



DIABÈTE CANADA PRÉSENTENT LE :

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

Compte rendu de colloque

2 OCTOBRE 2024 • HALIFAX, EN NOUVELLE-ÉCOSSE



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 et responsable du Sommet de l'Atlantique)

Commanditaires et organismes de colloque

Le Sommet de l'Atlantique 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 de la prise en charge du diabète*.

Le Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins du diabète doit sa création et son succès au soutien financier du gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Nous remercions Laura Wentzell, directrice des soins d'urgence et de première ligne au sein du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, pour son appui à la réalisation du Sommet. La Health Association of African Canadians, un organisme sanitaire de la province, a également joué un rôle essentiel en mettant son expertise au service de l'organisation de l'événement et en nous faisant part de ses impressions. Nous tenons à remercier deux de ses membres, Shelley Fashan (directrice, Participation communautaire) et Soliel Gibson (coordonnatrice de projet et des affaires administratives), de nous avoir prêté leur concours.

Les présentatrices et présentateurs du Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins ont contribué à enrichir les acquis fondamentaux sur la prise en charge du diabète et l'équité des soins. Ces personnes ont investi temps, énergie et ressources afin de transmettre leurs connaissances et leur expérience aux participantes et participants du Sommet dans l'optique d'une plus grande équité des soins du diabète. Nous les remercions de leur participation, dans l'ordre de présentation de leurs exposés :

Adria Cehovin – Diabète Canada
Rebekah Quach – Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Jalal Uddin – Université Dalhousie
Beth Cummings – Université Dalhousie, Programme de soins du diabète de la Nouvelle-Écosse

Erin Pichora – Institut canadien d'information sur la santé
Julia Bannister – Wise Choice Counselling
Heather Power – Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Damilola Idye – Université Dalhousie, Association des infirmières noires de la Nouvelle-Écosse

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	6
4.1 Rebekah Quach – Le Cadre d'équité des soins en Nouvelle-Écosse : un aperçu	7
4.2 Jalal Uddin – Prévalence du diabète et soins connexes chez les Canadiennes et Canadiens d'âge moyen et avancé : une analyse de décomposition	9
4.3 Beth Cummings – Insécurité alimentaire et diabète : le point de vue des aidants sur la charge de responsabilité, le dépistage et le soutien	10
4.4 Erin Pichora – Équité des soins du diabète : regard sur l'amputation d'un membre inférieur	12
4.5 Julia Bannister – Arriver à temps, est-ce suffisant? Les bracelets diagnostiques pour personnes diabétiques en situation d'itinérance au Nouveau-Brunswick	15
4.6 Heather Power – Les retombées de la couverture provinciale du glucomètre en continu dans une clinique pour enfants diabétiques	16
4.7 Damilola Iduye – Le diabète de type 2 au sein des communautés afro-canadiennes : posons-nous les bonnes questions?	17
5.0 Discussions en petits groupes	18
6.0 Prochaines étapes et recommandations	24
7.0 Conclusion	26

1.0 Sommaire

Le 2 octobre 2024, Diabète Canada a organisé, grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada, le premier Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins du diabète, qui s'est tenu à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Afin d'imprimer un élan à l'application du Cadre sur le diabète au Canada, cet événement visait à mettre les principes de l'équité des soins au centre des discussions sur le traitement, la prévention et la prise en charge de la maladie. Au total, 46 personnes du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard y ont participé, dont des :

- fonctionnaires et employés des ministères provinciaux;
- professionnels de la santé;
- chercheurs sur le diabète;
- chercheurs et défenseurs de l'équité des soins de santé;
- organisations non gouvernementales (ONG);
- alliés et personnes ayant fait l'expérience directe de la maladie.

En plus d'encourager l'échange de connaissances autour du Cadre sur le diabète au Canada, cette rencontre appelait au dialogue au sujet de thèmes liés à l'équité des soins du diabète en :

- plaçant les principes de l'équité des soins au centre des discussions sur le diabète;
- offrant aux acteurs plurisectoriels une tribune pour exposer les succès et défis qu'ils ont rencontrés dans l'application des principes d'équité au sein du domaine de la santé et du traitement du diabète;
- 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;
- discutant et convenant des prochaines étapes afin d'appliquer une approche systémique de l'équité des soins aux initiatives et aux programmes de lutte contre le diabète.

Le Sommet a accueilli des communications sur divers sujets liés à l'équité des soins du diabète dans les

provinces de l'Atlantique, tels que : les retombées de la couverture universelle du glucomètre en continu dans les cliniques pédiatriques; les répercussions de l'insécurité alimentaire sur les personnes qui s'occupent d'enfants atteints de diabète de type 1; et les inégalités qui sous-tendent les amputations d'un membre inférieur associées au diabète de type 2 au sein des populations noires du Canada. Au cours des discussions de groupe, les participants et participantes ont martelé la nécessité de renforcer la collaboration entre les pouvoirs publics, les partenaires communautaires et les prestataires de soins. Ils ont également insisté sur la nécessité de bonifier le financement des médicaments et des dispositifs médicaux ainsi que d'aider les patients à s'orienter dans un système de santé complexe. La nécessité de poursuivre la collaboration et d'établir des partenariats structurés dans les provinces de l'Atlantique a également été mise de l'avant afin de soutenir l'objectif du Cadre axé sur le principe transversal de l'équité, appliqué aux initiatives de lutte contre le diabète.

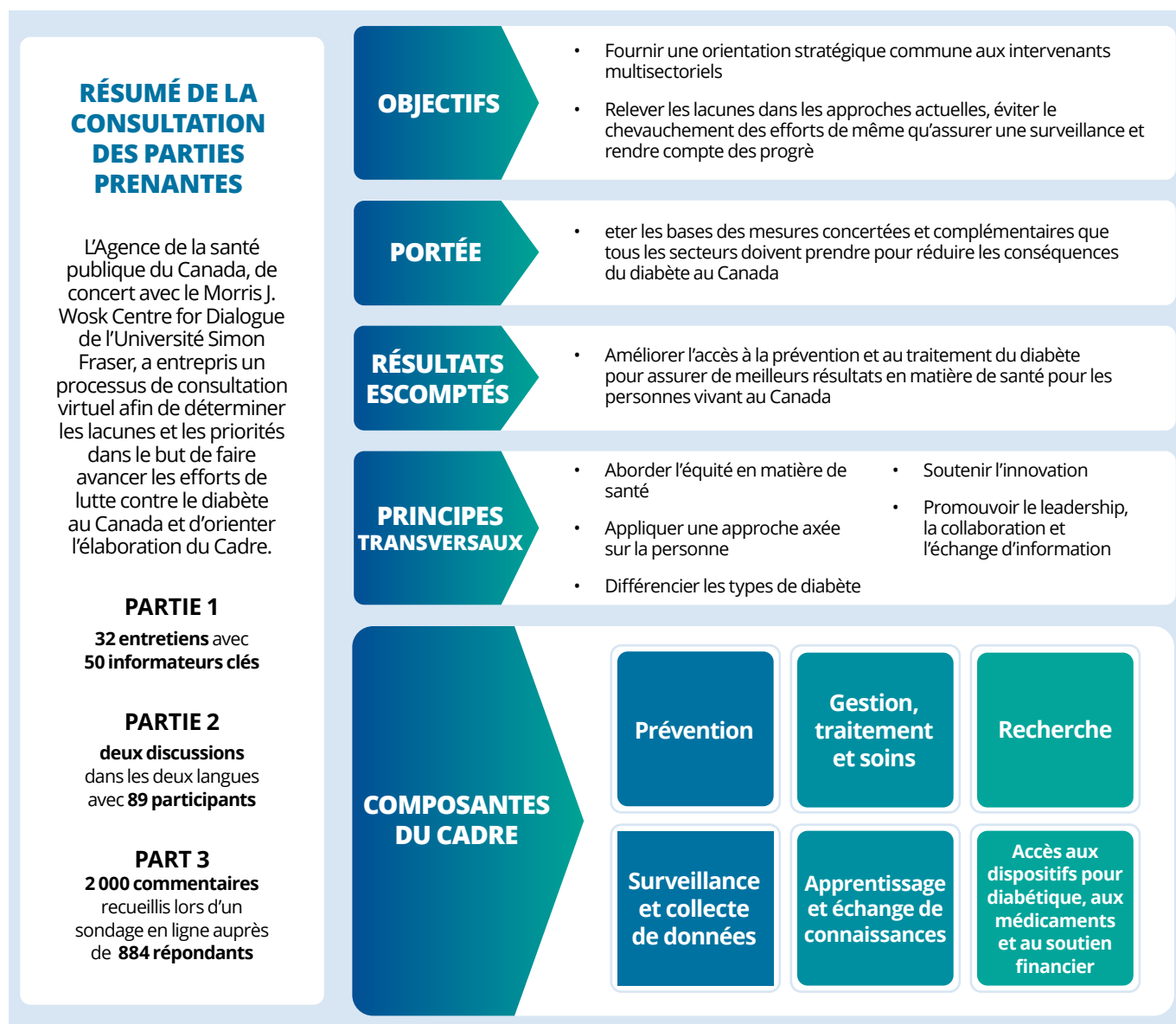
2.0 Aperçu du Cadre sur le diabète au Canada et du projet Maintenir le rythme d'application du Cadre sur le diabète (MRACD)

Diabète Canada est un organisme de bienfaisance national qui représente près de 4 millions de 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 ». Le Cadre sur le diabète au Canada 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 a également pour but de relever les lacunes inhérentes aux modèles de soins et de réduire le chevauchement des efforts tout en permettant au gouvernement d'effectuer un suivi et de rendre compte des progrès (ASPC, 2022). Le Cadre 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.

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



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.

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). Sur le plan thérapeutique, le Cadre vise à réduire les conséquences, sur l'évolution du diabète, 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 à cet objectif

que répond le **Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins du diabète**, qui s'est tenu le 2 octobre en Nouvelle-Écosse. Quarante-six personnes y ont participé, dont des :

- fonctionnaires et employés des ministères provinciaux;
- professionnels de la santé;
- chercheurs sur le diabète;
- chercheurs et défenseurs de l'équité des soins de santé;
- organisations non gouvernementales (ONG);
- alliés et personnes ayant fait l'expérience directe de la maladie.

