossés culturels comptent parmi les principaux obstacles mis de l'avant. Les deux groupes appellent à un financement durable, à la centralisation des mécanismes d'aiguillage et au renforcement des partenariats, tout particulièrement avec les populations autochtones et les populations à haut risque, dans le but de bâtir un système de prévention plus coordonné et inclusif.

4.1.2 Données et technologies

Données et technologies	
Définition	• Manque de cohésion et d'interopérabilité des systèmes d'information ontariens • Partage de données entre les volets recherche et clinique limité par les exigences de la LPRPS (<i>Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i>) • Partage de données et innovation freinés par l'aversion au risque des organisations • Cloisonnement des données recueillies par les professionnels de la santé, les établissements et l'État • Manque d'interopérabilité entre les systèmes de DME (Epic, Cerner, etc.) • Financement à court terme faisant obstacle à la planification à long terme • Fossé numérique touchant les milieux ruraux et autochtones • Flou sur la propriété des données et les enjeux de souveraineté numérique des données autochtones
Découverte	• Initiatives actuelles : Registre des maladies chroniques et Réseau de recherche sur les soins primaires (en cours de développement) • Possibilité de s'inspirer d'autres provinces (p. ex., la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador) qui ont déjà mis en œuvre des modèles de soins intégrés
Devenir	• Nécessité de créer un registre ou un DME provincial pour assurer la continuité des soins • Application des outils d'IA pour la prédiction des risques et l'optimisation des soins • Implication des patients dans les décisions relatives à l'utilisation de leurs données
Design	• Réforme de la LPRPS pour favoriser des échanges de données à la fois sûrs et conviviaux • Collecte de données comme condition de financement pour accroître la reddition de comptes • Obtention d'un financement pluriannuel stable • Recours aux partenariats public-privé (PPP) pour élargir l'accès aux soins et moderniser les infrastructures
Déploiement	• Principales parties prenantes : Santé Ontario, prestataires de soins, patients, gouvernements et partenaires du secteur privé • Nécessité d'une collaboration à tous les échelons, de l'élaboration des politiques à la prestation des soins de proximité

Selon les deux groupes sur les données et les technologies, les systèmes technologiques de l'Ontario sont cloisonnés et obsolètes, un problème aggravé par des obstacles législatifs et un financement irrégulier. Le groupe appelle à une réforme de la LPRPS, à la création d'un DME provincial unifié et à l'octroi d'un financement plus durable pour permettre le partage et l'intégration des données. L'équité des soins, la participation des patients et la souveraineté des données autochtones sont des priorités absolues. Grâce à des efforts coordonnés, au recours à l'IA et à des partenariats stratégiques, les données pourraient devenir un outil de transformation des soins et de prévention du diabète en Ontario.

4.1.3 Soins du diabète

Soins du diabète	
Définition	• Décalage entre les Centres d'éducation sur le diabète (CED) et les soins de première ligne • Manque d'éducation auprès des patients, des familles et des praticiens • Compartimentation des soins au sein des établissements hospitaliers, des services de proximité et des services paramédicaux • Disparités régionales dans les services (soins des pieds, CSC) • Problèmes de dotation et épuisement professionnel • Contraintes législatives limitant l'élargissement des champs d'exercice • Consultations brèves et fragmentées nuisant à l'exhaustivité des soins
Découverte	• Soins spécialisés axés sur le patient offerts par les Centres d'éducation sur le diabète (CED) • Stratification du risque optimisant la prestation de soins aux patients présentant des besoins complexes • Existence de certains modèles de soins multidisciplinaires et intégrés
Devenir	• Soins intégrés et axés sur le patient, accompagnés de messages harmonisés • Accès équitable dans toutes les régions et pour tous les groupes d'âge • Consultations coordonnées en équipe multidisciplinaire
Design	• Élargissement du champ d'exercice des infirmières, des nutritionnistes et des pharmaciens • Standardisation des pratiques exemplaires et ordonnances collectives • Exploitation des données en appui à la planification et à l'obtention de financement
Déploiement	• Financement durable et soutien politique • Mobilisation des services paramédicaux et des ressources de proximité • Accent sur les résultats cliniques plutôt que sur les limites du système

D'après les deux groupes qui ont discuté des soins du diabète, l'Ontario excelle en matière d'éducation et de modèles intégrés émergents, mais souffre d'un cloisonnement des services, d'un manque d'uniformité des messages, de disparités régionales et d'une pénurie de personnel. Les participantes et participants proposent une vision des soins interdisciplinaires, équitables et centrés sur le patient, qui repose sur l'élargissement des champs d'exercice, la standardisation des lignes directrices, la coordination des rendez-vous et une planification fondée sur les données, le tout soutenu par un financement durable et une réforme des politiques.

4.2 Discussions de groupe de l'après-midi

Pendant l'après-midi, les participantes et participants ont été répartis en six groupes dont la composition différait de celle de la séance du matin, tout en conservant une diversité de points de vue. Chaque groupe s'est vu attribuer un nouveau thème (interventions et programmes, équité des soins, collaboration et intégration) et a été invité à réfléchir et à répondre aux mêmes questions que lors de la séance du matin.

