

# Table des matières

	Remerciements . . . . .	2	4	Coût du diabète . . . . .	19
	Lettre ouverte . . . . .	3	5	Études de cas complexes . . . . .	20
	Résumé . . . . .	5		Jeanne (diabète de type 1) . . . . .	20
	Nos recommandations de 2005 . . . . .	6		Tableaux pour Jeanne . . . . .	22
1	<b>Introduction : <i>Mise en contexte</i></b> . . . . .	7		Pierre (diabète de type 2) . . . . .	26
	Le renouvellement des soins de santé et le diabète . . . . .	8		Tableaux pour Pierre . . . . .	28
	Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP) . . . . .	8	6	<b>Situation réelle :</b>	
				<i>Des Canadiens atteints du diabète s'expriment</i> . . . . .	31
2	<b>Meilleures pratiques relatives au diabète :</b>				
	<i>Conclusions</i> . . . . .	10			
3	<b>Listes de médicaments</b> . . . . .	17			
	Liste des antidiabétiques sur le marché au Canada . . . . .	18			

## Remerciements

L'Association canadienne du diabète et Diabète Québec remercient les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et leur personnel de leur aide dans le cadre de la préparation du *Rapport de 2005 sur le diabète*. Grâce à l'information, aux conseils et au savoir qu'ils nous ont transmis, nous pouvons affirmer que ce rapport analyse de façon approfondie les meilleures pratiques en matière de programmes et de services de lutte contre le diabète offerts dans l'ensemble du pays.

Nous tenons aussi à remercier tous les membres et les bénévoles qui nous ont permis de mieux comprendre le sort des personnes atteintes du diabète en nous parlant de leur situation personnelle. Par conséquent, ce rapport brosse un tableau original et personnel du visage changeant du diabète au Canada en septembre 2005.

La recherche sur les programmes et les services gouvernementaux sur le diabète a été menée par Jeffery A. Johnson, Ph.D., et Samantha Bowker, M.Sc., de l'Alliance for Canadian Health Outcomes Research, Institute of Health Economics. Ce rapport renvoie continuellement aux principales conclusions d'un sondage mené en ligne auprès de nos membres par SES Research Inc. Les données sur le coût des antidiabétiques proviennent d'Advocacy Solutions and Brogan Inc. Nous remercions les chercheurs ainsi que notre rédacteur pour leur travail.

Ce projet a été financé grâce à une subvention sans restrictions à des fins éducatives offerte par GlaxoSmithKline Inc. Nous remercions la société de son soutien continu pour cette recherche.

Enfin, nous tenons aussi à remercier tous les participants qui ont consacré leur temps à la rédaction du *Rapport de 2005 sur le diabète* et nous invitons nos lecteurs à nous transmettre leurs observations sur les données et les renseignements que ce rapport contient.

L'Association canadienne du diabète et Diabète Québec sont résolus à améliorer les normes ainsi que les meilleures pratiques en matière de soins, de programmes et de services destinés aux diabétiques dans l'ensemble du Canada pour que tous les Canadiens atteints de cette maladie puissent la traiter et la prendre en charge en s'appuyant sur les meilleures recherches existantes.

Dans nos deux rapports précédents, *Rapport de 2001 sur le diabète* et *Rapport d'étape de 2003 sur le diabète*, nous avons évalué les politiques et les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le *Rapport de 2005 sur le diabète* s'appuie sur les données recueillies et analysées dans ces rapports. Nous insistons non seulement sur la gravité du problème que pose le diabète dans tout le Canada, mais aussi sur les importants défis que doivent relever tous les paliers de gouvernement pour maintenir la qualité de notre système de soins de santé. Nous nous réjouissons de leurs efforts, mais nous continuons d'être convaincus que l'impact du diabète, compte tenu de ses graves complications, constitue la plus grande menace pour la viabilité du système de santé public du Canada.

De façon générale, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux reconnaissent la nécessité de prévenir le diabète de type 2 dans le but d'enrayer ou de renverser la croissance du nombre de Canadiens chez qui l'on diagnostique cette maladie chronique. Or, le nombre de Canadiens atteints du diabète de type 2 croît tous les jours.

On peut dire qu'une épidémie de diabète sévit au Canada. Plus de deux millions de Canadiens sont aujourd'hui atteints du diabète, nombre qui devrait atteindre plus de trois millions d'ici 2010. Ces prévisions sont prudentes, compte tenu du fait que le nombre d'enfants et d'adolescents affichant un excès de poids ou souffrant d'obésité a triplé au cours des dix dernières années et compte tenu aussi du vieillissement de la génération du baby-boom. Le nombre de personnes atteintes du diabète a par ailleurs

considérablement augmenté chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis ainsi que chez les néo-Canadiens provenant de pays présentant des risques élevés.

On s'attend à ce que les coûts directs du traitement du diabète dans les hôpitaux et dans l'ensemble de notre système de soins de santé augmentent de 76 pour cent d'ici à 2016.<sup>1</sup> L'impact économique indirect du diabète sur l'économie canadienne augmentera également. De nos jours, on estime l'impact du diabète sur notre économie globale à plus de 13,2 milliards de dollars.<sup>2</sup>

Si rien n'est fait, davantage de Canadiens contracteront le diabète et davantage d'entre eux souffriront de ses graves complications, lesquelles comprennent maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral, néphropathie et cécité. En dernier ressort, ce sont tous les Canadiens qui assumeront les frais qu'entraînent les complications du diabète, à savoir l'hospitalisation, la réadaptation et la perte de productivité.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux déploient actuellement des efforts pour améliorer les programmes et les services destinés aux Canadiens diabétiques. Les bonnes intentions sont louables. ***Il ne fait cependant pas bon vivre partout au Canada*** lorsqu'on est diabétique. Si nous voulons assurer la viabilité de notre système de soins de santé, nous devons éliminer dans tout le Canada les anomalies et les écarts en matière d'accès aux médicaments, aux fournitures, aux soins, aux traitements et à l'éducation pour les diabétiques.

Une première mesure qui s'impose consiste à améliorer l'information sur les programmes d'aide financière destinés aux personnes atteintes du diabète. Un sondage en ligne mené à l'été 2005<sup>3</sup> auprès des membres de l'Association canadienne du diabète et de Diabète Québec a révélé que seulement 25 pour cent des membres de l'Association et 5 pour cent des

membres de Diabète Québec connaissaient un programme d'aide financière offert par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour aider les diabétiques à prendre en charge leur maladie. Des mesures devraient être prises pour informer les Canadiens qui y sont admissibles de l'existence d'un soutien financier gouvernemental.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file et s'assurer que tous les Canadiens atteints du diabète ont accès aux médicaments, aux appareils et aux fournitures dont ils ont besoin pour prendre en charge leur maladie. Les diabétiques qui résident à l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, ne devraient pas courir des risques plus grands de faire une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral que les Canadiens atteints de la même maladie qui résident en Saskatchewan. Les ministres de la Santé du Canada l'ont d'ailleurs reconnu dans les Accords de 2003 et de 2004 sur le renouvellement des soins de santé lorsqu'ils ont dit qu'« *aucun Canadien ou aucune Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier exagéré pour obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires* ».<sup>4</sup>

Le *Rapport de 2005 sur le diabète* reflète l'urgence du problème que le diabète pose, à notre avis, pour le système de soins de santé canadien. Les belles paroles ne suffisent plus compte tenu du nombre de diabétiques au Canada, du nombre croissant de Canadiens risquant de contracter la maladie et des coûts médicaux directs découlant des soins à prodiguer aux diabétiques. Les efforts en vue de réduire les temps d'attente pour les lits d'hôpitaux ou pour les consultations médicales seront vains, à moins que nous ne nous attaquions à l'une de leurs causes premières, à savoir le diabète et ses complications.

Le moment est venu pour nous tous de prendre au sérieux le problème que pose le diabète au Canada. Nos deux organismes ont d'ailleurs commencé à le faire. Nous collaborons avec tous les gouvernements, les professionnels

de la santé, les chercheurs, l'industrie et l'ensemble de la population canadienne pour attirer l'attention sur la situation. Pour nous, le moment est maintenant venu d'agir pour éviter que le diabète ne submerge notre système de soins de santé!

Le diabète de type 2 ainsi que ses graves complications peuvent être prévenus ou retardés si l'on accorde aux diabétiques un accès aux meilleurs conseils médicaux possibles, ce qui les aidera à prendre en charge leur maladie. Il est impératif que nous appuyons les efforts que déploient les diabétiques canadiens pour éviter les sérieuses complications découlant du diabète. La question de l'amélioration des programmes et des services destinés à aider les diabétiques canadiens à bien prendre en charge leur maladie ainsi que celle de l'affectation de ressources pour favoriser les recherches sur les meilleures pratiques en matière de traitement et de prise en charge du diabète ainsi que d'éducation demeurent d'une importance vitale pour tous les Canadiens qui se préoccupent de la viabilité de notre système de soins de santé.

Nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires et de votre soutien. Veuillez communiquer avec nous à : [advocacy@diabetes.ca](mailto:advocacy@diabetes.ca) .



D<sup>r</sup> David Hill  
Président, Conseil d'administration national  
Association canadienne du diabète



Marcel Breton  
Président Conseil d'administration  
Diabète Québec



Michael Howlett  
Président et chef de la direction  
Association canadienne du diabète



Serge Langlois  
Président-directeur général  
Diabète Québec

Le plus grand défi auquel sont confrontés les Canadiens qui sont atteints du diabète demeure le coût élevé des médicaments, des appareils et des fournitures pour les diabétiques et l'accès à ceux-ci. Les dépenses devant être engagées pour prendre en charge le diabète dans chaque province ou territoire varie énormément au Canada en fonction du lieu de résidence.

Le coût n'est pas le seul facteur qui restreint l'accès aux médicaments, aux appareils et aux fournitures pour les diabétiques au Canada. De nouvelles interventions thérapeutiques jugées sûres et efficaces par Santé Canada et auxquelles les diabétiques vivant dans d'autres pays ont accès ne sont pas facilement accessibles aux Canadiens atteints du diabète.

On trouve dans l'ensemble du Canada des programmes et des services destinés aux diabétiques qui, à notre avis, devraient être considérés comme de meilleures pratiques. Depuis 2003, la majorité des provinces et des territoires ont considérablement amélioré ou augmenté leurs programmes ou leurs services, lesquels vont d'incitatifs versés aux médecins dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes atteintes du diabète à la mise en œuvre de nouveaux programmes destinés à aider les Canadiens à faible revenu qui sont atteints du diabète à acheter l'insuline et les fournitures dont ils ont besoin, en passant par l'intégration de nouveaux systèmes d'information et de nouvelles technologies pour faciliter la prise en charge du diabète par l'entremise du système de soins de santé primaires. L'accès à l'information destinée aux diabétiques continue de poser des difficultés. Il importe d'ailleurs de se pencher sérieusement sur le problème que pose l'appui limité qu'accorde la majorité des provinces et des territoires à cet important aspect de la prise en charge du diabète.

Les politiques et les programmes sur le diabète diffèrent beaucoup d'une région à l'autre du pays. Les niveaux de financement et de ressources humaines continuent de varier considérablement selon la population et l'assiette fiscale de chaque province ou territoire. Six provinces comptent des stratégies de lutte contre le diabète prévoyant des objectifs et des

résultats précis en ce qui touche la prévention, la prise en charge, l'éducation et la surveillance, et la plupart de ces stratégies comportent un volet destiné aux Autochtones. Six provinces et territoires élaborent en ce moment des stratégies de lutte contre le diabète ou des stratégies de lutte contre les maladies chroniques comportant un volet de lutte contre le diabète. Une mise en garde s'impose cependant dans la mesure où le gouvernement fédéral a annoncé son soutien à la Stratégie canadienne sur le diabète dans le cadre de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques. On s'attend à ce que les engagements spécifiques relatifs aux cinq éléments clés de la stratégie soient annoncés avant la fin de 2005.

Plusieurs provinces et territoires ont noué des partenariats stratégiques avec l'Association canadienne du diabète en vue de l'élaboration de programmes ou de services de promotion de la prise en charge du diabète et de prévention du diabète de type 2. Toutes les provinces et tous les territoires acceptent et appuient les *Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* – les meilleures lignes directrices au monde qui s'appuient sur une pratique clinique fondée sur des preuves. Toutes les provinces et tous les territoires acceptent et appuient aussi les *Normes sur l'éducation de l'Association canadienne du diabète*.

Depuis la parution du *Rapport de 2001 sur le diabète* et du *Rapport d'étape de 2003 sur le diabète*, des progrès ont été réalisés par toutes les provinces et par tous les territoires en vue de l'amélioration des programmes et des services qu'ils offrent aux Canadiens atteints du diabète.

## Nos recommandations de 2005

### **1 Créer et financer de façon adéquate un régime national d'assurance pour les médicaments onéreux**

Certaines provinces n'ont ni la population ni l'assiette fiscale nécessaire pour assurer un accès juste et équitable aux médicaments, aux appareils et aux fournitures dont les Canadiens atteints du diabète ont besoin. La création d'un régime d'assurance national pour les médicaments onéreux et d'une liste de médicaments qui fournit la couverture la plus élevée offerte actuellement aux Canadiens admissibles constitue la première d'une série d'importantes mesures que nous recommandons en vue de remédier aux inégalités et aux lacunes actuelles en matière d'accès aux médicaments, aux appareils et aux fournitures nécessaires au traitement du diabète.

### **2 Veiller à ce que le coût des médicaments et des fournitures pour diabétiques ainsi que le coût des complications liées au diabète n'empêchent pas une personne de prendre en charge son diabète**

Toutes les provinces et tous les territoires sont tenus de veiller à ce que les fonds, les programmes et les services qu'ils offrent contribuent à réduire le réel fardeau financier qu'assument les diabétiques canadiens et leurs familles.

### **3 Accroître la connaissance des programmes et des services gouvernementaux destinés aux Canadiens atteints du diabète**

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient mieux renseigner les Canadiens diabétiques sur l'aide financière et les programmes et services de soutien existants et faciliter un accès plus efficient et efficace à ceux-ci, aux diabétiques canadiens et à leurs fournisseurs de soins.

### **4 Mettre en œuvre les Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada**

Si toutes les provinces et tous les territoires reconnaissent que les *Lignes directrices 2003* de l'Association représentent le fruit des meilleures recherches existantes sur la prévention et la prise en charge du diabète et ont intégré des aspects de ces lignes directrices dans leurs programmes et services, il n'en demeure pas moins que les lignes directrices devraient être mises en œuvre dans leur intégralité.

### **5 Accélérer et améliorer la mise en œuvre de la Stratégie canadienne du diabète et de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)**

Bien que le gouvernement fédéral ait annoncé qu'il finançait la stratégie, on ne connaît toujours pas son engagement au chapitre des cinq éléments clés. Le gouvernement fédéral continue d'appuyer le Système national de surveillance du diabète (SNSD) et les préparatifs pour le renouvellement de la Stratégie canadienne sur le diabète dans le cadre de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques sont en cours. Si les fonds fédéraux investis pour la recherche et pour l'appui de la SNSD nous aident à faire les investissements voulus dans des mesures visant l'élaboration des politiques publiques, des projets, des programmes et des services communautaires sont essentiels pour ralentir, enrayer ou renverser la croissance du diabète. On s'attend à ce que le gouvernement fédéral annonce, d'ici la fin de 2005, comment la nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète sera mise en œuvre au cours des cinq prochaines années. En particulier, compte tenu de l'épidémie de diabète qui sévit dans les collectivités autochtones, l'exécution de l'IDA doit être une priorité.

# 1

## Introduction : Mise en contexte

L'objectif que nous nous fixions en publiant le *Rapport de 2001 sur le diabète* et le *Rapport d'étape de 2003 sur le diabète* était de cerner les lacunes et de travailler en vue de l'établissement de normes équitables et de meilleures pratiques en matière de traitement du diabète et d'accès à ce traitement dans tout le Canada. D'ici 2011, nous disposerons d'une base de données complète indiquant toutes les mesures gouvernementales prises au cours de la décennie pour venir en aide aux Canadiens atteints du diabète. Conscients des limites de notre analyse, il nous faudra jusque-là nous en remettre à l'avis de spécialistes et d'universitaires indépendants pour connaître les meilleures pratiques en place aujourd'hui dans l'ensemble du Canada.

Dans le *Rapport de 2005 sur le diabète*, nous avons évalué les politiques ou stratégies, normes et lignes directrices sur le diabète et la surveillance de la maladie ainsi que le soutien financier accordé aux diabétiques et l'accès qui leur est réservé aux médicaments, aux appareils et aux fournitures dont ils ont besoin. Le *Rapport de 2005 sur le diabète* reconnaît aussi le fait qu'on a de plus en plus recours aux initiatives de prévention primaire et de promotion de modes de vie sains pour lutter contre les facteurs de risque communs aux maladies chroniques, dont le diabète.

La prévention primaire, les initiatives en vue de promouvoir des modes de vie sains ainsi que l'exercice physique n'aident cependant pas beaucoup les Canadiens qui sont actuellement atteints du diabète. Les gouvernements sont tenus d'aider les personnes chez qui cette maladie est diagnostiquée à la prendre en charge efficacement. Une étude récente intitulée *Diabetes in Canada Evaluation* (DICE) indique que le gouvernement doit prendre des mesures plus actives en fournissant aux médecins les outils voulus pour les aider à bien traiter leurs clients diabétiques.<sup>5</sup> Bien que les recherches scientifiques concluent clairement qu'il convient que les diabétiques visent un taux de glycémie d'au plus sept pour cent, l'étude DICE fait ressortir que près de la moitié des Canadiens atteints du diabète de type 2 ont un taux de glycémie supérieur au taux recommandé. Ainsi, 62 pour cent des

personnes atteintes du diabète depuis au moins 15 ans ne maîtrisaient pas leur taux de glycémie. Soixante-trois pour cent des personnes ayant participé à l'étude souffraient d'hypertension artérielle, 59 pour cent, de cholestérol élevé, 38 pour cent, de complications microvasculaires comme les cataractes, les maladies du pied ou la neuropathie, et 28 pour cent, de complications macrovasculaires comme des crises cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux ou l'angor stable.

Les médecins de famille comptent de plus en plus de clients qui sont atteints du diabète de type 2. Bien qu'ils connaissent les *Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*, ils ont besoin de l'aide du gouvernement pour mettre en œuvre les stratégies de traitement plus intensives qui sont recommandées pour traiter cette maladie complexe entraînant de graves complications.

L'adoption d'une approche globale est la seule façon de relever ces défis. Les *Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* représentent le meilleur ensemble de lignes directrices fondées sur des données et des preuves scientifiques portant sur les stratégies appropriées de prise en charge de la maladie auquel peuvent se reporter les médecins et les spécialistes de la santé. À l'heure actuelle, les meilleures preuves scientifiques dont nous disposons montrent clairement les avantages découlant d'une prise en charge intensive et d'interventions multiples pour maîtriser la glycémie dans le but de prévenir les graves complications découlant de tous les types de diabète.

Le *Rapport de 2005 sur le diabète* montre que les programmes et les services destinés aux diabétiques canadiens évoluent. Plus de deux millions de Canadiens sont aujourd'hui atteints du diabète et il y en aura plus de trois millions d'ici 2010. En outre, d'ici 2011, plus de 50 pour cent des

Canadiens seront âgés d'au moins 40 ans et, par conséquent, considérés comme susceptibles de contracter le diabète de type 2. En juillet 2005, Statistique Canada a rapporté que deux adultes canadiens sur trois et près d'un enfant âgé de 12 à 17 ans sur trois affichaient un excédent de poids ou étaient obèses.<sup>6</sup> Un poids malsain et le manque d'exercice physique augmentent le risque de contracter le diabète de type 2. Les divers paliers de gouvernement consacrent de plus en plus d'efforts à prévenir le diabète de type 2 dans l'espoir de réduire l'augmentation du nombre de personnes chez qui cette maladie est diagnostiquée.

### **Le renouvellement des soins de santé et le diabète**

Le renouvellement des soins de santé et la réforme des soins primaires sont des objectifs clés découlant tant de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé que de l'accord de 2004. En 2004, plus de 41 milliards de dollars ont été affectés à la mise en œuvre d'un plan échelonné sur dix ans visant à renouveler le système de soins de santé du Canada. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu de la réforme des soins de santé primaires, de la création d'équipes multidisciplinaires pour mieux répondre aux besoins des patients, de l'accroissement des services de soins à domicile, de la promotion de la santé ainsi que de l'élaboration d'une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques.

Le programme en matière de renouvellement des soins de santé revêt une importance critique pour ce qui est de la prévention et de la prise en charge de tous les types de diabète et de leurs complications connexes telles cardiopathie, néphropathie et cécité chez les adultes. En janvier 2005, le Conseil canadien de la santé a pressé les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de mettre en œuvre sans tarder ces réformes. Nous faisons nôtre la recommandation du Conseil canadien de la santé.

Bien que nous appuyons le programme de renouvellement des soins de santé, nous nous préoccupons cependant de l'ignorance des décideurs à l'égard de l'impact du diabète de type 2 ainsi que de la croissance du nombre de personnes subissant les effets de ses complications. La réorganisation des soins de santé primaires au niveau provincial ou régional doit veiller à faire en sorte que les spécialistes des soins de santé soient en mesure d'aider efficacement leurs patients à prendre en charge leur diabète et les complications complexes qui en découlent. À notre avis, la création dans des provinces et des territoires d'équipes de santé est un pas dans la bonne direction. Un soutien accru pour les soins à domicile est susceptible d'aider le nombre croissant de personnes âgées atteintes du diabète ou les Canadiens qui luttent contre les graves complications découlant de cette maladie. Les équipes de soins de santé sont également bien placées pour promouvoir des habitudes alimentaires saines, l'activité physique et le renoncement au tabac dont dépend le ralentissement du taux de croissance tant du diabète de type 2 que de ses complications.

Si les décideurs ne s'attaquent pas au problème que pose le diabète dans le cadre du renouvellement des soins de santé, la maladie et les complications qu'elle entraîne continueront à grever nos ressources et à mettre à rude épreuve nos hôpitaux, nos médecins et les spécialistes de la santé. L'attention qui devra être consacrée aux patients atteints de diabète ne fera qu'accroître les délais d'attente pour les consultations médicales, les séjours à l'hôpital, les opérations chirurgicales ainsi que les services de soins à domicile. Étant donné que le diabète entraîne des complications graves pour 50 pour cent des personnes qui en sont atteintes, complications qui ont pour conséquence des visites fréquentes chez le médecin, de nombreuses hospitalisations et l'affectation de sommes importantes à l'achat de médicaments,<sup>7</sup> la lutte contre le diabète doit constituer un volet du renouvellement des soins de santé au Canada.

## **Stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques (SNPP)**

L'un des volets du renouvellement des soins de santé qui influe directement sur tous les Canadiens atteints du diabète est la SNPP dont l'objet est d'établir comment le gouvernement peut veiller à ce que le coût des médicaments et des fournitures médicales ne représente pas un fardeau financier excessif pour les Canadiens et à ce que l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et abordables soit assuré au pays.

Le *Processus commun d'examen des médicaments* (PCEM) conçu pour simplifier la prise, par les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments, de décisions concernant l'inscription sur les listes de médicaments remboursés constitue un volet préliminaire de la SNPP. Ce processus visait à évaluer l'efficacité thérapeutique et la rentabilité des nouveaux médicaments et c'est sur cette évaluation que se fondaient les gestionnaires pour recommander qu'un médicament soit inclus ou exclu de la liste des médicaments. En mars 2004, un programme pilote appelé SCPUOM – *Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments* – a également été lancé. Trois projets pilotes ont d'abord été exécutés dans le cadre du SCPUOM. Ils visaient à recueillir et à évaluer les pratiques exemplaires en matière de prescription et d'utilisation des médicaments ainsi que de diffusion et de promotion des meilleures pratiques relatives à l'utilisation de l'inhibiteur de la pompe à protons, à la prise en charge du diabète et à la consommation de médicaments antihypertenseurs. Notre association surveille de près les activités du PCEM et du SCPUOM.

L'Association canadienne du diabète estime que le moment est venu pour les décisionnaires du système de soins de santé du Canada de prendre au sérieux le diabète. Nous estimons que les efforts de renouvellement des soins de santé déployés par tous les paliers de gouvernement, le PCEM, le SCPUOM ainsi que la SNPP échoueront à moins que les Canadiens atteints de diabète ne participent aux importantes discussions sur l'orientation future de ces efforts.

# 2

## Meilleures pratiques relatives au diabète : Conclusions

La partie suivante fait ressortir les exemples de meilleures pratiques en matière de stratégies, de programmes et de services relatifs au diabète que les provinces et les territoires nous ont transmis.

On trouvera à l'annexe A à <http://www.diabetes.ca> un résumé des réponses fournies par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le cadre du sondage mis au point par nos chercheurs ainsi que le rapport de recherche complet. Les principales conclusions de la recherche sont regroupées sous quatre rubriques : politique ou stratégie en matière de diabète; normes et lignes directrices; programmes de prévention primaire; et surveillance du diabète.

On a demandé à toutes les provinces et à tous les territoires d'indiquer ce qu'ils considéraient être leurs meilleures pratiques dans chacun de ces domaines. Ces meilleures pratiques ont ensuite été comparées aux six recommandations initiales que nous formulions dans le *Rapport de 2001 sur le diabète*, rapport qui constituera le cadre de référence pour nos conclusions jusqu'en 2011.

Nous continuons de verser toutes les données ainsi que tous les renseignements que nous fournissent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans la base de données que nous avons commencé à établir en 2001 et à laquelle nous avons ajouté les données recueillies dans le cadre de la préparation du *Rapport d'étape de 2003 sur le diabète*. Nous continuerons d'enrichir régulièrement notre base de données jusqu'en 2011. Nous serons alors en mesure d'analyser en profondeur l'évolution sur une période de dix ans des programmes, des services et des aides fournis par les provinces et les territoires aux personnes atteintes du diabète.

### Recommandation n° I du Rapport de 2001 sur le diabète

[que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux] s'engagent à élaborer, à financer et à mettre en œuvre une stratégie nationale à long terme sur le diabète sous la direction du gouvernement du Canada, abordant la prévention, les soins, le traitement, l'éducation, la recherche et la surveillance.

Bien que le gouvernement fédéral ait annoncé le financement de la Stratégie canadienne sur le diabète dans le cadre de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques, les détails des cinq éléments clés de la stratégie doivent toujours être annoncés.

Si les fonds fédéraux investis pour la recherche et pour l'appui de la SNSD nous aident à faire les investissements qu'exige la mise en œuvre de politiques publiques, les projets, les programmes et les services communautaires sont essentiels pour ralentir, enrayer ou renverser la croissance du diabète. Il faut cibler les Canadiens ou les communautés qui sont très vulnérables au diabète de type 2. Compte tenu, en particulier, de l'épidémie de diabète qui sévit dans les collectivités autochtones, l'exécution de l'IDA doit être vue comme une priorité.

- Toutes les provinces et tous les territoires continuent de participer au SNSD et la plupart d'entre eux ont produit des rapports sur le diabète s'appuyant sur les données recueillies grâce à ce système.
- La Colombie-Britannique a publié un rapport intitulé *A Snapshot of Diabetes in British Columbia 2003-04* qui fournit de l'information sur les taux de prévalence et d'incidence du diabète; les taux de co-morbidité et les complications; et l'utilisation des services de soins de santé par les diabétiques.
- L'Alberta et le Québec ont publié respectivement des rapports établissant des renseignements sur la prévalence du diabète, son incidence, les taux de co-morbidité et les complications qui découlent de la maladie.

- La Saskatchewan a fait paraître en 2004-2005 le *Saskatchewan Diabetes Profile 1996-97 to 2000-01*. Le rapport indique les tendances en matière de prévalence de la maladie, les taux de co-morbidité ainsi que la mortalité au niveau de la province et des régions de santé.
- Le *Manitoba Diabetes Care Project* se fonde sur des ensembles de données administratives provinciales pour évaluer l'impact des recommandations de *Manitoba Diabetes Care* sur les tendances dans la pratique des médecins offrant des soins primaires.
- En 2004, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a publié le *Ontario Diabetes Atlas 2003*.
- *Diabetes in Nova Scotia: A ten year perspective in 2003* présentait les taux d'hospitalisation et la durée des séjours à l'hôpital pour les diabétiques de la Nouvelle-Écosse et faisait état d'un important accroissement du recours aux services des centres du diabète pour l'éducation initiale sur le diabète et le suivi. Septembre 2004 a marqué la publication du premier rapport du SNSD intitulé *Diabetes in Nova Scotia, 2000/01: Prevalence, Incidence, Mortality, Morbidity, and Utilization*.

## Recommandation n° 2 du Rapport de 2001 sur le diabète

[que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux] élaborent des stratégies politiques formelles provinciales ou territoriales sur le diabète ou améliorent lesdites politiques si elles existent, avec l'apport de personnes spécialement affectées au diabète, de façon à ce que le diabète soit une priorité en matière de santé.

La Nouvelle-Écosse (1991), l'Ontario (1992), le Manitoba (1998), la Colombie-Britannique (2002), l'Alberta (2003) et la Saskatchewan (2003) ont élaboré des stratégies globales sur le diabète. Les six provinces se sont fixé des objectifs en matière de prévention, de prise en charge, d'éducation et de surveillance, et la plupart de ces stratégies comportent un volet pour les Autochtones.

L'Alberta et la Saskatchewan ont établi un cadre décennal (2003-2013) comprenant des fonds continus et des objectifs et des résultats mesurables en vue d'assurer la viabilité des interventions. La Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse fournissent du financement continu, mais n'ont pas précisé la durée de ce financement. Le Nouveau-Brunswick intègre le diabète dans sa stratégie de prise en charge des maladies chroniques, tandis que Terre-Neuve et Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, le Nunavut, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest élaborent actuellement des stratégies sur la prise en charge du diabète et des maladies chroniques, stratégies qu'ils comptent pouvoir rendre publiques sous peu.

L'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont affecté des employés à la coordination des politiques et des programmes sur le diabète. Voici les améliorations précises que ces provinces ont apportées à leurs politiques officielles sur le diabète :

- La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba ont établi une entente de collaboration pluriannuelle avec le Western Health Information Collaborative (WHIC) qui vise à élaborer et à exploiter des systèmes d'information. Dans le cadre de son infrastructure de prise en charge des maladies chroniques, ce partenariat est destiné à faciliter la prise en charge du diabète dans le contexte du système de soins de santé primaires.
- Le Manitoba a mis sur pied un programme régional de diabète qui comporte l'évaluation des facteurs de risque et des complications ainsi qu'un programme d'éducation sur le diabète mis en œuvre à plusieurs niveaux.
- Le Québec, en collaboration avec Diabète Québec, a produit le *Guide de l'alimentation pour la personne diabétique* dont la diffusion sera assurée par les diététiciens, ainsi qu'une brochure vouée à une diffusion plus large intitulée *Coup d'œil sur l'alimentation de la personne diabétique*. Le Québec a aussi créé des sous-comités chargés de faire des recommandations à l'issue d'une étude sur la façon de prévenir la maladie en tenant compte de l'environnement bâti, des pratiques cliniques, du programme 0-5-10 (zéro tabac, 5 portions de fruits et de légumes et 30 minutes d'exercice physique) et du milieu socio-culturel.

- L'Ontario a créé en 2003 un Groupe de travail sur le diabète qui a été chargé d'évaluer les programmes et les services existants et de donner des conseils sur les mesures prioritaires fondées sur des preuves pouvant contribuer à prévenir le diabète de type 2 ainsi qu'à prendre en charge et à soigner le diabète pour en réduire les complications. La province a élaboré une stratégie sur le diabète destinée aux Autochtones ainsi qu'un plan de mise en œuvre de cette stratégie.
- Le *Diabetes Care Program of Nova Scotia (DCPNS)* qui fixe des objectifs et des résultats escomptés en matière de prévention, de prise en charge, d'éducation et de surveillance du diabète vise aussi à appuyer la recherche appliquée en vue de favoriser l'innovation dans l'exécution des programmes s'inscrivant dans une stratégie intégrée de prise en charge des maladies chroniques. Le DCPNS veille aussi à ce que les besoins de populations spéciales soient pris en compte par le sous-comité ou les groupes de travail comme le *Pregnancy and Diabetes Committee*, le *Children and Adolescents with Diabetes Committee* ou le *Long Term Care Committee*.
- Le Nouveau-Brunswick intègre le diabète dans sa stratégie de gestion des maladies chroniques et le Manitoba a lancé une initiative de prévention des maladies chroniques. Terre-Neuve et Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, le Nunavut, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest indiquent que des stratégies sur la prise en charge du diabète ou des maladies chroniques sont en cours d'élaboration.

### Recommandation n° 3 du Rapport de 2001 sur le diabète

[que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux] conservent la responsabilité d'établir et de surveiller les normes et les lignes directrices lorsque des groupes régionaux de santé sont chargés de la prestation des programmes liés au diabète tout en fournissant les ressources et le soutien nécessaires à l'application de ces normes et lignes directrices.

Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont appuyé et ont fait leur les *Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* ainsi que les *Normes d'éducation sur le diabète au Canada (2000)* qui ont été révisées et mises à jour en octobre 2005.

La plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux s'attendent maintenant à ce que les instances régionales de santé leur fassent rapport sur l'application des normes et des lignes directrices sur le diabète par l'entremise de mécanismes de reddition de comptes et d'autres mécanismes de présentation de rapports.

- En décembre 2003, la Nouvelle-Écosse a publiquement appuyé les *Lignes directrices de pratique clinique 2003* et a collaboré avec les autorités de santé de district pour les diffuser auprès des médecins des quatre districts de santé ainsi que du personnel des 39 centres de diabète. Toutes les ressources destinées aux fournisseurs de soins et aux patients de DCPNS ont été revues et mises à jour en fonction des lignes directrices 2003.
- L'accord que l'Ontario a conclu en 2005 avec l'Ontario Medical Association comporte le versement aux médecins d'honoraires pour le temps supplémentaire qu'ils consacrent à leurs patients diabétiques ainsi qu'un paiement réservé pour les patients de plus de 65 ans qui courent davantage de risques de contracter le diabète de type 2. Les programmes de prévention du diabète financés par les provinces prévoient une application obligatoire des *Lignes directrices de pratique clinique 2003*.
- Quinze des centres de diabète du Québec offrent de l'information sur le diabète, même si le client qui s'adresse à eux ne leur a pas été adressé par un médecin. Ils offrent aussi un suivi aux personnes qui participent au programme. Au cours des cinq dernières années, neuf des régions du Québec se sont dotées de nouveaux services d'éducation sur le diabète.
- Le Manitoba adhère aux *Lignes directrices de pratique clinique 2003* qui se reflètent dans les *Manitoba Diabetes Care Recommendations*. Dans le but d'améliorer les soins dispensés aux diabétiques, des exemplaires de ces recommandations ont été diffusés auprès des médecins de soins primaires, des personnes chargées de l'éducation sur le diabète ainsi que des professionnels de la santé et des fournisseurs de soins. Les ateliers qu'organise le *Diabetes Education Network* sont un autre exemple d'activité de perfectionnement professionnel fondée sur les preuves, destinée aux fournisseurs de soins de santé et aux professionnels de la santé au Manitoba.
- La Saskatchewan a distribué des exemplaires des *Lignes directrices de pratique clinique 2003* à toutes les administrations régionales de santé et a préconisé leur inclusion dans son plan provincial de prévention du diabète. La province a aussi appuyé la tenue, en septembre 2005, d'un colloque sur le diabète destiné aux praticiens de la santé qui portait sur les retombées des *Lignes directrices de pratique clinique 2003*.

- L'Alberta a diffusé les *Lignes directrices de pratique clinique 2003* au moyen du *Diabetes Patient Care Flow Sheet* qui s'adresse aux professionnels de la santé ainsi que du *Living Well with Diabetes Resource Calendar*.
- En 2004, la Colombie-Britannique s'est appuyée sur les *Lignes directrices de pratique clinique 2003* pour élaborer et mettre à jour les *BC Diabetes Care Guidelines*. La province fait rapport publiquement sur la mesure dans laquelle les soins aux diabétiques sont dispensés de façon conforme à ses lignes directrices et fixe des objectifs de rendement à cet égard dans les plans de service des administrations de santé. Les médecins de famille ont droit à une prime pour chaque patient atteint du diabète auquel des soins sont dispensés en application des *2003 BC Diabetes Care Guidelines*.
- Terre-Neuve et Labrador souscrivent aux lignes directrices et font la promotion de leur application par l'entremise des mécanismes de reddition de comptes qu'ont adopté les administrations régionales de santé et leurs équipes d'amélioration de la qualité clinique.
- L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied une équipe de ressources cliniques qui promeut l'application des *Lignes directrices de pratique clinique 2003*, diffuse ces lignes directrices auprès des fournisseurs de soins, préconise l'utilisation du *Diabetes Patient Care Flow Sheet* dans les centres de santé primaire et surveille les listes d'attente pour les services d'éducation sur le diabète.

#### Recommandation n° 4 du Rapport sur le diabète de 2001

[que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux] préconisent une stratégie où le coût par patient des antidiabétiques et fournitures connexes ainsi que les coûts associés aux complications du diabète ne représentent pas un obstacle ou un fardeau dans la prise en charge du diabète.

Le programme fédéral de Services de santé non assurés (SSNA) offre aux membres des Premières nations et aux Inuits inscrits au programme l'accès à des biens et des services du domaine de la santé (médicaments, soins dentaires, soins de la vue, fournitures et matériel médicaux, transport médical, intervention de courte durée en cas d'urgence et counselling pour la santé mentale) qui ne sont

pas assurés par les provinces et les territoires ni par d'autres régimes d'assurance privés. Les Canadiens atteints du diabète qui sont admissibles au programme SSNA sont ceux dont l'accès à l'heure actuelle aux médicaments, aux fournitures et aux appareils pour diabétiques est le meilleur au Canada.

Les personnes qui font partie de la population active peuvent avoir accès à des régimes d'assurance-médicaments par l'entremise de leur employeur ou de l'employeur d'un membre de leur famille immédiate. Dans la plupart des cas, les diabétiques canadiens qui sont des employés contractuels et des employés à temps partiel ou qui occupent des emplois rémunérés au salaire minimum ou encore, qui sont des travailleurs indépendants doivent eux-mêmes assumer le coût des médicaments, des appareils et des fournitures pour diabétiques dont ils ont besoin.

Les régimes d'assurance-médicaments provinciaux ou territoriaux assurent aux Canadiens qui sont âgés de plus de 65 ans ou qui reçoivent de l'aide sociale un accès aux médicaments, aux appareils et aux fournitures pour diabétiques figurant sur les listes de médicaments provinciales. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, le Québec, le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon offrent de l'aide aux Canadiens par l'entremise de franchises et de programmes de coparticipation aux frais. La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick ont récemment annoncé des programmes visant à aider les diabétiques à faible revenu.

- La Nouvelle-Écosse a annoncé en 2005 l'affectation de 2,5 millions de dollars dans le but d'aider les habitants de la province à faible revenu de moins de 65 ans ne disposant pas d'une assurance-médicaments à acheter l'insuline, les médicaments oraux, les bandelettes diagnostiques, les seringues et les lancettes dont ils ont besoin. La franchise sera établie en fonction du revenu et de la taille de la famille.
- Le Nouveau-Brunswick a annoncé l'affectation de 370 000 \$ par année pour aider 280 diabétiques à faible revenu à acheter de l'insuline et des fournitures pour diabétiques.
- En Ontario, le Programme de surveillance pour une bonne santé continue de rembourser tous les cinq ans aux diabétiques insulino-dépendants leurs bandelettes

de mesure de la glycémie (jusqu'à 65 % du coût annuel), les lancettes (jusqu'à 500 \$ par année) et les appareils de mesure de la glycémie (jusqu'à 65 % ou 75 \$, selon la somme la moins élevée).

- En septembre 2003, l'Alberta Monitoring for Health Program a commencé à verser jusqu'à 550 \$ par année aux diabétiques insulino-dépendants et jusqu'à 250 \$ par année aux personnes qui prennent des antidiabétiques oraux. Ceux qui traitent leur diabète en suivant un régime alimentaire particulier ont droit à une aide financière maximale de 100 \$ par année.
- Pour les Canadiens qui sont atteints du diabète, la prise en charge de leur maladie pour en éviter les graves complications continue de constituer un lourd fardeau financier. On peut consulter à [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca) des tableaux détaillés indiquant la couverture financière et les dispositions relatives à l'accès aux médicaments et aux fournitures pour diabétiques. Il suffit pour cela de cliquer sur le lien « Financial Coverage Charts for Diabetes Supplies and Medication ».

### Recommandation n° 5 du Rapport sur le diabète de 2001

[que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux] établissent un système efficace de remboursement de médicaments qui tient compte des produits offrant les meilleurs résultats selon des données médicales probantes et qui incorpore rapidement les nouveaux produits dont l'efficacité est confirmée.

L'un des grands défis que doivent relever les nombreux Canadiens atteints du diabète est d'obtenir l'accès aux nouvelles thérapies. Or, si elles sont bien administrées, ces thérapies sont sûres et efficaces et donnent des résultats positifs. À l'heure actuelle, le processus d'inscription des thérapies sur les listes de médicaments comporte plusieurs étapes. Une fois que Santé Canada a confirmé l'innocuité et l'efficacité des médicaments, des appareils et des fournitures pour diabétiques, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) approuve leur prix de vente. Le fabricant du médicament peut alors vendre celui-ci au prix fixé au Canada. À titre d'exemple, Santé

Canada a approuvé la vente au Canada au cours des cinq dernières années – et parfois même au cours des dix dernières années – de médicaments qui ne figurent toujours pas sur les listes de médicaments des provinces ou des territoires (p.ex. les thiazolidinediones). Par conséquent, seuls les diabétiques canadiens qui soit ont des ressources financières personnelles suffisantes, soit participent à un régime d'assurance-médicaments privé, peuvent se permettre d'acheter ces nouveaux antidiabétiques si leur médecin les leur prescrits. Les autres Canadiens atteints du diabète n'ont pas accès aux médicaments qui, selon leur médecin, leur conviendraient le mieux.

Nous avons cru ce qu'on nous a dit lorsqu'on nous a promis que le PCEM serait un processus amélioré plus rapide qui faciliterait aux Canadiens l'accès aux nouveaux antidiabétiques. Dans le cadre du PCEM, la rentabilité et l'efficacité thérapeutique de tous les antidiabétiques sont évaluées et des recommandations sont ensuite faites aux provinces quant aux médicaments qu'il convient d'inclure à leurs listes de médicaments. *(Veuillez noter que le Québec est la seule province à ne pas participer au PCEM.)*

Depuis le lancement du PCEM en septembre 2003, une seule demande d'inscription d'un nouveau médicament – l'insuline glargine – a été étudiée dans le cadre du processus. En juin 2005, avant même que le PCEM n'ait terminé son examen du médicament, le Québec l'a inscrit sur la liste provinciale de médicaments dans la catégorie « utilisation restreinte ». En septembre 2005, le PCEM a recommandé que l'insuline glargine ne soit pas inscrite sur les listes de médicaments des provinces et des territoires participant au processus.

Depuis décembre 2003, Terre-Neuve et Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le SSNA ont amélioré leur processus d'inscription sur la liste de médicaments en y ajoutant un nouvel antidiabétique ou en faisant passer un médicament de la catégorie « utilisation restreinte » à la catégorie « utilisation non restreinte », facilitant ainsi l'accès à ce médicament.

## Recommandation n° 6 du Rapport de 2001 sur le diabète

[que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux] veillent à ce que les personnes atteintes du diabète bénéficient d'un accès rapide, abordable et soutenu à l'éducation sur le diabète et à des services thérapeutiques complets offerts par des professionnels qualifiés, y compris une équipe soignante consacrée au diabète et d'autres spécialistes.

Le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest appuient activement la mise en œuvre des *Normes d'éducation sur le diabète au Canada (2000)*. L'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et Labrador, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon surveillent les listes d'attente pour la participation aux programmes éducatifs destinés aux diabétiques.

Les provinces et les territoires reconnaissent de plus en plus la grande importance d'une information opportune sur le diabète destinée aux diabétiques ainsi que le besoin de perfectionnement professionnel pour les responsables de l'éducation sur le diabète. Deux tendances en particulier – soit la création de réseaux de télésanté dans le Nord et l'importance accordée à une éducation sur le diabète à plusieurs niveaux en vue de la mise sur pied d'un nombre accru d'équipes de santé multidisciplinaires – peuvent aussi avoir un effet positif à long terme en atténuant le taux de complications découlant du diabète dans l'ensemble du pays et en améliorant l'accès à l'éducation sur le diabète.

- Au Manitoba, la formation en vue de l'évaluation des facteurs de risque et des complications liées au diabète comporte un programme de formation des formateurs ainsi qu'une trousse à outils destinée aux équipes de soins de santé pour diabétiques. La province appuie la tenue d'ateliers par le Diabetes Education Network (DEN), ces ateliers étant des occasions de perfectionnement professionnel et de réseautage à tous les niveaux pour les responsables de l'éducation sur le diabète.

- En Nouvelle Écosse, le DCPNS appuie le travail des centres de diabète au moyen d'un bulletin de nouvelles, d'un site Web, d'ateliers provinciaux et régionaux et d'autres activités de perfectionnement. En fournissant des documents normalisés et des outils de collecte des données et en élaborant des lignes directrices à caractère précis, le Registre DCPNS peut suivre, depuis 1992, dans les 16 centres d'éducation du diabète, les tendances en matière d'aiguillage en fonction des divers types de population, de diabète et de traitements. Seize centres d'éducation sur le diabète utilisent actuellement le registre électronique qui permet la collecte de données additionnelles sur le processus et les résultats ainsi que l'examen de ces données et leur interprétation dans le but d'établir l'efficacité des interventions thérapeutiques. Le DCPNS a aussi élaboré des critères de triage pour les visites initiales et de suivi dans les centres d'éducation et a constitué un comité des meilleures pratiques dont le but est de recommander des approches favorisant la prestation de soins opportuns, accessibles et de qualité.
- Le Nunavut's *Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi Telehealth Network* (« outil pour aider ceux qui vivent dans des régions éloignées ») fournit du perfectionnement professionnel aux professionnels de la santé ainsi que des liens vidéo bidirectionnels dans le but de rendre possibles des consultations médicales avec des médecins de l'Alberta et de la Saskatchewan.

## Nouvelle recommandation

Veiller à ce que tous les Canadiens connaissent les facteurs de risque modifiables pour le diabète de type 2 par la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et de prévention primaire destinés à encourager tous les Canadiens à conserver un poids sain et à faire de l'exercice physique.

Les provinces et les territoires reconnaissent tous la nécessité de prévenir et d'atténuer les facteurs de risque communs – *poids malsain, inactivité physique et tabagisme* – associés au diabète et à d'autres maladies chroniques. Les provinces et les territoires ont tous mis sur pied des programmes de prévention primaire en vue de favoriser de saines habitudes alimentaires ainsi que l'activité

physique dans le cadre des initiatives ou des stratégies de prévention des maladies chroniques. Une approche intégrée en matière de prévention des maladies chroniques incitera de plus en plus les Canadiens à se demander comment ils peuvent prévenir l'apparition du diabète de type 2.

- En novembre 2003, le Manitoba a nommé un ministre de la Vie saine qui s'est vu confier le mandat de créer les conditions et de promouvoir les comportements propices à des choix de vie saine. L'objectif de cette mesure était de réduire le risque que les Manitobains contractent le diabète de type 2.
- L'Alberta s'est engagée à financer des programmes de prévention primaire visant à influencer sur les facteurs de risque modifiables associés aux maladies chroniques, et en particulier à appuyer l'initiative d'éducation provinciale aux fins de prévention appelée *Keep Your Body in Check*, l'Alberta Healthy Communities Project et les projets de santé visant la prévention du diabète chez les Autochtones.
- En juin 2005, l'Ontario a nommé un ministre de la Promotion de la santé chargé de promouvoir une alimentation saine ainsi que l'activité physique. La province a aussi annoncé l'adoption de *Vie active 2010, stratégie ontarienne en vue de promouvoir l'activité physique* qui vise à accroître de 55 pour cent le niveau d'activité physique parmi la population ontarienne.
- Le Québec a lancé une campagne dans les médias dans le but de sensibiliser la population au fait que nous devrions tous manger cinq portions de fruits et de légumes et d'amener ses citoyens à faire 30 minutes d'activité physique par jour. Une série d'émissions de télévision intitulée *Défi Santé 5/30* diffusée l'hiver dernier montrait des Québécois relevant le défi d'accroître leur consommation de fruits et de légumes et de faire davantage d'exercice physique.
- La Colombie-Britannique appuie les activités de prévention par l'entremise de *ActNow BC* en finançant des initiatives multisectorielles de prévention et de promotion de la santé ayant pour objectif intégré de réduire les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Plus précisément, *ActNow BC* promeut l'activité physique, de saines habitudes alimentaires, le renoncement au tabac et l'adoption d'un mode de vie sain pendant la grossesse. Les initiatives visent les particuliers, les familles, les écoles, les lieux de travail et la collectivité.
- Le Manitoba a élaboré un programme d'éducation sur le diabète comportant plusieurs volets dont une option de contenu spécialisé se rapportant au diabète. Le collège Red River a créé un comité directeur chargé de donner des conseils sur la

planification, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du contenu du programme de base de prévention des maladies chroniques et d'éducation sur le diabète.

- Le Nova Scotia's Office of Health Promotion continue de mettre en œuvre la Nova Scotia Chronic Disease Prevention Strategy en faisant la promotion de la vie saine, de l'activité physique, du renoncement au tabac, de la sexualité saine, de la prévention des blessures et de la lutte contre les toxicomanies. Le DCPNS, le ministère de la Santé et d'autres partenaires ont publiquement lancé une initiative de prévention du diabète « Can you catch diabetes? No, but it could catch you! » qui vise les particuliers et les familles à risque de contracter le diabète de type 2. Les documents d'information préconisent des habitudes de vie saine, l'activité physique et la surveillance du poids.
- L'Île-du-Prince-Édouard a lancé des séances éducatives intitulées « At Risk » destinées aux personnes chez qui l'on a diagnostiqué les premiers signes du diabète dans le but de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 2. D'autres innovations comprennent une stratégie de vie saine axée sur les principaux facteurs de risque, des programmes en vue de favoriser une activité physique accrue ainsi que des mesures pour réduire les obstacles financiers à la participation des enfants à des activités physiques.
- Le Nunavut a lancé des programmes de prévention primaire destinés aux Inuits et aux groupes socialement défavorisés. On peut donner en exemple d'initiative novatrice mise en œuvre dans ce territoire une campagne dans les écoles visant à amener les enfants et les adolescents à cesser de consommer des boissons gazeuses et à adopter des habitudes alimentaires saines.
- Les Territoires du Nord-Ouest ont tenu le *Get Active NT Community Challenge en 2005* dans le but d'encourager leurs résidents à faire davantage d'exercice physique. D'avril à juillet 2005, les résidents ont participé à un concours dont le prix était du matériel sportif d'une valeur de 5 000 \$. Le prix a été réparti parmi les quatre collectivités où le niveau d'activité physique par habitant était le plus élevé. Plus de 6 500 personnes se sont amusées en faisant de l'exercice physique pendant 102 000 heures au total.
- La Saskatchewan a nommé, en octobre 2005, un nouveau ministre de la Vie saine pour favoriser la promotion de la santé et l'adoption de modes de vie sains.
- En 2004, le gouvernement fédéral a créé l'Agence de la santé publique du Canada et lui a confié le rôle de favoriser l'intégration des stratégies de lutte contre les maladies chroniques et de création d'environnements sains et d'adoption d'habitudes de vie saines. La Stratégie canadienne sur le diabète s'inscrit à l'heure actuelle dans le contexte d'une Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de prévention des maladies chroniques.

# 3 Listes de médicaments

Les meilleures preuves scientifiques sur lesquelles s'appuient les *Lignes directrices de pratique clinique 2003 pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* préconisent une approche dynamique en ce qui touche la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du diabète. Tous les Canadiens doivent reconnaître la gravité du diabète et prendre des mesures pour prévenir la maladie elle-même ainsi que ses complications, sauver des vies et améliorer la vie des diabétiques.

On incite les médecins à chercher à prévenir et à diagnostiquer le diabète le plus tôt possible et à traiter la maladie avec vigueur pour éviter et retarder les complications qui y sont associées. On demande aux professionnels de la santé de faire en sorte d'amener leurs patients à ramener le plus rapidement possible leur taux d'A1C à 7 pour cent ou moins. Des preuves probantes montrent qu'un niveau d'A1C inférieur à 7 pour cent contribue considérablement à prévenir le début des graves complications associées au diabète comme les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, la cécité, les amputations ou la néphropathie. Les médecins de soins primaires (qui s'occupent de la majorité des Canadiens atteints du diabète) doivent intégrer à leur pratique quotidienne les *Lignes directrices de pratique clinique 2003*.

À cette fin, les médecins et les patients atteints du diabète doivent avoir accès à une trousse complète de traitements recommandés. Les *Lignes directrices de pratique clinique 2003* recommandent une thérapie intensive s'appuyant sur des agents antidiabétiques, une thérapie combinée comportant le recours à plusieurs médicaments au lieu d'un seul, prescrits tôt au cours du traitement, ainsi qu'à des médicaments supplémentaires nécessaires pour réduire la tension artérielle et le taux de lipides.

De façon générale, les régimes d'assurance-médicaments des provinces et des territoires couvrent le coût des médicaments, des fournitures et des appareils pour diabétiques dont les personnes âgées et les Canadiens qui bénéficient de l'aide sociale ont besoin. Les dépenses à ce titre des anciens combattants, du

personnel militaire, des membres de la Gendarmerie royale du Canada (GDC) et des Autochtones canadiens sont couvertes par des régimes d'assurance-médicaments fédéraux. L'Alberta, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick fournissent une aide financière limitée dans le cadre de programmes précis s'adressant aux diabétiques à faible revenu.

La « liste de médicaments » est une liste de tous les médicaments et de toutes les fournitures médicales dont le prix est remboursé dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments fédéral, provincial ou territorial. Un médicament ou une fourniture médicale est soit pleinement remboursé(e) et accessible à toutes les personnes admissibles, soit est à utilisation restreinte, et donc accessible dans certaines circonstances spéciales, soit encore n'est pas inscrit(e) sur la liste et n'est donc pas accessible, et cela même dans le cas des bénéficiaires admissibles.

Si la majorité des antidiabétiques plus anciens (la metformine et les sulfonyles, par exemple) sont des médicaments à utilisation non restreinte inscrits sur la liste des médicaments, de nouveaux médicaments sûrs et efficaces dont la vente a été approuvée par Santé Canada font pour la plupart partie de la catégorie des médicaments à utilisation restreinte ou ne sont pas inscrits sur les listes de médicaments provinciales. Il s'ensuit un système à deux vitesses au sein duquel les Canadiens atteints du diabète qui ont les ressources financières personnelles voulues ou qui possèdent un régime d'assurance-médicaments privé sont en mesure d'acheter les nouveaux traitements thérapeutiques prescrits par leurs médecins, tandis que les Canadiens atteints du diabète qui ont un revenu faible et qui comptent sur le remboursement de leurs médicaments par les listes de médicaments gouvernementales sont privés de l'accès aux nouveaux médicaments, appareils et fournitures essentiels à leur survie.

Le tableau ci-après indique dans quelle catégorie de médicaments figurent les antidiabétiques sur les listes de médicaments fédérale, provinciales et territoriales.

# Liste des antidiabétiques sur le marché au Canada

Juillet 2005

Nom commercial (Nom du médicament)	Classe	C.-B.	AB	SK	MB	ON	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.L.	SSNA** YN/T.N.-O./NU
<b>Actos</b> (chlorhydrate de pioglitazone)	Thiazolidinedione	UR	UR	UR	UR	Non	UR	UR	UR	Non	UR	UR
<b>Amaryl</b> (glimépiride)	Sulfonylurée	Non	Non	Non	UR	Non	UR	Non	Non	Non	Non	Non
<b>Avandamet</b> (maléate de rosiglitazone et chlorhydrate de metformine)	Thiazolidinedione	Non	Non	UR	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
<b>Avandia</b> (maléate de rosiglitazone)	Thiazolidinedione	UR	Oui	UR	UR	Non	UR	UR	UR	Non	UR	UR
*Chlorpropamide	Sulfonylurea	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Retiré	Oui	Oui	Oui
<b>Diamicon MR</b> (gliclazide)	Sulfonylurée	UR	Non	Non	Oui	Non	UR	Non	Oui	Non	Non	Oui
<b>R Glucagon</b>		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	UR	Oui	Oui
<b>GlucoNorm</b> (repaglinide)	Méglitinide	Non	Oui	UR	UR	Non	UR	UR	Non	Non	UR	Oui
<b>Glyburide</b>	Sulfonylurée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Humalog</b> (insuline lispro)		UR	Oui	UR	Oui	UR	Oui	UR	UR	Oui	UR	Oui
<b>Insuline régulière</b>		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Metformine, chlorhydrate de</b>	Biguanide	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Novo Rapid</b> (insuline aspart)		UR	Oui	UR	Oui	UR	Oui	UR	UR	Oui	UR	Oui
<b>Prandase</b> (acarbose)	Inhibiteur de l'alpha glucosidase	Oui	Oui	Oui	Oui	UR	Oui	UR	Oui	Non	UR	Oui
<b>Starlix</b> (natéglinide)	Méglitinide	Non	Non	UR	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
*Tolbutamide	Sulfonylurée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Lantus</b>	Glargine	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non

**Oui** : Inscrit sur la liste de médicaments de la province ou du territoire, ce qui signifie que ce médicament est remboursé en totalité aux bénéficiaires admissibles au régime d'assurance médicaments.

**Utilisation restreinte (UR)** : Inscrit sur la liste de médicaments de la province ou du territoire, ce qui signifie que ce médicament est remboursé dans des circonstances particulières.

**Non** : Non inscrit sur la liste de médicaments de la province ou du territoire, ce qui signifie que ce médicament n'est pas remboursé par le régime provincial ou territorial d'assurance médicaments, même si le bénéficiaire y est admissible.

**Retiré (R)** : Le médicament ne figure pas sur la liste de médicaments.

**\* NOTE 1** : Chlorpropamide / tolbutamide : ces antidiabétiques sont des médicaments dits de 1<sup>re</sup> génération et sont rarement prescrits de nos jours. Ils figurent toujours sur la plupart des listes de médicaments et seules certaines provinces les ont retirés de leur liste, car il existe d'autres produits sur le marché, considérés comme meilleurs.

**\*\* NOTE 2** : Les antidiabétiques sont remboursés à la plupart des résidents des trois territoires en vertu du régime des Services de santé non assurés (SSNA), offerts aux Indiens inscrits, à certains Inuits ou Inuits ou aux nourrissons de moins d'un an dont les parents sont admissibles au régime. Pour les personnes non admissibles aux SSNA, les Territoires du Nord-Ouest se conforment à la liste de médicaments de la Saskatchewan, et le régime élargi de prestations sanitaires du Nunavut, à celle des SSNA, tandis que le Yukon adopte celle de la Colombie-Britannique.

# 4 Coût du diabète

Un Canadien atteint du diabète est susceptible d'avoir un revenu moins élevé et des dépenses médicales de deux à cinq fois plus élevées qu'un Canadien qui n'est pas atteint de cette maladie. Statistique Canada rapporte que les Canadiens de plus de 35 ans qui sont atteints du diabète sont plus susceptibles que les Canadiens du même âge qui ne sont pas atteints de cette maladie d'avoir un revenu peu élevé. Le coût de la prise en charge du diabète peut être très élevé pour les Canadiens qui n'ont pas de régime d'avantages sociaux des employés ou de régime d'assurance-médicaments privé.

Le coût des bandelettes de mesure de la glycémie en particulier fait ressortir les écarts dans l'accès aux fournitures et aux appareils pour diabétiques dans les provinces et les territoires. Chaque bandelette coûte environ 1\$. Les *Lignes directrices de pratique clinique 2003* recommandent aux Canadiens atteints du diabète de type 1 ou aux personnes insulino-dépendantes qui sont atteintes du diabète de type 2 de mesurer leur glycémie au moins trois fois par jour, chaque jour. Elles recommandent aux Canadiens atteints du diabète de type 2 qui prennent des médicaments oraux ou qui traitent leur diabète grâce à un régime alimentaire et à des exercices de le faire au moins une fois par jour. Les bandelettes de mesure de la glycémie coûtent donc environ 1 095 \$ par année aux diabétiques insulino-dépendants. Certains régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux remboursent le coût des bandelettes de mesure de la glycémie; d'autres remboursent une partie seulement de ce coût en fonction du revenu du patient. L'Ontario et l'Alberta fournissent une aide financière maximale de 500 \$ par année aux personnes à faible revenu qui sont atteintes du diabète pour les aider à acheter les bandelettes de mesure de la glycémie. La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick mettent en œuvre des programmes semblables visant à aider les diabétiques et les personnes à faible revenu.

Presque toutes les provinces et tous les territoires comptent des Canadiens atteints du diabète qui peuvent à peine se permettre d'acheter les médicaments, les appareils et les fournitures dont ils ont besoin, y compris

les bandelettes de mesure de la glycémie. Le sondage en ligne que nous avons mené en 2005 auprès de nos membres révèle ce qui suit :

## La majorité des Canadiens atteints du diabète assument eux-mêmes le coût de la prise en charge de leur maladie

- Plus d'un membre sur deux de l'Association (52 pour cent) dit assumer le coût des médicaments et des fournitures pour diabétiques dont il a besoin.
- Plus de 7 membres sur 10 de Diabète Québec assument le coût des médicaments et des fournitures pour diabétiques dont ils ont besoin.

## Dépenses mensuelles

- Près d'un membre sur deux de l'Association (46 pour cent) déclare dépenser entre 50 \$ et 200 \$ par mois pour ses médicaments et fournitures; un membre sur quatre dépense moins de 50 \$ par mois.
- Quarante-sept pour cent des membres de Diabète Québec disent dépenser plus de 50 \$, mais moins de 200 \$ par mois pour leurs médicaments et fournitures tandis que 36 pour cent d'entre eux disent dépenser moins de 50 \$ par mois.

## Les personnes atteintes du diabète n'ont pas des ressources financières illimitées à consacrer à l'achat des médicaments et des fournitures pour diabétiques

- Près d'un membre sur quatre de l'Association (24 pour cent) indique ne pas pouvoir se permettre d'acheter certains médicaments, fournitures et appareils pour diabétiques que son médecin lui a recommandés et ne pas pouvoir se faire rembourser ces dépenses par un régime d'assurance-médicaments.
- Les personnes atteintes de diabète de type 1 âgées de moins de 40 ans sont plus susceptibles que les autres de ne pas pouvoir se permettre les médicaments et les fournitures pour diabétiques que leur médecin leur a recommandés.
- Seulement un membre sur 10 de Diabète Québec dit ne pas pouvoir se permettre certains médicaments, fournitures et appareils pour diabétiques.
- Enfin, 40 pour cent des membres de l'Association déclarent que la prise en charge de leur diabète constitue un fardeau financier pour eux ou leur famille et que ces dépenses ne sont pas remboursées par un régime d'assurance-médicaments. Ces personnes ne connaissent pas l'existence des programmes gouvernementaux d'aide financière.

Les professionnels de la santé spécialisés dans le diabète ont conçu les deux études de cas complexes suivantes pour mettre en lumière la complexité et les défis liés au traitement du diabète. Jeanne, une étude complexe d'une personne atteinte de diabète de type 1, a été présentée pour la première fois dans le *Rapport de 2001 sur le diabète*. Pierre, atteint de diabète de type 2, a été ajouté au *Rapport d'étape de 2003 sur le diabète*. Pour faciliter les comparaisons, les situations de Jeanne et de Pierre n'ont pas été modifiées.

*Les Lignes directrices de pratique clinique de 2003 de l'Association canadienne du diabète* constituent la base des traitements prescrits à Jeanne et à Pierre. Leurs frais ont été calculés en se fondant sur leurs ordonnances spécifiques, y compris les majorations et les frais d'exécution d'ordonnance, ainsi que tous les programmes gouvernementaux (*quote-part par exemple*) auxquels ils avaient droit. Ces coûts ne prennent pas en compte le coût de la vie dans chaque compétence; ces coûts ne sont pas non plus les mêmes pour tous les Canadiens suivant qu'ils sont atteints du diabète de type 1 ou de type 2.

## Jeanne – Une étude de cas complexe de diabète de type 1

*Pour une personne atteinte de diabète de type 1, l'insuline est un médicament nécessaire à la vie. Les Lignes directrices de pratique clinique de 2003 recommandent plusieurs injections quotidiennes (trois à quatre par jour) d'insuline en utilisant une combinaison d'insuline à action rapide, intermédiaire, et/ou à action lente. L'auto-contrôle de la glycémie au minimum trois fois par jour, une alimentation saine, une activité physique régulière, une planification des repas, un décompte des hydrates de carbone, une détection et un contrôle permanents des ajustements des dosages d'insuline sont nécessaires tout au long de la journée. L'histoire de Jeanne montre les niveaux de couverture et les coûts auxquels une personne atteinte de diabète de type 1 doit faire face en différents endroits du Canada.*

Jeanne est une femme de 22 ans atteinte de diabète de type 1. Elle n'a pas besoin de médicaments supplémentaires pour traiter ou éviter des complications liées au diabète, mais pourrait en avoir besoin à l'avenir. Jeanne vit seule avec un revenu annuel inférieur à 15 000 \$ et ne bénéficie pas d'un régime privé d'assurance-maladie; elle dépend entièrement de l'aide offerte par le gouvernement fédéral, provincial ou territorial.

Jeanne doit se faire chaque jour quatre injections d'insuline, trois d'insuline à action rapide et une d'insuline à action intermédiaire. Pour déterminer et ajuster ses dosages d'insuline, Jeanne doit suivre et contrôler sa consommation d'hydrates de carbone tout au long de la journée.

Dans le but d'améliorer le contrôle de sa glycémie et de maintenir au niveau voulu son A1C, Jeanne teste sa glycémie cinq fois par jour, à des heures différentes, y compris après les repas. Pour vérifier son taux, Jeanne utilise un dispositif muni d'une lancette pour prélever une goutte de sang. Une bandelette sert à mesurer la glycémie et un glucomètre sert à lire le résultat. Si son niveau de glycémie est supérieur à 14 millimoles de glucose par litre de sang, Jeanne doit utiliser des bandelettes de cétone pour mesurer la teneur de son urine en corps cétoniques, produits résiduels de l'organisme, un important indicateur d'une possible urgence médicale.

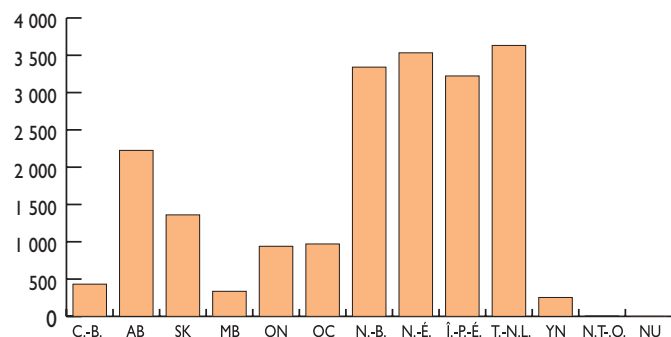
L'équipe médicale qui soigne le diabète de Jeanne envisage de commencer à lui faire utiliser une pompe à insuline pour améliorer le contrôle de sa glycémie et faciliter sa qualité de vie. La pompe rendrait son mode de vie plus souple et optimiserait le contrôle de sa glycémie, mais elle serait obligée de mesurer son taux de glycémie dans le sang cinq à sept fois par jour.

## Aide financière à laquelle Jeanne a droit

Le lieu de résidence de Jeanne au Canada continue à jouer un rôle majeur dans la détermination des aides auxquelles elle a droit et donc de ses médicaments et finalement de la façon dont elle traite son diabète.

En tant que salariée à faible revenu en septembre 2005, Jeanne n'avait aucune couverture pour son insuline en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick ou à Terre-Neuve et Labrador. L'Ontario, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et Labrador ne couvraient pas le coût des seringues. En outre, aucune aide n'était disponible pour le coût des bandelettes au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, et à Terre-Neuve et Labrador. Cependant, si Jeanne avait bénéficié d'une aide sociale, le coût de l'insuline et des seringues aurait été couvert dans tout le pays.

**Représentation de ce que Janet paie annuellement**



## Ce que Janet paie

Compétence	Frais annuels pour les médicaments et les fournitures sur ordonnance	% du revenu annuel de Jeanne
Terre-Neuve/Labrador	3 639,33 \$	25,1 %
Nouvelle-Écosse	3 585,71 \$	24,7 %
Nouveau-Brunswick	3 355,42 \$	23,1 %
Île-du-Prince-Édouard	3 116,19 \$	21,5 %
Alberta	2 359,34 \$	16,3 %
Saskatchewan	1 451,04 \$	10,0 %
Québec	962,85 \$	6,6 %
Ontario	948,27 \$	6,5 %
Territoires du Nord-Ouest	550,00 \$	3,8 %
Colombie-Britannique	395,85 \$	2,7 %
Manitoba	336,40 \$	2,3 %
Yukon	250,00 \$	1,7 %
Nunavut	0	0 %
SSNA (fédéral)	0	0 %

## Tableau du remboursement des accessoires et appareils pour diabétiques

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDELETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	SERINGUES/ STYLO INJECTEUR	POMPES et ACCESSOIRES	INSULINE
<b>Lieu de résidence de Jeanne</b>							
<b>COLOMBIE-BRITANNIQUE</b> Pas de franchise. Le gouv. paie 70 % des coûts des médicaments sur ordonnance jusqu'à ce que Jeanne ait payé 2 % de son revenu familial net. Au-delà de ce montant, le gouv. paie la totalité des coûts.	Peut faire une demande de « dossier médical seulement ». Exigences : évaluation financière, signature du médecin et menace pour sa vie.	<b>Glycémie :</b> remboursement si Jeanne obtient un certificat de formation d'un Centre d'enseignement pour diabétiques.  <b>Cétones :</b> Non	Non	Non	Oui	<b>Pompe :</b> Non  <b>Accessoires :</b> Tubulures de perfusion seulement.	Oui
<b>ALBERTA</b> Surveillance de la santé en Alberta (AMFH) : admissible pour 550 \$ par année.	Demandes examinées au cas par cas.	<b>Glycémie :</b> Oui (AMFH)  <b>Cétones :</b> Oui (AMFH)	Oui	Non	Oui (AMFH)	<b>Pompe :</b> Non  <b>Accessoires :</b> Oui (AMFH)	Dans une certaine mesure (AMFH).
<b>SASKATCHEWAN</b> Jeanne peut en faire la demande en vertu du programme de soutien spécial en fonction du revenu, les franchises étant établies d'après 3,4 % du revenu familial ajusté. Le taux de participation varie selon le revenu et le coût des médicaments remboursés.	Chaque année, une intervention spéciale d'aide en cas d'urgence peut être disponible.	<b>Glycémie :</b> Oui  <b>Cétones :</b> Oui	Oui (si admissible au programme de soutien spécial)	Non	Oui (si admissible au programme de soutien spécial)	<b>Pompe :</b> Non  <b>Accessoires :</b> Non	Oui
<b>MANITOBA</b> Franchise : 2,32 % du revenu familial ajusté de Jeanne (s'il est inférieur à 15 000 \$ par année).	Non disponible.	<b>Glycémie :</b> Oui Maximum de 4 000 bandelettes par année.  <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Non	Oui	<b>Pompe :</b> Non  <b>Accessoires :</b> certains seulement.	Oui

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	SERINGUES/ STYLO INJECTEUR	POMPES et ACCESSOIRES	INSULINE
-------	-----------------------	---	-----------	---------------------	----------------------------	-----------------------	----------

### Lieu de résidence de Jeanne

<p><b>ONTARIO</b>  <i>Programme Trillium</i> : faible revenu et coût élevé des médicaments. Franchise établie en fonction du revenu, frais de 2 \$ par ordonnance.  <i>Programme de surveillance pour une bonne santé</i> : pour les personnes sous insulinothérapie avec carte Santé et signature du médecin. Participation du gouvernement de 65 %, maximum de 500 \$ par année pour les bandelettes et les lancettes.</p>	Non disponible.	<p><b>Glycémie</b> : Oui  <b>Cétones</b> : Non</p>	Oui (Programme de surveillance pour une bonne santé)	Oui 65 % ou 74 \$ tous les 5 ans.	Non	<p><b>Pompe</b> : Non  <b>Accessoires</b> : Non</p>	Oui
<p><b>QUÉBEC</b>  La prime annuelle varie de 0 \$ à 521 \$ selon le revenu. Franchise : maximale de 11,90 \$ par mois. Co-assurance : 25 % et 28,5 % des coûts des médicaments jusqu'à concurrence de 71,42 \$ par mois selon le revenu.</p>	Non disponible.	<p><b>Glycémie</b> : Oui  <b>Cétones</b> : Oui</p>	Non	Non	Yes	<p><b>Pompe</b> : Non  <b>Accessoires</b> : Non</p>	Oui
<p><b>NOUVEAU-BRUNSWICK</b>  Aucun remboursement.  (*Le gouv. a annoncé un programme de soutien aux personnes à faible revenu en 2005.)</p>	Non disponible.	<p><b>Glycémie</b> : Non  <b>Cétones</b> : No</p>	Non	Non	Non	<p><b>Pompe</b> : Non  <b>Accessoires</b> : Non</p>	Non
<p><b>NOUVELLE-ÉCOSSE</b>  Aucun remboursement.  (*Le gouv. a annoncé un programme de soutien aux personnes à faible revenu en 2005.)</p>	Admissibilité éventuelle à un programme de services communautaires si elle ne peut obtenir d'aide d'aucune autre source.	<p><b>Glycémie</b> : Non  <b>Cétones</b> : Non</p>	Non	Non	Non	<p><b>Pompe</b> : Non  <b>Accessoires</b> : Non</p>	Non

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDELETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	SERINGUES/ STYLO INJECTEUR	POMPES et ACCESSOIRES	INSULINE
-------	-----------------------	---	-----------	---------------------	----------------------------	-----------------------	----------

### Lieu de résidence de Jeanne

<p><b>ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD</b> Jeanne doit s'inscrire au programme de surveillance du diabète. Honoraires du pharmacien varient selon l'ordonnance.</p>	<p>Remboursement des médicaments, fournitures médicales et aliments dans une certaine mesure, selon le revenu et les conditions de vie.</p>	<p><b>Glycémie :</b> Non <b>Cétones :</b> Oui</p>	Non	Non	Non	<p><b>Pompe :</b> Non <b>Accessoires :</b> Non</p>	Oui
<p><b>TERRE-NEUVE ET LABRADOR</b> Aucun remboursement.</p>	<p>Peut être offerte par le biais de Ressources humaines et Emploi.</p>	<p><b>Glycémie :</b> Non <b>Cétones :</b> Non</p>	Non	Non	Non	<p><b>Pompe :</b> Non <b>Accessoires :</b> Non</p>	Non
<p><b>NUNAVUT</b> Programme d'assurance-maladie complémentaire : pas de franchise et pas de participation.</p>	<p>Si nécessaire, accès à une certaine aide pour les coûts, les déplacements et l'hébergement Remboursement des fournitures et appareils médicaux au cas par cas.</p>	<p><b>Glycémie :</b> Oui <b>Cétones :</b> Oui</p>	Oui	Oui	Oui	<p><b>Pompe :</b> Oui <b>Accessoires :</b> Oui</p>	Oui
<p><b>TERRITOIRES DU NORD-OUEST</b> Pas de franchise, aucune participation.</p>	S.O.	<p><b>Glycémie :</b> Oui Jusqu'à concurrence de 100 bandelettes par mois sur ordonnance. <b>Cétones :</b> Oui</p>	Oui	Oui	Oui	<p><b>Pompe :</b> Oui avec approbation spéciale. <b>Accessoires :</b> Oui</p>	Oui

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDELETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	SERINGUES/ STYLO INJECTEUR	POMPES et ACCESSOIRES	INSULINE
-------	-----------------------	---	-----------	---------------------	----------------------------	-----------------------	----------

### Lieu de résidence de Jeanne

<p><b>YUKON</b> Franchise de 250 \$ variable selon le revenu, en vertu du programme sur les maladies chroniques. Remboursement complet de tous les coûts.</p>	<p>Possibilité d'exonération de franchise en cas de nécessité absolue.</p>	<p><b>Glycémie :</b> Oui <b>Cétones :</b> Oui</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p><b>Pompe :</b> Oui, sur la recommandation du spécialiste et si des critères précis sont respectés.  <b>Accessoires :</b> Oui</p>	<p>Oui</p>
<p><b>PROGRAMME DES SOINS DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)</b> Si Jeanne est admissible au programme SSNA (en tant qu'Indienne inscrite, Innu membre d'une communauté spécifique, Inuk reconnue ou résidente du Canada), pas de franchise, pas de participation.</p>	<p>S.O.</p>	<p><b>Glycémie :</b> Oui <b>Cétones :</b> Situation d'exception au cas par cas.</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p><b>Pompe :</b> Oui tous les 5 ans.  <b>Accessoires :</b> Oui</p>	<p>Oui</p>

## Pierre – Un cas complexe de diabète de type 2

*Les Lignes directrices de pratique clinique de 2003 de l'Association recommandent une approche agressive aussi précoce que possible du traitement du diabète de type 2. On recommande aux personnes atteintes du diabète de type 2 de vérifier leur taux de glycémie au moins une fois par jour. Il est également conseillé aux médecins d'entamer le traitement pharmacologique dans les deux ou trois mois suivant le diagnostic, si l'objectif de glycémie recommandé de sept pour cent ou moins ne peut pas être atteint par la gestion du mode de vie incluant un régime et de l'exercice physique. Les Lignes directrices de pratique clinique de 2003 recommandent aussi d'accorder une grande attention à la prévention et au traitement des complications cardiovasculaires et de la dyslipidémie. L'histoire de Pierre ci-dessous montre les niveaux de couverture et les coûts qu'une personne atteinte de diabète de type 2 devrait payer dans différents endroits du Canada.*

Pierre est un travailleur autonome âgé de 52 ans. Son diabète de type 2 a été diagnostiqué en 2003. Lui et sa femme, Marie, ne souscrivent pas à un régime privé d'assurance-maladie. Marie travaille à plein temps et gagne 25 000 \$ par an, alors que Pierre gagne 30 000 \$ par an. Pierre compte seulement sur le remboursement consenti par le gouvernement fédéral, provincial ou territorial pour ses médicaments et fournitures pour diabétique. Pour bien prendre en charge son diabète et éviter de graves complications, Pierre a besoin de recevoir des informations constantes sur le diabète, pour lui apprendre comment traiter tous les aspects de son diabète de type 2.

Pierre prend deux médicaments par voie orale contre l'hyperglycémie pour atteindre les niveaux de glycémie exigés. Il devra peut-être, à l'avenir, ajouter l'insuline à son traitement. Pierre prend, en plus, deux anti-hypertenseurs pour réguler sa tension artérielle, l'un d'eux étant un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) pour

protéger ses reins d'éventuelles complications. Il prend une statine pour baisser son taux de lipides. Pierre suit un régime sain et pratique régulièrement une activité physique. Il prend chaque jour un comprimé d'aspirine à faible dose (AAS) contre l'agrégation des plaquettes et vérifie sa glycémie deux fois par jour.

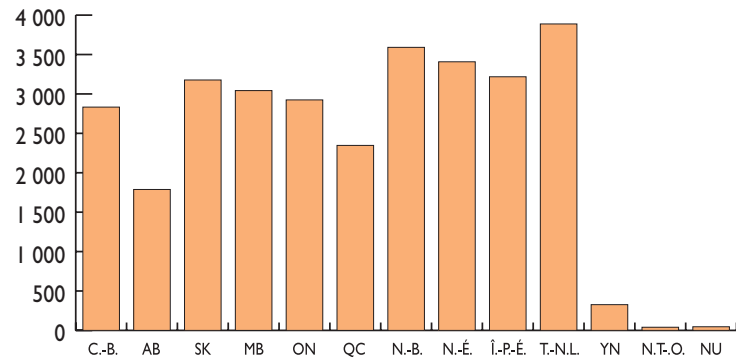
Pierre doit faire face à des obstacles similaires à ceux rencontrés par Jeanne pour obtenir une couverture financière. La recommandation d'une prise en charge plus énergique de son diabète oblige Pierre à suivre plusieurs thérapies et à prendre des médicaments supplémentaires pour éviter les maladies cardiaques et rénales et les accidents vasculaires cérébraux.

### **L'aide financière à laquelle Pierre a droit**

Comme pour Jeanne, la possibilité pour Pierre de prendre en charge sa maladie dépend aussi de l'endroit où il habite au Canada.

En tant que travailleur indépendant à revenu moyen atteint de diabète de type 2 en 2005, Pierre n'avait pas droit à une aide financière pour ses bandelettes, ses lancettes ou ses médicaments par voie orale à Terre-Neuve et Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Alberta, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick. Il n'était pas qualifié pour bénéficier des programmes d'aide financière destinés aux personnes à faible revenu ou aux personnes âgées.

**Représentation de ce que Pierre paie annuellement**



**Ce que Pierre paie**

Compétence	Frais annuels pour les médicaments et les fournitures sur ordonnance	% du revenu annuel de Pierre
Terre-Neuve/Labrador	3 894,68 \$	13,0 %
Nouveau-Brunswick	3 674,03 \$	12,3 %
Nouvelle-Écosse	3 441,83 \$	11,5 %
Île-du-Prince-Édouard	3 225,36 \$	10,8 %
Saskatchewan	3 211,69 \$	10,7 %
Manitoba	3 126,47 \$	10,4 %
Ontario	3 026,85 \$	10,1 %
Colombie-Britannique	2 833,74 \$	9,5 %
Québec	2 328,78 \$	7,8 %
Alberta	1 733,61 \$	5,8 %
Yukon	290,15 \$	1,0 %
Territoires du Nord-Ouest	40,15 \$	0,1 %
Nunavut	40,15 \$	0,1 %
SSNA(fédéral)	40,15 \$	0,1 %

## Tableau du remboursement des accessoires et appareils pour diabétiques

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDELETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	MÉDICAMENTS PAR VOIE BUCCALE
<b>Lieu de résidence de Pierre</b>					
<b>COLOMBIE-BRITANNIQUE</b> Franchise : 3 % de son revenu familial net. Le gouv. paie 70 % des coûts des médicaments sur ordonnance jusqu'à ce que Pierre ait payé 4 % de son revenu familial net. Au-delà de ce montant, le gouv. paie la totalité des coûts.	Peut faire une demande de « dossier médical seulement ».	<b>Glycémie :</b> Remboursement si Pierre obtient un certificat de formation d'un Centre d'enseignement pour diabétiques.  <b>Cétones :</b> Non	Non	Non	Oui
<b>ALBERTA</b> Prime familiale trimestrielle de la Croix bleue : 123 \$. Le gouv. paie 70 % des coûts jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année. Pierre paie 30 % jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance.	Demandes examinées cas par cas.	<b>Glycémie :</b> Non  <b>Cétones :</b> Non	Non	Non	Oui
<b>SASKATCHEWAN</b> Pierre peut en faire la demande en vertu du programme de soutien spécial en fonction du revenu, les franchises étant établies d'après 3,4 % du revenu familial ajusté. Le taux de participation varie selon le revenu et le coût des médicaments remboursés.	Chaque année, une intervention d'aide en cas d'urgence peut être disponible.	<b>Glycémie :</b> Oui  <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Non	Oui
<b>MANITOBA</b> Franchise : 4 % du revenu familial ajusté (RFA) de Pierre (si le RFA est >40 000 \$ par année et </ou égal à 75 000 \$ par année).	Non disponible.	<b>Glycémie :</b> Oui Maximum de 4 000 bandelettes par année.  <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Non	Oui

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDELETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	MÉDICAMENTS PAR VOIE BUCCALE
-------	-----------------------	---	-----------	---------------------	------------------------------

### Lieu de résidence de Pierre

<b>ONTARIO</b> <i>Programme Trillium</i> : faible revenu et coût élevé des médicaments. Franchise établie en fonction du revenu, frais de 2 \$ par ordonnance.	Non disponible.	<b>Glycémie</b> : Non <b>Cétones</b> : Oui	Non	Non	Oui
<b>QUÉBEC</b> La prime annuelle varie de 0 \$ à 521 \$ selon le revenu. Franchise : maximale de 11,90 \$ par mois. Co-assurance : 25 % et 28,5 % des coûts des médicaments jusqu'à concurrence de 71,42 \$ par mois selon le revenu.	Non disponible.	<b>Glycémie</b> : Oui <b>Cétones</b> : Oui	Non	Non	Oui
<b>NOUVEAU-BRUNSWICK</b> Aucun remboursement.	Non disponible.	<b>Glycémie</b> : Non <b>Cétones</b> : Non	Non	Non	Non
<b>NOUVELLE-ÉCOSSE</b> Aucun remboursement.	Admissibilité éventuelle à un programme de services communautaires. S'il ne peut obtenir d'aide d'aucune source, il peut faire appel aux besoins spéciaux (Special Needs).	<b>Glycémie</b> : Non <b>Cétones</b> : Non	Non	Non	Non
<b>ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD</b> Pierre doit s'inscrire au programme de surveillance du diabète. Honoraires du pharmacien varient selon l'ordonnance.	Remboursement des médicaments, fournitures médicales et aliments dans une certaine mesure, selon le revenu et les conditions de vie.	<b>Glycémie</b> : Non <b>Cétones</b> : Oui	Non	Non	Oui, si inscrit au programme de surveillance du diabète.

COÛTS	AIDE EN CAS D'URGENCE	BANDELETTES DE MESURE DE LA GLYCÉMIE ET DÉPISTAGE DES CÉTONES (urine)	LANCETTES	LECTEUR DE GLYCÉMIE	MÉDICAMENTS PAR VOIE BUCCALE
<b>Lieu de résidence de Pierre</b>					
<b>TERRE-NEUVE ET LABRADOR</b> Aucun remboursement.	Peut être offerte par le biais de Ressources humaines et Emploi.	<b>Glycémie :</b> Non <b>Cétones :</b> Non	Non	Non	Non
<b>NUNAVUT</b> Programme d'assurance-maladie complémentaire : pas de franchise et pas de participation.	Si nécessaire, accès à une certaine aide pour les coûts, les déplacements et l'hébergement Remboursement des fournitures et appareils médicaux au cas par cas.	<b>Glycémie :</b> Oui <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Oui	Oui
<b>TERRITOIRES DU NORD-OUEST</b> Pas de franchise, aucune participation.	S.O. Certains accessoires et appareils médicaux peuvent être remboursés sur autorisation spéciale.	<b>Glycémie :</b> Oui. Jusqu'à concurrence de 100 bandelettes par mois sur ordonnance. <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Oui	Oui.
<b>YUKON</b> Franchise de 250 \$ par personne; 500 \$ par famille, puis remboursement complet de tous les coûts.	Possibilité d'exonération de franchise en cas de nécessité absolue.	<b>Glycémie :</b> Oui <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Oui	Oui
<b>PROGRAMME DES SOINS DE SANTÉ NON ASSURÉS (SSNA)</b> Si Pierre est admissible au programme SSNA (en tant que résident du Canada, Indien inscrit, Innu membre d'une communauté spécifique ou Inuk reconnu), pas de franchise, pas de participation.	S.O.	<b>Glycémie :</b> Oui <b>Cétones :</b> Oui	Oui	Oui	Oui

# 6

## Situation réelle : Des Canadiens atteints du diabète s'expriment

Cette partie décrit le profil de 28 Canadiens atteints de diabète. Des Canadiens s'expriment sur la réalité de la vie des personnes atteintes du diabète dans toutes les provinces et tous les territoires.



### **Barb Marche et Liam Marche, 8 ans**

*Red Brook, Terre-Neuve et Labrador*

Bien que certains des coûts des médicaments et des fournitures pour le diabète de Liam soient remboursés par une assurance privée, ses parents déboursent environ 450 \$ par mois pour les fournitures de sa pompe et les dépenses qui y sont liées. Ils ont assumé le coût de 6 000 \$ de sa pompe à insuline et devront payer

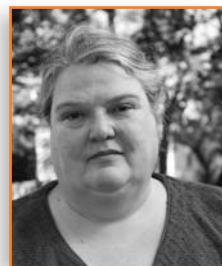
son remplacement tous les quatre ans.

Barb décrit le traitement du diabète de Liam comme « un travail sans répit 24 heures sur 24 ». Vérifier sa glycémie, enregistrer les taux et analyser les évolutions pour modifier les dosages d'insuline afin de garder le contrôle le plus étroit possible pour aider Liam à éviter de graves complications à l'avenir est un travail à plein temps.

« Il faudrait de l'aide et une protection dans les écoles pour les enfants diabétiques », déclare-t-elle. « Nous devons convaincre les éducateurs que le diabète constitue une menace de mort, nécessitant une attention constante. Il faut absolument collaborer avec le personnel enseignant pour assurer le caractère opportun des contrôles et des injections et veiller à ce que les enfants prennent leurs repas à temps à l'école. »

« Lorsque vous êtes diabétique, rien n'est évident », remarque Barb. « Quand vous pensez avoir tout compris, le diabète fait quelque chose qui sort de l'ordinaire et vous êtes de retour à la case départ. Lorsque vous vous êtes battue contre des résultats insuffisants pendant une semaine et que vous avez rajusté les doses pour que le taux de glycémie de votre enfant se situe

de nouveau dans la normale, cela ne dure que quelques jours et vous devez cette fois lutter contre des taux élevés. »



### **Mary Ellen Wright**

*St. John's, Terre-Neuve et Labrador*

Mary Ellen, veuve et mère de trois enfants, travaille à plein temps et gagne entre 30 000 \$ et 45 000 \$ par an. On lui a diagnostiqué un diabète de type 2 en 2002 et elle se bat financièrement pour prendre en charge sa maladie tout en remplissant ses nombreuses obligations familiales.

« Cela arrive tout le temps », déclare Mary Ellen. « Je jongle régulièrement avec mes médicaments pour qu'ils durent un peu plus longtemps, et je n'effectue pas assez souvent des vérifications, si bien que mon diabète n'est pas du tout bien réglé. »

Ses médicaments, comprenant l'insuline, des médicaments contre l'hypertension et le cholestérol et pour la thyroïde et les fournitures liées à son diabète sont trop chers pour elle. Mary Ellen ne reçoit pas d'aide financière de la province, n'a pas d'assurance privée et débourse plus de 250 \$ par mois pour acheter ses médicaments et ses fournitures.

Mary Ellen est inquiète, car elle ne prend pas en charge son diabète comme elle le devrait et admet les risques liés au fait qu'elle ne contrôle pas sa glycémie aussi souvent que nécessaire. Elle sait qu'elle devrait vérifier son niveau de glycémie six fois par jour, mais cela signifierait une dépense de 180 \$ par mois pour les bandelettes. « Je ne peux pas me le permettre, alors je ne vérifie qu'une à deux fois par jour – et encore. »

Fréquemment, elle ne prend pas les médicaments qui lui ont été prescrits, parce qu'elle ne peut pas se le permettre, courant ainsi un grave risque de complications.

« Le problème est particulièrement grave en hiver, quand les coûts pour le chauffage sont élevés; la note d'électricité vient en premier, puis celle de l'épicier, puis mes médicaments pour le diabète, puis les frais scolaires et les autres dépenses pour les enfants, puis mes fournitures pour les contrôles. Les autres dépenses médicales comme les frais dentaires ou mes lunettes ne sont même pas sur la liste! »



**Florence Flynn, 63 ans**

*Cornwall, Î.-P.-É.*

« Je suis diabétique depuis tellement d'années que je risque beaucoup de souffrir de complications et que j'ai besoin d'une prise en charge sérieuse », affirme Florence, qui est atteinte de diabète de type 1 depuis l'âge de neuf ans. Elle souffre d'arthrite et de neuropathie du pied gauche. Elle a été opérée de la cataracte en 1989. Florence a dû être opérée l'été dernier pour arrêter un saignement du fond de l'œil.

« J'ai pu me mettre à la pompe à insuline qui me donne beaucoup plus de liberté et de contrôle. J'aurais dû m'y mettre plus tôt », déclare Florence.

Les complications de son diabète nécessitent une plus grande attention médicale. « Le seul endocrinologue de la province est parti et la plupart des médecins de famille n'en savent pas assez sur le diabète », mentionne Florence. « Il faut maintenant que j'aille à Saint Jean, au Nouveau-Brunswick, pour voir mon endocrinologue, mais je suis prête à le faire. Il m'a aidé à passer à la pompe à insuline. »

Grâce à l'assurance médicale de son mari à son travail, le coût de la pompe à insuline et ses 300 \$ par mois de fournitures sont pris en charge, de même que ses médicaments pour le diabète et les fournitures nécessaires au traitement de son diabète de type 2. Florence doit également payer de sa propre poche

le coût de ses bandelettes de mesure de la glycémie. Son mari veut prendre sa retraite. Mais, s'il le faisait, ils perdraient la couverture de son assurance-maladie à son travail et ils devraient payer eux-mêmes plus de 3 000 \$ par an pour prendre en charge son diabète selon les prescriptions de son médecin.



**Olive Bryanton, 68 ans**

*Charlottetown, Î.-P.-É.*

« À cause de mon diabète, cela me revient plus cher de manger sainement et cela concerne de nombreuses personnes âgées qui ont un revenu fixe. Bien que je sois une personne âgée, je continue à travailler. Si je ne travaillais pas, j'aurais des difficultés à garder un mode de vie sain et à satisfaire mes besoins en médicaments pour prendre en charge mon diabète », déclare Olive, dont on a diagnostiqué le diabète de type 2 en 2003. Olive travaille à temps partiel et a un revenu annuel inférieur à 30 000 \$.

Disposer des ressources financières suffisantes pour prendre en charge son diabète est une préoccupation constante pour Olive. Olive prend des médicaments contre le cholestérol et l'hypertension ainsi que de l'aspirine à faible dose prescrits par son médecin à titre de précaution contre les complications du diabète. Bien qu'Olive reçoive une certaine aide de la province pour ses médicaments contre le diabète, elle dépense quand même plus de 100 \$ par mois de sa propre poche pour des médicaments contre le diabète, des fournitures et d'autres médicaments.

Olive vérifie sa glycémie trois à cinq fois par jour et occasionnellement à d'autres moments au cours du mois. Elle paie près de 75 \$ pour 100 bandelettes. « Si j'avais besoin d'utiliser ces bandelettes plus souvent, ce serait un problème de pouvoir les payer. » Si le coût de la vie, ou le coût de ses médicaments augmentait, ou si de graves complications survenaient,

Olive pourrait avoir de sérieux problèmes financiers et devoir faire des choix très difficiles. « Les personnes qui ont un revenu fixe sont en danger quand elles doivent choisir entre acheter leurs médicaments ou les réduire pour qu'ils durent plus longtemps », indique-t-elle.



### **Tami Publicover, 31 ans**

*Halifax, Nouvelle-Écosse*

En tant qu'étudiante, Tami s'est inscrite à l'aide sociale pour couvrir l'essentiel du coût de ses médicaments et fournitures pour diabétique. Son revenu annuel est inférieur à 10 000 \$. Elle dépense environ 85 \$ par mois de sa propre poche pour un de ses médicaments à l'insuline, parce qu'il ne figure pas sur la liste

provinciale des médicaments.

« Lorsque j'ai dû quitter mon travail pour des raisons médicales et que j'ai décidé de retourner faire des études, j'ai essayé d'obtenir une assurance-maladie pour mon insuline et mes fournitures de contrôle, mais c'était trop cher et j'ai été obligée de m'inscrire à l'aide sociale », mentionne Tami dont le diabète de type 1 a été diagnostiqué à l'âge de sept ans.

« La première année que j'étais étudiante, avant de m'inscrire à l'aide sociale, j'achetais des bandelettes de contrôle et des seringues plutôt que de la nourriture saine... mais je soignais mon diabète. »

Alors que l'aide sociale a contribué à couvrir les coûts des médicaments et des fournitures de Tami, acheter de la nourriture saine a toujours été difficile.

« Il était important pour moi de trouver des moyens de m'occuper de mon diabète en mangeant sainement et en gérant un budget très serré », déclare Tami. « Il est parfois impossible de se procurer des fruits frais, des légumes et du pain si bien que j'ai choisi de recourir à de la nourriture bon marché,

en boîte ou surgelée, parce que les prestations d'aide sociale pour diabétiques ne suffisent pas. »

Tami doit aussi faire face à des problèmes de santé dans le cadre de la prise en charge de son diabète. Son système immunitaire lui pose des problèmes et elle a souvent des rhumes, la grippe, une pneumonie ou une bronchite.

« Je voudrais avoir une pompe à insuline et j'ai besoin de mon insuline à action lente pour être couverte par le programme provincial de médicaments », indique-t-elle. Une pompe coûte environ 6 200 \$ et nécessite des fournitures coûtant environ 250 \$ par mois.



### **Betty S., 62 ans**

*Cap Breton, Nouvelle-Écosse*

« Je n'ai pas souhaité cette maladie et je ne comprends pas pourquoi on ne peut pas faire plus pour les personnes à faible revenu qui vivent avec cette maladie », déclare Betty, une veuve retraitée atteinte du diabète de type 2. « Les personnes qui me connaissent savent que je ne bois pas, que je ne fume pas et que je mange aussi sainement que je peux et elles savent que j'essaie de me soigner. »

Betty perçoit une indemnité de veuve et a un revenu annuel net d'environ 12 000 \$. Elle ne sera pas couverte pour ses médicaments avant d'avoir atteint 65 ans. Quand on a pour la première fois diagnostiqué sa maladie, Betty était capable de contrôler son diabète en prenant des médicaments par voie buccale et en suivant un régime. Après 10 ans, ses taux de glycémie n'ont cessé d'augmenter et elle souffre de neuropathie des deux jambes. Son médecin lui a prescrit de l'insuline pour ramener sa glycémie aux valeurs appropriées. Aujourd'hui, elle a deux piqûres d'insuline par jour.

Les bandelettes de contrôle de la glycémie sont trop chères pour elle, alors

elle ne contrôle son taux de glycémie que deux fois par jour. « Si je pouvais payer les bandelettes de contrôle, je ferais le test plus souvent », dit-elle.

« Le diabète est pour moi un lourd fardeau financier. Je n'ai droit à aucune aide et je dois tout payer moi-même », déclare Betty. « Pour obtenir de l'aide du régime provincial d'assurance-médicaments, je dois avoir 65 ans. D'ici là, je dois payer près de 300 \$ par mois pour mes fournitures pour le diabète. »



**Kathy A., 33 ans**

*Fredericton, Nouveau-Brunswick*

Kathy est atteinte de diabète de type 1 et pendant des années elle s'est battue pour surmonter les difficultés financières pour payer ses médicaments et ses fournitures pour le diabète. Elle a souvent réduit ses tests de contrôle de son taux de glycémie à cause du coût des bandelettes de contrôle.

« J'avais seulement deux injections d'insuline par jour et j'étais très limitée dans mes activités. Si les gens ne font pas de contrôle, ils ne peuvent pas choisir – choisir à quel point être actif, quoi et quand manger, à quelles activités participer », déclare-t-elle.

Depuis 1998, l'employeur de Kathy offre un régime d'assurance-médicaments qui paye l'essentiel de ses fournitures pour le diabète.

Elle a toutefois connu quelques difficultés pour obtenir l'attention médicale appropriée. Après d'énormes fluctuations de ses taux de glycémie, elle a eu des problèmes rénaux. Ce n'est que lorsqu'elle s'est adressée à un nouvel endocrinologue et a suivi une thérapie intensive et obtenu un accès à une équipe de soins du diabète que son état s'est amélioré.

« Je suis quelquefois très en colère d'avoir eu des problèmes rénaux parce que je ne recevais pas le soutien nécessaire », ajoute-t-elle « mais j'ai

décidé que je ne peux plus rien faire à ce sujet, sauf essayer de mieux me soigner à l'avenir. »

**Brice Forsyth, 48 ans**

*Saint Jean, Nouveau-Brunswick*

« À l'heure actuelle, je ne prends pas d'insuline, car elle coûte trop cher. Je ne contrôle pas ma glycémie parce que je ne peux pas me le permettre. J'avais l'habitude d'obtenir des bandelettes gratuites d'éducateurs sur le diabète, mais maintenant on ne leur donne plus de bandelettes », déclare Brice dont le diabète de type 2 a été diagnostiqué en 2003.

Brice reçoit une petite pension d'invalidité et son revenu annuel est inférieur à 15 000 \$. Sa situation financière limite sérieusement sa capacité de traiter son diabète et lui fait courir le risque de graves complications. Il attend de savoir s'il peut bénéficier du programme du Nouveau-Brunswick récemment annoncé pour aider les personnes à faible revenu à acheter leurs médicaments et leurs fournitures pour le diabète.

Brice devrait avoir deux injections d'insuline chaque jour, une le matin et une le soir avant le dîner. Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement provincial ne fournit ni l'insuline, ni les bandelettes de contrôle ou les seringues.

« Si je me soignais correctement, je devrais dépenser au moins 300 \$ par mois de ma propre poche pour les médicaments et les fournitures pour mon diabète et près de 200 \$ par mois rien que pour les bandelettes », dit-il.

« Je ne peux pas payer les bandelettes de contrôle, alors je ne connais pas mes taux de glycémie », remarque-t-il. « J'ai deux possibilités. Je peux vivre dans la rue et payer les fournitures pour mon diabète. Ou je paie mon loyer et mes factures et je ne soigne pas mon diabète. Pour mieux vivre, il faut que le coût de mes bandelettes, de mes seringues et de mes lancettes soit pris en charge. »



**Robert Bacon, 48 ans**

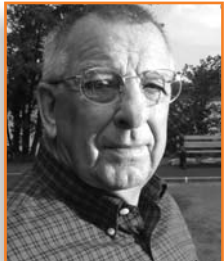
*Terrebonne, Québec*

« C'est difficile de trouver l'argent pour payer ses fournitures de diabétique. J'essaye de faire mes contrôles quatre à cinq fois par jour, mais parfois je ne les fais que deux fois par jour pour économiser de l'argent », déclare Robert Bacon, un représentant de commerce dont le diabète de type 1 a été diagnostiqué en 2002.

« Je prends de l'insuline à action rapide trois fois par jour et de l'insuline à action lente la nuit. Je contrôle ma glycémie au moins quatre fois par jour. Mon médecin m'a prescrit un médicament pour réduire le cholestérol, mais je ne le prends pas parce qu'il est trop cher. »

Même si le coût de ses médicaments est réduit grâce à son assurance privée, Robert doit payer lui-même certains médicaments et fournitures. Le coût du traitement de son diabète affecte Robert et sa famille qui ont des difficultés à joindre les deux bouts.

« Mon assurance privée ne couvre que 80 pour cent des coûts totaux », dit-il. « Je ne reçois aucune aide du régime d'assurance-médicaments du gouvernement, parce que j'ai une assurance privée. Je paie les franchises de mon assurance privée. Les bandelettes pour la glycémie coûtent très cher et j'ai du mal à les payer. Le diabète me coûte environ 320 \$ par mois. »



**Pierre Boisclair, 75 ans**

*Montréal, Québec*

Une bonne pension de retraite et un bon régime d'assurance-maladie aident Pierre à prendre en charge son diabète de type 2. Pierre a deux injections d'insuline par jour et en accord avec son médecin

envisage de prendre de l'insuline à action lente. Sa glycémie est parfois basse, mais dans l'ensemble il arrive bien à contrôler son diabète.

« J'achète ce dont j'ai besoin et c'est toujours pris en charge par mon assurance privée. Elle couvre 80 pour cent des coûts de mes médicaments et de mes fournitures, et je paye le reste », déclare-t-il. « Au Québec, si vous avez une assurance privée, vous n'avez pas droit à la couverture publique. »

« J'ai du glaucome et de l'hypertension, mais dans l'ensemble tout est en ordre parce que je prends mes médicaments », dit-il.



**Laurel M., 30 ans**

*Toronto, Ontario*

« Vous avez parfois l'impression d'être tellement seule lorsque vous soignez votre diabète », déclare Laurel. « Il ne disparaît jamais et je dois y faire face 24 heures sur 24, sept jours par semaine. »

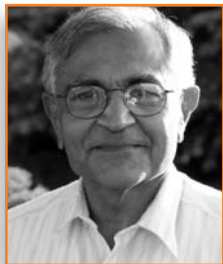
Laurel est une étudiante dont on a diagnostiqué le diabète de type 1 à l'âge de 10 ans. Employée à temps partiel, elle gagne seulement 15 000 \$ par an. Laurel est confrontée à des difficultés certaines pour couvrir le coût de la prise en charge de son diabète.

Laurel reçoit une aide limitée pour les fournitures de sa pompe à insuline qu'elle considère comme une ligne de sécurité qui la maintient en bonne santé. Bien qu'elle touche des prestations d'un régime d'assurance-médicaments privé, Laurel paye encore de sa poche plus de 125 \$ par mois pour des bandelettes de contrôle de la glycémie et des fournitures pour sa pompe. Pour contenir les coûts, Laurel économise son argent en réutilisant des fournitures telles que les lancettes. Elle a récemment payé 800 \$ pour moderniser sa pompe à insuline.

« Je me souviens tout le temps du coût élevé de mes fournitures pour diabétique », affirme-t-elle. « J'ai tout le temps peur de ne pas être capable de continuer à prendre en charge mon diabète avec ma pompe à insuline, en raison du coût. »

Laurel essaye de trouver des emplois qui lui garantissent une couverture pour ses fournitures pour diabétique « parce que le gouvernement n'offre qu'une aide minimale ». Laurel craint de ne pas être capable de payer les fournitures de sa pompe à insuline en raison des coûts et de connaître des complications parce qu'elle serait incapable de contrôler son taux de glycémie.

« J'ai peur de ne pas avoir d'emploi où les fournitures de ma pompe seraient couvertes. Cela fait une énorme différence dans le contrôle de mon diabète et je ne peux pas imaginer de vivre sans elle. »



**Ramnik Shah, 60 ans**  
*Oakville, Ontario*

Ramnik a été en mesure de prendre en charge son diabète de type 2 depuis qu'il a été découvert, il y a cinq ans. Retraité avec une assurance médicale privée, il suit soigneusement les conseils de son médecin.

« Quand mon diabète a été diagnostiqué, ce fut un signal d'alarme », se souvient-il. « J'ai modifié mon régime de manière drastique et augmenté mes activités physiques, comme la marche et le vélo. D'une façon générale, bien que je sois atteint de cette maladie, je me sens en bonne santé. »

Il contrôle régulièrement ses taux de glycémie et prend ses médicaments pour contrôler son hypertension et son cholestérol qui peuvent entraîner des complications cardiaques. « J'étais perturbé d'apprendre que ma

tension et mon cholestérol devaient être à des niveaux plus bas que chez une personne normale en bonne santé, alors j'ai commencé à prendre mes médicaments à contrecœur », remarque-t-il.

« Même si le coût des médicaments pour la prise en charge de mon diabète et celui des médicaments connexes contre l'hypertension et le cholestérol n'ont pas pour moi un impact financier majeur », ajoute Ramnik « je sais que les personnes qui n'ont pas une couverture médicale appropriée peuvent avoir des difficultés à payer ces médicaments et ces appareils qui sont chers. Le fardeau financier peut forcer ces personnes à renoncer à la prise en charge adéquate de leur diabète et entraîner de graves conséquences. »



**Gary Blaseg, 54 ans**  
*Sudbury, Ontario*

« Le diabète est un tueur silencieux. Généralement, vous ne savez pas ce qu'il vous fait avant qu'il ne soit trop tard. »

Le diabète de type 1 de Gary a été diagnostiqué il y a plus de 40 ans. À l'âge de 16 ans, il a commencé des injections multiples d'insuline. Les graves complications liées au diabète commencèrent alors. En 1991, Gary a eu une défaillance rénale et a eu besoin d'une transplantation rénale. Plus tard, il a perdu un œil en raison d'une rétinopathie diabétique, et il y a trois ans il a perdu une jambe à la suite d'un nerf endommagé.

L'assurance médicale provinciale de Gary couvre 80 pour cent des coûts de certains de ses médicaments et de ses fournitures pour diabétique. Il paye toutefois encore environ 175 \$ de sa poche par mois pour les médicaments et les fournitures que son médecin lui a recommandés, mais qui ne figurent pas sur le formulaire.

« Vivre avec le diabète n'est pas facile; il y a toujours des restrictions. Vous avez tendance à ne pas dire aux gens que vous êtes diabétique, parce que vous en avez honte. J'avais l'impression que si les gens le savaient, ils ne me traiteraient pas en égal et que je ne trouverais pas de travail », remarque-t-il.



### **Dave Speer, 64 ans**

*Rosspport, Ontario*

« Quand on a établi mon diagnostic, j'avais toutes sortes de symptômes : cécité, soif excessive, hypertension, fourmillements aux pieds. Les symptômes se sont sans doute manifestés pendant des années avant qu'on n'ait diagnostiqué la maladie. En apprenant la nouvelle, j'ai cru que j'allais mourir. »

Depuis qu'on lui a diagnostiqué le diabète de type 2 en 1988, Dave a dû affronter de graves complications. Il a récemment subi un quadruple pontage et il est atteint de neuropathie.

Dave touche une pension d'invalidité. Son revenu est trop élevé pour qu'il ait droit à de l'aide du Programme de médicaments Trillium. Pour se rendre chez son endocrinologue et chez d'autres spécialistes, il parcourt à ses frais 200 kilomètres jusqu'à Thunder Bay.

« Les fournitures et les médicaments relatifs à mon diabète me coûtent environ 200 \$ par mois et mes autres médicaments me coûtent 100 \$ de plus par mois. »



### **Carissa Nikkel, 21 ans**

*Winnipeg, Manitoba*

« Quand on a diagnostiqué mon diabète, je me suis trouvée en présence de nouveaux obstacles à surmonter, de nouveaux défis à relever », déclare Carissa, élève atteinte de diabète de type 1 depuis l'âge de sept ans. « Mais on m'a aussi dit qu'il s'agissait d'une maladie qu'à l'encontre des autres, on peut prendre en charge et contrôler. »

Pour Carissa, maîtriser son diabète n'est pas tâche facile. En plus du diabète, elle est atteinte de la maladie coéliqua. On lui a enlevé son pancréas après des années de pancréatite chronique. Elle gagne 15 000 \$ par an et utilise beaucoup de médicaments et de fournitures. Elle craint de ne plus pouvoir les acheter quand elle ne sera plus étudiante. Carissa paie actuellement les 300 premiers dollars de ses médicaments sur ordonnance et de ses fournitures contre le diabète. Manitoba Pharmacare paie le reste.

« Comme mon revenu est si bas et que le programme provincial prend à sa charge la plupart de mes frais, cela va bien pour le moment », déclare-t-elle. « Je me demande ce qui va se passer quand je gagnerai juste assez d'argent pour ne plus être admissible à autant d'aide de la part du régime gouvernemental. »

« Je suis aux prises avec une hypoglycémie inexplicquée et des variations de glycémie. La maladie coéliqua complique les problèmes d'alimentation que je dois régler du fait de mon diabète. »

« Je saisis toute occasion de parler avec d'autres personnes diabétiques. Elles m'apprennent des choses qui m'aident à prendre en charge ma maladie », affirme-t-elle. « Le diabète me complique la vie... mais je peux le maîtriser et il importe de tenter de le vaincre! »



### **Harlene McPherson, 67 ans**

*Brandon, Manitoba*

Harlene, dont on a diagnostiqué le diabète de type 2 en 1996, tâche d'équilibrer son niveau d'activité avec ses besoins en insuline pour bien régulariser sa glycémie. La première année, Harlene a bien contenu son diabète par l'exercice et le régime alimentaire.

Puis, en 1997, on lui a diagnostiqué un cancer du sein.

Sa glycémie a atteint un niveau très élevé, qui se maintenait. Depuis, Harlene reçoit de multiples injections d'insuline.

L'assurance privée paie 80 pour cent du coût de ses fournitures contre le diabète, mais Harlene paie les 20 pour cent qui restent jusqu'à ce qu'elle atteigne sa franchise en vertu du programme Pharmacare du Manitoba. Elle y parvient d'ordinaire le dernier mois de l'année, si bien qu'elle ne reçoit guère de soutien du gouvernement.

« Outre mes médicaments et mes fournitures contre le diabète, je dois manger des aliments sains, ce qui coûte beaucoup plus cher », dit-elle. « Mais je paie davantage, parce que je veux conserver ma santé. Je ne pense pas que le gouvernement comprenne qu'il s'agit là d'un coût supplémentaire de la prise en charge du diabète. »

« J'ai un médecin de famille fantastique que je vois quatre fois par année. Je vois aussi un diététiste, un infirmier enseignant spécialiste du diabète et un optométriste chaque année, de même qu'un endocrinologue, si j'en ai besoin. J'aimerais que les membres de mon équipe de soins soient tous sous le même toit... comme dans un carrefour ou un centre de traitement du diabète. Les tenir au courant de l'évolution de mon diabète est un vrai défi. Cela me prend beaucoup de temps, mais c'est essentiel pour prévenir les complications et pour assurer le traitement. »

« Je gère mon propre état et je veille à informer mon équipe de soins de santé. Un des membres de cette équipe devrait recueillir l'information sur mon diabète et la classer à un seul endroit pour que toutes les facettes de mon état de santé soient prises en compte », mentionne-t-elle. « Ici, à Brandon, nous n'avons pas d'endocrinologue, soit un professionnel qui fait partie intégrante de toute équipe de soins du diabète. J'estime qu'il en faudrait un! »

### **Sue Denison, 41 ans**

*Rankin Inlet, Nunavut*

Sue suit scrupuleusement son régime de lutte contre le diabète de type 1 depuis son diagnostic en 1992. Le régime de médicaments parrainé par le gouvernement du Nunavut lui offre une aide capitale, car il paie 80 pour cent du coût des médicaments et des fournitures et contribue à compenser les difficultés financières liées au traitement de son état.

Le régime de Sue comprend l'injection d'insuline, des médicaments pour l'hypothyroïdie, les niveaux de potassium et la pression artérielle, et la détermination de la glycémie jusqu'à cinq fois par jour. L'assurance-médicaments et un revenu familial stable permettent à Sue de suivre son régime et de combattre son diabète de façon énergique pour prévenir les complications.

« Il n'y a pas de complications pour le moment, mais on m'a cité parmi les risques que je courais des problèmes oculaires, des maladies cardiaques, un accident vasculaire cérébral, une maladie rénale, et des problèmes aux jambes et aux pieds. »

Vivre dans une région reculée du Canada s'accompagne d'un isolement qui accentue le défi. Compte tenu du lieu de résidence, il faut parfois pas mal de temps pour s'approvisionner. Le coût des aliments, de

l'hébergement et des déplacements accroît la pression inhérente à la prise en charge du diabète.

« Même si je gagne bien ma vie, les choses sont très chères... 16 \$ pour quatre litres de lait, 20 \$ pour dix livres de pommes de terre... Je suis censée suivre un régime sain à base de légumes frais, mais un concombre coûte 6,99 \$... »

### **Jonah Kilabuk, 52 ans**

*Pangnirtung, Nunavut*

« Je ne me suis jamais bien soucié de diabète avant mon diagnostic. J'ai eu du mal à accepter le fait que j'étais diabétique et la liste de ses complications m'a effrayé », se souvient Jonah, traducteur et chercheur ayant appris, voilà trois ans, qu'il était atteint du diabète de type 2.

Aujourd'hui, Jonah suit un régime strict de prise en charge du diabète. Il doit en plus relever le défi que constitue le fait de vivre dans une localité reculée du Nord. Le coût intégral des médicaments de Jonah est payé par le régime de médicaments du gouvernement du Nunavut.

« Je prends plusieurs médicaments pour prévenir la détérioration de mes reins et de mon cœur », dit-il. « Je prends aussi un médicament qui fait baisser le taux de cholestérol, je mesure ma glycémie trois fois par jour et je surveille mon alimentation. »

Il voit son médecin de famille tous les six mois. Jonah a besoin de consulter un diététiste et, comme sa famille constitue son réseau principal de soutien contre le diabète, il aimerait que sa femme suive un programme de sensibilisation au diabète.

Jonah est préoccupé par l'augmentation du nombre de diabétiques au Nunavut. « Je parle anglais et je peux obtenir de l'information sur Internet,

mais nombre de gens, ici, sont unilingues et ne parlent que leur langue maternelle. Il n'y a pas assez d'information publique sur le diabète. J'explique aux gens comment on vit lorsqu'on est diabétique et je les incite à prendre soin d'eux-mêmes, mais je ne peux pas toujours le faire, car je dois travailler pour survivre. »



### **Laurel Jungwirth, 33 ans**

*Humbolt, Saskatchewan*

« Je ne suis pas toujours consciente de mon hypoglycémie, c'est sans doute là mon plus grand problème », déclare Laurel. « Parfois, je ne perçois pas les symptômes d'un taux insuffisant de glucose, mais, un autre jour, j'y parviens. » Une fois, un collègue de Laurel l'a aidée à traiter son faible taux de glycémie.

Laurel est une éducatrice en matière de diabète dont on a diagnostiqué le diabète de type 1 en 1979, à l'âge de sept ans. Elle se rend compte que cette maladie influe sur tous les aspects de sa vie quotidienne.

« Je mesure toujours ma glycémie avant de conduire une voiture et je ne vais pas loin sans la mesurer de nouveau. Deux ou trois fois par semaine, je me réveille pendant la nuit pour m'assurer que mon taux de glycémie n'est pas trop bas. »

Elle prend de l'insuline à action intermédiaire deux fois par jour et de l'insuline à action rapide avec les repas. En outre, Laurel mesure son taux de glycémie quatre à six fois par jour. Quand elle est malade, elle le mesure plus souvent.

Pour ses fournitures et médicaments contre le diabète, Laurel obtient une aide financière tant du régime d'assurance-médicaments de la

Saskatchewan que du régime de son lieu de travail. Avant cet appui, Laurel dépensait plus de 5 000 \$ par an en médicaments et en fournitures.

Même avec les régimes d'assurance-médicaments, Laurel doit relever des défis pour obtenir des soins de qualité supérieure. Laurel aimerait pouvoir se servir d'une pompe à insuline pour améliorer sa maîtrise du diabète. Mais une pompe, qui coûte plus de 6 000 \$, n'est prise en charge par aucun de ses régimes. Elle n'a pas les moyens de s'en procurer une. « J'aimerais aussi essayer l'insuline à action lente pour éviter que mes taux de glycémie ne chutent pendant la nuit, mais tant qu'elle ne sera pas remboursée par le régime d'assurance-médicaments, je ne pourrai pas me permettre d'en acheter. »

« Quand je pense à tout l'argent que j'ai dépensé au fil des ans pour mes médicaments contre le diabète », déclare Laurel, « je me dis que j'aurais pu réaliser beaucoup d'économies pour ma retraite ».



### **Mel Cheavins, 68 ans**

*Yorkton, Saskatchewan*

« Avant mon diagnostic de diabète de type 2 en 1995, j'avais perdu toute mon énergie », se rappelle Mel. « Après mon diagnostic, j'ai eu beaucoup de mal à situer ma glycémie dans une gamme de valeurs normales. J'ai fait de l'exercice, suivi un régime et perdu 30 livres, mais je n'avais toujours pas d'énergie. »

En collaboration avec son médecin, Mel a modifié son régime d'insuline, ce qui a amélioré son taux de glycémie. Il prend des précautions, mais maîtriser son diabète est difficile. Mel mesure son taux de glycémie une fois par jour et prend des médicaments pour le cœur.

Grâce à sa pension et à ses prestations de la GRC, dont un régime d'assurance-médicaments, Mel ne supporte pas le fardeau financier qui

pèse sur nombre de personnes. « Il reste encore beaucoup de médecins qui disent aux gens que ceux-ci ont une « pointe de diabète » quand la glycémie dépasse sept. Cela doit changer. »

Mel dit aux personnes dont on vient de diagnostiquer le diabète : « Prenez bien soin de vous. Sinon, vous vous créez beaucoup de problèmes, à vous-même et à votre famille. »



### **Todd Janes, 35 ans**

*Edmonton, Alberta*

On a diagnostiqué le diabète de type 1 de Todd quand il avait neuf ans. Employé par un organisme artistique à but non lucratif, il gagne entre 30 000 \$ et 45 000 \$ par an. Le coût financier du diabète est un fardeau.

« Je me fais chaque jour de multiples injections d'insuline à action rapide, et je prends de l'insuline à action lente tous les jours, un métabolisateur du calcium et d'autres médicaments, de temps à autre. Un jour où je me sens bien, je mesure ma glycémie quatre ou cinq fois par jour. Quand je me sens mal, je la mesure une dizaine de fois par jour. Mon régime de médicaments sur ordonnance est limité. On ne me rembourse que 80 pour cent du coût des médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence de 500 \$ par an. »

« En Alberta, le programme de surveillance de la santé dépend des moyens de subsistance et la protection est minime. Vivre avec une maladie chronique stigmatise. Devoir montrer ses relevés financiers pour prouver qu'on a besoin d'aide est dégradant. Le traitement de mon diabète me coûte très cher, mais je vis seul et je choisis le mode de vie qui convient à mes soins », remarque Todd. « J'aimerais avoir une pompe à insuline, mais c'est très cher. »

Pour Todd, l'accès à une aide médicale pertinente est d'une importance

capitale pour la prise en charge de son diabète. Aujourd'hui, il a des complications : neuropathie aux deux pieds et chirurgie laser aux deux yeux du fait d'une rétinopathie diabétique. Sans médecin de famille, Todd a un interniste comme médecin principal.

« J'ai un ophtalmologue, un diététiste, un physiothérapeute et un optométriste. Je n'ai pas de travailleur social qui défende maintenant ma cause et je n'ai pas de psychiatre », dit-il. « Il nous faut concevoir des modèles différents d'exercice multidisciplinaire de la médecine, ce qui est très important pour le diabète. »



### **Bob Serne, 68**

*Edmonton, Alberta*

Maintenant à la retraite, Bob a appris en 1986 qu'il avait le diabète de type 2. Il prend de l'insuline six ou sept fois par jour et mesure sa glycémie quatre ou cinq fois par jour. Les fournitures et les médicaments nécessaires à la prise en charge de son diabète lui coûtent 1 500 \$ par an, en sus de l'assistance qu'il reçoit du programme de surveillance de la santé de l'Alberta et de l'assurance. Il a d'autres problèmes de santé, qui accroissent le coût de ses médicaments.

Bob est préoccupé par les réductions qui touchent les programmes des équipes de santé et de sensibilisation au diabète. « Nous avons un solide programme qu'on a réduit, si bien que nous sommes moins portés à maîtriser notre diabète », affirme-t-il. « On vous rappelait pour consulter la même équipe tous les six mois, mais maintenant le suivi s'effectue auprès du médecin de famille. Je vois mon médecin une fois par an. Or ce n'est pas suffisant », ajoute-t-il. « Un médecin de famille n'a pas le temps et ne se concentre pas assez sur le diabète pour offrir le même appui qu'une équipe de santé spécialisée dans le traitement de cette maladie. »

### **Alex M., 23**

*Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest*

« Je sais que pour beaucoup de gens, être diabétique peut être très difficile. Je suis allé à l'école avec un gars qui a le diabète de type 1. Il va bientôt mourir, car il ne prend pas soin de lui. Il peut à peine voir et ses reins sont défaillants », mentionne Alex, qui se demande comment l'on peut tant se laisser aller. Quand Alex avait huit ans, un diagnostic a établi qu'il avait le diabète de type 1. Grâce au régime d'assurance-médicaments de ses parents et au régime d'assurance-médicaments des T.N.-O., il bénéficie de la prise en charge intégrale des médicaments et des fournitures pour son diabète.

Alex changera bientôt d'insuline, en adoptant l'insuline à action lente figurant dans le formulaire des T.N.-O.

« J'ai eu assez de chance », déclare-t-il. « J'ai eu quelques réactions hypoglycémiques depuis mon diagnostic. Une fois, malade et déshydraté, j'ai dû être hospitalisé pour faire baisser mon taux de glycémie. »



### **Jerry Loomis, 63 ans**

*Norman Wells, Territoires du Nord-Ouest*

« Devenir diabétique, c'est devoir changer sa vie. J'ai dû moins travailler et mieux surveiller ma santé », déclare Jerry. « Mon médecin m'a fait peur : perdez du poids, maîtrisez votre glycémie, sinon vous ne serez plus sur terre dans un an! »

En 2000, Jerry, homme d'affaires prospère, alors âgé de 58 ans, a appris qu'il avait le diabète de type 2. Aujourd'hui, il maîtrise son diabète au moyen de médicaments, d'un régime et d'exercices.

Heureusement pour Jerry, toutes ses fournitures contre le diabète sont

prises en charge à 100 pour cent par l'assurance et le régime d'assurance-médicaments des T.N.-O. Du fait de ces prestations, ainsi que de son entreprise prospère, le coût des médicaments et des fournitures ne pose pas de problème à Jerry ni à sa famille.

Jerry estime que l'accès à des aliments nutritifs est important pour prévenir le diabète dans le Nord. « Les magasins proposent surtout des aliments-camelote. Le coût des boissons gazeuses et de l'alcool est le même que dans le Sud, mais celui des aliments frais et nutritifs est excessif. Si l'on peut se le permettre, on peut recourir à des colis postaux contenant des aliments. Nous commandons des aliments frais à des épiceries de Yellowknife ou d'Edmonton et Postes Canada les achemine par avion jusque dans nos localités. Pour une récente commande de 16 kilogrammes d'aliments frais, le fret était de 61,41 \$. Si la même commande avait été envoyée par le biais de colis postaux contenant des aliments, le coût aurait été de 12,80 \$. » « Cependant, les personnes à faible revenu ne peuvent pas recourir aux produits alimentaires livrés par la poste, car, en général, elles n'ont pas de cartes de crédit », affirme Jerry.



### **Chris Laird, 61**

*Vancouver, Colombie-Britannique*

Chômeur, Chris vit grâce à l'aide sociale, dont il reçoit 11 000 \$ par an. Il doit relever de vrais défis pour maîtriser son diabète de type 1 diagnostiqué voilà neuf ans. Il se demande comment bien manger quand il se trouve à court d'argent à la fin du mois.

Aux prises avec le manque d'argent, Chris déclare : « Je ne prends pas mon insuline pendant cinq à sept jours par mois. Adieu la maîtrise du diabète. »

Incapable de maintenir sa glycémie dans une gamme acceptable de valeurs, Chris est très vulnérable aux complications. Par ailleurs, il souffre de

neuropathie dans les jambes et a des problèmes intestinaux et de vessie. Il a été hospitalisé deux fois pour des épisodes d'acidocétose diabétique, conséquence de diabète aigu non contenu. La capacité de Chris d'obtenir l'appui d'une équipe de soins de santé lui est d'un grand secours. Il n'a pas de médecin de famille, mais il a un diététiste, un éducateur en matière de diabète ou un endocrinologue pouvant l'aider à mieux s'occuper de son diabète à la clinique du diabète St. Paul's.

« J'aimerais pouvoir utiliser une pompe à insuline pour mieux maîtriser mon diabète, mais elle n'est pas prise en charge par le régime provincial d'assurance-médicaments et je n'ai pas les moyens de m'en payer une », ajoute-t-il.



### **Jamie Waterlow, 24 ans**

*Vancouver, Colombie-Britannique*

« Quand j'étais adolescent, mon plus gros problème, c'était le fait que je ne prenais pas toujours bien soin de moi-même », déclare Jamie, en décrivant sa vie de diabétique. « Mon taux de glycémie montait et baissait. Pendant quatre ans, j'ai mal maîtrisé mon diabète. Le maîtriser et continuer de le faire restent

toujours une tâche difficile... J'ai eu un problème de poids et quand j'ai des kilos en trop, j'ai de vrais problèmes. »

Jamie vit avec son diabète de type 2 depuis 1995. Il travaille à plein temps et gagne moins de 30 000 \$ par an. Outre les médicaments pour diabétiques remboursés par BC Pharmacare, les médecins de Jamie lui ont aussi prescrit deux types d'insuline qui ne sont pas couvertes par le régime provincial. Jamie doit payer de sa poche 185 \$ par mois. D'autres frais, comme celui des chaussures correctives qu'il doit porter pour réduire les risques de blessure aux pieds, les frais annuels de medi-alert, les visites chez le podiatre et les lotions pour la peau sans ordonnance, s'ajoutent à ses

coûts chaque mois. Comme il vit avec ses parents, il n'est pas exposé au fardeau financier qui pèse sur tant de personnes diabétiques, mais les coûts grèvent le budget familial.

Comme tous les jeunes adultes, Jamie espère pouvoir emménager dans son propre logement, mais il a peur de ne pas pouvoir payer le coût des médicaments et des fournitures pour son diabète. Il pense que le coût de la prise en charge de son diabète a influé de façon très négative sur son autonomie et son indépendance financière. Chaque jour, Jamie reçoit des injections d'insuline et prend des médicaments par voie orale. Il mesure sa glycémie trois ou quatre fois par jour. Il voit son endocrinologue deux fois par an et a des réunions annuelles avec un diététiste et un éducateur en matière de diabète.

Parfois, il allonge l'intervalle qui sépare deux mesures de glycémie. « Je sais que j'ai parfois espacé mes mesures, car elles coûtent si cher. Je voudrais les prendre plus souvent, mais, à un dollar l'unité, les bandelettes sont onéreuses », déclare-t-il.



### **Araica McPhee, 30**

*Whitehorse, Yukon*

Araica a le diabète de type 1, diagnostiqué en 1998. Son mari et elle ont quitté la C.-B. pour s'établir au Yukon, afin de bénéficier du meilleur soutien financier accordé par le territoire. Santé Yukon paie le coût de sa pompe à insuline, laquelle permet à Araica de mieux maîtriser son diabète.

« En C.-B., je n'avais pas la même protection et je tentais de payer moi-même la plupart de mes médicaments et de mes fournitures contre le diabète. Souvent, je devais faire un choix entre les bandelettes et le pain

», affirme Araica. « Cela va beaucoup mieux au Yukon. Le programme de soins pour les maladies chroniques couvre mes frais, ce qui représente une économie personnelle de plus de 500 \$ par mois. »

Elle mesure sa glycémie dix fois par jour en moyenne et utilise chaque mois des bandelettes de cétone et chaque semaine des lancettes. Araica se demande si elle sera capable de continuer à payer le coût de la prise en charge de son diabète si elle déménage du Yukon. L'assurance de son lieu de travail vient de cesser de prendre en charge le coût des fournitures de sa pompe. Heureusement, Santé Yukon rembourse le coût des fournitures pour les pompes, ce qui fait qu'Araica n'a pas besoin de payer ces frais de sa propre poche.

L'accès d'Araica au soutien médical augmente les coûts. Elle voit régulièrement un médecin de famille à Whitehorse, ainsi qu'un diététiste et un éducateur en matière de diabète. Il lui faut toutefois se rendre à Vancouver pour consulter son endocrinologue tous les six mois et un ophtalmologue tous les ans. Le coût de ces services est remboursé par Santé Yukon.



### **Karen Heynen, 45 ans**

*Whitehorse, Yukon*

Karen parvient à prendre en charge son diabète grâce à un mode de vie actif et au régime d'assurance-médicaments de son lieu de travail qui rembourse la plupart de ses médicaments et de ses fournitures contre le diabète. La prise en charge de son diabète ne lui cause aucune difficulté financière.

Quand un diagnostic a été établi en 2001 que Karen avait le diabète de type 2, elle a eu du mal à dresser un plan de prise en charge de son diabète, mais,

maintenant, elle contrôle bien sa maladie. Elle mesure sa glycémie trois ou quatre fois par jour et, de plus, prend des médicaments contre le cholestérol prescrits par son médecin.

Karen est vigilante. « Il y a certaines règles de base à suivre. Rien de bien compliqué. Le diabète ne m'incommode pas outre mesure. Une fois, j'étais dans les bois et je n'avais rien à manger. Par bonheur, j'avais mes comprimés de dextrose, mais il m'est alors venu à l'esprit que je devais mieux prendre conscience de mon diabète, car il n'existait pas d'endroit où j'aurais pu acheter un sandwich chaque fois que mon taux de glycémie aurait baissé. »

Karen a un médecin de famille, mais pas d'endocrinologue. Elle a collaboré avec un éducateur en matière de diabète. « Étant infirmière, il m'a été plus facile d'obtenir un soutien et de l'information sur le diabète que d'autres habitants ordinaires du Yukon. »

<sup>1</sup> « Diabetes Prevalence and Cost in Canada: 2000–2016 », *Canadian Journal of Diabetes*, Juin 2004; 28(2).

<sup>2</sup> *Diabetes Care*, mars 2003.

<sup>3</sup> Le sondage en ligne a été effectué entre le 27 mai et le 3 juillet 2005 par SES Research Inc. L'échantillon consistait en 1 089 membres de l'Association canadienne du diabète et 908 membres de Diabète Québec qui ont répondu à une demande de participation. La marge d'erreur des deux sondages est de 3 pour cent, 19 fois sur 20, et de 3,3 pour cent, 19 fois sur 20 respectivement.

<sup>4</sup> *Un plan décennal pour consolider les soins de santé* (16 septembre 2004).

<sup>5</sup> S. Harris *et coll.*, « Diabetes in Canada Evaluation (DICE) » dans *Diabetes Research and Clinical Practice* (octobre 2005).

<sup>6</sup> Shields et Tjepkema, *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*; Statistique Canada (juillet 2005) – 23 pour cent des Canadiens âgés de plus de 18 ans sont obèses et 36 pour cent de plus ont de l'embonpoint. Shields, *L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*, Statistique Canada (juillet 2005) – 29 pour cent des enfants âgés de 12 à 17 ans ont un surpoids ou ont de l'embonpoint.

<sup>7</sup> SES Research Inc., du 27 mai au 3 juillet 2005.