Objectifs du Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins du diabète

- Placer les principes de l'équité des soins au centre des discussions par la transmission 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 défis qu'ils ont rencontrés dans l'application des principes d'équité au sein du domaine de la santé et du traitement du diabète;
- 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

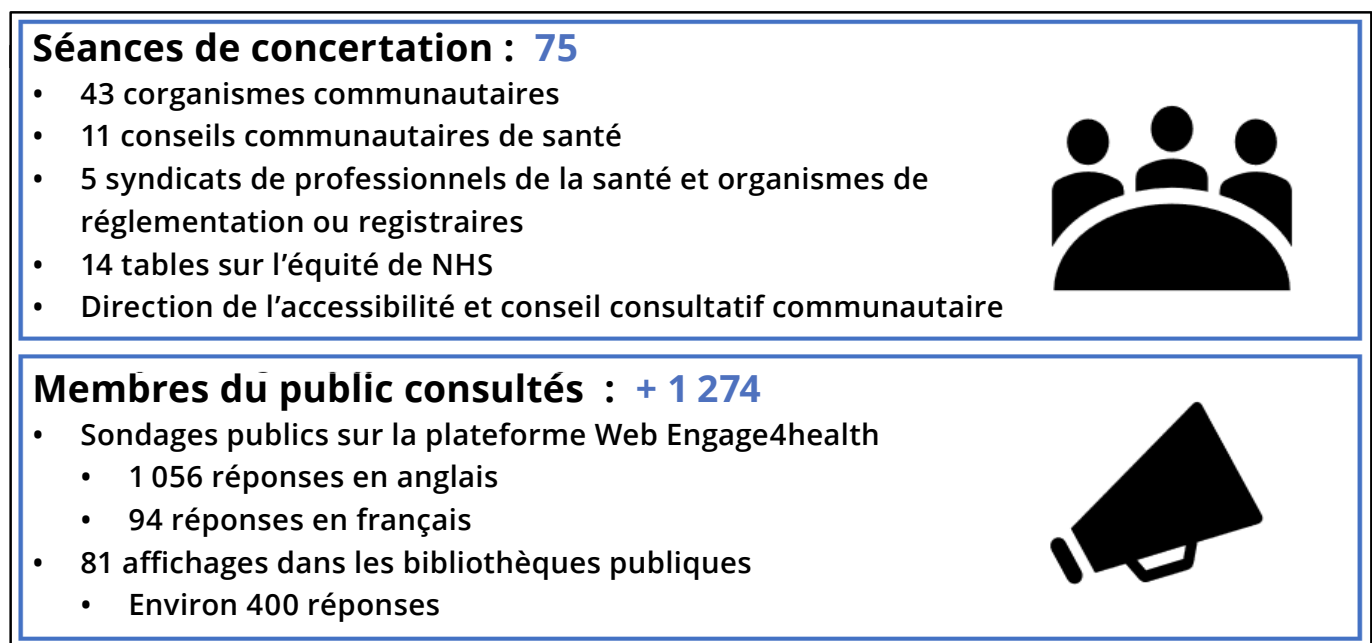
Afin de servir les objectifs du Sommet, les personnes conviées à l'événement ont reçu un appel à communications les invitant à présenter leurs résultats et expériences de travail ou d'élaboration d'une approche axée sur l'accessibilité des soins, la réduction des risques ou la prise en charge équitable du diabète. Un survol du Cadre et du projet MRACD a également été proposé par la gestionnaire du projet, Adria Cehovin. Au terme des exposés, les personnes participantes se sont scindées en petits groupes pour discuter d'études de cas. Les résultats de ces discussions et réflexions sont présentés à la section 5 du présent document.

4.1 Rebekah Quach – Le Cadre d'équité des soins en Nouvelle-Écosse : un aperçu

Rebekah Quach, stratège principale au sein de la division Équité et concertation du ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, a expliqué comment le Cadre sur l'équité des soins de la Nouvelle-Écosse pouvait contribuer à la mise en œuvre, par le gouvernement, d'initiatives de promotion et de mesures concrètes en

faveur de l'équité des soins. Ce cadre a vu le jour après que les participants et participantes aux consultations sur l'avant-projet de loi Dismantling Racism and Hate Act (DRHA) ont alerté le Bureau provincial de l'équité et de la lutte contre le racisme au sujet des relents de racisme et de discrimination qui persistent au sein du système de santé. L'avant-projet de loi appelait à l'élaboration et à l'application d'un cadre sur l'équité des soins par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Les résultats des consultations publiques qui ont précédé l'élaboration du Cadre sont présentés à la figure 2.

Figure 2 : Résultats des consultations publiques préalables à l'élaboration du Cadre sur l'équité des soins de la Nouvelle-Écosse



Trois grands thèmes ressortent des premières consultations et des séances de « validation » ultérieures. Ces dernières ont été organisées afin de diffuser et de confirmer les conclusions tirées des consultations, et afin de recueillir les points de vue manquants (gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2023).

1. Expérience des patients

Les personnes issues de communautés mal desservies et sous-représentées ont dit ne pas se sentir en sécurité dans le système de santé en raison des préjugés, de la stigmatisation, des barrières et du manque de connaissances sur les différentes cultures. Elles ont dit craindre pour leur sécurité en

raison de la violence verbale dont elles font l'objet ou de leurs difficultés à obtenir des soins sûrs et adaptés (gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2023). La sécurité physique, psychologique et générale s'avérait une préoccupation majeure tant pour les patients que pour le personnel soignant.

2. Effectifs du domaine de la santé

Les participants et participantes ont exprimé des inquiétudes quant à la composition des effectifs du réseau de la santé, notamment en ce qui concerne le manque de diversité au sein de la direction par rapport à la population desservie. Des préoccupations ont également été soulevées quant

à l'absence de soins adaptés à la culture et de soins centrés sur la personne et la famille, d'une part, et quant au respect des principes d'équité, de diversité, d'inclusion, de réconciliation et d'accessibilité (EDIRA), d'autre part.

3. Politiques et pratiques du système de santé

Le manque de concertation des usagers du système de santé est une préoccupation centrale qui a été évoquée à maintes reprises, les participants et participantes trouvant que leur avis est rarement pris en compte dans l'élaboration des politiques et services de santé. Il y a lieu d'améliorer les mécanismes de collecte des données sur la diversité culturelle et raciale afin de favoriser la reddition de comptes au sein du système de santé et d'orienter les efforts de planification en ce sens. Une suggestion à cet égard serait de s'inspirer des mesures récemment prises par le gouvernement du Manitoba afin de recueillir des données raciales autodéclarées par les patients (Shared Health Manitoba, 2023).

Le Cadre pour l'équité des soins élaboré par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse définit, à partir de ces 3 grands thèmes, 35 mesures à prendre dans la province pour promouvoir et impulser

l'équité des soins. L'application du Cadre nécessite une masse critique de partenaires du système de santé qui soutiennent et intègrent les appels à l'action, mais qui disposent aussi des outils, des appuis et des ressources nécessaires pour opérer un réel changement en faveur de l'équité. Six initiatives fondamentales axées sur l'intégration de l'équité au sein du système de santé sont priorisées collectivement par les partenaires du ministère de la Santé et du Mieux-être (figure 3). **Ces partenariats sont essentiels à la mise en œuvre du Cadre, dans la mesure où une approche plurisectorielle peut :**

- **enrichir et renforcer les capacités;**
- **encourager la reddition de comptes;**
- **garantir l'adhésion des responsables;**
- **produire des preuves en appui à l'analyse et à la prise de décision;**
- **engendrer des possibilités de consultation communautaire et des obligations en ce sens;**
- **encourager l'innovation et la prise de parole.**

Pour en savoir plus au sujet du Cadre sur l'équité des soins de la Nouvelle-Écosse, consultez la page www.engage4health.ca/dhw-health-equity-framework (en anglais).

Figure 3 : Priorités en matière d'équité des soins du Cadre de la Nouvelle-Écosse





4.2 Jalal Uddin – Prévalence du diabète et soins connexes chez les Canadiennes et Canadiens d'âge moyen et avancé : une analyse de décomposition

Jalal Uddin a examiné, avec ses collègues chercheurs Emran Hasan et Susan Kirkland, les écarts dans les résultats cliniques et les résultats liés au mode de vie selon le statut d'immigration des personnes diabétiques – le tout, dans le but d'orienter les interventions cliniques et les politiques sociales qui régissent les soins offerts aux nouveaux arrivants. À partir des données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV), qui suit environ 50 000 Canadiennes et Canadiens (âgés de 45 à 85 ans au moment du recrutement) pendant 20 ans, M. Uddin et son équipe ont analysé le profil biologique, médical, psychologique, social, économique et environnemental de 4 357 adultes ayant dit souffrir de diabète. L'équipe s'est penchée sur des cibles liées aux résultats cliniques et au mode de vie telles que le tabagisme, le poids (tour de taille par sexe), l'activité physique, la glycémie moyenne au cours des deux ou trois derniers mois (hémoglobine glyquée, ou HbA1C), la tension artérielle et la cholestérolémie. Le statut socio-économique, les facteurs psychosociaux, la situation géographique et les données démographiques (âge, sexe, race, état matrimonial et ruralité) ont également

été pris en compte. L'équipe a décortiqué les données statistiques descriptives par statut d'immigration en utilisant un modèle de régression logistique et en réglant séquentiellement les covariables susmentionnées.

Malheureusement, les résultats ne peuvent pas être généralisés en raison des limites inhérentes au groupe de population étudié : l'analyse ne peut tenir compte de la durée de résidence des personnes immigrantes du fait de leur faible nombre au sein de l'échantillon. L'étude révèle néanmoins une relation légèrement significative entre le statut d'immigration et un taux d'HbA1C supérieur à 8 %, d'où la nécessité de poursuivre les recherches afin de cerner les obstacles pouvant expliquer pourquoi les immigrants diabétiques au Canada ne parviennent pas à maintenir leurs taux d'HbA1C dans la fourchette cible. La petite taille de l'échantillon de personnes immigrantes atteintes de diabète fait en sorte qu'il est impossible de procéder à une analyse valable de la relation entre le diabète et le statut d'immigration par pays, ce qui ajoute une contrainte supplémentaire à explorer dans des études ultérieures. Comme l'a fait remarquer quelqu'un pendant le Sommet, les études axées sur des populations diabétiques autodéclarées peuvent passer à côté de personnes qui ont le diabète sans le savoir. M. Uddin et son équipe espèrent approfondir certains de ces aspects dans le cadre d'études et d'analyses plus poussées.