4.2.1 Interventions et programmes

Interventions et programmes	
Définition	• Nécessité d'uniformiser la qualité de l'éducation sur le diabète dans tous les milieux de soins • Nécessité de mieux adapter le matériel aux réalités culturelles et linguistiques • Nécessité de combler les lacunes en matière de dotation, de roulement et de formation, surtout en ce qui a trait à la technologie et aux soins complexes • Élargissement de l'offre de stages cliniques et de mentorat pour former de nouveaux éducateurs et éducatrices en diabète • Intégration dans les soins de services de soutien en matière de traumatismes, de santé mentale, de dépendances et d'alphabétisation
Découverte	• Résultats prometteurs des modèles de soins adaptés aux Autochtones, des programmes d'ambassadeurs communautaires et des modèles de soins virtuels • Accroissement de la participation grâce aux initiatives dirigées par la communauté (p. ex., programmes d'intervenants en santé communautaire, ateliers, pairs aidants) • Efficacité, en matière de prévention, des programmes en amont favorisant l'adoption de saines habitudes de vie, la marche à pied, le jardinage et la sécurité alimentaire • Avantages intersectoriels liés à l'apport de spécialistes de la prévention et de coachs santé à la prise en charge des maladies chroniques
Devenir	• Utilisation croissante des plateformes virtuelles et des approches collaboratives en équipe • Tendance vers la combinaison des rôles (p. ex., éducatrice certifiée en diabète + coach santé + spécialiste de la prévention)
Design	• Besoin de modèles de financement durables (p. ex., financement suivant le patient) • Réduction des complications et des hospitalisations grâce aux investissements en amont
Déploiement	• Évolution vers des modèles holistiques, communautaires et centrés sur le patient • Expansion requérant l'adhésion de tous les secteurs et la formation des effectifs

D'après les deux groupes sur les interventions et programmes, les programmes de lutte contre le diabète sont plus efficaces lorsqu'ils reposent sur des approches communautaires, adaptées à la culture et axées sur la prévention. Pour déployer et maintenir des interventions efficaces, il est impératif d'assurer un financement pérenne, de former la main-d'œuvre et d'intégrer des services de soutien à la santé mentale et à l'alphabétisation.

4.2.2 Équité des services de santé

Équité des services de santé	
Définition	• Inégalités géographiques et socioéconomiques tenaces en matière d'accès aux soins, à l'information et aux services • Manque de matériel éducatif adapté aux réalités culturelles et linguistiques • Coûts prohibitifs des aliments, des médicaments et des appareils; de nombreux patients éprouvent des difficultés financières, mais « gagnent trop » pour être admissibles à de l'aide • Manque de données sur les personnes non assurées et évaluation insuffisante des déterminants sociaux de la santé • Parcours de soins fragmentés et inadaptés aux besoins individuels et communautaires
Découverte	• Reconnaissance, en tant que modèle probants, du Cercle de santé sur le diabète chez les Autochtones et des programmes communautaires régionaux
Devenir	• Accent mis sur des approches communautaires et culturellement adaptées ainsi que sur l'intégration des savoirs ancestraux
Design	• Appel à l'élargissement du dépistage mobile, à la prolongation des heures d'ouverture et à la mise en place de solutions virtuelles pour améliorer l'accessibilité • Nécessité de simplifier l'accès aux services et d'orienter les patients vers du soutien local par l'entremise de répertoires régionaux ou de portails de services
Déploiement	• Nécessité de promouvoir une coalition multisectorielle dirigée par les représentants des communautés • Nécessité d'obtenir un financement réservé et de mobiliser des champions politiques au sein de différents ordres de gouvernement

Les discussions sur l'équité des services de santé ont porté sur les obstacles de nature sociale, financière et géographique qui limitent l'accès à la prise en charge du diabète. Les participantes et participants ont insisté sur la distinction entre égalité et équité, cette dernière consistant à garantir l'octroi d'une aide proportionnelle aux besoins. L'équité face au diabète passe par des modèles de soins culturellement adaptés et dirigés par les Autochtones, appuyés par des systèmes de données plus performants et des services de proximité ciblés.

4.2.3 Collaboration et intégration

Collaboration et intégration	
Définition	• Nécessité d'améliorer les communications et le partage de données pour éviter le dédoublement des services • Pérennité et intégration entravées par le financement de projets pilotes ou à court terme • Méconnaissance des partenaires et programmes existants d'un secteur à l'autre • Besoin d'une véritable collaboration des partenaires patients, et non d'une participation symbolique
Découverte	• Collaboration intersectorielle sous l'égide des Équipes Santé Ontario et des partenariats locaux affichant des succès préliminaires • Communication et sensibilisation intersectorielles renforcées par les forums et les parcours cliniques intégrés • Grande valeur de l'expérience vécue transmise par la mobilisation communautaire et les partenaires patients
Devenir	• Nécessité d'établir des liens de confiance et des partenariats à long terme au-delà des cloisonnements traditionnels en santé • Nécessité de mettre en commun les données, les ressources et les innovations pour gagner en efficacité et réduire la fragmentation
Design	• Nécessité d'harmoniser les objectifs des différentes organisations pour maximiser les retombées collectives et l'utilisation du financement • Encourager l'évaluation continue, l'apprentissage et le partage de connaissances
Déploiement	• Acteurs à mobiliser et partenaires : gouvernement (Santé Ontario, Équipes Santé Ontario), ONG (Diabète Canada, Cercle de santé sur le diabète chez les Autochtones), santé publique, organismes communautaires, milieu universitaire, secteur privé et partenaires non traditionnels (bibliothèques, groupes locaux, proches aidants)

