

Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015

Ministère de la Santé
Juin 2011



Notre santé, notre avenir

Table des matières

MESSAGE DE LA MINISTRE	1
GLOSSAIRE DES ACRONYMES.....	2
PROLOGUE	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	6
Qu'est-ce que le diabète?.....	6
Pourquoi se préoccupe-t-on autant du diabète?.....	6
TYPES DE DIABÈTE	7
Diabète de type 1.....	7
Diabète de type 2.....	8
Diabète gestationnel.....	10
Nouveau-Brunswick – L'urgence d'agir.....	11
LA VISION.....	12
Enrichir ses connaissances grâce à la preuve : recommandations du Groupe de travail sur le diabète du Nouveau-Brunswick.....	13
Enrichir ses connaissances grâce à la preuve : la recherche.....	13
Prévention.....	15
Détection.....	16
Prise en charge	16
Améliorer le contrôle de l'hypertension	16
Contrôle glycémique amélioré	17
Contrôle amélioré des lipides	17
Améliorer le soin des pieds chez les personnes souffrant de diabète et courant un risque accru de développer des ulcères aux pieds	17
Résumé des priorités recommandées.....	18
STRATÉGIE GLOBALE SUR LE DIABÈTE	19
Secteur stratégique n° 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS	19
Mettre sur pied une unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique au Nouveau-Brunswick.....	19
Secteur stratégique n° 2 : PRÉVENTION	20
Soutenir les mesures concernant les déterminants sociaux de la santé à l'échelle du gouvernement.....	20
Élaborer des stratégies visant les personnes à risque.....	22
Secteur stratégique n° 3 : DÉTECTION	23
Mettre en œuvre des programmes de dépistage qui ciblent les populations vulnérables et les personnes à risque.....	23
Secteur stratégique n° 4 : PRISE EN CHARGE	23
Améliorer la prestation des soins primaires en ce qui a trait à la maîtrise globale des facteurs de risque et à la détection précoce des complications.....	23
Améliorer la prestation de soins secondaires et tertiaires pour les personnes atteintes du diabète.....	25
Améliorer l'accès aux outils pour l'autogestion.....	26
Améliorer l'accès aux médicaments nécessaires à des prix abordables.....	28
Améliorer l'accès aux fournitures nécessaires à des prix abordables.....	29
Améliorer l'accès aux appareils nécessaires à des prix abordables.....	29
Résumé des initiatives et des produits librables clés	30
COMMENT SAURONS-NOUS SI CELA FONCTIONNE?	33
CONCLUSION	34
ANNEXE A	35

Table des figures

Figure 1 : Modèle élargé de soins aux malades chroniques.....	3
Figure 2 : Utilisation des soins de santé – Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007	6
Figure 3 : Taux d'incidence des cas de diabète diagnostiqués chez les enfants pour 1 000 personnes selon le sexe et l'année.....	8
Figure 4 : Taux de prévalence des cas de diabète diagnostiqués par groupe d'âge, Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007	9
Figure 5 : Taux d'incidence des cas de diabète diagnostiqués, Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007.....	9
Figure 6 : Espérance de vie, Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007	10
Figure 7 : Taux de diabète gestationnel, Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007	11
Figure 8 : Interventions fortement recommandées	14
Figure 9 : Indicateurs généraux recommandés.....	33
Figure 10 : Résultats escomptés.....	33



Message de la ministre

Les soins de santé constituent toujours l'une des principales préoccupations des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises. Nous devons veiller à ce que notre système de santé respecte les principes de soins opportuns et universels partout dans la province.

Selon le récent rapport *Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007*, un Néo-Brunswickois sur treize vit avec un diagnostic de diabète et il est prévu que d'ici à 2012-2013, cette proportion s'élèvera à une personne sur dix.

Cette maladie entraîne de sérieuses conséquences sur la qualité de vie et les coûts pour le système de soins de santé. Environ 5 000 personnes reçoivent un diagnostic de diabète chaque année. Nous nous devons de leur fournir l'information et le soutien dont elles ont besoin. Les personnes atteintes de diabète ont davantage recours aux ressources de soins de santé que celles qui n'en sont pas. Entre 2003-2004 et 2007-2008, les diabétiques étaient à l'origine d'environ 27 p. 100 des jours d'hospitalisation, et le nombre de visites chez le médecin de famille était deux fois plus élevé chez ceux-ci.

Les complications associées au diabète comptent pour la plus grande partie des coûts de soins de santé liés à cette maladie et elles diminuent grandement la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie et de leur famille. Traditionnellement, les services de soins de santé mettent l'accent sur les personnes une fois qu'elles ont développé la maladie et qu'elles souffrent de complications graves qui nécessitent des services hospitaliers importants. Or, il faut mettre davantage l'accent sur les activités liées à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie en vue de réduire le fardeau du diabète qui pèse sur notre société et le système de soins de santé. Il existe des preuves manifestes qui indiquent que le fait de porter une plus grande attention à la prévention et d'offrir un soutien aux personnes plus tôt dans la prise en charge du diabète diminue le fardeau de la maladie de façon importante. Ces mesures comprennent une meilleure détection, la sensibilisation du patient, l'accès à des médicaments, à des fournitures et à des appareils abordables ainsi que la surveillance continue de la prise en charge du diabète.

Le présent document, *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015*, a pris en compte les recommandations formulées par les intervenants tels que le groupe de travail provincial sur le diabète. Nous avons passé en revue la recherche ainsi que les pratiques exemplaires en vigueur au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Les nombreuses discussions tenues ainsi que les lettres reçues de Néo-Brunswickois qui vivent avec le diabète nous ont permis de bien comprendre les vrais problèmes avec lesquels ces personnes doivent composer.

Au nom du gouvernement provincial, je suis fière de vous présenter la *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015*. Le présent document, qui constitue la première stratégie complète de la province sur le diabète, présente une feuille de route claire visant expressément à s'attaquer au problème croissant du diabète.

Madeleine Dubé
Ministre de la Santé
Gouvernement du Nouveau-Brunswick

Glossaire des acronymes

A1C : Hémoglobine glycosylée

ACD : Association canadienne du diabète

ACMTS : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

ASG : Autosurveillance de la glycémie

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité

BM : Banque mondiale

CCPGMC : Comité consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques

CNBS : Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé

DSG : Diabète sucré gestationnel

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

GTD : Groupe de travail sur le diabète (Nouveau-Brunswick)

PACI : Perfusion automatique continue d'insuline

MESMC : Modèle élargi de soins aux malades chroniques

MIQ : Multiples injections quotidiennes

NIHB : National Indian Health Board

OMS : Organisation mondiale de la Santé

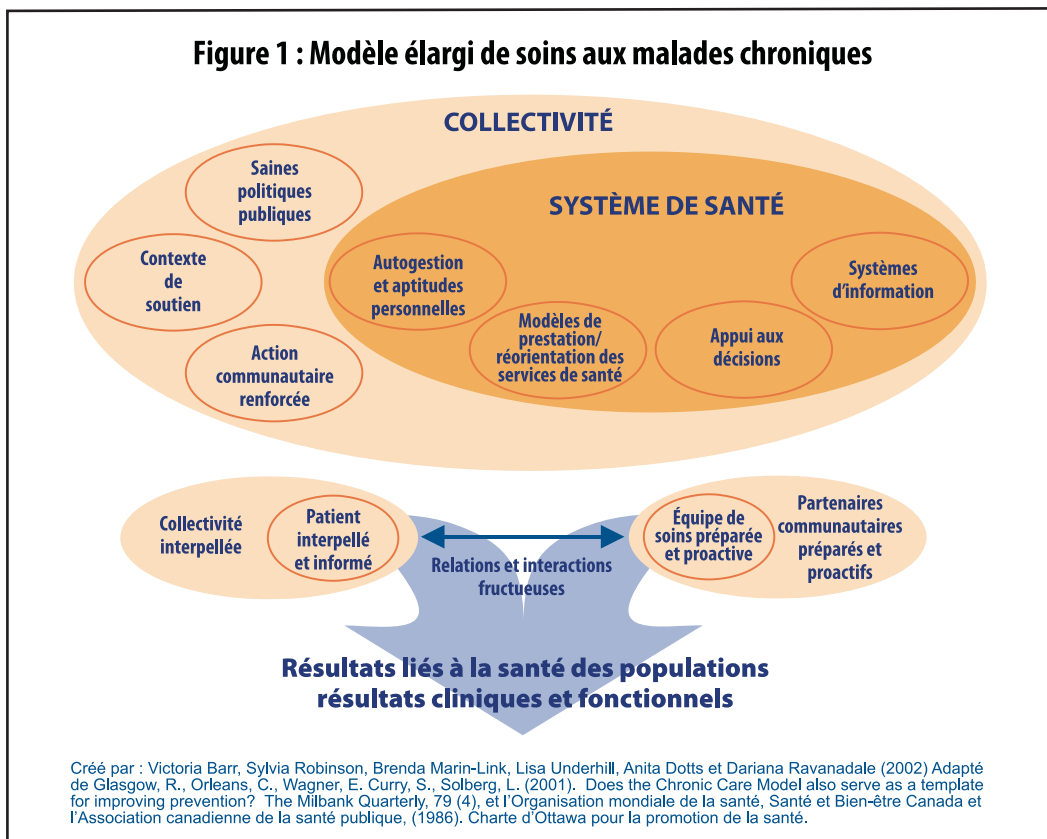
UKPDS : United Kingdom Prospective Diabetes Study

USPTF : United States Preventive Task Force

Prologue - Stratégie globale sur le diabète

Au cours de la dernière décennie, on a reconnu que le principal défi auquel faisait face le système des soins de santé du Nouveau-Brunswick était la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Nous ne sommes pas seuls pour surmonter ce défi. Le Conseil canadien de la santé continue de faire paraître de nombreuses publications¹ sur les effets des maladies chroniques au Canada. L'objectif principal de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est de « renforcer la capacité du Canada de protéger et d'améliorer la santé de la population et d'aider à réduire les pressions sur le système de soins de santé » ainsi que de prévenir et de contrôler les maladies chroniques et les blessures². L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale (BM) ont établi que « le diabète et ses complications ont des répercussions économiques importantes sur les personnes, les familles, les systèmes de santé et les pays » et elles lancent un appel urgent à la prévention ainsi qu'à l'amélioration de la prise en charge du diabète^{3,4}.

En mai 2010, la province a publié le *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*⁵ qui est fondé sur le modèle élargi de soins aux malades chroniques (MESMC). Ce cadre oriente la mise au point de stratégies intégrées et coordonnées visant à appuyer le plus possible les habitants de la province qui souffrent d'une maladie chronique. Les politiques publiques, l'environnement de soutien et l'engagement public permettent à la collectivité de comprendre et de gérer les services de soins de santé. Le système de soins de santé repose sur des éléments clés, qui sont notamment la conception du système de prestation, le système d'information, l'autogestion du client et l'aide à la décision. Le modèle élargi de soins aux malades chroniques se veut un plan pour la réorganisation des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.



¹ http://healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_virtuemart&page=shop.browse&category_id=16&Itemid=17

² http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html>

⁴ K.M.V. Narayan et coll., « Diabetes: the pandemic and the potential solutions », dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, sous la direction de J.T. Jamison et coll., Washington (DC), Oxford University Press, Banque mondiale, 2006, p. 591-604. Sur Internet à l'adresse : http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679&entityID=000310607_20071116162611&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679.

⁵ www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf.

La planification et la prise de décision doivent comprendre quatre questions fondamentales :

- Sont-elles axées sur les besoins de tous les habitants de la province?
- Mènent-elles vers des résultats optimaux pour la santé de tous les habitants de la province?
- Aideront-elles à améliorer la qualité et à réduire les temps d'attente des services fournis à tous les habitants de la province?
- Seront-elles effectuées de la manière la plus efficace et rentable possible?

La réponse à la première question permet de nous assurer que nous tenons compte des conséquences de nos décisions, car le système de soins de santé est conçu avant tout pour répondre aux besoins de tous les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises. La réponse à la deuxième question permet de nous assurer que nos décisions mèneront à des services qui favorisent des résultats optimaux en matière de santé pour les personnes et la population en général. La réponse à la troisième question permet de nous assurer que nos décisions améliorent la qualité et la rapidité des services fournis aux Néo-Brunswickois, car le système de soins de santé doit favoriser une approche de prestation de service efficace et efficiente. Enfin, la réponse à la quatrième question permet de nous assurer que nous procédons de la manière la plus efficace et rentable possible, car le système de soins de santé doit maintenir un équilibre entre la qualité des services et l'abordabilité. Il s'agit là des quatre éléments fondamentaux sur lesquels repose l'élaboration de la *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015*.

Cette stratégie met à profit les leçons tirées des stratégies et des pratiques locales en vigueur dans d'autres provinces et pays et se fonde sur des examens systématiques et des interventions de recherche publiés. Compte tenu de la prévalence à la hausse de la maladie et du fardeau financier s'y rattachant, il est important que l'on utilise les ressources disponibles de la meilleure façon qui soit. Les études coût-efficacité fournissent de l'information qui sert à orienter l'élaboration des politiques, la prise de décision et l'affectation des ressources. Certaines interventions peuvent améliorer les résultats cliniques et réduire les coûts, alors que d'autres peuvent améliorer les résultats cliniques de quelques personnes et nécessiter des ressources dans une mesure disproportionnée.

Il s'agit de la première stratégie élaborée dans le contexte du Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques. Le gouvernement provincial reconnaît le besoin pressant d'adopter une stratégie globale sur le diabète. Dans le rapport récent *Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007*⁶, on décrit l'aggravation des effets importants de cette maladie sur la population ainsi que sur l'utilisation des services de santé.

⁶ http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf

Sommaire

Le rapport *Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007*⁷ décrit l'aggravation des effets importants du diabète sur la population ainsi que sur l'utilisation des services de santé.

Des estimations prudentes réalisées à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) indiquent que, de plus en plus, les visites chez le médecin et l'utilisation des services hospitaliers par les personnes atteintes de diabète représentent annuellement un montant de 283 millions de dollars⁸. Le diabète est un fardeau économique important sur le système de soins de santé, l'économie, les particuliers et les familles. L'augmentation prévue du nombre de jeunes diabétiques entraînera une hausse encore plus marquée des coûts.

Le diabète a des répercussions sur tous les systèmes et appareils corporels, prédisposant donc la personne qui en est atteinte à des complications ainsi qu'à l'inhibition de la guérison en général. Les personnes atteintes de diabète présentent souvent des comorbidités comme la dépression, ce qui complique davantage leur capacité à prendre en charge cette maladie complexe de façon efficace et optimale. Les résultats des recherches permettent d'établir clairement qu'une prévention accrue, un dépistage sélectif des populations à risque élevé ainsi que l'amélioration de la surveillance et de la gestion des facteurs de risque et des complications du diabète peuvent réduire nettement le fardeau de la maladie sur la famille, l'économie et le système de soins de santé.

La *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015* présente une feuille de route claire fondée sur la recherche et l'expérience des cliniciens spécialistes de notre province.

1. Renforcement des capacités

- 1.1 Mettre sur pied une unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique au Nouveau-Brunswick qui se concentre principalement sur le diabète.

2. Prévention

- 2.1 Soutenir les mesures concernant les déterminants de la santé dans l'ensemble du gouvernement.
- 2.2 Élaborer des stratégies visant les personnes à risque.

3. Détection

- 3.1 Mettre en œuvre les programmes de dépistage qui ciblent les personnes à risque.

4. Prise en charge

- 4.1 Améliorer la prestation des soins primaires en ce qui a trait à la maîtrise globale des facteurs de risque et à la détection précoce des complications.
- 4.2 Améliorer les services de soins secondaires et tertiaires pour soutenir les personnes atteintes de diabète.
- 4.3 Améliorer l'accès aux outils pour l'autogestion.
- 4.4 Améliorer l'accès aux médicaments nécessaires à des prix abordables.
- 4.5 Améliorer l'accès aux fournitures nécessaires à des prix abordables.
- 4.6 Améliorer l'accès aux appareils nécessaires à des prix abordables.

⁷ http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf.

⁸ Études internes, communication personnelle, J. Boyne et S. Halpine, janvier 2011.

Introduction

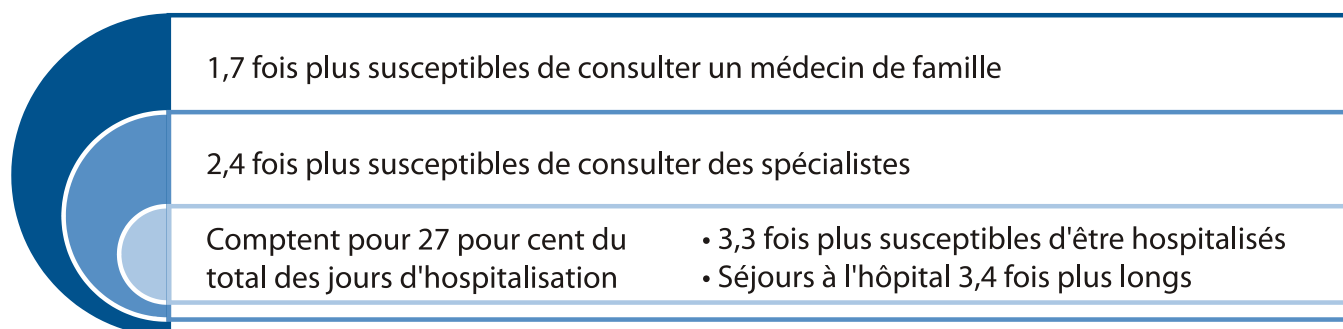
Qu'est-ce que le diabète?

Le diabète sucré est une affection chronique causée par l'incapacité du corps de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser comme il se doit. L'organisme a besoin de sucre comme source d'énergie. L'insuline permet au sucre de passer de la circulation sanguine aux cellules, où il est utilisé comme énergie.

Pourquoi se préoccupe-t-on autant du diabète?

Un rapport de la Banque mondiale publié en 2006 porte sur les défis mondiaux de la gestion du diabète dans les pays développés et en développement⁹. En 2003, la prévalence du diabète était évaluée à 7,8 pour cent dans les pays développés chez les personnes âgées de 20 à 79 ans. On s'attend à une augmentation de 9,2 pour cent d'ici 2025. Le diabète constitue un fardeau économique considérable qui pèse sur les systèmes de soins de santé, l'économie nationale, les particuliers et les familles. Ce qui est inquiétant, c'est l'augmentation prévue du nombre de jeunes diabétiques qui imposera des coûts encore plus importants sur le système, car ce groupe d'âge est habituellement le plus productif sur le plan économique. La baisse de productivité liée à la morbidité, aux incapacités et à la mortalité aura des répercussions encore plus marquées. Les recherches présentées dans les travaux de la Banque mondiale, par exemple, soulignent l'importance d'investir intelligemment dans la prévention primaire et secondaire du diabète.

Figure 2 : Utilisation des soins de santé - Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007



En 2007-2008, un Néo-Brunswickois sur treize âgé d'un an ou plus avait reçu un diagnostic de diabète (7,8 pour cent ou 29 047 hommes et 7,2 pour cent ou 27 396 femmes). Il est prévu qu'environ 73 000 Néo-Brunswickois, ou l'équivalent d'une personne sur dix, seront atteints du diabète d'ici 2013¹⁰. Selon ce même rapport, les personnes atteintes de diabète sont environ trois fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour une maladie cardiovasculaire, sept fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour une néphropathie chronique et quinze fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour amputation d'un membre inférieur¹¹. La figure 2 montre le profil d'utilisation des services du système de soins de santé. Les estimations préliminaires de la province portent à croire que l'utilisation accrue des services de santé associée au diabète coûterait 283 millions de dollars par année, principalement en raison des hospitalisations. Si on considère également que la prévalence estimée du diabète non diagnostiqué se situerait entre un tiers et la moitié du nombre de personnes atteintes de diabète^{12,13,14} il ne fait aucun doute que nous devons investir dans l'amélioration des ressources afin de mieux gérer le fardeau actuel croissant des soins associés au diabète.

⁹ K.M.V. Narayan et coll., « Diabetes: the pandemic and the potential solutions », dans Disease Control Priorities in Developing Countries, sous la direction de J.T. Jamison et coll., Washington (DC), Oxford University Press, Banque mondiale, 2006, p. 591-604. Sur Internet à l'adresse : http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679&entityID=000310607_20071116162611&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679

¹⁰ Le diabète au Nouveau Brunswick 1998-2007, p. 16.

¹¹ Ibid, p. 37.

¹² J. Kaczorowski et C. Robinson, « Development of the CANRISK questionnaire to screen for prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 33, no 4 (2009), p. 381-383.

¹³ <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/d04-fra.php>

¹⁴ C. Cowie et coll., « Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the US population », *Diabetes Care*, vol. 29, no 6 (2006), p. 1263-1268.

Le diabète a des répercussions sur tous les systèmes et appareils corporels, prédisposant donc la personne qui en est atteinte à des complications ainsi qu'à l'inhibition de la guérison en général. Les personnes atteintes de diabète présentent souvent des comorbidités comme la dépression, ce qui complique davantage leur capacité à prendre en charge cette maladie complexe de façon efficace et optimale. Il est essentiel d'avoir certaines connaissances de base sur le diabète pour l'élaboration d'une approche complète.

Types de diabète

Diabète de type 1

Environ 10 pour cent de la population souffre de diabète de type 1. Ce type de diabète est une maladie auto-immune qui se manifeste lorsque le pancréas cesse subitement de produire de l'insuline. La maladie se développe souvent pendant l'enfance. Ce n'est pas une maladie évitable. Il n'y a aucun facteur de risque modifiable pour le diabète de type 1.

Le traitement de ce type de diabète comprend l'injection quotidienne d'insuline. Il existe de nombreux types d'insuline sur le marché pour contrôler la glycémie. Les personnes atteintes du diabète de type 1 auront toujours besoin d'insuline. Bien que l'insuline soit le plus souvent administrée par multiples injections quotidiennes (MIQ), on note l'apparition de l'utilisation de la pompe à insuline. L'utilisation de certaines pompes à insuline peut être synchronisée avec des moniteurs de glucose en continu. Des recherches sont actuellement en cours dans l'espoir de pouvoir administrer, un jour, l'insuline de différentes façons, en utilisant par exemple des pompes nasales en aérosol ou même en régénérant le pancréas.

Pour ajuster correctement ses doses d'insuline, une personne doit généralement analyser sa glycémie à l'aide de bandelettes d'analyse et d'un glucomètre. Habituellement, la personne doit se piquer le doigt pour obtenir une goutte de sang lui permettant d'analyser sa glycémie. On appelle ce processus autosurveillance de la glycémie (ASG). Certaines personnes ont une glycémie très stable, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres, qui doivent alors surveiller leur glycémie de plus près. Il peut être parfois très difficile de trouver la bonne dose d'insuline, ce qui entraîne des hospitalisations répétées.

Les personnes atteintes du diabète de type 1 doivent surveiller étroitement les hausses et les baisses de glycémie. Il se peut qu'une personne reçoive trop d'insuline ou, au contraire, qu'elle n'ait pas suffisamment de sucre dans le sang pour contrer la quantité d'insuline administrée. La quantité de glucose dans le sang est alors faible, ce qu'on appelle hypoglycémie. L'hypoglycémie est un facteur de risque grave, car le sang qui irrigue le cerveau doit toujours contenir une quantité minimale de sucre. En cas d'hypoglycémie, il faut consommer du sucre. Les familles et les personnes doivent être informées de la possibilité d'hypoglycémie, car elle peut entraîner la mort.

Par contre, si la personne a une grande quantité de sucre dans le sang, il se peut qu'elle ait besoin d'insuline. L'une des principales causes de complications est une trop grande quantité de sucre dans le sang, ce qu'on appelle hyperglycémie. Une glycémie élevée mène à la détérioration des vaisseaux sanguins.

Avec le temps, les personnes atteintes de diabète de type 1 présentent un risque élevé de complications, en partie à cause de la durée de la maladie. Ces complications sont notamment la cécité, les néphropathies, les cardiopathies et les problèmes de circulation.

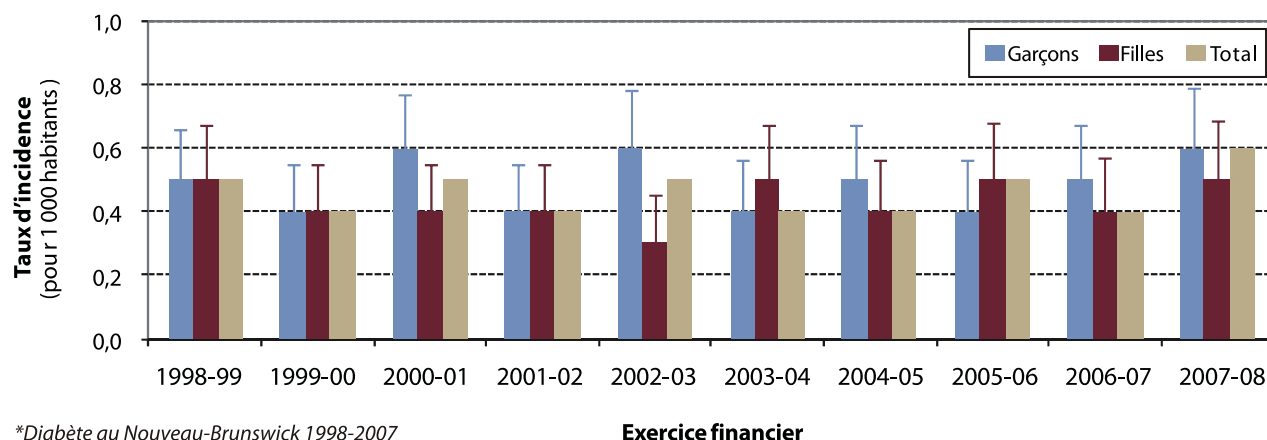
L'un des problèmes liés aux sources de données provinciales sur la surveillance du diabète est l'impossibilité de déterminer si les personnes sont atteintes du diabète de type 1 ou de type 2. Il est toutefois raisonnable de supposer que la grande majorité des enfants sont atteints du diabète de type 1. En 2007-2008, environ 620 enfants âgés de un à dix-neuf ans étaient atteints de diabète, ce qui correspond à une moyenne approximative de 78 nouveaux cas diagnostiqués chaque année dans ce groupe d'âge entre 1998 et 2008¹⁵.



De gauche à droite — Catrina Dunham et Beth Cole (infirmières immatriculées)

¹⁵ http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf, p. 76.

Figure 3 : Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008*



*Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007

Diabète de type 2

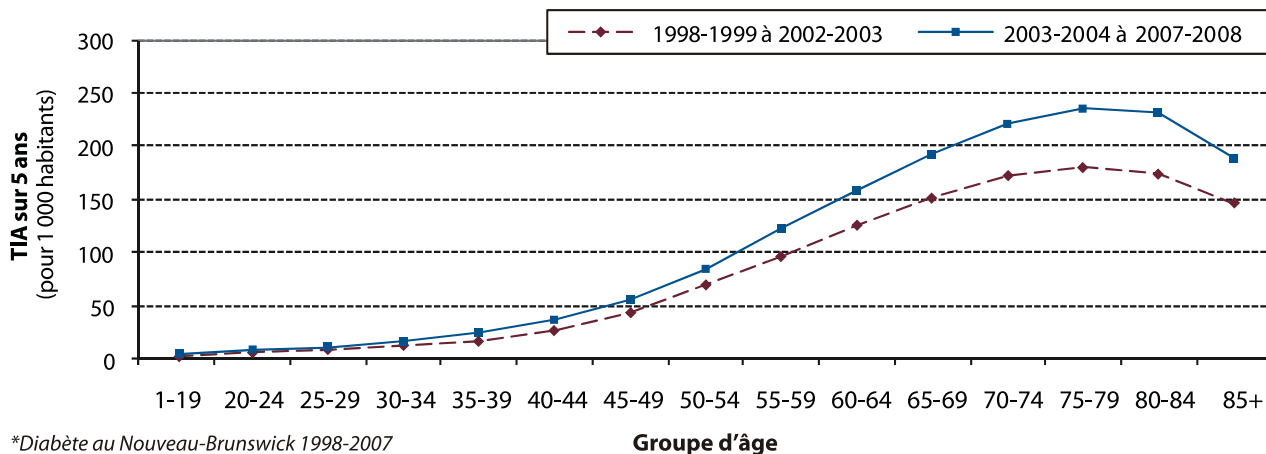
Le diabète de type 2 est la forme la plus courante de la maladie. Entre **85 et 90 pour cent** des personnes souffrant de diabète sont atteintes du diabète de type 2. Dans ce cas, l'organisme ne produit pas suffisamment d'insuline ou l'insuline ne transporte pas efficacement le sucre dans les cellules. Le diabète de type 2 est étroitement lié aux choix alimentaires et aux modes de vie sédentaires. En termes simples, une personne est plus susceptible de développer le diabète de type 2 si son alimentation comprend beaucoup de matières grasses et de glucides et si elle fait peu d'activité physique. Au fil du temps, ces habitudes de vie constituent une prédisposition au *syndrome métabolique*, qui se caractérise par un surplus de poids et une obésité abdominale, une tension artérielle élevée et un taux élevé de cholestérol, qui évolue souvent en diabète. Voici d'autres facteurs de risque qui peuvent accroître le risque de développer le diabète de type 2 :

- facteurs de risque naturels – niveau d'instruction et pauvreté;
- facteurs de risque biologiques – âge, sexe et constitution génétique;
- facteurs de risque comportementaux – tabagisme, alimentation malsaine et inactivité physique.

Le traitement de cette maladie comprend toujours une alimentation équilibrée, de l'exercice et la gestion du stress. Nombreux sont ceux qui doivent recourir à la médication pour contrôler leur glycémie, leur tension artérielle et leur taux de cholestérol. Souvent, la personne n'aura pas besoin de médicament pour contrôler sa glycémie au tout début. L'état de cette personne changera graduellement et il lui sera de plus en plus difficile de maintenir une glycémie normale grâce à l'alimentation et à l'exercice seulement. Les médicaments utilisés pour contrôler la glycémie peuvent aller d'une pilule prise par voie orale aux injections d'insuline, étant donné que l'organisme réagit de moins en moins aux médicaments pris par voie orale.

Le risque de développer le diabète de type 2 augmente considérablement avec l'âge. De plus, les personnes atteintes de diabète vivent maintenant plus longtemps. Le vieillissement de la population, le mode de vie sédentaire, une alimentation riche en matières grasses et en glucides, de même que la longévité accrue d'un plus grand nombre de personnes sont tous des facteurs à l'origine de cette hausse importante de la prévalence de la maladie.

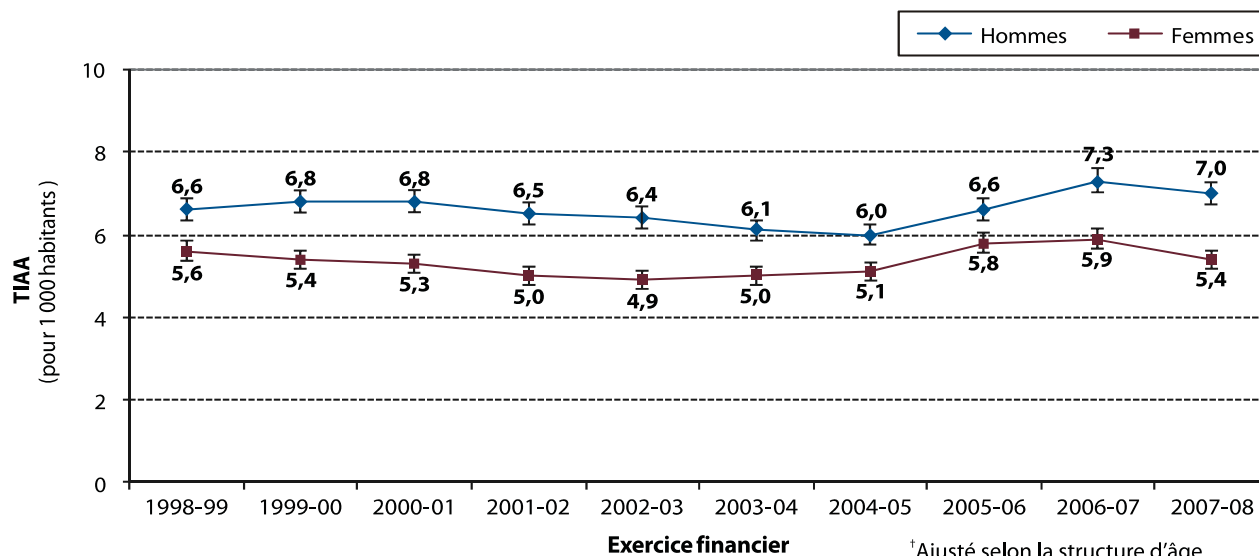
Figure 4 : Comparaison des taux d'incidence (pour 1 000 habitants) sur 5 ans du diabète diagnostiqué, selon le groupe d'âge, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2002-2003 et 2003-2004 à 2007-2008*



*Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007

Bien que le diabète de type 2 touche principalement les personnes âgées, il ne se manifeste **maintenant plus** uniquement chez les adultes. On diagnostique maintenant le diabète de type 2 également chez les enfants, ce qui était du jamais vu il y a 30 ans. Cette apparition de la maladie est directement liée à la mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique. Le diabète de type 2 est à l'origine de l'épidémie de diabète. Environ 5 000 cas sont diagnostiqués au Nouveau-Brunswick chaque année.

Figure 5 : Taux d'incidence (pour 1 000 habitants) ajustés selon l'âge[†] du diabète diagnostiqué chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe et l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008*



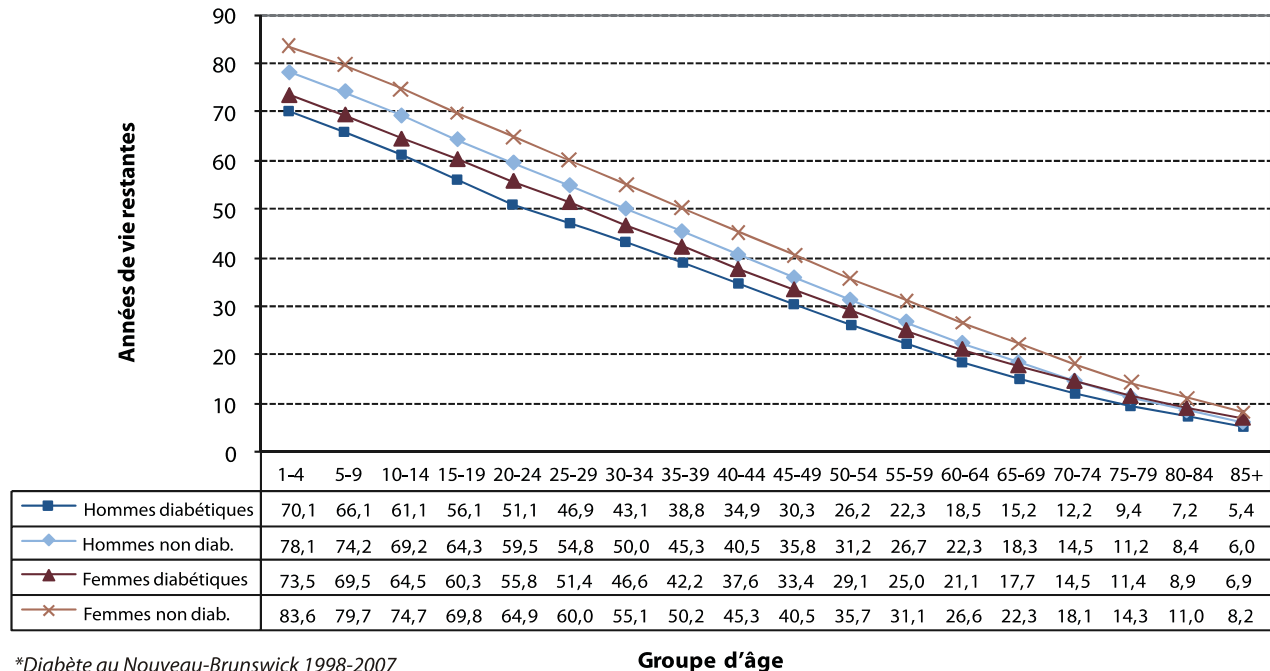
*Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007

[†]Ajusté selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991.

Certaines personnes peuvent croire que le diabète de type 2 n'est pas grave car peu de symptômes y sont associés. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Les complications se développent lentement sans que la personne ne s'en aperçoive, mais elles sont très graves. Les complications les plus fréquentes sont liées à un taux de cholestérol, à une tension artérielle et à une glycémie élevés sur une période *prolongée*. Ces taux élevés peuvent mener à des complications microvasculaires et macrovasculaires qui entraînent des maladies de l'œil, des néphropathies, des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et l'amputation de membres inférieurs.

La figure 6 montre l'espérance de vie des diabétiques. Par exemple, lorsque le diagnostic est posé chez les enfants âgés de un à quatorze ans, leur espérance de vie serait en moyenne de huit à dix ans de moins que les non-diabétiques.

Figure 6 : Espérance de vie des personnes âgées de 1 an et plus, selon l'état diabétique, le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2003-2004 à 2007-2008*



*Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007

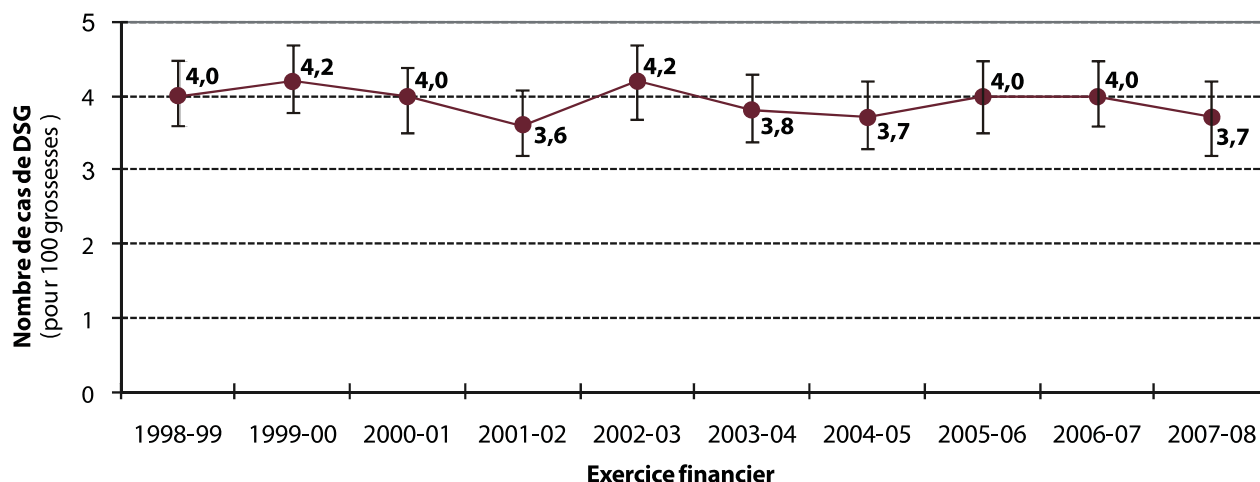
Diabète gestationnel

Le diabète sucré gestationnel (DSG), qui se caractérise par une glycémie élevée au cours de la grossesse chez les femmes qui n'avaient pas d'antécédent de diabète, est le trouble métabolique et la complication médicale les plus courants pendant la grossesse¹⁶. Au Canada, entre 3,5 et 3,8 pour cent des grossesses se soldant par une naissance sont associées à des complications du diabète sucré gestationnel, qui disparaissent généralement après la naissance du bébé. Une femme atteinte de diabète sucré gestationnel présente toutefois un risque plus élevé de développer le diabète de type 2 après la grossesse, et son enfant est plus susceptible de souffrir d'obésité infantile et de développer le diabète de type 2 au cours de sa vie.

Le traitement du diabète sucré gestationnel peut varier de l'alimentation à l'insuline. Lorsqu'une femme est atteinte de diabète sucré gestationnel, la grossesse est considérée à risque élevé, il faut donc la surveiller étroitement et vérifier notamment sa glycémie pour déterminer le traitement clinique à prescrire. La figure 7 montre les taux de diabète sucré gestationnel de 1998 à 2007.

¹⁶ Association canadienne du diabète, Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique, « Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 27, supplément 2 (2003), p. S1-S152.

Figure 7: Taux de diabète gestationnel (pour 100 grossesses), selon l'exercice financier, Nouveau-Brunswick, 1998-1999 à 2007-2008*



*Diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007

Remarque : Le calcul du nombre de grossesses provient de la compilation des naissances vivantes et des mortinaissances enregistrées survenues au N.-B. chez les Néo-Brunswickoises ayant au moins 20 semaines de gestation.

Nouveau-Brunswick – L'urgence d'agir

On décrit souvent le diabète comme une épidémie silencieuse. Le document *Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007* souligne la hausse marquée de la prévalence du diabète observée au cours des dernières années. Il est alarmant de penser que l'on prévoit que, d'ici 2013, 10 pour cent des Néo-Brunswickois vivront avec un diabète diagnostiqué. Comme mentionné précédemment, environ 5 000 Néo-Brunswickois reçoivent un diagnostic de diabète chaque année. L'Agence de la santé publique du Canada estime, d'après les données des États-Unis, que le diabète pourrait ne pas avoir été diagnostiqué chez le tiers ou la moitié des personnes qui en sont atteintes^{17,18,19}.

On peut s'attendre à une augmentation du nombre de diabétiques compte tenu du vieillissement de la population du Nouveau-Brunswick et du fait que nous vivons plus longtemps avec le diabète. De plus, le mode de vie associé à une mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique se traduit également par une incidence plus élevée du diabète chez les groupes moins âgés. Selon le *Portrait de la santé de la population* (automne 2010) publié par le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé (CNBS), 28,5 pour cent des Néo-Brunswickois de plus de 12 ans sont obèses, ce qui est supérieur de 11 points de pourcentage à la moyenne nationale²⁰.

La situation est encore plus alarmante pour les populations autochtones de la province. Les données actuelles ne permettent pas de déterminer le risque relatif de développer le diabète dans cette population. Or, c'est un fait bien connu que le diabète est considéré comme une pandémie chez les communautés autochtones, qui présentent une prévalence de trois à cinq fois supérieure à la moyenne nationale²¹.

*Le diabète au Nouveau-Brunswick 1998-2007*²² décrit l'aggravation des effets importants de cette maladie sur la population ainsi que sur l'utilisation des services de santé; 27 pour cent des journées d'hospitalisation sont attribuables au diabète diagnostiqué. Les coûts indirects, dont la perte de productivité et les problèmes personnels avec lesquels doivent composer les personnes vivant avec le diabète et leur famille, dépeignent un tableau convaincant, soulignant la vaste portée des effets du diabète et de ses complications sur la qualité de vie de la famille et au travail. L'Association canadienne du diabète compare périodiquement le fardeau économique associé aux coûts déboursés directement par la personne pour le diabète à l'aide d'un cas type appliqué aux diverses régions du Canada. En 2009, les coûts déboursés par une personne vivant avec le diabète de type 2 au Nouveau-Brunswick, sans assurance de responsabilité civile, atteignaient **3 400 \$ par année**, soit le montant le plus élevé au pays. Si on élimine les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut

¹⁷ J. Kaczorowski et C. Robinson, « Development of the CANRISK questionnaire to screen for prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 33, no 4 (2009), p. 381-383.

¹⁸ <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/d04-fra.php>

¹⁹ C. Cowie et coll., « Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the US population », *Diabetes Care*, vol. 29, no 6 (2006), p. 1263-1268.

²⁰ http://www.nbh.ca/docs/2010_Portrait_sante_population_Document_technique.pdf, p. 71.

²¹ <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/d04-fra.php>

²² http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf

et le National Indian Health Board (dont les coûts sont nuls), la moyenne des frais de l'ensemble des provinces et territoires serait de 2 287 \$ par année²³. Ce résultat fait état des difficultés qu'éprouvent les travailleurs à faible salaire et les personnes qui ne sont pas admissibles à une assurance de responsabilité civile aux termes de la *Loi sur la sécurité du revenu familial du Nouveau-Brunswick*. Dans le cas décrit ci-dessus, la personne n'a recours à aucune assistance, même si les coûts qu'elle débourse équivalent à près de 11,4 pour cent de son revenu personnel hypothétique (6,2 pour cent du revenu familial).

La vision

La *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015* est axée sur des secteurs prioritaires, déterminés par des intervenants, dont du personnel des régies régionales de la santé (RRS), des fournisseurs de soins de santé, le Groupe de travail sur le diabète (GTD) du Nouveau-Brunswick et des résidents. De plus, ces secteurs sont traitables, mesurables, abordables et compatibles avec la vision stratégique du ministère de la Santé. La faisabilité des initiatives proposées est fondée sur les éléments suivants :

- la capacité de réaliser ces initiatives auprès du groupe cible;
- la complexité technique ou le savoir-faire nécessaires à la mise en œuvre de ces initiatives;
- les dépenses en immobilisations nécessaires au soutien de ces initiatives;
- le degré de préparation en termes de normes socioculturelles des fournisseurs et des patients;
- la disponibilité des actifs, investissements et ressources existantes.

La stratégie renferme une capacité organisationnelle qui lui permettra d'assurer une amélioration continue de la qualité des soins de santé.

La vision

Le Nouveau-Brunswick affichera une des plus faibles incidences de diabète au Canada. Les Néo-Brunswickois atteints du diabète auront confiance en leur capacité de prendre en charge leur maladie, jouiront d'une bonne qualité de vie et se sentiront bien soutenus par le système de soins de santé.

Réaliser la vision

Le Nouveau-Brunswick affichera une des plus faibles incidences de diabète au Canada. Un tel résultat sera atteint grâce à la mise en œuvre d'initiatives efficaces préconisant la santé de la population et donnant lieu à une hausse de l'activité physique, à l'adoption globale de saines habitudes alimentaires, à un monde sans fumée et à la promotion de la bonne santé mentale et de la résilience.

Les Néo-Brunswickois atteints du diabète auront confiance en leur capacité de prendre leur santé en charge. L'éducation et d'autres formes de soutien à l'autonomie seront disponibles, accessibles, abordables et adaptées aux diverses préférences en matière d'alphabétisation et d'apprentissage.

Les Néo-Brunswickois jouiront d'un accès abordable à des aliments sains et à des médicaments, fournitures et appareils.

Les équipes de soins de santé auront accès à des technologies de rappel pour les aider à assurer une surveillance adéquate. Ces équipes auront également accès à des outils de prise de décision qui cadreront avec la pratique clinique fondée sur les preuves et les pratiques exemplaires.

Les citoyens, fournisseurs de soins de santé et planificateurs du système de santé auront accès à l'information adéquate leur permettant de promouvoir la santé individuelle, celle de la population et celle des patients.

²³ Association canadienne du diabète et Diabète Québec, *Diabète : Le Canada à l'heure de la remise en question – Tracer une nouvelle voie*, printemps 2011.

Ces mesures limiteront l'incidence des complications attribuables au diabète mal contrôlé, contribuant ainsi à l'optimisation de la qualité de vie des Néo-Brunswickois atteints du diabète.

Enrichir ses connaissances grâce à la preuve : recommandations du Groupe de travail sur le diabète du Nouveau-Brunswick

Le groupe de travail sur le diabète a été mis sur pied en 2008 sous l'égide du Comité consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques (CCPGMC) dans le but de prodiguer des conseils spécialisés au ministère de la Santé au sujet des meilleures méthodes à suivre pour alléger le fardeau du diabète dans la province. Le groupe de travail sur le diabète avait comme principal objectif de formuler des recommandations visant trois objectifs en lien avec le diabète :

- amélioration de la santé de la population générale;
- amélioration de l'état de santé des patients;
- mise en place d'initiatives de compression des coûts.

Les six principales recommandations et actions clés du groupe de travail sur le diabète sont énumérées à l'annexe A. Ces recommandations ont reçu un appui solide, provenant notamment de l'expérience pratique clinique en milieu de vie dans l'ensemble des provinces Maritimes ainsi que des preuves solides, fondées sur la recherche. Les recommandations du groupe de travail sur le diabète ont joué un rôle prépondérant dans l'élaboration de cette stratégie.



Groupe de travail sur le diabète : (de gauche à droite) Françoise Duguay, Rob Roscoe, Dre Angela McGibbon (coprésidente). (De gauche à droite – à l'avant) : Sara Trevors, Marlene Robichaud. Absents : Dr Mary Catherine MacSween (coprésidente), Dr Bill Mutrie, Jake Reid, Denis Rodrigue, Bonnie McGraw, Dr Gary Costain, Dre Nicole Matthews, Dre Elaine Landry, Chantal Michaud, Kim Colpitts, Dre Marie-Andrée Arseneault.

Enrichir ses connaissances grâce à la preuve : la recherche

Un examen de la documentation a été réalisé afin de déterminer les interventions clés pouvant faire partie de l'élaboration d'une stratégie globale sur le diabète. Bien que le diabète soit une maladie complexe et que certaines de ses facettes ne soient toujours pas bien comprises, il existe un consensus au sein du milieu universitaire et médical quant aux principaux secteurs à cibler.

L'étude du DCCT (Diabetes Control and Complications Trial)^{24,25} est une étude médicale qui a fait date, menée par la National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), aux États-Unis. Cette étude a changé considérablement les principes de gestion du diabète dans les années 1990. Elle démontre que le maintien d'une glycémie au niveau le plus normal possible ralentit l'apparition du diabète et la progression des dommages aux yeux, aux reins et aux nerfs causés par le diabète de type 1. La United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), menée en 1998, est parvenue à la même conclusion pour les personnes atteintes du diabète de type 2^{26,27,28,29}. Depuis, de nombreuses études ont offert une preuve supplémentaire en lien avec les marqueurs métaboliques clés et l'efficacité des interventions connexes. Bon nombre d'excellentes analyses systématiques ont été menées en lien avec la rentabilité des interventions visant à contrôler le diabète^{30,31,32,33}.

²⁴ <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/control/>

²⁵ DCCT Research Group, « The effect of intensive treatment of diabetes in the development and progression of long term complications in insulin dependent diabetes mellitus », *New England Journal of Medicine*, vol. 329 (1993), p. 977-986.

²⁶ The United Kingdom Prospective Diabetes Study Group, *The Lancet*, vol. 352 (1998), p. 837-865.

²⁷ I. Stratton et coll. (UKPDS Study Group), « Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study », *British Medical Journal*, vol. 321 (2000), p. 405-412

²⁸ R. Holman et coll., « 10 year follow up of intensive glucose control in type 2 diabetes », *New England Journal of Medicine*, vol. 359 (2008), p. 1577-1589.

²⁹ P. Gaede et coll., « Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes », *New England Journal of Medicine*, vol. 358 (2008), p. 580-591.

³⁰ K.M.V. Narayan et coll., « Diabetes: the pandemic and the potential solutions » dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, sous la direction de J.T. Jamison et coll., Washington (DC), Oxford University Press, Banque mondiale (2006), p. 591-604. En ligne à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

³¹ R. Li et coll., « Cost effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review », *Diabetes Care*, vol. 33, no 8 (2010), p. 1872-1894. Consulté le 22 décembre 2010 à l'adresse <http://care.diabetesjournal.org/contents/33/8/1872.full>.

³² C. Pimouguet et coll., « Effectiveness of disease management programs for improving diabetes care: a meta analysis », *Canadian Medical Journal*, vol. 183, no 2 (2011), p. 190-199.

³³ N. Beaulieu et coll., « The business case for diabetes disease management for managed care organizations », *Forum for health economics and policy*, vol. 9, no 1 (2006), p. 1-36.

La figure 8 énonce les interventions les plus souvent recommandées regroupées selon la preuve qu'elles réalisent des économies ou qu'elles sont rentables. Ces recommandations font l'objet d'une discussion approfondie dans les sections portant sur la prévention, la détection et la prise en charge.

Figure 8 : Interventions fortement recommandées						
	Intervention ciblée	Population visée	Mesures	Économie de coûts	Rentable	Conséquences
Prévention³⁴	Intervention axée sur le mode de vie	Personnes à haut risque	Éducation, mode de vie		✓	Diminution de l'incidence du diabète de type 2
Détection	Dépistage du diabète non diagnostiqué	Populations à haut risque - par origine ethnique, âge, facteurs de risque préexistants	Éducation, mode de vie, essais en laboratoire		✓	Diminution des complications microvasculaires du diabète
Gestion	Contrôle glycémique chez les gens ayant un faible contrôle	Les gens dont l'hémoglobine A1c est de 9 pour cent	Éducation, rappels, médicaments, mode de vie	✓		Diminution des complications microvasculaires
	Contrôle de la pression artérielle	Les gens dont la tension artérielle est de > 160/95	Éducation, rappels, médicaments, mode de vie	✓		Diminution des complications macrovasculaires et de la mortalité
	Soin des pieds	Les gens dont les pieds sont à risque élevé d'ulcères	Éducation, rappels, mode de vie, surveillance	✓		Diminution de 50 à 60 pour cent des affections graves aux pieds et de l'amputation
	Contrôle des lipides	Gens dont les lipides sont mal contrôlés	Éducation, rappels, médicaments, mode de vie		✓	Diminution de la maladie cardiovasculaire et de la mortalité

³⁴ On renvoie ici à la prévention secondaire, axée sur les personnes à risque accru de développer la maladie. L'activité de prévention primaire est axée sur la population et ne vise pas précisément les groupes à risque.

Prévention

Il n'existe aucune recommandation fondée sur la preuve pour prévenir le développement du diabète de type 1. La prévention primaire du diabète de type 2 mise sur l'atténuation des risques dans le mode de vie en lien avec le régime et l'activité physique.

Le mieux-être des Néo-Brunswickois est influencé par les interactions entre les facteurs sociaux et économiques, le milieu physique et les comportements de chacun. Collectivement, ces facteurs sont connus sous le nom de déterminants de la santé. Parmi les stratégies gouvernementales clés qui misent sur ces déterminants, citons l'Initiative Amis des bébés, l'Initiative pour la petite enfance (IPE) et le programme Apprenants en santé à l'école, la *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick* et, plus récemment, *Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick*. Ces initiatives ont en commun des approches multidimensionnelles qui abordent les causes profondes de la disparité en santé. On tient compte des besoins spéciaux et des vulnérabilités des sous-populations et on cherche des solutions. On compte et mise beaucoup sur le partenariat, la collaboration et l'engagement communautaire dans une vaste gamme de secteurs.

Notre système scolaire public continue d'être un milieu riche en possibilités au sein duquel on favorise le développement d'aptitudes permanentes au mode de vie sain. À titre d'exemple, nos écoles veillent à ce que les élèves apprennent dans un milieu d'« air pur » grâce à l'adoption de politiques anti-tabac. Divers travaux de cours aident les élèves à acquérir des capacités interpersonnelles positives, des mécanismes de défense et une résilience psychologique. On fait la promotion de saines habitudes alimentaires par l'accès à des « programmes de petits déjeuners » souvent mis de l'avant par des bénévoles et la collectivité. Les menus des cafétérias scolaires sont réorganisés afin de favoriser l'accès à des choix alimentaires sains et de les rendre appétissants pour les élèves. L'activité physique retrouve sa place dans les écoles afin d'aider les enfants à devenir plus actifs et à reconnaître le large éventail d'activités qui favorisent la participation tout au long de la vie. En bref, le système scolaire enseigne aux élèves à éviter les comportements qui sont d'importants précurseurs au développement du diabète.

La recherche établit clairement que l'obésité constitue un des principaux facteurs de risque du diabète. Même une légère perte de poids, de l'ordre de 5 à 10 pour cent – ou d'environ 4,5 à 9 kg (de 10 à 20 livres) pour une personne de 90 kg (200 livres) – a révélé une diminution importante du risque de diabète³⁵. Dans le cadre d'une importante étude de suivi de dix ans sur les résultats d'un Programme de prévention du diabète, les participants avaient partiellement repris leur poids, mais il y avait tout de même une diminution globale de l'incidence de diabète de l'ordre de 34 pour cent³⁶. Une récente analyse systématique confirme également la validité de l'intervention intensive dans le mode de vie, particulièrement chez les gens souffrant d'une intolérance au glucose, comme étant une intervention très efficace^{37,38}.

Le tabagisme a également été relevé comme un facteur de risque modifiable pour le diabète de type 2. Plusieurs études ont révélé que la consommation de cigarettes augmentait le risque de développer le diabète de type 2 de deux à trois fois³⁹ et contribuait aussi grandement au développement de complications connexes comme la maladie cardiovasculaire. Il est toujours important de poursuivre les efforts visant à prévenir le tabagisme ou à encourager l'abandon de la cigarette.

³⁵ <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/risk-risques-fra.php>

³⁶ Diabetes Prevention Program Research Group. « 10 year follow up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study », *The Lancet*, volume 374, no 9702 (2009), pages 1677–1686. Consulté le 11 janvier 2011 à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

³⁷ Li et coll., 2010

³⁸ Narayan et coll., 2006.

³⁹ http://www.diabetes.ca/documents/for-professionals/CD--Summer_2010--B.Patasi_.pdf

Détection

Bien qu'il existe un consensus à l'effet que la détection précoce est profitable pour toute personne atteinte du diabète, à l'échelle du système, le rapport coût-efficacité du dépistage préalable est fortement associé aux programmes qui ciblent les groupes de population à haut risque de diabète non diagnostiqué^{40,41,42}. Plusieurs interventions recommandent des processus de dépistage sélectif qui misent sur les populations à haut risque, dont certaines origines ethniques ainsi que les personnes souffrant d'hyperlipidémie et d'hypertension^{43,44,45}. Les lignes directrices canadiennes font actuellement l'objet d'une révision, mais la United States Preventive Task Force (USPTF) recommande le dépistage pour les adultes asymptomatiques atteints de diabète de type 2 dont la tension artérielle est systématiquement supérieure à 135/80 mm Hg⁴⁶. Un récent examen systématique de la documentation sur le rapport coût-efficacité des interventions en lien avec le diabète recommandées par l'American Diabetes Association soutient le dépistage ciblé, mais uniquement pour les populations à risque⁴⁷.

Les discussions préliminaires avec l'Agence de la santé publique du Canada soutiennent le dépistage ciblé du prédiabète⁴⁸. Un travail considérable a été accompli afin de concevoir et de mettre à l'essai l'outil CANRISK visant à désigner les personnes susceptibles d'être atteintes de diabète non diagnostiqué ou de prédiabète au moyen d'une autoévaluation du risque. Bien que cet outil subisse à l'heure actuelle des améliorations et une réorganisation, touchant entre autres la convivialité pour le public, il permet de cibler les populations à haut risque qui devraient avoir accès à des tests diagnostiques et à des conseils supplémentaires⁴⁹.

On constate généralement des lacunes au chapitre du dépistage du diabète dans la population; toutefois, une récente étude des cohortes menée auprès de la population de l'Ontario a révélé un taux de dépistage plutôt élevé. En fait, 80 pour cent des femmes et 66 pour cent des hommes avaient subi un test de glycémie au cours des cinq dernières années. L'efficacité du dépistage variait toutefois considérablement et, conformément aux autres résultats, le dépistage pourrait être sous-utilisé chez les groupes à haut risque, par rapport aux groupes à faible risque⁵⁰.

Prise en charge

La recherche soutient vigoureusement l'importance d'une approche globale qui cible la surveillance et le traitement adéquats du diabète de même que la détection précoce des complications y étant associées. De nombreuses mesures priorisent l'intervention unique pour cibler une myriade de facteurs de risque. À titre d'exemple, la promotion de la cessation du tabagisme prévient ou retarde le début des complications chez les gens atteints de diabète.

Les trois principaux objectifs de la surveillance sont les suivants : l'amélioration de la gestion de l'hypertension, de la glycémie (sucre dans le sang) et de la cholestérolémie (lipides dans le sang). L'importance de la surveillance du pied diabétique a également la cote. On en discute brièvement ci-après.

Améliorer le contrôle de l'hypertension

Au chapitre de la prise en charge du diabète, ce sont les stratégies visant à contrôler la tension artérielle qui donnent lieu aux économies de coûts les plus importantes et les plus rapides. Ce point met en valeur l'action réciproque cruciale entre les troubles cardiovasculaires, l'insuffisance rénale chronique au stade ultime et le diabète. Le groupe du Centre for Disease Control des États-Unis qui se penche sur le rapport coût-efficacité a conclu que le contrôle intensif de l'hypertension permettrait d'économiser près de 2 000 dollars par année de vie ajustée par la qualité (AVAQ) chez les gens atteints du diabète. Ces économies sont directement liées à la prévention de traitements coûteux associés à l'insuffisance rénale chronique au stade ultime et aux maladies cardiovasculaires^{51,52,53}. On estime que le fait de baisser la tension artérielle pour les gens dont la tension est supérieure à 160/95 devrait donner lieu à une diminution de l'ordre de 35 pour cent du risque de maladies macrovasculaires et microvasculaires pour chaque chute de 10 mm Hg de tension artérielle⁵⁴. L'importance du

⁴⁰ <http://care.diabetesjournals.org/content/33/8/1872.full>

⁴¹ Narayan et coll. (2006), p.6.

⁴² <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspabrecs.htm>

⁴³ Narayan et coll., 2006

⁴⁴ Li et coll. (2010).

⁴⁵ P. Cosgrove, M. Engelau et I. Islam, « Approches rentables pour le traitement et la prévention du diabète », *Diabetes Voice*, vol. 47, no 4 (2002), p. 13-16.

⁴⁶ <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspabrecs.htm>. Consulté le 4 janvier 2011.

⁴⁷ Li et coll. 2010.

⁴⁸ Kaczorowski, J., Robinson, C., Nerenberg, K. (2009). Development of the CANRISK questionnaire to screen for prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 33(4) 381-385.

⁴⁹ McGibbon, A., Tuttle, J., Amirault, D., Leuschen, L., Robinson, C., Ur, E. (2009). A pilot study using the CANRISK survey to identify prediabetes and diabetes in Canada. Poster Presentation Third International Congress on Prediabetes and the Metabolic Syndrome. Nice, France April 1-4.

⁵⁰ S. Wilson et coll., « The effectiveness and efficiency of diabetes screening in Ontario, Canada: a population-based cohort study ». *BMC Public Health*, vol. 10, no506 (2010), en ligne à l'adresse : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/506>.

⁵¹ Narayan et coll. (2006).

⁵² Groupe sur le rapport coût efficacité du CDC (2002).

⁵³ Li et coll. (2010).

⁵⁴ Narayan et coll. (2006), p. 7.

contrôle de la tension artérielle est également soulignée dans un rapport de l'USPTF, qui attribue au dépistage de la tension artérielle une cote A en termes d'importance⁵⁵.

Contrôle glycémique amélioré

L'hyperglycémie est fortement liée au développement de complications rattachées au diabète, particulièrement aux complications microvasculaires comme la cécité et la néphropathie. On a assisté à un virage décisif vers les tests sanguins connus sous le nom d'A1C ou hémoglobine glycosylée comme mesure du contrôle glycémique. Le test A1C dresse le profil du taux de sucre moyen dans le courant sanguin sur une période de trois mois. Un tel exercice est important car une élévation soutenue du taux de sucre (hyperglycémie) est fortement associée au développement de complications liées au diabète. L'Association canadienne du diabète recommande une hémoglobine A1C de 0,07 ou de sept pour cent.

L'étude de l'UKPDS établit qu'une diminution d'un pour cent de l'hémoglobine A1C entraîne une diminution du risque de complications associées au diabète de l'ordre de 12 pour cent et une diminution du risque de l'ordre de 10 pour cent des décès attribuables au diabète. Chaque diminution d'un pour cent de l'hémoglobine A1C correspond à une diminution de 30 pour cent de la maladie microvasculaire. Ces conclusions continuent d'être largement soutenues^{56,57,58,59}.

On reconnaît généralement que la diminution de l'hémoglobine A1C donne lieu à des économies de coûts au chapitre de l'hyperglycémie sévère non contrôlée, à savoir lorsque les taux d'A1C sont supérieurs à neuf pour cent. Chez les gens affichant des taux d'hémoglobine A1C entre sept et neuf pour cent, il pourrait y avoir un coût différentiel, mais on constate toujours un très bon rapport coût-efficacité⁶⁰.

Contrôle amélioré des lipides

Le contrôle du cholestérol sanguin est étroitement lié à des résultats de santé améliorés et rentables. Les études révèlent que la diminution du cholestérol sanguin peut donner lieu à une diminution de 25 à 55 pour cent de la coronaropathie et à une diminution de 43 pour cent du taux de décès. On constate que les coûts et les répercussions du contrôle des lipides sanguins seraient étroitement liés à l'âge du patient^{61,62,63}. Le contrôle des lipides sanguins est mis en valeur par l'USPTF, qui attribue au dépistage des anomalies lipidiques la cote A en termes d'importance et qui recommande de soumettre au dépistage les hommes de plus de 35 ans et les femmes de plus de 45 ans⁶⁴.

Améliorer le soin des pieds chez les personnes souffrant de diabète et courant un risque accru de développer des ulcères aux pieds

L'importance de l'accès au soin des pieds chez les personnes courant un risque accru de développer des ulcères aux pieds est soulignée dans deux études systématiques récentes^{65,66}. Le soin de base des pieds comprendrait le dépistage de tous les diabétiques ainsi qu'un soutien accru pour les gens à haut risque de développer des ulcères aux pieds. Une analyse détaillée fournit des preuves solides à l'effet qu'une stratégie misant sur l'éducation du patient, le soin des pieds et le port de chaussures adéquates permet chez les patients à haut risque de réaliser des économies de coûts et est rentable chez tous les autres patients atteints du diabète, à l'exception de ceux ne présentant aucun facteur de risque⁶⁷.

⁵⁵ <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspabrecs.htm>

⁵⁶ Narayan et coll.

⁵⁷ Li et coll.

⁵⁸ Groupe sur le rapport coût efficacité du CDC (2002).

⁵⁹ W. Valentine et coll., « Improving life expectancy and decreasing incidence of complications associated with type 2 diabetes: a modeling study of HbA1C targets », *International Journal of Clinical Practice*, vol. 60, no 9 (2006), p. 1138-1145.

⁶⁰ Narayan et coll. (2006), p. 7.

⁶¹ Li et coll. (2010).

⁶² Narayan et coll. (2006).

⁶³ CDC et coll. (2002).

⁶⁴ <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspabrecs.htm>

⁶⁵ Narayan et coll.

⁶⁶ Li et coll.

⁶⁷ G. Tenvall et coll., « Prevention of diabetes-related foot ulcers and amputations: a cost utility analysis based on Markov model simulations », *Diabetologia*, vol. 44 (2001), p. 2077-2087.

Résumé des priorités recommandées

Le Nouveau-Brunswick a établi la nécessité de mettre en œuvre une stratégie globale axée sur trois volets : la prévention, la détection et la prise en charge. Les recommandations du groupe de travail sur le diabète de même que la recherche justifient cet investissement dans le soutien accru offert aux personnes atteintes du diabète. L'analyse de modélisation générale menée par la Banque mondiale laisse entendre que des gains importants pour l'économie de même que pour les gens seraient réalisés si de telles recommandations étaient suivies⁶⁸.

La recherche soutient fortement l'élaboration de stratégies intégrées visant le traitement optimal de la tension artérielle, de la glycémie, des lipides dans le sang ainsi que le traitement précoce des problèmes liés aux pieds. Les initiatives visant la prise en charge et la surveillance adéquates des facteurs de risque de même que celles améliorant l'autogestion des patients, notamment l'accès abordable aux médicaments, aux fournitures et aux appareils comme les bâtonnets diagnostiques et les pompes à insuline, sont prioritaires. Ces interventions devraient s'imbriquer dans une approche globale axée sur le patient. L'objectif est de limiter le développement de complications microvasculaires et macrovasculaires associées au diabète.

⁶⁸ Narayan et coll.

Stratégie globale sur le diabète

Secteur stratégique n° 1 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Mettre sur pied une unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique au Nouveau-Brunswick

Des estimations prudentes réalisées à l'aide des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquent que, de plus en plus, les visites chez le médecin et l'utilisation des services hospitaliers par les personnes atteintes de diabète représentent annuellement un montant de 283 millions de dollars⁶⁹. Il faut toutefois rappeler que le diabète présente des facteurs de risque communs à de nombreuses autres maladies chroniques. Les activités de prévention et de prise en charge sont semblables pour bon nombre de ces maladies. Ce sont les comorbidités associées au diabète qui sont souvent la cause directe du fardeau de plus en plus lourd pour les familles et le système de soins de santé. La création d'une unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique offrira la capacité de fournir le soutien et le leadership nécessaires dans l'ensemble du système de soins de santé pour réaliser une amélioration importante durable en vue d'alléger le fardeau associé aux maladies chroniques, dont le diabète.

Un meilleur accès aux renseignements et aux données est au cœur de la réorganisation de la prise en charge des affections chroniques comme le diabète. La valeur et l'importance des systèmes informatiques cliniques sont décrits dans le *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*⁷⁰. L'unité de prévention et de prise en charge des maladies chroniques utilisera les données actuelles pour permettre l'élaboration de banques de données pour la pratique des médecins locaux sur leurs patients atteints de diabète. Ces banques de données permettront à leur tour l'envoi de rappels périodiques, la planification des soins individuels et la sensibilisation continue aux indicateurs clés liés à l'excellence en matière de pratiques de soins primaires. À l'échelle régionale et provinciale, des renseignements anonymisés peuvent aider à soutenir la planification des soins de santé, l'affectation des ressources et l'analyse comparative des indicateurs de qualité du rendement. Cette unité jouera un rôle clé dans l'élaboration et la diffusion des ressources et des outils normalisés qui fourniront de l'information à jour à l'appui de l'autogestion du patient, de la formation clinique et de la pratique clinique.

Produits livrables clés

1.1 Mettre sur pied une unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique au Nouveau-Brunswick qui se concentre au début principalement sur le diabète. Cette unité assurera un leadership, soutiendra la recherche, fera la promotion de l'innovation, favorisera les succès, facilitera la coordination et surveillera les résultats relatifs à la prévention, à la détection et à la prise en charge du diabète.

1.1.1 Fournir des fonds aux régies régionales de la santé, aux organisations non gouvernementales et aux fournisseurs de soins de santé pour financer le démarrage en vue de soutenir des projets pratiques d'amélioration de la qualité qui rehaussent la prise en charge des personnes atteintes de diabète ou qui sont à risque de développer la maladie.

1.1.2 L'utilisation des bases de données existantes sera la source principale d'information jusqu'à ce que ces données soient accessibles grâce à la stratégie « un patient, un dossier ». Cette stratégie viendra soutenir l'élaboration d'une banque de données virtuelle, qui permettra d'effectuer des analyses plus détaillées et de fournir des renseignements sur la pratique aux fournisseurs de soins de santé ainsi que de l'information au sujet de la population aux décideurs et aux planificateurs.

⁶⁹ Études internes, communication personnelle, J. Boyne et S. Halpine, janvier 2011.

⁷⁰ <http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf>

Secteur stratégique n° 2 : PRÉVENTION

Soutenir les mesures concernant les déterminants sociaux de la santé à l'échelle du gouvernement

La prévention englobe un large éventail de mesures :

- empêcher l'apparition de la maladie;
- ralentir la progression de la maladie;
- limiter les conséquences de la maladie une fois celle-ci présente.

La prévention comporte de nombreuses étapes, commençant par des mesures visant à améliorer la santé générale de la population. Il faut donc prévenir la maladie en s'attaquant aux causes profondes telles que la pauvreté, les faibles niveaux d'alphabétisation et le chômage. *Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick* témoigne d'un engagement ferme pour veiller à ce que tous les Néo-Brunswickois disposent des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins fondamentaux tout en vivant dans la dignité, la sécurité et en bonne santé.

La prochaine étape de la prévention vise à réduire l'incidence de la maladie grâce à des efforts personnels ou collectifs avant l'apparition de la maladie. Il arrive parfois que ces mesures soient prises à un moment tôt dans la vie d'une personne. Par exemple, l'allaitement joue un rôle important dans la prévention de l'obésité et des maladies chroniques comme le diabète. L'allaitement procure de grands bienfaits protecteurs à la fois pour la mère et l'enfant et réduit l'incidence du diabète de type 1 chez l'enfant et de type 2 chez l'enfant et la mère au courant de leur vie⁷¹. Notons également à titre d'exemple la décision personnelle de mener une vie active ou le choix de ne pas fumer. Le tabagisme est un facteur clé de l'augmentation du risque de complications associées au diabète.

Les stratégies de promotion de la santé combinent un éventail de méthodes, dont la communication, la sensibilisation, la législation, les mesures fiscales, le changement organisationnel et le développement communautaire. Il est essentiel de renforcer davantage les assises de la prévention primaire de sorte à pouvoir prendre appui sur celle-ci afin de tirer le maximum du fardeau allégé lié aux maladies chroniques. La réduction des risques de diabète, dont la mauvaise alimentation, le tabagisme et l'inactivité physique, est une tâche complexe qui nécessite la collaboration et la coordination des politiques, des programmes et des services que fournissent plusieurs ministères gouvernementaux et intervenants communautaires. Ces facteurs de prévention vont de pair avec la promotion de la santé⁷². À l'échelle communautaire, le fait de ne servir que des repas sains dans les cafétérias des écoles et des milieux de travail constitue une stratégie de prévention. Nous avons l'occasion de créer, dans le système scolaire, un milieu qui encourage les choix alimentaires sains et l'activité physique. Nous pouvons utiliser des ressources du domaine scolaire, comme le programme Apprenants en santé et des matières du programme d'études. Ces ressources peuvent constituer un fondement solide pour aider les enfants à adopter des habitudes de vie saines qui les protégeront du diabète plus tard dans leur vie.

Les étapes subséquentes de la prévention comprennent des mesures comme les programmes de dépistage pour la détection précoce en vue de réduire la prévalence de la maladie grâce à une intervention rapide. La dernière étape de la démarche de prévention vise à traiter ou à prendre en charge la maladie pour tenter de réduire les complications et les effets à long terme, limiter les incapacités et la souffrance et porter au maximum les années potentielles de vie utile.

La prévention du diabète comporte des mesures à prendre dans le cadre de toutes les étapes et est favorisée, en fin de compte, par l'établissement de partenariats qui renforcent les capacités au sein des gouvernements, de l'industrie, des écoles, des collectivités et chez les personnes pour la promotion de modes de vie sains et l'élaboration de politiques publiques saines. Pour ce faire, il faut intégrer des stratégies globales qui agissent sur les déterminants de la santé.

⁷¹ Statistique Canada, « L'allaitement maternel », *Rapports sur la santé*, vol. 16, no 2 (2005), p. 23-31. Consulté en ligne le 18 mai 2007 à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/2005/7787-fra.pdf>.

⁷² Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS, 1986.

Le gouvernement a mis en place des stratégies qui contribuent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, notamment la *Stratégie provinciale du mieux-être*⁷³, *Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick*⁷⁴ et les mesures de la Santé publique comme les Initiatives pour la petite enfance⁷⁵, le programme Apprenant en santé à l'école⁷⁶ et l'Initiative Amis des bébés⁷⁷. Grâce à ces efforts :

- les écoles, les collectivités, les familles et les milieux de travail s'engagent et se mobilisent pour établir des priorités, prendre des décisions ainsi que planifier et mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé et du mieux-être;
- les connaissances, les outils et les ressources sur les comportements sains sont mis à la disposition du public et des intervenants;
- les lois et les politiques qui permettent l'aménagement de milieux sains sur les plans physique, économique et psychosocial sont créées;
- l'infrastructure est établie et le leadership est assuré pour soutenir la coordination et l'alignement intersectoriels des initiatives.

Produits livrables clés

2.1 Soutenir les mesures concernant les déterminants de la santé dans l'ensemble du gouvernement.

2.1.1 Assurer l'engagement du gouvernement à l'égard d'un plan d'action complet visant la prévention primaire pour tous les Néo-Brunswickois afin de réduire le fardeau des maladies chroniques, dont le diabète.

2.1.1.1 Réaliser une analyse contextuelle des politiques publiques qui servira de fondement et favorisera l'élaboration du plan d'action pour la prévention primaire.

2.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de nutrition saine qui fournira une démarche coordonnée et globale pour les secteurs de la nutrition prioritaires dans l'ensemble du système de la Santé publique.

⁷³ <http://www.gnb.ca/0131/wellness-f.asp>

<http://www.gnb.ca/legis/business/committees/pdf/strategie.pdf>

⁷⁴ <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/Plan-f.pdf>

⁷⁵ http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/developpement_de_la_petiteenfance.html

⁷⁶ <http://www.gnb.ca/0053/programs/healthylearners-f.asp>

⁷⁷ <http://www.gnb.ca/0053/bfi/index-f.asp>

Élaborer des stratégies visant les personnes à risque

La prévention est la stratégie idéale et devrait commencer à un tout jeune âge. La documentation indique que les parents et les tuteurs doivent montrer à leurs enfants à manger sainement et à faire de l'activité physique^{78,79}. Les programmes devraient aider les parents et tuteurs à déterminer si leurs enfants adoptent des habitudes alimentaires malsaines ou ont un surplus de poids.

Les programmes de modification des habitudes de vie intensifs sont efficaces dans le cas des personnes à risque. Cependant, ces programmes sont souvent conçus sous forme de programme intensif individuel. Il est important de continuer à élaborer des stratégies qui s'appuient sur des contextes de groupe réels ainsi que sur un soutien et une sensibilisation au moyen de la technologie afin d'en accroître l'efficacité en vue d'une application à plus grande échelle. Des recherches sont en cours, mais il est clair que les programmes sur les habitudes de vie peuvent prévenir ou retarder l'apparition du diabète chez les personnes à risque. Un programme pilote visera la réduction du risque volontaire axée sur la perte de poids par l'intermédiaire de programmes animés en groupe qui font la promotion d'une saine alimentation, de l'activité physique et de la santé mentale positive chez les personnes hautement à risque.

Produits livrables clés

2.2 Élaborer des stratégies visant les personnes à risque.

2.2.1 Concevoir le contenu de sorte à pouvoir l'héberger sur une plateforme Web. Ce contenu sera orienté par une stratégie de sensibilisation pertinente et accessible à tous les Néo-Brunswickois qui seraient intéressés à modifier leurs habitudes de vie et prêts à le faire dans le but de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète du type 2.

2.2.2 Fournir le financement à chaque régie régionale de la santé pour des projets pilotes en vue d'établir et de renforcer des partenariats avec des organismes communautaires, et ce, afin d'offrir une sensibilisation structurée à la formation sur la gestion du stress, l'alimentation et l'activité physique aux personnes à risque qui sont aiguillées par leur médecin de famille ou un membre de l'équipe de soins de santé. Ces projets pilotes seront évalués après la troisième année afin de déterminer leur incidence globale et la possibilité de financement futur.

2.2.3 Instaurer l'utilisation d'un outil de dépistage provincial pour repérer les enfants d'âge préscolaire qui présentent un risque de problème nutritionnel comme l'obésité, et établir un processus pour traiter ceux chez qui on a détecté des facteurs de risque.

⁷⁸ M.A.T. Flynn et coll., « Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with best practice recommendations », *Obesity Reviews*, vol. 7, supplément 1 (2006), p. 7-66.

⁷⁹ C.M. Doak et coll., « The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes », *Obesity Reviews*, vol. 7 (2006), p. 111-136.

Secteur stratégique n° 3 : DÉTECTION

Mettre en œuvre des programmes de dépistage qui ciblent les populations vulnérables et les personnes à risque

Le coût de dépistage de toute la population pourrait être prohibitif, même si la détection précoce des cas permettrait aux personnes atteintes de diabète d'obtenir un traitement au début de la maladie, évitant ou retardant ainsi l'apparition des complications. Or, une autoévaluation permet de détecter facilement les facteurs de risque du diabète. La mise en œuvre d'un processus à deux étapes qui limite le recours aux tests de dépistage plus coûteux chez les personnes les plus susceptibles d'être atteintes de la maladie serait la solution la plus réaliste et la plus avantageuse.

Produits livrables clés

3.1 Mettre en œuvre les programmes de dépistage qui ciblent les personnes à risque.

3.1.1 Lancer une campagne destinée à toute la population afin d'encourager les Néo-Brunswickois à participer à une évaluation des risques pour la santé et à accéder aux ressources de soins de santé appropriées pour un suivi. Le gouvernement provincial examinera la possibilité de tirer parti de CANRISK, en continuant de jouer un rôle de partenaire clé pour le perfectionnement et l'évaluation de cet outil.

3.1.2 Nouer des partenariats avec des programmes gérés par des organisations non gouvernementales, les Premières Nations, les banques alimentaires et les œuvres de bienfaisance comme la Fondation des maladies du cœur du Canada et l'Association canadienne du diabète pour instaurer des activités d'autodépistage, en particulier au sein des populations à risque (p. ex. sans-abri, hommes d'âge moyen, populations autochtones).

Secteur stratégique n° 4 : PRISE EN CHARGE

Améliorer la prestation des soins primaires en ce qui a trait à la maîtrise globale des facteurs de risque et à la détection précoce des complications

La grande majorité des soins est offerte et est appliquée de préférence dans un contexte de médecine familiale et de soins primaires. C'est dans ce contexte que l'équipe de soins de santé devrait être en mesure de fournir la surveillance, le traitement et le counseling dont le patient a besoin. Sauf dans les cas inhabituels, les médecins devraient pouvoir obtenir

le soutien et le savoir-faire voulus pour fournir les soins aux patients dans le guichet médical et la collectivité locale. Bien que les diabétiques soient souvent pris en charge dans les milieux de soins primaires, la visite type de 10 minutes au cabinet ne convient pas nécessairement à la gestion et à la surveillance des facteurs de risque complexes. Nous devons créer des systèmes d'aide à la décision et des rappels :

- pour offrir l'accès à une plus grande équipe de soins de santé;
- pour faciliter l'accès à l'information afin de mieux aider le fournisseur de soins primaires et le patient.



Gestionnaires de cas : (de gauche à droite) : Shelley Jones (infirmière), Chantal Morisset (infirmière), Michelle Corcoran (diététiste), Rob Roscoe (pharmacien).

Les médecins de premier recours ont soulevé la nécessité de recourir à des outils comme le guide de mise en route de l'insulinothérapie élaboré par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)⁸⁰ pour aider les patients à adopter le traitement par insuline et d'autres solutions simples qui ont évolué grâce à l'innovation au sein de la province. Dans un effort d'amélioration de la qualité, deux outils simples ont été mis au point à l'échelle locale :

- Pink Sheet – rapport faisant état des valeurs de l'A1C historiques d'un patient qui sont produites si le taux d'A1C du patient est supérieur à sept pour cent⁸¹
- un gestionnaire de cas qui voit au cabinet du médecin les patients diabétiques aiguillés.

Dans les deux cas, il est prouvé que ces interventions se sont traduites par l'atteinte de l'objectif minimal, qui consiste à réduire de un pour cent les taux d'A1C chez les patients présentant un taux supérieur à dix pour cent.

Il ne fait aucun doute sur la voie à suivre. Si les patients parviennent à mieux contrôler leur tension artérielle, leur glycémie et leur taux de cholestérol, même s'ils n'atteignent pas des niveaux tout à fait normaux, ils se protégeront contre les complications précoces ou additionnelles, amélioreront leur qualité de vie et permettront au système de soins de santé de réaliser des économies. Les domaines d'intervention des soins primaires suivants ciblent le contrôle de la tension artérielle, de la glycémie et du taux de cholestérol au moyen de l'intégration d'outils d'aide à la décision, de la conception améliorée des systèmes de prestation, de systèmes informatiques fiables et de la prise en charge par les patients.

- 1 *Soutenir l'utilisation de rappels pour accroître le respect et la reconnaissance des recommandations pour les pratiques exemplaires liées au contrôle de la tension artérielle, de la glycémie et du taux de lipides.*
- 2 *Fournir aux médecins des profils d'exercice pour contribuer à l'élaboration des banques de données pour la pratique et pour désigner les patients à risque.*
- 3 *Utiliser les services de gestionnaires de cas de soins primaires dans le cadre des services communautaires offerts par les cliniques de sensibilisation locales sur le diabète.*
- 4 *Continuer à appuyer l'étude en cours sur l'intégration des outils d'aide à la décision pour permettre un soutien pharmaceutique optimal du patient afin d'éviter ou de limiter l'apparition des complications.*
- 5 *Soutenir l'accessibilité des formations continues en pharmacothérapie pour les fournisseurs de soins de santé afin de veiller à ce qu'ils offrent des pratiques cliniques à jour, dont la diffusion des outils comme ceux qui appuient la mise en route de l'insulinothérapie pour les personnes atteintes de diabète de type 2, et à ce qu'ils possèdent les compétences en counseling sur le mode de vie et la modification des comportements.*
- 6 *Améliorer l'accès au dépistage annuel de la rétinopathie et du traitement qui s'ensuit.*
- 7 *Améliorer l'accès au soutien et au counseling sur le mode de vie, y compris la gestion du stress, la cessation du tabagisme, l'alimentation et l'exercice.*
- 8 *Améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement de la dépression.*
- 9 *Accroître l'accès à une gamme élargie de services dans le cadre des séances d'éducation sur le diabète pour offrir un accès équitable partout au Nouveau-Brunswick aux éducateurs agréés en diabète et aux équipes de soins de santé communautaires formées d'infirmières, de diététistes, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de conseillers en santé mentale et de médecins.*

Produits livrables clés

4.1 Améliorer la prestation des soins primaires en ce qui a trait à la maîtrise globale des facteurs de risque et à la détection précoce des complications.

4.1.1 Soutenir l'utilisation de rappels pour accroître le respect et la reconnaissance des lignes directrices des pratiques exemplaires liées au contrôle de la tension artérielle, de la glycémie et du taux de lipides.

4.1.2 Fournir aux médecins des profils d'exercice. Soutenir, de façon permanente, l'élaboration d'une banque de données sur le diabète et l'adoption de pratiques exemplaires par les médecins.

4.1.3 Financer des postes de gestionnaires de cas en services d'approche dans les centres de sensibilisation

⁸⁰ <http://www.cadth.ca/media/pdf/c1109-guide-to-starting-insulin-final-f.pdf>

⁸¹ J. Howard et coll., « Effectiveness of an HbA1c tracking tool on primary care management of diabetes mellitus: glycaemic control, clinical practice and usability », *Infomatics in Primary Care*, vol. 17 (2009), p. 41-46.

sur le diabète des régions régionales de la santé pour fournir des services de gestion de cas dans les cabinets de médecins aux personnes dont le diabète n'est pas contrôlé.

4.1.4 Continuer à appuyer l'étude en cours sur les outils d'aide à la décision pour permettre un soutien pharmaceutique optimal des patients afin d'éviter ou de limiter les complications (plus précisément, le contrôle adéquat de la glycémie; l'utilisation d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine [ECA] pour le contrôle intensif de l'hypertension; l'utilisation des inhibiteurs de l'ECA ou d'un bloqueur des récepteurs de l'angiotensine pour prévenir l'insuffisance rénale terminale; et le recours à un traitement par statine pour l'hyperlipidémie et la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires).

4.1.5 Soutenir l'intégration des outils de dépistage de la dépression et des compétences en gestion dans les pratiques de soins primaires.

4.1.6 Soutenir la formation de groupes d'étude en collaboration qui visent l'amélioration de la qualité dans les milieux de soins primaires de chaque zone. Ces groupes d'étude en collaboration permettent aux médecins de premier recours locaux d'en apprendre sur les progrès réalisés en interventions multidimensionnelles intégrées et d'échanger des méthodes novatrices en matière de prise en charge du diabète qu'ils utilisent dans leur cabinet. Cette façon de faire aidera à la gestion des facteurs de risque, y compris l'amorce de l'insulinothérapie au moment approprié, particulièrement chez les personnes atteintes de diabète de type 2, une meilleure utilisation des services d'approche, l'amélioration des compétences et une plus grande confiance en la prise en charge précoce des troubles de l'humeur, comme la dépression, de même que le recours aux techniques d'entrevue motivationnelle pour appuyer la modification des comportements.

4.1.7 Étudier les méthodes novatrices qui offrent des stratégies rentables à l'appui du dépistage amélioré des rétinopathies et formuler des recommandations à cet effet aux responsables des services actuels et aux fournisseurs de service couverts par l'Assurance-maladie.

4.1.8 Fournir le financement aux régions régionales de la santé pour des projets pilotes en vue d'établir et de renforcer des partenariats avec des organismes communautaires, et ce, afin d'offrir une sensibilisation structurée à la formation sur la gestion du stress, l'alimentation et l'activité physique aux personnes à risque qui sont aiguillées par leur médecin de famille ou un membre de l'équipe de soins de santé. Ces projets pilotes seront évalués pour y dénicher des possibilités de développement et de financement futur.

4.1.9 Soutenir la mise en œuvre, l'adoption et le perfectionnement du code de facturation de l'initiative des maladies chroniques chez les médecins sous le régime des paiements à l'acte comme outil visant à favoriser la prise en charge selon les pratiques exemplaires.

4.1.10 Effectuer une évaluation détaillée des cliniques de sensibilisation au diabète dans la province et, selon l'évaluation des besoins, fournir des fonds visant à régler les problèmes ou le manque d'accès au soutien et à l'information concernant le diabète.

Améliorer la prestation de soins secondaires et tertiaires pour les personnes atteintes du diabète

Les hôpitaux devraient être reconnus pour leur engagement à adopter les pratiques exemplaires. L'ajustement du dosage d'insuline constitue l'un des domaines les plus propices aux erreurs de médicaments dans les hôpitaux. De simples stratégies, comme la mise en œuvre de formules d'ordonnance standard d'insuline, contribueront à éviter les erreurs de médication⁸².

Presque 27 pour cent des jours-lits en hôpital sont utilisés par des personnes atteintes du diabète. Nous devons saisir ces occasions pour offrir une gestion et une éducation optimales afin de limiter la nécessité de réadmission.

De 2004 à 2009, on recense 2 294 congés de patients atteints du diabète et d'ulcères aux pieds inclus dans tous les types de diagnostics. Si nous tenons compte de l'année 2009 uniquement, 449 malades qui ont reçu leur congé ayant reçu des soins actifs ont séjourné à l'hôpital pendant une moyenne de 20 jours. Une telle situation est en grande partie évitable. Il s'agissait d'ailleurs d'une des quatre recommandations de la Banque mondiale pour réaliser une économie de coûts.

⁸² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15251647>

Produits livrables clés

4.2 Améliorer la prestation de soins secondaires et tertiaires pour appuyer les personnes atteintes du diabète.

4.2.1 Mettre sur pied des comités interdisciplinaires de prise en charge du diabète associés à chaque hôpital. Ces comités seront chargés d'évaluer les pratiques de l'hôpital local, les pratiques externes et les pratiques en soins primaires; de cerner les possibilités d'amélioration; et de coordonner et de mettre en œuvre les projets pratiques d'amélioration de la qualité. Ils joueront un rôle prépondérant dans les communications et l'échange des connaissances sur le plan pratique.

4.2.2 Mettre en œuvre les recommandations pour la pratique clinique au sein des hôpitaux. Permettre l'examen et la mise en œuvre de pratiques exemplaires dans les hôpitaux. Cela engloberait les efforts déployés à l'heure actuelle au chapitre de l'élaboration de formules d'ordonnances standard d'insuline.

4.2.3 Mettre en place des processus d'examen et de mise en œuvre des recommandations pour la pratique clinique, des outils de prise de décision et des rappels dans les processus d'opération quotidiens.

4.2.4 Soutenir les professionnels de la santé complémentaires et parallèles dans leur démarche pour devenir éducateurs agréés en diabète. Créer un programme de bourses remboursables, assorti d'une entente de service post-formation, accessible aux cliniciens intéressés à devenir éducateurs agréés en diabète. Une telle initiative serait gérée par l'unité de prévention et de prise en charge des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick, conjointement avec la régie régionale de la santé. Les régies régionales de la santé seraient tenues de seconder les titulaires de bourses afin qu'ils obtiennent l'expérience pratique clinique nécessaire offerte en collaboration avec la régie compétente.

4.2.5 Favoriser l'accès aux services de soins de pieds pour les personnes dont les pieds sont à risque. Octroyer de l'aide financière afin de favoriser les services de soins des pieds pour les gens non assurés et à risque de développer des ulcères aux pieds ou ayant des antécédents d'ulcères aux pieds.



Réaliser le test monobrin pour déceler une diminution de la sensation.

Améliorer l'accès aux outils pour l'autogestion

L'autogestion est la pierre angulaire de la prise en charge optimale du diabète. Dans le courant d'une année, les gens peuvent consacrer une demi-journée à discuter de leur santé avec un fournisseur de soins de santé. Ils passent les 364 autres jours et demi à prendre soin d'eux-mêmes. Nous devons nous assurer que tous les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises ont accès à l'information nécessaire et à des ressources utiles pour les aider à prendre en charge leur diabète. On pourrait notamment apporter un soutien émotionnel et éducatif commun qui prend en compte l'ampleur des limitations en matière d'alphabétisation et de styles d'apprentissage. Un tel soutien devrait être accessible dans divers milieux de même que par l'entremise de services technologiques d'éducation et de soutien.

Mes choix – Ma santé est un atelier offert gratuitement en six séances, conçu pour aider les personnes à acquérir les compétences nécessaires pour pouvoir composer avec les difficultés de tous les jours associées à une maladie chronique, qu'elle soit mentale ou physique. Durant ces ateliers, les gens aux prises avec différents types de maladies chroniques apprennent par la conversation, les échanges et les stratégies communes destinées à une meilleure autogestion. Depuis 2008, il y a eu près de 100 ateliers, et les participants ont fortement soutenu l'importance d'acquérir les compétences de base comme l'établissement d'objectifs et la résolution de problèmes. Nous devons continuer d'accroître et de renforcer les outils à la disposition des Néo-Brunswickois et des Néo-Brunswickoises afin qu'ils soient mieux outillés pour prendre en charge leur état de santé.



La technologie peut servir à élargir la portée et l'efficacité de l'éducation permanente. L'utilisation de plateformes électroniques pour livrer du contenu peut s'avérer un outil précieux pour combler les lacunes. Les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises souffrant du diabète ont besoin d'éducation, de motivation et de soutien pour les inciter à adopter des changements favorables dans leur mode de vie, lesquels retarderont ou contrecarreront les éventuelles complications du diabète. Les défis auxquels fait face la province comme le grand bassin de population rurale, la pauvreté et le degré d'alphabétisation nous ramènent à la probabilité que ce ne sont pas tous les patients atteints du diabète qui auront la possibilité de prendre part à une séance de formation. Il existe un besoin d'éducation et d'information fondée sur les preuves en matière de diabète, et ce, aux quatre coins de la province. L'éducation pourrait être facilement accessible par l'intermédiaire d'un site Internet sécurisé disponible en tout temps. En ayant accès à un contenu éducatif pertinent, la population néo-brunswickoise sera en mesure d'assimiler les compétences générales véhiculées sur le site, comme l'établissement d'objectifs, la planification de mesures, le suivi et la surveillance de sa santé et l'autogestion. Les patients informés sont outillés pour apporter les changements comportementaux nécessaires à l'amélioration de leur santé optimale. Par l'acquisition d'information et d'aptitudes, les gens acquerront une confiance accrue dans leurs capacités et, ainsi, leur relation et leurs interactions avec les fournisseurs de soins de santé seront plus efficaces, permettant une meilleure prise en charge de leurs symptômes associés au diabète.

Produits livrables clés

4.3 Améliorer l'accès aux outils pour l'autogestion.

4.3.1 Offrir des occasions aux fournisseurs de soins de santé d'acquérir des compétences en matière de relation thérapeutique sur les changements comportementaux visant à favoriser l'autogestion.

4.3.2 Poursuivre l'élaboration du contenu adapté à une plateforme Internet.

4.3.3 Uniformiser la disponibilité du matériel didactique de haute qualité destiné au patient dans les deux langues officielles, d'un bout à l'autre de la province. Ce matériel didactique devrait aussi permettre de satisfaire aux besoins des personnes possédant un faible degré d'alphabétisation dans le domaine de la santé.

4.3.4 Une unité de prévention et de prise en charge des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick établira des partenariats avec d'autres provinces du Canada afin de permettre l'accès à de la documentation dans d'autres langues pour répondre aux besoins de la population autochtone, des étudiants de l'étranger, des immigrants et autres populations minoritaires.

Améliorer l'accès aux médicaments nécessaires à des prix abordables

La recherche montre clairement qu'il faut davantage qu'un accès à l'insuline ou à des agents hypoglycémisants oraux pour favoriser une prise en charge optimale du diabète. Le travail accompli récemment en lien avec la couverture actuelle au Canada met en relief le fardeau fiscal lié au diabète, particulièrement dans cette province. Au Nouveau-Brunswick, on s'engage à élaborer un régime de médicaments d'ordonnance à l'intention des gens non assurés, lequel offrira la couverture d'un large éventail de médicaments, y compris ceux dont ont besoin les personnes atteintes du diabète. Cet engagement témoigne du besoin commun d'un soutien pharmaceutique abordable, disponible et adéquat associé au traitement des maladies chroniques. Ce régime de médicaments d'ordonnance pour les personnes non assurées aidera l'ensemble de la population de la province à jouir d'un accès facile et abordable aux médicaments nécessaires.

Produits livrables clés

4.4 Améliorer l'accès aux médicaments nécessaires à des prix abordables.

4.4.1 Mener une étude plus détaillée sur les pratiques de prescription des médecins afin de mieux déterminer s'il existe des lacunes ou s'il y a matière à amélioration dans la gestion pharmaceutique.

4.4.2 L'initiative d'inclusion sociale et économique poursuivra la mise sur pied d'un régime de médicaments sur ordonnance pour les personnes non assurées au Nouveau-Brunswick, lequel offrira une couverture pour un large éventail de médicaments. Le ministère de la Santé préconisera l'inclusion des médicaments pour le diabète dans ce régime afin de veiller à ce que cet aspect de la stratégie soit abordé par cette avenue.

Améliorer l'accès aux fournitures nécessaires à des prix abordables

Récemment, la pratique de l'autosurveillance de la glycémie au moyen des bandelettes diagnostiques a été examinée de près en termes des avantages qu'elle procure aux patients ainsi qu'en termes de coût-efficacité. Dans bien des régimes de médicaments publics canadiens, les bandelettes diagnostiques pour glucomètres figurent aux cinq premiers rangs des dépenses totales, mais on dispose de peu de preuves à l'égard de leur efficacité par rapport au coût ou de leur efficacité clinique, particulièrement chez les gens atteints du diabète de type 2 n'utilisant pas l'insuline. La protection offerte par la *Loi sur la sécurité du revenu familial* devrait être mise à jour afin de refléter les récentes recommandations fondées sur la preuve, y compris celles diffusées par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé dans son rapport de 2009, *Optimal Therapy Recommendations for The Prescribing and Use of Blood Glucose Test Strips*^{83,84,85,86}.

La couverture pour les clients détenteurs d'une carte d'assistance médicale seulement, en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu familial* du Nouveau-Brunswick, ne comprend pas les prestations pour les bandelettes diagnostiques pour les personnes prenant des médicaments oraux. La preuve suggère que les personnes qui utilisent un sécrétagogue d'insuline devraient avoir accès à une quantité restreinte afin de les aider à surveiller leur glycémie. Les politiques relatives à la protection liée aux bandelettes diagnostiques devraient être harmonisées au terme de la *Loi sur la sécurité du revenu familial* et mises à jour afin de refléter les lignes directrices recommandées. L'accès devrait être restreint pour les personnes traitées à l'insuline, pour certains groupes de médicaments oraux et pour ceux nouvellement diagnostiqués ou qui ont une grande difficulté à contrôler leur glycémie, afin de les aider à acquérir des compétences d'autogestion.

Les assureurs tiers conçoivent des régimes privés de prestations de maladie qui englobent divers degrés de couverture. Ils s'assurent que ces plans demeurent viables et durables pour tous les membres. Certains régimes privés exigent une souscription médicale afin de déterminer si la personne qui souscrit à l'assurance présente une condition médicale qui pourrait influencer les primes. Les candidats présentant une condition médicale pourraient être tenus d'attendre un certain temps afin de veiller à ce que le cumul des primes vienne compenser les coûts des réclamations escomptées. Dans certains cas, une personne peut choisir de renoncer à une couverture pour l'ensemble de ses conditions médicales existantes. Ces régimes privés ne sont pas subventionnés et leurs coûts connexes sont établis de sorte à être viables pour leurs membres. Il est possible toutefois de souscrire à une protection en matière de santé tandis qu'on est en pleine santé et avant l'apparition de troubles de santé comme le diabète.

⁸³ http://www.cadth.ca/media/pdf/compus_BGTS_OT_Rec_f.pdf

⁸⁴ <http://www.ihe.ca/publications/library/2006/consensus-statement-on-self-monitoring-in-diabetes/>

⁸⁵ http://www.cadth.ca/media/pdf/BGTS_SR_Report_of_Clinical_Outcomes.pdf

⁸⁶ Diabetes Care Program of Nova Scotia, *Non Insulin using Type 2 Diabetes Decision tool for Self Monitoring of Blood Glucose* (avril 2010). Consulté en ligne à l'adresse : www.diabetescareprogram.ns.ca.

Produits livrables clés

4.5 Améliorer l'accès aux fournitures nécessaires.

4.5.1 Harmoniser la couverture prévue par la *Loi sur la sécurité du revenu familial* pour les personnes admissibles, en lien avec la couverture des bandelettes diagnostiques de glycémie.

4.5.1.1 Les personnes prenant certains médicaments oraux pour le diabète seront admissibles à un nombre restreint de bandelettes chaque mois.

4.5.1.2 Les personnes qui sont nouvellement diagnostiquées seront également admissibles à une couverture ponctuelle comportant une quantité limitée de matériel aux fins d'apprentissage de l'autogestion du diabète.

4.5.1.3 Les personnes seront admissibles à une quantité restreinte de bandelettes diagnostiques de glycémie lorsque celles-ci sont prescrites par un éducateur agréé en diabète ou un médecin dans le cadre d'un plan d'autogestion visant à améliorer le contrôle glycémique. Seraient inclus les gens qui :

- sont à risque accru d'hypoglycémie (p. ex. en raison d'antécédents d'hypoglycémie grave ou d'inconscience de l'hypoglycémie, d'apport calorique inadéquat, d'activité physique imprévue ou non planifiée);
- sont aux prises avec une maladie aiguë;
- subissent des changements dans leur pharmacothérapie ou des modifications importantes de leur routine;
- présentent des taux de glycémie instables ou mal contrôlés;
- attendent un enfant ou prévoient une grossesse.

4.5.2 Travailler avec d'importants groupes de pression et des tiers payants afin de revoir les politiques susceptibles d'aborder sous un meilleur angle la couverture des fournitures médicales pour diabétiques.

Améliorer l'accès aux appareils nécessaires à des prix abordables

Une des sections précédentes, « *Types de diabète* », explique comment et pourquoi les gens atteints du diabète prennent de l'insuline. Pour être plus précis, l'insuline est généralement administrée par de multiples injections quotidiennes (MIQ). L'insuline peut aussi être administrée grâce à un petit dispositif, appelé pompe à insuline, au moyen duquel on pratique une perfusion automatique continue d'insuline (PACI). Grâce à ce dispositif, la personne n'a qu'à insérer le cathéter, tous les deux ou trois jours, au lieu de pratiquer de multiples injections. La technologie de la pompe réduit l'inconfort et le traumatisme associés aux injections répétitives. On a également fait la preuve que ce dispositif améliorerait le contrôle glycémique, donnant lieu à une incidence plus faible des complications liées au diabète, principalement chez les personnes souffrant de troubles microvasculaires⁸⁷, et diminuant le taux d'hospitalisation, surtout chez les personnes atteintes d'une hypoglycémie grave ou imprévisible nécessitant plus de deux séjours par année à l'hôpital⁸⁸.



⁸⁷ M.E. St Charles et coll., « Health Economic Comparison Between Continuous Subcutaneous Insulin Infusion and Multiple Daily Injections of Insulin for the Treatment of Adult Type 1 Diabetes in Canada », *Clinical Therapeutics*, vol. 31, no 3 (2009), p. 657-667.

⁸⁸ P. Scuffman, et L. Carr, « The cost effectiveness of continuous sub-cutaneous insulin infusion compared with multiple daily injections for the management of diabetes », *Diabetes Medicine*, vol. 20 (2003), p. 586-593.

Plusieurs provinces canadiennes ont mis sur pied, ou songent à mettre sur pied, des programmes publics de fourniture de pompes à insuline. De tels programmes varient; certains offrent un libre accès à toutes les personnes admissibles atteintes du diabète (Ontario) et d'autres offrent un accès restreint aux personnes appartenant à des groupes d'âge spéciaux ou ayant obtenu une autorisation spéciale (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon, Territoires du Nord-Ouest). Les provinces canadiennes affichent de plus en plus le sentiment que les enfants admissibles atteints du diabète ne devraient pas être brimés si leurs parents ne peuvent se permettre l'achat ou l'accès à une pompe à insuline. Le public soutient l'offre des fonds nécessaires pour aider les familles qui ne disposent pas d'une couverture d'assurance adéquate, afin de s'assurer que les enfants ne se voient pas refuser l'accès à cet appareil en raison de la situation financière de leurs parents. De plus, certaines données laissent entendre que les coûts liés aux soins de santé diminuent avec le temps.

Produits livrables clés

4.6 Améliorer l'accès aux appareils nécessaires à des prix abordables.

4.6.1 Mettre sur pied un programme qui prévoit la fourniture d'une pompe à insuline à usage pédiatrique et des accessoires connexes aux enfants de moins de 19 ans qui sont admissibles, une portion des coûts associés au dispositif et aux accessoires incombant aux parents, en fonction de leur revenu familial

Résumé des initiatives et des produits livrables clés

1. Renforcement des capacités

1.1 Mettre sur pied une unité de prévention et de prise en charge de la maladie chronique au Nouveau-Brunswick.

- 1.1.1 Créer un fonds d'aide à l'innovation afin de financer le démarrage de projets pratiques d'amélioration de la qualité par les organisations non gouvernementales, les régies régionales de la santé, les médecins de famille et les fournisseurs de soins de santé.
- 1.1.2 Fournir des rapports de surveillance et d'analyse améliorés, misant sur les ressources disponibles.

2. Prévention

2.1 Soutenir les mesures concernant les déterminants de la santé à l'échelle du gouvernement.

- 2.1.1 Assurer l'engagement du gouvernement à l'égard d'un plan d'action complet visant la prévention primaire pour tous les Néo-Brunswickois afin de réduire le fardeau des maladies chroniques, dont le diabète.
 - 2.1.1.1 Réaliser une analyse contextuelle des politiques publiques qui servira de fondement et favorisera l'élaboration du plan d'action pour la prévention primaire.
- 2.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de nutrition saine qui fournira une démarche coordonnée et globale pour les secteurs de la nutrition prioritaires dans l'ensemble du système de la Santé publique.

2.2 Élaborer des stratégies visant les personnes à risque.

- 2.2.1 Concevoir le contenu de sorte à pouvoir l'héberger sur une plateforme Web. Ce contenu sera orienté par une stratégie de sensibilisation pertinente et accessible à tous les Néo-Brunswickois qui seraient intéressés à modifier leurs habitudes de vie et prêts à le faire dans le but de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète du type 2.
- 2.2.2 Fournir le financement à chaque régie régionale de la santé pour des projets pilotes en vue d'établir et de renforcer des partenariats avec des organismes communautaires, et ce, afin d'offrir une sensibilisation structurée à la formation sur la gestion du stress, l'alimentation et l'activité physique aux personnes à risque qui sont aiguillées par leur médecin de famille ou un membre de l'équipe de soins de santé. Ces projets pilotes seront évalués après la troisième année afin de déterminer leur incidence globale et la possibilité de financement futur.
- 2.2.3 Instaurer l'utilisation d'un outil de dépistage provincial pour repérer les enfants d'âge préscolaire qui présentent un risque de problème nutritionnel comme l'obésité, et établir un processus pour traiter ceux chez qui on a détecté des facteurs de risque.

3. Détection

3.1 Mettre en œuvre les programmes de dépistage qui ciblent les personnes à risque.

- 3.1.1 Lancer une campagne destinée à toute la population afin d'encourager les Néo-Brunswickois à participer à une évaluation des risques pour la santé et à accéder au suivi approprié.
- 3.1.2 Nouer des partenariats avec des programmes gérés par des organisations non gouvernementales pour instaurer des activités d'autodépistage, en particulier au sein des populations à risque.

4. Prise en charge

4.1 Améliorer la prestation des soins primaires en ce qui a trait à la maîtrise globale des facteurs de risque et à la détection précoce des complications.

- 4.1.1 Soutenir l'utilisation de rappels pour accroître le respect et la reconnaissance des recommandations pour les pratiques exemplaires liées au contrôle de la tension artérielle, de la glycémie et du taux de lipides.
- 4.1.2 Fournir aux médecins des profils d'exercice.
- 4.1.3 Financer des postes de gestionnaires de cas en services d'approche.
- 4.1.4 Poursuivre le financement du projet pilote d'aide à la décision pour la gestion pharmaceutique.
- 4.1.5 Soutenir l'intégration des outils de dépistage de la dépression et des compétences en gestion dans les pratiques de soins primaires.
- 4.1.6 Soutenir la formation de groupes d'étude en collaboration qui visent l'amélioration de la qualité dans les milieux de soins primaires de chaque zone.
- 4.1.7 Procéder à l'étude des divers modèles de rémunération assurée pour le dépistage de routine de la rétinopathie.
- 4.1.8 Fournir le financement aux régies régionales de la santé pour des projets pilotes en vue d'établir et de renforcer des partenariats avec des organismes communautaires, et ce, afin d'offrir une sensibilisation structurée à la formation sur la gestion du stress, l'alimentation et l'activité physique aux personnes qui ont une grande difficulté à contrôler leur glycémie, qui sont aiguillées par leur médecin de famille ou un membre de l'équipe de soins de santé.
- 4.1.9 Soutenir la mise en œuvre continue de la facturation de l'initiative des maladies chroniques chez les médecins.
- 4.1.10 Effectuer une évaluation et formuler des recommandations pour améliorer les centres actuels de sensibilisation au diabète.

4.2 Améliorer la prestation de soins secondaires et tertiaires pour soutenir les personnes atteintes du diabète.

- 4.2.1 Mettre sur pied un réseau régional de comités de prise en charge du diabète.
- 4.2.2 Mettre en œuvre les recommandations pour la pratique clinique au sein des hôpitaux.
- 4.2.3 Mettre en place des processus pour intégrer l'aide à la décision et les lignes directrices.
- 4.2.4 Soutenir les professionnels de la santé complémentaires et parallèles dans leur démarche pour devenir éducateurs agréés en diabète.
- 4.2.5 Favoriser l'accès aux services de soins de pieds pour les personnes dont les pieds sont à risque.

4.3 Améliorer l'accès aux outils pour l'autogestion

- 4.3.1 Offrir une formation aux fournisseurs en matière de consultation sur le mode de vie et les comportements.
- 4.3.2 Poursuivre l'élaboration du contenu adapté à une plateforme Internet.
- 4.3.3 Créer une bibliothèque de contenu lié au diabète pour l'évaluation et l'éducation des patients.
- 4.3.4 Créer une bibliothèque rassemblant des renseignements éducatifs sur le diabète destinés au patient dans diverses langues.

4.4 Améliorer l'accès aux médicaments nécessaires à des prix abordables.

- 4.4.1 Évaluer les tendances en matière de gestion pharmaceutique des soins primaires pour cerner les possibilités d'amélioration.
- 4.4.2 L'initiative d'inclusion sociale et économique poursuivra la mise sur pied d'un régime de médicaments sur ordonnance pour les personnes non assurées au Nouveau-Brunswick, lequel offrira une couverture pour un large éventail de médicaments. Le ministère de la Santé préconisera l'inclusion des médicaments pour le diabète dans ce régime afin de veiller à ce que cet aspect de la stratégie soit abordé.

4.5 Améliorer l'accès aux fournitures nécessaires.

- 4.5.1 Harmoniser la couverture prévue par la *Loi sur la sécurité du revenu familial* pour les personnes admissibles afin d'y inclure la couverture des bandelettes diagnostiques de glycémie.
 - 4.5.1.1 Les personnes prenant certains médicaments oraux pour le diabète seront admissibles à un nombre restreint de bandelettes chaque mois.
 - 4.5.1.2 Les personnes qui sont nouvellement diagnostiquées seront également admissibles à une couverture ponctuelle comportant une quantité limitée de matériel aux fins d'apprentissage de l'autogestion du diabète.
 - 4.5.1.3 Les personnes seront admissibles à une quantité restreinte de bandelettes diagnostiques de glycémie lorsque celles-ci sont prescrites par un éducateur agréé en diabète ou un médecin dans le cadre d'un plan d'autogestion visant à améliorer le contrôle glycémique. Seraient inclus les gens qui :
 - sont à risque accru d'hypoglycémie (p. ex. en raison d'antécédents d'hypoglycémie grave ou d'inconscience de l'hypoglycémie, d'apport calorique inadéquat, d'activité physique imprévue ou non planifiée);
 - sont aux prises avec une maladie aiguë;
 - subissent des changements dans leur pharmacothérapie ou des modifications importantes de leur routine;
 - présentent des taux de glycémie instables ou mal contrôlés;
 - attendent un enfant ou prévoient une grossesse.
- 4.5.2 Travailler avec d'importants groupes de pression et des tiers payants afin de revoir les politiques susceptibles d'aborder sous un meilleur angle la couverture des fournitures médicales pour diabétiques.

4.6 Améliorer l'accès aux appareils nécessaires à des prix abordables.

- 4.6.1 Mettre sur pied un programme qui prévoit la fourniture d'une pompe à insuline à usage pédiatrique et des accessoires connexes aux enfants de moins de 19 ans qui sont admissibles, une portion des coûts associés au dispositif et aux accessoires incombant aux parents, en fonction de leur revenu familial

Comment saurons-nous si cela fonctionne?

La Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015 utilisera les indicateurs généraux exposés à la figure 9 pour surveiller l'efficacité globale de cet investissement. Nous nous sommes inspirés du National Health Service au Royaume-Uni et de l'État de New York pour définir des indicateurs fiables, valables et utiles pouvant être utilisés comme points de repère en matière d'amélioration de la qualité. Ces indicateurs généraux ainsi que les résultats escomptés ont été choisis parce qu'ils sont mesurables, qu'ils peuvent être générés à partir des banques de données actuelles et parce qu'ils ont été validés dans la pratique comme dans la recherche. On s'attend à ce qu'une tendance à la baisse dans l'hémoglobine A1C et la lipoprotéine de faible densité (LDL) non contrôlées et une tendance à la hausse dans le pourcentage de ces mêmes facteurs contrôlés atténueront le développement de complications et amoindriront le besoin d'hospitalisation. Grâce à cette liste, nous serons en mesure de suivre divers autres indicateurs de processus éclairant certaines composantes de la stratégie de mise en œuvre. Avec l'arrivée du dossier médical électronique et d'autres outils, cette liste pourrait être allongée.

Figure 9 : Indicateurs généraux recommandés

1. Incidence du diabète au sein des groupes d'âge de 20 à 45 ans
2. Pourcentage de personnes qui sont surveillées selon les lignes directrices recommandées – pourcentage des tests A1C, des tests lipidiques, de l'enregistrement de la tension artérielle
3. Pourcentage de personnes atteintes du diabète chez qui le dernier test A1C était inférieur ou égal à 7 (contrôlé)
4. Pourcentage de personnes atteintes du diabète chez qui le dernier test A1C était supérieur à 9 (non contrôlé)
5. Pourcentage de personnes ayant subi un examen des pieds dont le résultat a été consigné
6. Pourcentage de personnes atteintes du diabète chez qui le dernier test LDL était inférieur ou égal à 2 (contrôlé)
7. Pourcentage de personnes atteintes du diabète chez qui le dernier test LDL était supérieur à 5 (non contrôlé)

Figure 10 : Résultats escomptés

1. Il y aura une diminution de l'incidence du diabète chez les personnes de 20 à 45 ans.
2. Il y aura une diminution de 10 pour cent de l'utilisation totale des jours d'hospitalisation chez les gens atteints du diabète.

Conclusion

La Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises 2011-2015 est fondée sur les expériences des Néo-Brunswickois qui sont atteints du diabète, sur l'expérience de cliniciens experts et sur la recherche.

Le système de soins de santé ne peut continuer à attendre que les personnes atteintes du diabète développent des complications onéreuses associées à un diabète non contrôlé. Afin d'assurer la viabilité de notre système de soins de santé, nous devons investir dans une meilleure prévention primaire du diabète. Nous devons également investir pour atténuer les complications chez les personnes atteintes du diabète. La recherche montre clairement que les stratégies destinées à contrôler la tension artérielle, la glycémie et le cholestérol sont des cibles essentielles. Si nous ne procédons pas à l'investissement supplémentaire nécessaire, nous dépenserons encore plus que cela dans les soins coûteux en milieu hospitalier ou dans les cliniques de dialyse, sans compter la perte de productivité.

L'infrastructure nécessaire sera profitable pour l'ensemble de la population, non seulement pour les personnes à risque ou atteintes du diabète. Les facteurs de risque exposés sont communs aux importantes maladies chroniques auxquelles font face les Néo-Brunswickois, dont la maladie cardiovasculaire, les troubles respiratoires et les cancers. Il s'ensuit donc que la portée de ces stratégies ira bien au-delà de la stricte lutte au diabète.

Annexe A

Recommandations du groupe de travail sur le diabète

1. Renforcer la responsabilisation par l'entremise de la déclaration et de la surveillance

- Financer et soutenir un registre et un entrepôt de données.

2. Mettre en œuvre et uniformiser les pratiques exemplaires

- Mettre sur pied et financer un organisme central appelé Programme de traitement du diabète du Nouveau-Brunswick, lequel aurait la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre et de maintenir un ensemble de processus normalisés de soins fondés sur les preuves et de gérer le contrôle, la surveillance et le transfert des connaissances.

3. Prôner l'autogestion

- Élaborer des outils pédagogiques et d'évaluation normalisés et offrir du soutien pour l'autogestion.
- Effectuer l'examen des programmes subventionnés par l'État destinés à soutenir les personnes atteintes du diabète.
- Élaborer une stratégie permanente de sensibilisation afin de veiller à ce que la population et les fournisseurs clés connaissent les programmes d'aide à la disposition des Néo-Brunswickois.

4. Soutenir les soins primaires

- Prodiguer du financement aux gestionnaires de cas en soins primaires œuvrant dans la collectivité.
- Permettre aux diététistes et aux pharmaciens qui sont éducateurs agréés en diabète et qui sont formés adéquatement d'administrer de l'insuline et d'en ajuster le dosage.
- Élargir les services couverts par le régime d'Assurance-maladie afin d'y inclure le dépistage du diabète par les optométristes.
- Faciliter la mise sur pied des dossiers médicaux électroniques et intégrer des outils de soutien dans les pratiques de soins primaires.

5. Intégrer la prévention

- Continuer de fournir du soutien aux programmes communautaires de mode de vie sain axés sur les jeunes.
- Concevoir des programmes de dépistage pour les personnes à haut risque de diabète et de prédiabète.

6. Améliorer les soins hospitaliers

- Tous les hôpitaux devraient observer les recommandations pour la pratique clinique de l'Association canadienne du diabète.
- Toutes les zones devraient mettre sur pied des comités de prise en charge du diabète qui travailleraient en partenariat avec le programme de traitement du diabète pour appuyer l'amélioration continue de la qualité.