4.3 Beth Cummings – Insécurité alimentaire et diabète : le point de vue des aidants sur la charge de responsabilité, le dépistage et le soutien

L'insécurité alimentaire – à savoir une incapacité à se procurer une alimentation suffisante, sûre et nutritive – peut faire obstacle à la bonne prise en charge du diabète de type 1 et de type 2 (Diabète Canada, 2020). Ce problème touche un enfant sur quatre au pays et est associé à des troubles de santé et à une hausse des dépenses médicales pour les familles (Li et coll., 2023). Le taux de prévalence est élevé dans les Maritimes et peut accroître, de pair avec le diabète, le risque d'aggravation de l'état de santé. Beth Cummings s'est penchée sur l'insécurité alimentaire au sein des familles comptant des enfants insulinodépendants, en mettant en lumière le point de vue des aidants quant à la charge de responsabilité, au dépistage et au soutien. En 2011, on observait une forte prévalence de l'insécurité alimentaire au sein des familles comptant un enfant insulinodépendant en Nouvelle-Écosse par rapport à la moyenne provinciale et nationale. Cette prévalence était associée à des taux d'HbA1C plus élevés, à un plus grand nombre d'hospitalisations, à un usage réduit de la pompe à insuline et à la réutilisation des lancettes afin d'économiser sur les coûts (Marjerrison et coll., 2011). Bon nombre de ces résultats sont confirmés par une étude d'envergure nationale menée par Gupta et Sheng (2019), qui montre que l'insécurité alimentaire chez les patients diabétiques augmente considérablement le risque d'admission à l'hôpital pour recevoir des soins ambulatoires.

Pour illustrer les effets de l'insécurité alimentaire sur les personnes qui s'occupent d'un enfant atteint de diabète de type 1 (DT1), M^{me} Cummings a présenté les résultats d'une étude réalisée par Cox et ses collaborateurs (2021), dont le but était de :

- décrire l'impact de l'insécurité alimentaire sur la vie familiale et la prise en charge du diabète;
- examiner la façon dont les aidants perçoivent les obstacles à la sécurité alimentaire;
- étudier les pistes suggérées par les aidants afin d'apporter plus de soutien à leur famille.

Dans le cadre d'entrevues individuelles semi-structurées, l'équipe de recherche s'est entretenue avec 13 aidantes et aidants au sein d'une clinique pédiatrique spécialisée dans le traitement du diabète en Nouvelle-Écosse. Trois grands thèmes ressortent de ces entretiens (Cox et coll., 2021) :

1. l'insécurité alimentaire a des conséquences démesurées dans les foyers où un enfant est atteint de DT1;
2. les sacrifices consentis pour faire face à l'insécurité alimentaire ont des conséquences démesurées sur les membres de la famille;
3. les aidants perçoivent des obstacles à l'accessibilité des mesures de soutien classiques mises en place pour lutter contre l'insécurité alimentaire.

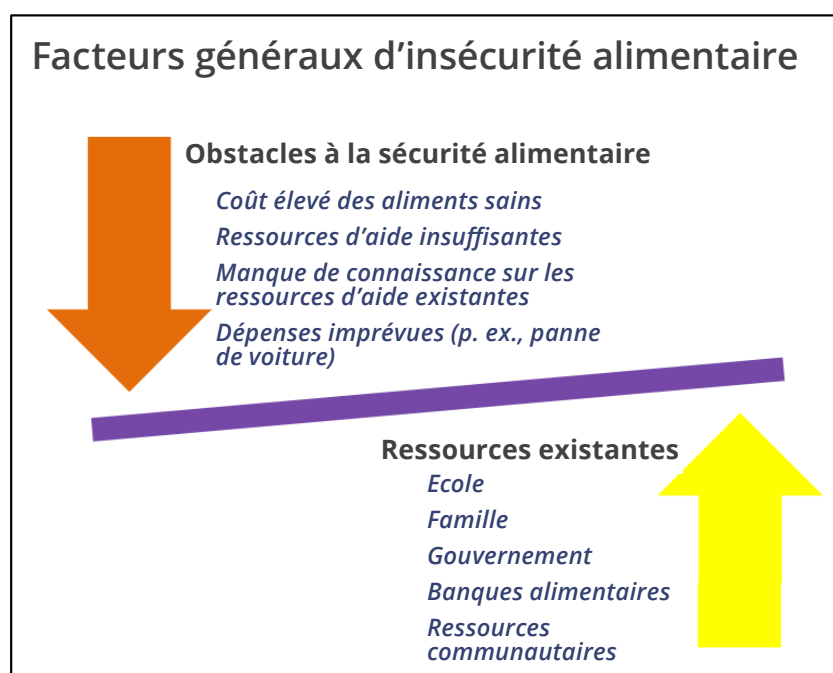
La figure 4 présente les facteurs d'insécurité alimentaire qui ont été relevés lors des entretiens qualitatifs. Malgré l'existence de mesures de soutien susceptibles de réduire plusieurs des obstacles à la sécurité alimentaire, d'autres facteurs associés à la prise en charge d'un enfant



diabétique au Canada peuvent en amoindrir la portée, en plus d'accroître les barrières et de compromettre la capacité de la famille à assurer sa sécurité alimentaire à long terme. Pour prendre soin d'un enfant insulinodépendant, les aidants doivent consentir plusieurs sacrifices, notamment réduire les dépenses d'épicerie, se priver de transport, couper sur les besoins essentiels et limiter leur consommation d'électricité (Cox et coll., 2021). L'étude souligne la nécessité, pour les spécialistes du diabète, de repérer les cas d'insécurité alimentaire au sein de leur clientèle, mais aussi de plaider en faveur d'une augmentation des ressources et du soutien offert aux familles en difficulté (Marjerrison et coll., 2011). À partir de ce constat, McNeil et Cummings ont organisé des

groupes de discussion et des enquêtes afin de réfléchir à la manière dont les activités de dépistage et de soutien devraient se dérouler au sein des cliniques. **Les familles s'accordent à dire que l'insécurité alimentaire doit faire l'objet d'un dépistage systématique et facile d'accès dans les cliniques afin qu'elles n'aient pas peur de demander de l'aide et que le personnel puisse leur fournir des mesures d'accompagnement adaptées. Les familles se disent favorables à la création d'outils, tels que des programmes financiers, des recettes et des plans de repas, des ateliers de cuisine, des échantillons de produits, des groupes de soutien et un accès à des programmes locaux.**

Figure 4 : Facteurs généraux influant sur la sécurité alimentaire des familles qui fréquentent une clinique de diabète pédiatrique en Nouvelle-Écosse (Cox et coll., 2021)





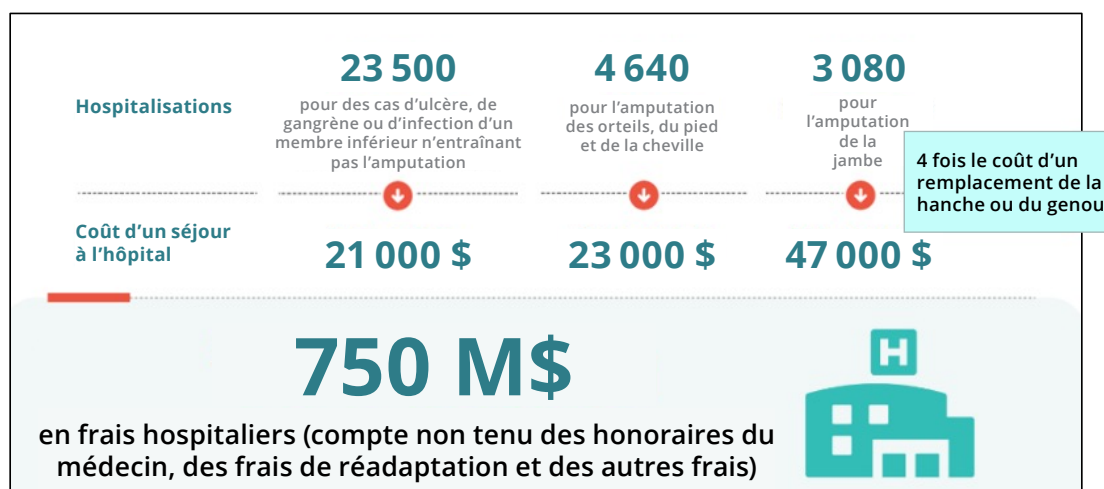
4.4 Erin Pichora – Équité des soins du diabète : regard sur l'amputation d'un membre inférieur

Erin Pichora, responsable de programme au sein de l'équipe Santé de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a présenté un aperçu d'un récent rapport de l'ICIS intitulé **Équité des soins du diabète : regard sur l'amputation du membre inférieur**. Ce rapport examine les statistiques relatives aux hospitalisations enregistrées au Canada de 2020 à 2022, en se concentrant plus particulièrement sur les amputations de la jambe associées au diabète chez l'adulte (personnes de 18 ans et plus). L'équipe a centré son attention sur ces amputations parce qu'il s'agit de complications largement évitables qui entraînent des coûts élevés pour le système de santé et la société. De récentes études suggèrent que les amputations d'un

membre inférieur associées au diabète seraient en hausse et qu'elles mettraient en relief les disparités dans les soins selon le revenu et la situation géographique (ICIS, 2024).

La figure 5 présente les coûts annuels et le nombre d'amputations d'un membre inférieur et d'hospitalisations attribuables à la gangrène, aux ulcères et aux infections. Le coût total de ces hospitalisations dépasse chaque année les 750 millions de dollars. Comme le montre l'analyse par tranche d'âge, 43 % des amputations d'un membre inférieur associées au diabète touchent les 40 à 64 ans (ICIS, 2024). Par ailleurs, les personnes atteintes de diabète de type 1 risquent davantage de se faire amputer à un âge plus précoce que les personnes atteintes de diabète de type 2 (ICIS, 2024). Les amputations de la jambe ont également été analysées selon le sexe et le revenu du quartier, deux facteurs qui révèlent d'importantes disparités.

Figure 5 : Taux et coûts d'hospitalisation pour l'amputation d'un membre inférieur associée au diabète (ICIS, 2024)

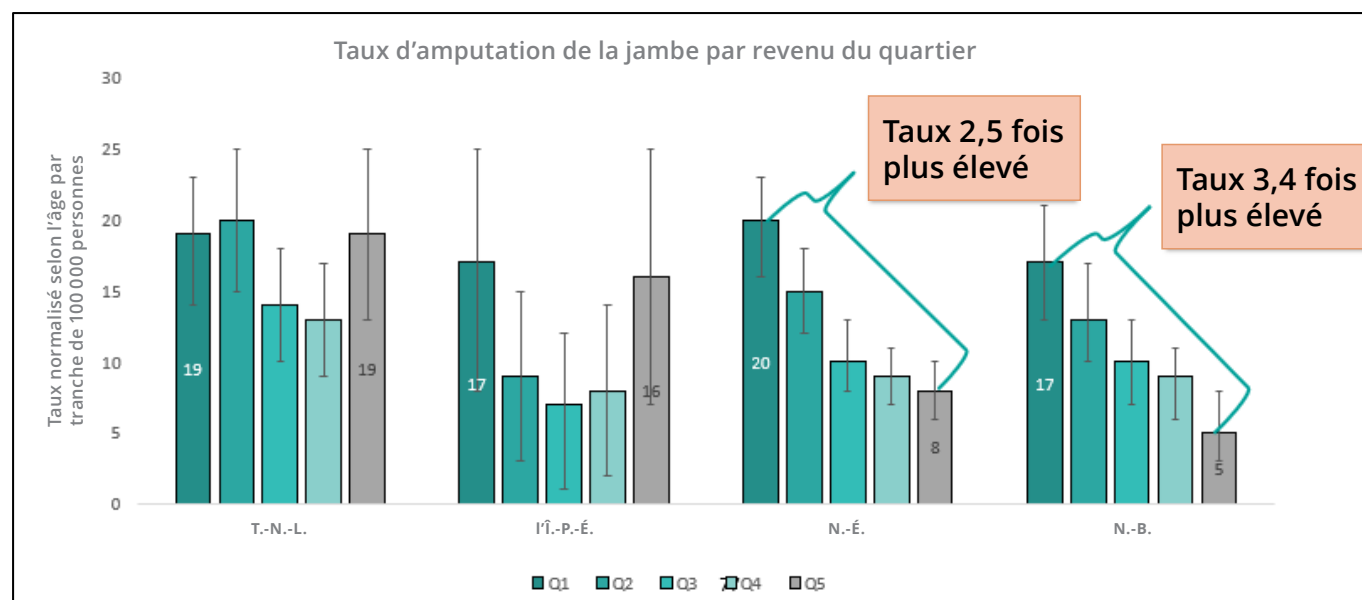


La figure 6 révèle des inégalités flagrantes dans le taux d'amputation de la jambe selon le revenu du quartier en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick; cette tendance est moins évidente à Terre-Neuve-et-Labrador et à l'Île-du-Prince-Édouard en raison de la plus petite taille des échantillons (ICIS, 2024).

Le niveau de scolarité et l'isolement social ont aussi

été pris en compte dans le taux d'amputation de la jambe. L'analyse montre que le taux d'amputation de la jambe associée au diabète est quatre fois plus élevé dans les quartiers où le taux d'achèvement des études secondaires est le plus bas. Le taux d'amputation de la jambe est également trois fois plus élevé dans les quartiers où l'isolement social est le plus important dans chaque province (ICIS, 2024).

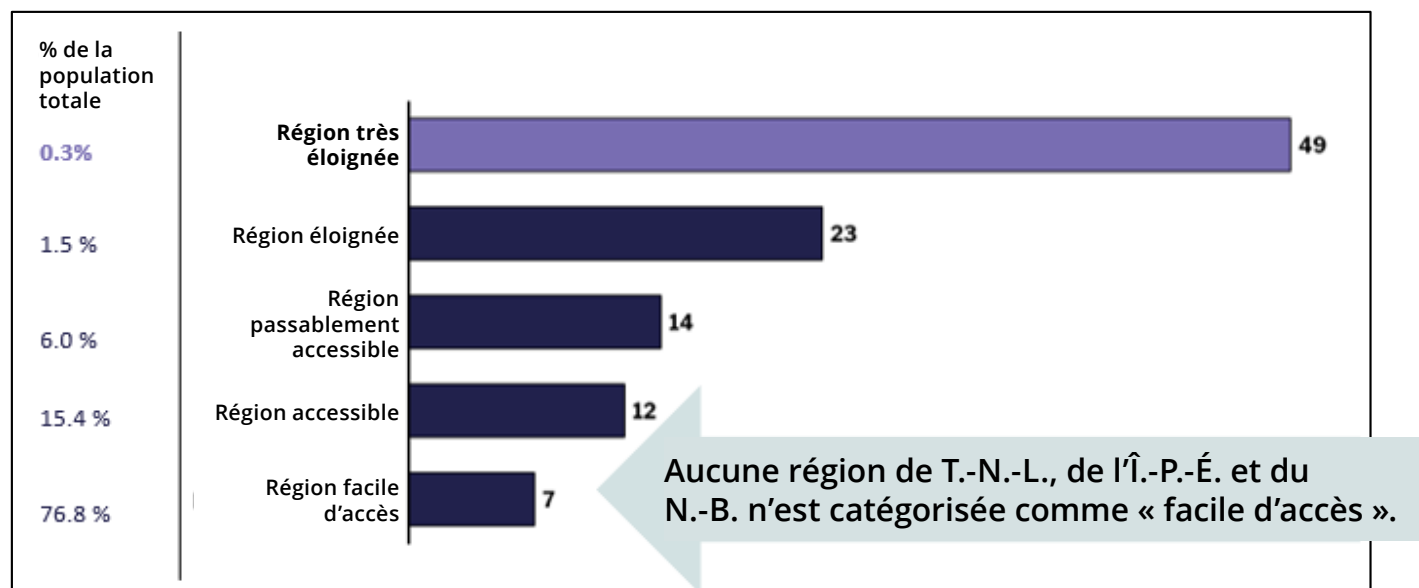
Figure 6. Taux d'amputation de la jambe associée au diabète par revenu du quartier dans les provinces de l'Atlantique (ICIS, 2024)



Lorsque l'on compare les taux d'amputation de la jambe associée au diabète en fonction de l'éloignement, on constate que ce taux est sept fois plus élevé dans les régions très éloignées du Canada que dans les régions faciles d'accès (figure 7). Dans les provinces de l'Atlantique, on observe de moins grandes disparités en fonction de la situation géographique (c.-à-d. du degré d'éloignement). Toutefois, une plus grande proportion de la population vit dans des régions éloignées et difficiles d'accès où il est compliqué de trouver des soins

podologiques et d'autres services de prévention. Aucune région de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick n'est catégorisée comme facile d'accès (c.-à-d. comme un grand centre urbain). L'indice d'éloignement a été établi selon le code postal résidentiel et l'Indice d'éloignement de Statistique Canada (2021), lequel est fonction des coûts de déplacement et de la taille de la population (Statistique Canada, 2024).

Figure 7 : Taux d'amputation de la jambe associée au diabète (normalisés selon l'âge) par tranche de 100 000 personnes, en fonction de l'indice d'éloignement (de 2020-2021 à 2022-2023)



Après avoir présenté les résultats du rapport, **M^{me} Pichora a conclu que la prévention des amputations commence par celle du diabète de type 2. Parmi les stratégies de prévention en amont, la santé publique et le gouvernement doivent améliorer l'accès à des aliments sains et abordables ainsi qu'à des mesures d'aide à l'abandon du tabagisme (ICIS, 2024). Les autres obstacles à lever en raison de leur contribution potentielle à l'augmentation des taux d'amputation d'un membre inférieur associée au diabète comprennent notamment :**

- le manque d'accès aux soins primaires;
- la prise en charge inadéquate du diabète :
 - les coûts payés de la poche des patients (Diabète Canada, 2023a);
 - le manque de soutien social et l'isolement;
- le manque d'accès à des soins spécialisés :
 - les coûts et le temps de déplacement;
 - la couverture limitée des services et des dispositifs médicaux (Diabète Canada, 2024, ICIS, 2024).

Pour favoriser la prévention et le traitement équitables

des amputations d'un membre inférieur associées au diabète, **M^{me} Pichora est d'avis qu'il faut s'efforcer davantage de combler les données manquantes. À l'heure actuelle, les données relatives à l'appartenance raciale et les données d'identité des personnes autochtones ne sont pas recueillies systématiquement au Canada. En conséquence, les amputations d'un membre inférieur chez les personnes inuites, métisses et issues des Premières Nations, ainsi qu'au sein des populations racialisées, sont une réalité encore mal comprise. Il y a lieu également d'améliorer les indicateurs pour mieux cerner les besoins en matière d'accès à des soins de santé sûrs et efficaces. L'analyse croisée de ces indicateurs et des données sur l'incidence du diabète et le taux de prévalence peut nous aider à trouver des moyens de réduire le nombre d'amputations d'un membre inférieur au sein des populations marginalisées. Pour lire le rapport complet de l'ICIS et télécharger les tableaux, consultez la page www.cihi.ca/fr/equite-des-soins-du-diabete-regard-sur-lamputation-du-membre-inferieur/inegalites-dans-les-amputations-du-membre-inferieur-liees-au-diabete.**



4.5 Julia Bannister – L'Arriver à temps, est-ce suffisant? Les bracelets diagnostiques pour personnes diabétiques en situation d'itinérance au Nouveau-Brunswick

Julia Bannister a présenté un projet pilote réalisé au Nouveau-Brunswick afin de venir en aide aux personnes diabétiques en situation d'itinérance. M^{me} Bannister exerce le métier de travailleuse sociale au Nouveau-Brunswick et en Ontario. Éducatrice agréée en diabète depuis 2013, elle a travaillé au sein des gouvernements provincial et fédéral ainsi que pour des organismes sans but lucratif. Tout au long du projet pilote, M^{me} Bannister s'est attachée à étendre les réseaux de soutien à la prise en charge du diabète pour les personnes itinérantes, en collaboration avec des refuges et leur clientèle, ainsi qu'avec des organismes communautaires et leurs alliés. Le projet visait à améliorer la qualité de vie et de prise en charge des personnes diabétiques hébergées dans des refuges en leur remettant des bracelets diagnostiques et en préparant des ressources pour aider les intervenants à mieux les repérer et les aider. Le programme pilote, initialement destiné à la seule région de Fredericton, s'est déroulé de novembre 2018 à mai 2020 et s'est rapidement étendu à l'ensemble des refuges du Nouveau-Brunswick. Au cours de la phase de mise en œuvre, trois personnes diabétiques ont demandé et obtenu un bracelet diagnostique. De plus, un refuge a demandé des compléments d'information afin de mieux outiller son personnel; une vidéo éducative sur les soins du diabète a été produite et diffusée à cette fin. Malheureusement, le projet a été interrompu

prématurément par la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une redéfinition des priorités de la santé publique ainsi qu'un rééquilibrage des ressources humaines et des capacités organisationnelles. Le projet a néanmoins eu des retombées appréciables dans la vie des personnes qui ont obtenu un bracelet diagnostique et pourrait profiter à d'autres occupants des refuges dans lesquels de l'éducation, des outils et des ressources sur le diabète ont été offerts. **Comme l'a souligné M^{me} Bannister, les initiatives locales comme celle-ci ont besoin d'infrastructures pour maintenir leur pérennité et ne pas disparaître. De même, l'énergie et le dévouement nécessaires pour les concrétiser doivent être reconnus davantage.**

La conséquence de l'itinérance sur la prise en charge du diabète est un sujet de la plus haute importance, surtout en cette période d'inflation et de crise du logement au Canada. Lors du Sommet de l'Ouest canadien sur l'équité des soins du diabète, en mars 2024, les étudiants-chercheurs et membres du Calgary Diabetes Advocacy Committee (CDAC) Saania Tariq et Tucker Reed ont parlé eux aussi des répercussions du diabète sur les personnes en situation d'itinérance. Dirigé par le Dr David Campbell, chercheur principal et endocrinologue, le CDAC est un autre exemple d'initiative communautaire qui vient en aide aux personnes diabétiques en situation d'itinérance. L'organisme a notamment produit un film intitulé Low, qui traite de la stigmatisation associée à l'itinérance et au diabète (CDAC, s.d.). Tant ce film que le bracelet diagnostique montrent l'importance d'initiatives communautaires ciblées propres à répondre aux besoins des personnes marginalisées atteintes de diabète.

4.6 Heather Power – Les retombées de la couverture provinciale du glucomètre en continu dans une clinique pour enfants diabétiques

En octobre 2023, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a lancé un projet pilote d’une durée d’un an visant à fournir des glucomètres en continu aux jeunes patients atteints de diabète de type 1 (DT1) dans le cadre du Programme de diabète pédiatrique de l’hôpital Janeway. Cette initiative avait pour but de pallier les lacunes du système à deux vitesses que Heather Power a observées en clinique : les patients assurés ou issus d’un milieu socio-économique aisé jouissent de meilleurs résultats cliniques et d’une meilleure qualité de vie grâce à l’accès à un glucomètre en continu. Pendant ce temps, les patients qui en sont privés souffrent de problèmes de santé, passent plus de temps à discuter de la logistique des contrôles glycémiques lors de leurs rendez-vous et sont généralement en proie à un stress plus intense. Les avantages du glucomètre en continu chez les jeunes patients transparaissent également dans l’analyse comparative des taux d’HbA1C (figure 8). Les enfants dotés d’un glucomètre en continu sont considérés comme utilisant un système hybride en boucle fermée (aussi appelé « système d’administration automatisée d’insuline »). Dans ce système, une pompe à insuline et un glucomètre en continu fonctionnent conjointement pour vérifier les valeurs de glycémie et administrer automatiquement de l’insuline, ce qui réduit sensiblement les besoins de prise en charge par le patient. Ainsi, les systèmes hybrides en boucle fermée peuvent alléger la lourde charge mentale associée au contrôle glycémique et au dosage de l’insuline. Avant le

Figure 8 : Taux d’HbA1C des jeunes patients atteints de DT1 à la clinique pédiatrique de soins du diabète de l’hôpital Janeway avant la couverture du glucomètre en continu par le régime public (2020-2021)

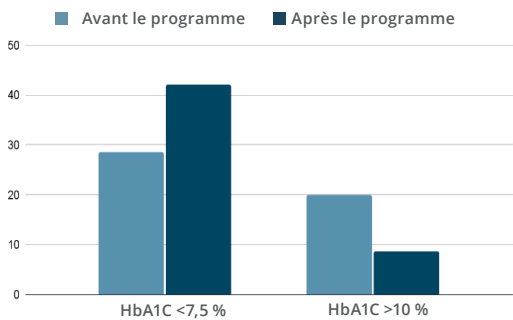
	Injections	Pompes	Systèmes hybrides en boucle fermée
Nombre	27	161	53
HbA1C <7,5 %	3 %	26 %	82 %
Taux d’HbA1C moyen	9,4 %	8,6 %	7,06 %

projet pilote, les taux d’HbA1C chez les enfants ayant un système hybride en boucle fermée étaient nettement inférieurs à ceux des enfants ayant seulement une pompe à insuline ou dépendant des injections. Après s’être vu remettre un système hybride en boucle fermée, ces derniers ont vu leur taux d’HbA1C reculer de 1,2 %. Une réduction de 2,4 % a également été observée chez les enfants dont le taux d’HbA1C était supérieur à 9,4 % avant l’adoption du système hybride en boucle fermée

La figure 9 présente les variations du taux d’HbA1C à la clinique pédiatrique avant et après la mise en œuvre du projet pilote. Le projet pilote a permis de fournir un glucomètre en continu à 160 jeunes patients, dont 68 ont commencé à utiliser un système hybride en boucle fermée. Ces derniers ont observé une réduction moyenne de 1,5 % de leur taux d’HbA1C après que la couverture du glucomètre en continu par le régime public a été mise en place. Les patients dont le taux d’HbA1C était supérieur à 10 % avant le projet pilote ont affiché une réduction de 2,1 % en moyenne.

Si le régime d’assurance privée demeure le premier payeur, le régime public couvrait, en dernier recours, l’intégralité des frais du glucomètre en continu dans le cadre du projet pilote. **Comme le fait remarquer M^{me} Power, le candidat idéal à l’utilisation du glucomètre en continu n’est plus le même. Plus le taux d’HbA1C initial est élevé, plus grands sont les bénéfices du système hybride en boucle fermée. Il apparaît donc essentiel de lever les obstacles à l’accessibilité de cette technologie afin de réduire le risque de complications chez les personnes diabétiques et d’alléger le fardeau financier pour les patients, les familles et le réseau de la santé.**

Figure 9 : Taux d’HbA1C des jeunes patients atteints de DT1 à la clinique pédiatrique de soins du diabète de l’hôpital Janeway avant et après la couverture du glucomètre en continu par le régime public



4.7 Damilola Iduye – Le diabète de type 2 au sein des communautés afro-canadiennes : posons-nous les bonnes questions?

Dans le contexte de la progression soutenue du diabète au Canada, Damilola Iduye nous a entretenus de la nécessité d'étudier les facteurs qui contribuent au fardeau inéquitable de la maladie au sein des populations noires du Canada. En 2022, le taux de prévalence du diabète (normalisé selon l'âge) chez les personnes noires se chiffrait à 13,3 %, le deuxième le plus élevé parmi les populations racialisées du pays (Diabète Canada, 2023b). Une étude précédente menée en 2015 par Veenstra et Patterson sur les inégalités raciales en matière de santé révélait que les femmes et les hommes noirs étaient plus susceptibles de souffrir de diabète que leurs homologues blancs.

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) jouent pour beaucoup dans l'apparition et la prise en charge du diabète, en particulier du diabète de type 2 – le type le plus répandu, qui représente environ 90 % de tous les cas de diabète (Fédération internationale du diabète, 2024). D'après des études sur les liens entre les DSS et le diabète, le faible statut socio-économique, l'insécurité alimentaire, la précarité du logement et le manque d'accessibilité des soins comptent parmi les facteurs qui contribuent à cet écart sur le plan de la prévalence de la maladie et des complications (Clark et Utz, 2014; Hill-Briggs et coll., 2021). De fait, les personnes noires sont touchées de manière disproportionnée par la précarité socio-économique, le chômage, les problèmes de logement, l'insécurité alimentaire, l'exclusion sociale attribuable au racisme et bien d'autres choses encore. Pourtant, peu d'études

analysent les liens précis entre les DSS et l'expérience des personnes noires atteintes de diabète de type 2. **Or, le fait d'être noir est souvent présenté comme un facteur de risque de diabète, a souligné M^{me} Iduye. Selon elle, ce discours est particulièrement néfaste, dans la mesure où il laisse entendre que le diabète est une maladie ethnique, au lieu de se concentrer sur la manière dont les facteurs sociaux et le racisme structurel tenace prédisposent les personnes noires à développer la maladie.**

M^{me} Iduye a entrepris une méta-analyse de la question afin de mieux cerner les lacunes de la recherche sur le diabète chez les populations noires du Canada. Les résultats préliminaires de ses travaux montrent que peu d'études sont consacrées à ce groupe démographique. La plupart s'intéressent aux populations immigrantes, les personnes noires figurant dans l'analyse des sous-groupes. L'une d'entre elles (Swaleh et Yu, 2021) souligne la nécessité de prendre en compte le soutien du revenu, l'accessibilité des soins et l'augmentation de la diversité dans le secteur de la santé en tant que mesures à adopter pour réduire la forte prévalence du diabète au sein des communautés noires. **Comme l'a observé M^{me} Iduye, les DSS qui touchent les populations noires du Canada doivent être appréhendés dans une perspective intersectionnelle qui, loin de les considérer comme un groupe monolithique, prend en compte le chevauchement du contexte social, politique, historique et économique qui façonne chaque individu de manière unique.** M^{me} Iduye entend poursuivre ses recherches sur le sujet dans le cadre de sa thèse de doctorat, qui portera sur les déterminants socio-structurels de la santé pouvant définir l'expérience des personnes noires atteintes de diabète de type 2.

5.0 Discussions en petits groupes

À partir de la méthode de l'analyse positive, une manière de poser des questions et d'envisager l'avenir selon ce qui fonctionne (Armstrong et coll., 2020), les participants et participantes au Sommet se sont divisés en petits groupes pour discuter et élaborer conjointement un plan d'action face aux principales inégalités qui touchent les Canadiennes et Canadiens de leur province. Chaque groupe s'est vu attribuer l'un des thèmes suivants, qu'il a été invité à explorer au moyen de la méthode de l'analyse positive :

- accessibilité des soins du diabète en région rurale;
- abordabilité des soins du diabète;
- insécurité alimentaire et soins du diabète;
- soins du diabète compétents sur le plan ethnoculturel;
- soins du diabète pour les personnes noires vivant au Canada;
- soins du diabète pour les personnes n'ayant pas accès ou ayant un accès limité aux services d'aide aux diabétiques.

Pour chaque sujet, les membres des groupes de discussion ont été invités à réfléchir aux questions suivantes d'abord seuls, puis en groupe (Armstrong et coll., 2020).

1. *Définir* : quel est l'état actuel de la situation en ce qui a trait à l'inégalité des soins du diabète?
2. *Découvrir* : quels sont les initiatives, les politiques, les programmes et les interventions qui, à votre connaissance, favorisent des soins équitables en lien avec ce thème?
3. *Rêver* : à quoi devraient ressembler des soins équitables dans votre province en ce qui a trait à ce thème?
4. *Concevoir* : quels politiques, initiatives, programmes et interventions faut-il mettre en œuvre pour concrétiser cette vision?
5. *Réaliser* : comment pouvons-nous donner naissance à cette vision? Posez-vous des questions telles que : qui va ou qui doit se faire le champion de cette initiative? Que pouvons-nous faire dans le cadre de nos fonctions pour atteindre cet objectif?

Voici une synthèse des réponses fournies pour chaque sujet, en particulier pour les axes « Définir », « Rêver » et « Réaliser ».

Prise en charge du diabète pour les personnes n'ayant pas ou ayant peu accès à des soins primaires

Définir

(quel est l'état de la situation?)

- Peu d'initiatives en place pour faciliter les soins, qui passent souvent par un accès à des cliniques non affiliées au réseau;
- Longue liste d'attente pour recevoir des soins primaires;
- Pressions sur les spécialistes exercées par la pénurie de soins primaires;
- Consultations en ligne exigeant un accès Internet ou des services de téléphonie mobile.

Rêver

(quelle forme cela doit-il prendre?)

- Les Canadiens et Canadiennes ont besoin d'aide pour s'orienter dans le système de soins de santé;
- Il faut mettre en place des cliniques à l'intention des populations marginalisées (p. ex., nouveaux arrivants, personnes itinérantes);
- Les gens devraient pouvoir consulter un ou une spécialiste dans une clinique sans avoir de requête;
- Du personnel de coordination des soins doit être mis à la disposition des patients diabétiques pour les orienter vers les programmes accessibles;
- Il faut intégrer les services sociaux aux services d'aide psychologique prévus dans les programmes de soins du diabète.

Concevoir

(quelles sont les interventions nécessaires pour réaliser notre vision?)

- Les provinces doivent mettre en place un système universel de dossiers médicaux électroniques pour aider les patients à frapper aux bonnes portes et à obtenir des soins;
- Il faut prévoir des dispensaires mobiles pour aller au contact des personnes qui ont du mal à se rendre en clinique ou à se déplacer;
- Des soins plus accessibles passent par l'élargissement de la gamme de soins virtuels.

Réaliser

(comment pouvons-nous donner naissance à cette vision?)

- Il faut améliorer les conditions de travail du personnel de la santé;
- Il faut consulter les patients pour concrétiser cette vision;
- Les provinces doivent disposer de meilleurs indicateurs de l'incidence des soins;
- Méthode ascendante – toutes les parties prenantes doivent participer aux discussions entourant la mise en œuvre des interventions;
- Il faut renforcer les capacités et améliorer les conditions de travail pour favoriser le maintien en poste.

Soins du diabète compétents sur le plan ethnoculturel

Définir

(quel est l'état de la situation?)

- Il n'y a pas assez de formation dans les cliniques pour garantir que les services sont adaptés aux divers groupes ethnoculturels;
- Il faut adapter les soins aux différentes cultures plutôt que d'appliquer une approche unique de soins multiculturels;
- Il n'existe pas de programmes définis qui sont adaptés aux besoins de chaque communauté ethnoculturelle.

Rêver

(quelle forme cela doit-il prendre?)

- Tout le monde a droit à des soins sûrs, culturellement adaptés et centrés sur la personne;
- Tous les établissements de soins doivent disposer de services d'interprétation et de contenus faciles d'accès en langue étrangère;
- Du personnel de coordination des soins ayant des connaissances et des compétences en soins adaptés à la culture doit pouvoir aider les patients à s'orienter dans le système de santé.

Concevoir

(quelles sont les interventions nécessaires pour réaliser notre vision?)

- Prévoir des ressources et fonds alloués au financement des soins adaptés aux particularités ethnoculturelles;
- Offrir une formation annuelle obligatoire à tous les membres du personnel et aux prestataires de soins pour les sensibiliser au racisme systémique, aux préjugés personnels, aux soins adaptés à la culture et aux besoins des diverses populations présentes dans la région;
- Intensifier la collecte de données sur les origines raciales et ethniques en proposant des ressources sur la manière de les recueillir convenablement.

Réaliser

(comment pouvons-nous donner naissance à cette vision?)

- Établir une collaboration entre les provinces de l'Atlantique afin de mettre en commun les ressources et initiatives de lutte contre le diabète, et afin de réduire la duplication des efforts.

Abordabilité des soins du diabète

Définir

(quel est l'état de la situation?)

- La prise en charge du diabète n'est pas toujours équitable, car elle dépend en grande partie des revenus ou de la couverture d'assurance, en plus d'exiger de lourdes formalités administratives;
- Les ressources font l'objet de communications insuffisantes, l'aide financière est souvent retardée et on observe de l'âgisme dans la structure de soutien qui détermine l'accès à des soins abordables.

Rêver

(quelle forme cela doit-il prendre?)

- L'âge ne doit pas limiter l'accès aux programmes de prise en charge du diabète (p. ex., couverture du glucomètre en continu);
- Des systèmes doivent servir à accompagner les personnes diabétiques qui ont besoin d'aide pour gérer une coassurance et obtenir le remboursement des soins;
- Il faut insister davantage sur la prévention du diabète de type 2, notamment sur la sensibilisation, la sécurité alimentaire, la couverture du glucomètre en continu et le mieux-être psychologique.

Concevoir

(quelles sont les interventions nécessaires pour réaliser notre vision?)

- Il faut créer un cadre provincial pour aborder la question de l'accessibilité financière des soins du diabète;
- L'âge limite de prise en charge du diabète de type 1 doit être repoussé pour aider les jeunes adultes à passer des soins pédiatriques aux soins pour adultes;
- Il faut augmenter les effectifs pour assurer le fonctionnement des programmes, simplifier les formalités et gérer les tâches administratives;
- Il faut procéder à la centralisation des programmes de prise en charge du diabète;

Réaliser

(comment pouvons-nous donner naissance à cette vision?)

- Tous les interlocuteurs – que ce soit les gouvernements, les personnes diabétiques, les militants, les groupes comme Diabète Canada, les prestataires de soins ou les membres de la communauté – doivent contribuer à l'élaboration de mesures en faveur de l'accessibilité financière;
- Il pourrait être bon de confier une plus grande part de ce travail aux travailleurs de la santé de première ligne et d'établir une collaboration intersectorielle;
- Nous devons améliorer la collaboration entre les différents ordres de gouvernement, encourager le dialogue et travailler de façon moins cloisonnée.

Soins du diabète pour les personnes noires vivant au Canada

Définir

(quel est l'état de la situation?)

- La prise en charge actuelle du diabète chez les Afro-Canadiens est très générique, peu adaptée à la culture et souvent inaccessible;
- Le manque d'accès aux soins primaires est un problème majeur;
- Les gens sont peu sensibilisés aux caractéristiques du diabète au sein des populations noires (symptômes possiblement plus fréquents, écarts dans l'indice de masse corporelle et le tour de taille).

Rêver

(quelle forme cela doit-il prendre?)

- Nécessité d'offrir des soins du diabète abordables;
- Nécessité d'aller à la rencontre des communautés dans leur milieu de vie;
- Soins préventifs qui non seulement débutent tôt, mais qui sont mis de l'avant tout au long de la vie;
- Soins adaptés sur le plan structurel et social;
- Diversité dans la composition de la direction et du personnel des milieux de soins pour personnes diabétiques.

Concevoir

(quelles sont les interventions nécessaires pour réaliser notre vision)

- La communauté doit disposer de ressources de prise en charge du diabète;
- Les politiques doivent être adaptées aux besoins des personnes concernées.

Réaliser

(comment pouvons-nous donner naissance à cette vision?)

- Il est essentiel que ce travail soit défendu collectivement par tous les acteurs, dont les gouvernements, les partenaires communautaires, les responsables politiques et les prestataires de soins;
- La sensibilisation des parties prenantes doit être priorisée d'une manière qui renforce le pouvoir d'action, qui n'est pas humiliante pour les patients et qui tient compte des blessures du passé.

Insécurité alimentaire et soins du diabète

Définir

(quel est l'état de la situation?)

- L'insécurité alimentaire joue énormément sur la qualité de vie des personnes diabétiques;
- Les personnes diabétiques en proie à l'insécurité alimentaire en tirent un sentiment de honte et sont souvent blâmées pour leur situation;
- Ces personnes n'ont pas suffisamment accès à des aliments sains et nutritifs;
- Les programmes de sécurité alimentaire ne viennent pas tous en aide efficacement aux personnes diabétiques.

Rêver

(quelle forme cela doit-il prendre?)

- Mise en place de tests de dépistage standardisés et non discriminatoires de l'insécurité alimentaire pour mieux repérer les personnes en difficulté lors des consultations médicales;
- Mise en place de structures de soutien pour aider les personnes à faire face à l'insécurité alimentaire et à se prévaloir des ressources nécessaires.

Concevoir

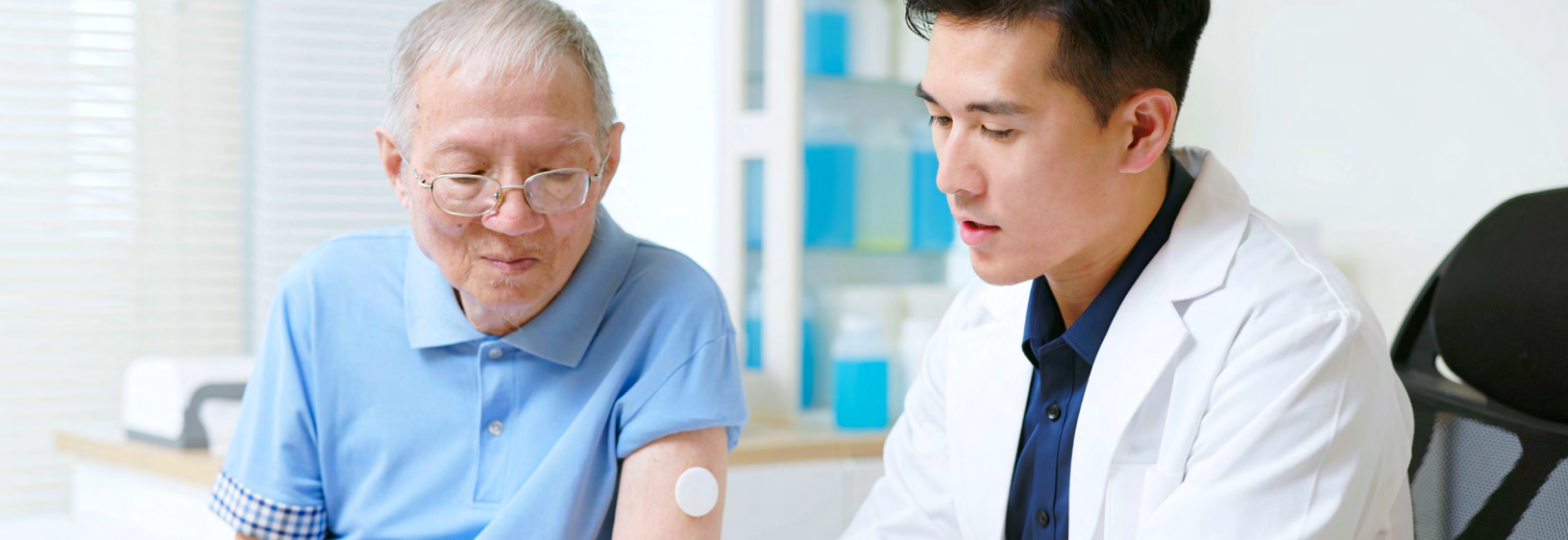
(quelles sont les interventions nécessaires pour réaliser notre vision)

- Étudier la possibilité d'adopter des politiques telles que le revenu universel de base afin de garantir l'accès à des aliments sains, abordables et culturellement adaptés;
- Intervenir en collaboration avec les partenaires communautaires et les travailleurs sociaux pour aider les personnes diabétiques à se familiariser avec les programmes de lutte contre l'insécurité alimentaire;
- Mettre en œuvre des politiques et programmes pour financer la lutte contre l'insécurité alimentaire (financement accru des banques alimentaires, des frigos communautaires, des remboursements de frais d'épicerie, etc.)

Réaliser

(comment pouvons-nous donner naissance à cette vision?)

- Les gouvernements et les responsables politiques doivent s'engager;
- Les programmes de sécurité alimentaire doivent tenir compte de l'inclusion et des déterminants sociaux de la santé;
- La protection des salaires et le revenu de base universel peuvent réduire le stress causé par l'insécurité alimentaire et favoriser la présence des patients aux consultations (de nombreuses personnes manquent leurs rendez-vous par nécessité de travailler pour subvenir à des besoins fondamentaux comme se nourrir).



Accessibilité des soins du diabète en région rurale

Définir

(quel est l'état de la situation?)

- Le taux de roulement des effectifs et l'augmentation du nombre de prestataires de soins temporaires nuisent à la continuité des soins et ont des conséquences néfastes sur la santé;
- Les difficultés d'accès sont un problème majeur et croissant dans les régions rurales et isolées;
- Les soins virtuels sont de plus en plus accessibles, même s'ils sont relativement nouveaux et qu'ils peuvent être encore peu conviviaux et peu accessibles pour certains groupes de population.

Rêver

(quelle forme cela doit-il prendre?)

- En raison des difficultés d'accès aux soins primaires, les pharmaciens et les infirmières praticiennes doivent être davantage mis à contribution et travailler en équipe;
- Il faut accroître les soins du diabète adaptés à la réalité des personnes, par exemple en proposant des soins en dehors des heures de bureau ou de travail;
- Il faut encourager l'autogestion par une collaboration entre les équipes soignantes et les patients.

Concevoir

(quelles sont les interventions nécessaires pour réaliser notre vision)

- Appliquer des orientations et des outils de suivi des symptômes (p. ex., des soins podologiques de routine) afin de favoriser la continuité des soins;
- Tirer parti des ressources disponibles (p. ex., en réunissant une équipe de soins primaires composée de différents prestataires);
- Fournir un accès à la technologie pour permettre aux gens d'obtenir des soins virtuels;
- Proposer différents modèles de prestation de soins adaptés aux besoins de la communauté (p. ex., médecins volants, cliniques itinérantes).

Réaliser

(comment pouvons-nous donner naissance à cette vision?)

- Il est nécessaire de consulter les autorités sanitaires, les gouvernements et les communautés rurales et isolées concernées afin de favoriser l'équité des soins du diabète;
- Il faut miser sur des soins complets dispensés en équipe qui mettent à profit et améliorent ce qui est disponible (les prestataires de soins doivent participer eux aussi);
- Il faut tirer parti de la technologie et de l'IA pour favoriser l'accessibilité universelle des soins de santé.



Pendant la deuxième partie des discussions en petits groupes, les participants et participantes ont été invités à se mettre en équipe avec les autres personnes de leur province pour discuter des interventions régionales en amont, intermédiaires et en aval qui touchent aux soins du diabète (NCCDH, 2014). Les groupes ont été invités à se pencher sur les questions suivantes.

Q1 : Parmi les trois niveaux d'intervention en santé publique (en amont, intermédiaire et en aval), à quel niveau votre province a-t-elle le mieux réussi à lutter contre le diabète? Veuillez fournir des exemples précis (si possible).

Q2 : Parmi les trois niveaux d'intervention en santé publique (en amont, intermédiaire et en aval), sur quel niveau votre province doit-elle se concentrer davantage pour rendre les soins du diabète plus équitables? À quoi pourraient ressembler les interventions à ce niveau?

Le tableau suivant présente les principaux points évoqués par chaque province en réponse à ces questions.

Province	Réponses à la première question	Réponses à la deuxième question
Nouveau-Brunswick	La province s'est concentrée sur les mesures en aval grâce à des programmes tels que : • MaSantéNB, qui permet aux gens des quatre coins de la province de consulter leur dossier de santé, dans une optique d'autogestion et d'auto-aiguillage. Les patients peuvent ainsi prendre contact avec des éducateurs en diabète et des spécialistes pour recevoir de l'accompagnement et des soins; • des programmes en pharmacie permettant la prise en charge des maladies chroniques; • le programme de prise en charge du diabète, qui a été intégré aux soins primaires pour les personnes ayant accès à un médecin; • les soins virtuels, qui contribuent à atténuer certaines inégalités dans l'accès aux soins primaires.	Il faut privilégier davantage les aspects suivants : • lever les obstacles régionaux à l'accessibilité des soins du diabète; • fournir des services de transition aux jeunes adultes qui passent des soins pédiatriques aux soins pour adultes, ainsi qu'aux adultes qui entrent dans un établissement de soins de longue durée. En amont, il faut accorder une plus grande attention aux aspects suivants : • répondre à des besoins fondamentaux tels que l'alimentation, le logement, la couverture des médicaments et des dispositifs médicaux; • améliorer et accroître l'accès à des aliments sains et abordables.

Province	Réponses à la première question	Réponses à la deuxième question
Terre-Neuve-et-Labrador	La province est intervenue avec succès en aval, notamment grâce aux initiatives suivantes : - programmes d'accessibilité du glucomètre en continu et de la pompe à insuline; - outils fondés sur des lignes directrices relatives au diabète; - accès aux dossiers médicaux personnels; - l'organisme End Homelessness St. John's a pris des mesures progressives pour venir en aide à la population itinérante de la province, notamment par la prestation de soins de santé pouvant améliorer les conditions de vie des personnes diabétiques sans domicile fixe.	- Il faut attacher plus d'importance aux mesures en amont et en aval. - Il est difficile de combler les lacunes dans les soins du diabète lorsque les besoins essentiels de la population ne sont pas comblés (absence d'eau potable, épicerie coûteuse où il est moins cher d'acheter de la boisson gazeuse que de l'eau). - Les ratés de l'infrastructure Internet compliquent l'accès aux soins virtuels. - Des subventions à l'alimentation sont nécessaires pour favoriser l'accès à des aliments sains et abordables. - Il faut s'attaquer aux problèmes d'urbanisme pour financer le logement social et les habitations à loyer modique afin de répondre aux besoins essentiels, de sorte que l'on puisse se concentrer davantage sur la prise en charge, le traitement et la gestion des maladies chroniques telles que le diabète.
Nouvelle-Écosse	Les initiatives et interventions qui ont rencontré le plus de succès comprennent notamment ce qui suit : - centres de traitement du diabète et programmes affiliés; - programmes d'accès aux capteurs de glucose et à l'insuline; - programmes de fraternité et de sororité pour les Néo-Écossaises et Néo-Écossais noirs; - registre d'autodéclaration du diabète (les évaluations de suivi révèlent que beaucoup de personnes diabétiques n'ont pas eu accès à des soins au cours de l'année écoulée); - navigateurs pour les patients atteints de diabète et de maladies chroniques.	Il faut insister davantage sur un certain nombre d'interventions, dont les suivantes : - trouver de meilleurs moyens d'identifier, d'évaluer et d'orienter les patients issus de populations dignes d'équité; - créer des systèmes et des structures permettant aux patients de déterminer le niveau et le type de soins qu'ils reçoivent; - améliorer et appliquer les programmes de soutien du revenu; - accompagner les équipes de soins communautaires qui font appel aux pharmacies et aux centres de soins pour diabétiques afin d'éviter le doublement des services; - mettre en œuvre des programmes de prévention, tels que des soins podologiques, afin d'éviter les amputations d'un membre inférieur.
Île-du-Prince-Édouard	L'accent a été mis principalement sur les interventions en aval, dont les suivantes : - accès aux programmes provinciaux de lutte contre le diabète nécessitant un diagnostic; - programmes d'accès au glucomètre en continu et soutien à l'accès aux bandelettes réactives en cas d'insulinothérapie.	Il faut insister davantage sur les interventions en amont et les interventions intermédiaires, dont les suivantes : - apporter du soutien aux groupes socio-économiques défavorisés qui peinent à consulter en raison de leur horaire de travail et de leur besoin de travailler un maximum d'heures; - faciliter l'accès aux programmes de soins du diabète, en particulier aux soins virtuels; - améliorer le maintien en poste du personnel; - revoir le plafond de revenus applicable à la coassurance afin d'élargir l'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux; - intensifier les mesures de prévention du DT2.

6.0 Prochaines étapes et recommandations

Les présentations et les discussions de groupe ont permis d'examiner diverses mesures pour favoriser l'équité des soins du diabète dans les provinces de l'Atlantique. Les discussions portant sur la partie « Réaliser » de la première séance en petits groupes ont été résumées pour aboutir aux recommandations suivantes.

- 1. Les décisions relatives à la planification et à la prestation des soins reposent sur la participation de toutes les parties prenantes**, à savoir le gouvernement, les responsables politiques, les professionnels de la santé, les autorités sanitaires, les communautés touchées et les personnes diabétiques. Les décisions entourant les soins du diabète ne peuvent être prises en vase clos; pour favoriser l'équité des soins, elles doivent impliquer l'ensemble des interlocuteurs, et ce, à toutes les étapes du processus – de la conception à la mise en œuvre.
- 2. Il faut tirer un meilleur parti des équipes et des structures de soins existantes pour favoriser l'accessibilité et la qualité des soins**, qu'il s'agisse d'élargir les soins prodigués par les infirmières et les pharmaciens ou d'exploiter davantage l'intelligence artificielle et la technologie pour offrir des soins virtuels. À l'heure où de plus en plus de Canadiennes et Canadiens peinent à obtenir des soins primaires et d'autres services de santé, il est primordial de soutenir les initiatives qui leur permettent de prendre leur santé en main grâce à un meilleur accès à différentes options thérapeutiques.
- 3. Pour favoriser l'équité des soins du diabète, il faut s'attaquer à la conséquence des déterminants sociaux de la santé au moyen d'interventions en amont et en aval.** Les politiques relatives à l'insécurité alimentaire, à la desserte des régions rurales, à la stabilité du logement et à la crise des prix viennent également soutenir l'équité des soins du diabète. Il est crucial de réduire les répercussions des DSS sur les personnes diabétiques et leur entourage si l'on veut permettre aux Canadiennes et Canadiens de vivre en meilleure santé.

- 4. La collaboration entre les provinces de l'Atlantique sera essentielle à la poursuite des discussions sur l'équité des soins du diabète pouvant être transposée en un plan d'action concret.** Le Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins du diabète a permis aux parties prenantes de se rencontrer et de transmettre leurs connaissances sur l'état actuel des soins du diabète. La collaboration et les discussions doivent toutefois se poursuivre afin d'en arriver à des soins équitables pour toutes les personnes diabétiques de la région de l'Atlantique.

Les principales recommandations formulées lors des présentations du Sommet ont été mises **en gras et en bleu** tout au long du document. En voici une synthèse.

- En ce qui concerne les cadres d'équité des soins de santé, Rebekah Quach indique que les **partenariats systémiques sont essentiels à une mise en œuvre réussie, dans la mesure où une approche plurisectorielle de l'équité des soins peut :**
 - **enrichir et renforcer les capacités;**
 - **encourager la reddition de comptes;**
 - **garantir l'adhésion des responsables;**
 - **produire des preuves en appui à l'analyse et à la prise de décision;**
 - **engendrer des possibilités de consultation communautaire et des obligations en ce sens;**
 - **encourager l'innovation et la prise de parole.**
- En ce qui a trait à l'insécurité alimentaire et à la prise en charge du diabète, les familles interrogées par Beth Cummings et son équipe de recherche s'accordent à dire que **l'insécurité alimentaire doit faire l'objet d'un dépistage systématique et facile d'accès dans les cliniques afin qu'elles n'aient pas peur de demander de l'aide et que le personnel puisse leur fournir des mesures d'accompagnement adaptées. Les aidants et familles se disent favorables à la création d'outils tels que des programmes financiers, des recettes et des plans de repas, des ateliers de cuisine, des échantillons de produits, des groupes de soutien et un accès à des programmes locaux.**

3. En ce qui concerne l'équité des soins dans la prévention des amputations d'un membre inférieur associées au diabète, **Erin Pichora rappelle que la prévention des amputations passe d'abord par celle du diabète de type 2. Parmi les stratégies de prévention en amont, la santé publique et le gouvernement doivent promouvoir et soutenir un meilleur accès à des aliments sains et abordables ainsi qu'à des mesures d'aide à l'abandon du tabagisme (ICIS, 2024). Les autres obstacles à lever en raison de leur contribution potentielle à l'augmentation des taux d'amputation d'un membre inférieur associée au diabète comprennent notamment :**

- **le manque d'accès aux soins primaires;**
- **la prise en charge inadéquate du diabète :**
 - **les coûts payés de la poche des patients (Diabète Canada, 2023);**
 - **le manque de soutien social et l'isolement;**
- **le manque d'accès à des soins spécialisés :**
 - **les coûts et le temps de déplacement;**
 - **la couverture limitée des services et des dispositifs médicaux (Diabète Canada, 2024, ICIS, 2024).**

4. Afin de favoriser la prévention et le traitement équitables des amputations d'un membre inférieur associées au diabète, **Erin Pichora souligne la nécessité d'en faire davantage pour combler les données manquantes. À l'heure actuelle, les données relatives à l'appartenance raciale et les données d'identité des personnes autochtones ne sont pas recueillies systématiquement au Canada. En conséquence, les amputations d'un membre inférieur chez les personnes inuites, métisses et issues des Premières Nations, ainsi qu'au sein des populations racialisées, sont une réalité encore mal comprise. Il y a lieu également d'améliorer les indicateurs pour mieux cerner les besoins en matière d'accès à des soins de santé sûrs et efficaces. L'analyse croisée de ces indicateurs et des données sur l'incidence du diabète**

et le taux de prévalence peut nous aider à trouver des moyens de réduire le nombre d'amputations d'un membre inférieur au sein des populations marginalisées.

5. En ce qui a trait aux initiatives locales comme la distribution de bracelets diagnostiques, Julia Bannister estime que **ce genre de projet pilote a besoin d'infrastructures pour maintenir sa pérennité et ne pas disparaître. De même, l'énergie et le dévouement nécessaires pour les concrétiser doivent être reconnus davantage.**
6. En ce qui a trait à la couverture des glucomètres en continu, Heather Power fait remarquer que **le candidat idéal à l'utilisation du glucomètre en continu n'est plus le même. Plus le taux d'HbA1C initial est élevé, plus grands sont les bénéfices du système hybride en boucle fermée. Il apparaît donc essentiel de lever les obstacles à l'accessibilité de cette technologie afin de réduire le risque de complications chez les personnes diabétiques et d'alléger le fardeau financier pour les patients, les familles et le réseau de la santé.**
7. En ce qui a trait aux soins offerts aux personnes noires diabétiques au Canada, Damilola Iduye est d'avis qu'**il faut appréhender les DSS qui touchent les populations noires du Canada dans une perspective intersectionnelle qui, loin de les considérer comme un groupe monolithique, prend en compte le chevauchement du contexte social, politique, historique et économique qui façonne chaque individu de manière unique. Elle souligne également que les directives diagnostiques qui présentent le fait d'être noir comme un facteur de risque sont particulièrement néfastes, dans la mesure où elles suggèrent que le diabète est une maladie ethnique. Il faut éviter ce discours et se concentrer plutôt sur la manière dont les facteurs sociaux et le racisme structurel tenace prédisposent les personnes noires à développer le diabète de type 2.**



7.0 Conclusion

Le Sommet de l'Atlantique sur l'équité des soins du diabète est le deuxième sommet du genre organisé par l'équipe du projet MRACD. Il fait suite au Sommet de l'Ouest canadien, qui s'est tenu en mars 2024, une occasion vitale, pour les acteurs du milieu, de se réunir, d'apprendre, d'échanger et de discuter des prochaines étapes menant à l'équité des soins. Au moment où Diabète Canada et l'équipe du projet MRACD travaillent à la préparation des futures tables rondes et discussions sur l'équité des soins du diabète, les échanges et rétroactions sur le Sommet de l'Atlantique guideront

la planification et la mise en œuvre des prochaines rencontres. Les participants et participantes au Sommet de l'Atlantique ont tous exprimé leur enthousiasme et leur volonté de réfléchir à des mesures concrètes et à une collaboration entre les provinces de l'Atlantique. Ils ont rappelé à maintes reprises que les partenaires communautaires, les professionnels de la santé, les patients et les gouvernements provinciaux doivent être parties prenantes à l'action en faveur de l'équité des soins du diabète. L'équipe du projet MRACD espère étendre la portée de ses efforts pour favoriser l'équité des soins du diabète partout au pays et faire progresser les discussions sur les mesures à prendre pour prévenir et lever les obstacles à l'équité.

Références

- Armstrong, A. J., Holmes, C. M., & Henning, D. (2020). A changing world, again. How Appreciative Inquiry can guide our growth. *Social sciences & humanities open*, 2(1), 100038. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100038>
- Calgary Diabetes Advocacy Committee. (n.d.) LOW. <https://www.calgarydac.ca/about-the-project.html>
- Canadian Institute for Health Information. (2024). Equity in diabetes care: A focus on lower limb amputation. <https://www.cihi.ca/en/equity-in-diabetes-care-a-focus-on-lower-limb-amputation>
- Centre for Disease Control and Prevention. (2022). What is Health Equity? <https://www.cdc.gov/health-equity/what-is/index.html#:~:text=Health%20equity%20is%20the%20state,their%20highest%20level%20of%20health.>
- Clark, M. L., & Utz, S. W. (2014). Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. *World journal of diabetes*, 5(3), 296–304. <https://doi.org/10.4239/wjd.v5.i3.296>
- Cox, C., Alyahyawi, N., Ornstein, A., & Cummings, E. A. (2021). Experience of Caring for a Child With Type 1 Diabetes Mellitus in a Food-Insecure Household: A Qualitative Evaluation. *Canadian journal of diabetes*, 45(1), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2020.05.013>
- Dhamoon, R. K. & Hankivsky, O. (2011). *Health inequities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. University of British Columbia Press.
- Diabetes Canada. (2020). Food Security and Diabetes: A Position Statement. https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Diabetes-Canada_Food-Security-Diabetes_Position-Statement_March-2020.pdf
- Diabetes Canada. (2023a). Diabetes and Diabetes-Related Out-of-Pocket Costs: 2022 Update. <https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Advocacy%20Reports/Diabetes-Canada-2022-Out-Of-Pocket-Report-EN-FINAL.pdf>

- Diabetes Canada. (2023b). Diabetes in Canada: Backgrounder. <https://www.diabetes.ca/advocacy---policies/advocacy-reports/national-and-provincial-backgrounders/diabetes-in-canada>
- Diabetes Canada. (2024). Access to diabetes medication, supplies & medical devices. <https://www.diabetes.ca/advocacy---policies/our-policy-positions/access-to-diabetes-medication,-supplies---medical-devices>
- 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>
- Government of Nova Scotia. (2023). Health Equity Framework. <https://novascotia.ca/just/publications/docs/health-equity-framework.pdf>
- Gupta, N., & Sheng, Z. (2019). A population-based study of the association between food insecurity and potentially avoidable hospitalization among persons with diabetes using linked survey and administrative data. *International journal of population data science*, 4(1), 1102. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v4i1.1102>
- 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. Advance online publication. <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>
- International Diabetes Federation. (2024). Type 2 diabetes. <https://idf.org/about-diabetes/type-2-diabetes/>
- Li, T., St-Germain, A. A. F., Tarasuk, V. (2023). Household Food Insecurity in Canada, 2022. PROOF. <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2023/11/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2022-PROOF.pdf>
- Marjerrison, S., Cummings, E. A., Glanville, N. T., Kirk, S. F., & Ledwell, M. (2011). Prevalence and associations of food insecurity in children with diabetes mellitus. *The Journal of pediatrics*, 158(4), 607–611. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.10.003>
- 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>
- Shared Health Manitoba. (2023). Race, Ethnicity & Indigenous Identity Data. <https://sharedhealthmb.ca/about/racism-disrupted/rei-data/>
- Statistics Canada. (2024). Index of Remoteness. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/17260001>
- Swaleh, R. M., & Yu, C. (2021). “A Touch of Sugar”: A Qualitative Study of the Impact of Health Beliefs on Type 1 and Type 2 Diabetes Self-Management Among Black Canadian Adults. *Canadian journal of diabetes*, 45(7), 607–613.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2020.12.002>
- 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>



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