Les deux groupes sur la collaboration et l'intégration ont insisté sur le fait que des soins du diabète efficaces nécessitent une collaboration intersectorielle authentique et durable. Pour assurer la pertinence et l'évolutivité des programmes, le processus d'intégration doit faire intervenir les patients, les familles, les responsables communautaires et les partenaires de secteurs autres que la santé. Trois éléments ont été reconnus comme les clés d'une véritable collaboration systémique : le financement à long terme, la transparence des communications et le partage de l'imputabilité.

5.0 Conclusion

Le projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète (MRACD) est une initiative de collaboration de première importance entre Diabète Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). La Table ronde sur le diabète en Ontario visait à mobiliser l'attention et la participation des parties prenantes autour du diabète dans la province. Cette rencontre constitue un modèle du genre pour favoriser la collaboration, cerner les obstacles et promouvoir l'accessibilité équitable des soins de manière à améliorer l'état de la santé publique dans la région.

La Table ronde a atteint, voire surpassé les objectifs mentionnés précédemment :

- Identifier les programmes provinciaux en milieu urbain et rural, les interventions et les pistes d'optimisation des soins, au bénéfice des personnes diabétiques et des travailleurs de la santé;
- Évaluer l'adéquation avec le Cadre en Ontario et renforcer la collaboration avec les partenaires stratégiques;
- Collaborer à l'identification des aspects reproductibles des interventions en vue de leur éventuelle adoption dans différentes régions de l'Ontario et du Canada.

Principaux constats découlant de la Table ronde sur le diabète en Ontario :

- L'efficacité des soins du diabète passe par des partenariats communautaires et le respect des particularités culturelles. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui misent sur les savoirs locaux, les pratiques ancestrales et les liens de confiance, au détriment des solutions toutes faites;
- Plus qu'une simple coordination des services, la collaboration nécessite un changement structurel profond. Une véritable collaboration exige de moderniser les lois sur la protection des renseignements personnels comme la LPRPS et d'établir des modèles de financement durables dans lesquels les ressources suivent les patients. Elle requiert également la mise en place de systèmes de DME intégrés permettant un partage d'information fluide entre les prestataires de soins;
- Il est impératif d'agir en amont en garantissant un financement durable dans la prévention. Une prévention efficace nécessite des investissements dans les

déterminants sociaux, et non seulement dans le dépistage clinique. Les investissements en amont réduisent les complications et les hospitalisations en aval, mais le manque de financement à long terme empêche tout essai à grande échelle;

- Pour être équitables, les services de santé doivent garantir que les personnes ayant le plus d'obstacles à surmonter reçoivent un soutien proportionnel à leurs besoins. L'équité passe par des services de proximité (dépistage mobile, horaires prolongés), l'intégration des savoirs ancestraux et le transfert du pouvoir décisionnel aux communautés. L'équité des services de santé nécessite une approche réfléchie plutôt qu'une répartition égale des ressources;
- L'intégration des données est à la fois un obstacle et une occasion à saisir. Ensemble, un DME provincial, un registre des maladies chroniques et des cadres clairs pour la souveraineté des données autochtones pourraient révolutionner la planification, l'évaluation et le suivi du diabète, à condition d'être assortis d'un financement stable et de modalités de collaboration intersectorielle.

La Table ronde sur le diabète en Ontario a réuni avec succès divers intervenants et intervenantes du secteur public, de la santé, de la recherche et des services communautaires pour donner une impulsion à l'action collaborative en faveur de la prévention et du traitement du diabète dans la province. Tout au long de la rencontre, les participantes et participants ont manifesté une volonté commune de transcender le cloisonnement sectoriel en mettant l'accent sur des soins culturellement adaptés, des services de santé équitables et une intégration systémique durable. Les programmes innovants et les modèles de partenariat présentés – allant du dépistage local à l'encadrement en santé, en passant par les initiatives de mieux-être dirigées par les Autochtones et les guichets d'accès régionaux – offrent des cadres reproductibles pouvant améliorer la prestation des soins du diabète. Dans la continuité du Cadre sur le diabète au Canada, les constats, les relations et la dynamique de collaboration établis lors de cette table ronde orienteront l'élaboration des politiques, l'attribution des ressources et l'instauration d'un système de soins du diabète plus intégré, équitable et centré sur le patient, au service de tous les Ontariens et Ontariennes, spécialement ceux qui sont confrontés aux plus grands obstacles à la santé.

Références

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



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

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

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

Financial contribution from



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada