



**Mémoire de l'Association canadienne du diabète
au Comité permanent des finances de la Chambre des communes
dans le cadre du processus prébudgétaire 2015**

Août 2014

L'Association canadienne du diabète (l'Association) est une œuvre de bienfaisance enregistrée qui mène la lutte contre le diabète en aidant les personnes aux prises avec le diabète à vivre sainement et en contribuant à prévenir l'apparition et les conséquences du diabète en attendant que l'on trouve un moyen de le guérir. Notre personnel, ainsi que plus de 20 000 bénévoles, fournissent une éducation et des services visant à aider les personnes dans leur lutte quotidienne contre le diabète, militent au nom des diabétiques pour que ceux-ci puissent avoir la meilleure qualité de vie pour eux, et travaillent ardemment à la découverte d'un moyen de guérir cette maladie.

L'Association estime que les Canadiens souffrant du diabète méritent d'être traités avec dignité et respect, et de bénéficier d'un accès équitable à des soins et à un soutien de haut calibre contre le diabète. Ce sont là les principes directeurs énoncés dans la charte du diabète produite par l'Association.¹ Cette charte représente la vision que nous avons d'un pays où les personnes qui ont le diabète peuvent vivre en réalisant pleinement leur potentiel.

Sommaire

Aujourd'hui, une personne sur quatre au Canada vit avec le diabète ou le prédiabète. Si rien n'est fait pour endiguer le tsunami que représente le diabète, d'ici 2020 ce sera une sur trois.²

Le taux croissant du diabète et ses complications imposent un lourd fardeau au système de soins de santé public du Canada et à notre économie. En 2015, le diabète coûtera 14 milliards de dollars au Canada, et d'ici 2020, il coûtera presque 16 milliards de dollars à notre système de santé et à notre économie.³

Pour alléger ce fardeau financier à notre système de soins de santé public et prendre en compte une des priorités énoncée par le gouvernement fédéral – soit aider les populations vulnérables à améliorer leur santé –, l'Association canadienne du diabète recommande ce qui suit :

1. Renouveler l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et en faire une initiative permanente par le truchement d'un engagement de financement annuel au niveau actuel de 55 millions de dollars, indexé au taux d'inflation;
2. Étendre la portée du crédit d'impôt pour personnes handicapées accordé aux personnes pour lesquelles l'administration d'insuline est essentielle au maintien de la vie, en accordant ce crédit à tous les Canadiens ayant le diabète de type 1;
3. Axer l'investissement actuel de la Stratégie canadienne du diabète sur la prévention, le dépistage rapide et la gestion chez les populations immigrantes à risque élevé de diabète de type 2.

I. Introduction

Entre 2000 et 2010, la prévalence du diabète a doublé, passant de 1,3 à 2,5 millions.⁴ Aujourd'hui, un Canadien sur quatre — soit plus de neuf millions de personnes — a le diabète ou le prédiabète⁵; si rien n'est fait, d'ici 2020, ce sera un sur trois.⁶

Au Canada, le diabète est une des premières causes de cécité, d'insuffisance rénale terminale et d'amputation non traumatique chez les adultes.⁷ En 2008-2009, un décès d'adulte sur dix était attribuable au diabète.⁸ La gestion de cette maladie est compliquée par le fait que près d'un million de personnes ont un diabète non encore diagnostiqué. Ce sont l'économie canadienne et tous les Canadiens qui assument les coûts du traitement des complications liées au diabète.

II. Recommandations

1. Le diabète chez les Autochtones du Canada : Gérer les besoins uniques des collectivités autochtones et les disparités qui existent au niveau des soins prodigués aux Autochtones et de leur état de santé.

Contexte

Le diabète a une prépondérance disproportionnée chez les Autochtones du Canada. Le taux de prévalence de cette maladie est de trois à cinq fois plus élevé chez les membres des Premières Nations que chez les autres Canadiens. Les femmes autochtones présentent un risque de diabète gestationnel deux fois plus élevé que les non-Autochtones, ce qui expose tant les mères que les enfants à un risque plus élevé de diabète de type 2 plus tard. Le taux de prévalence du diabète a plus que triplé entre 1980 et 2005 chez les enfants autochtones, et le diagnostic se fait à un âge de plus en plus jeune chez les jeunes Autochtones.⁹

S'il est mal géré, le diabète peut avoir des complications graves et parfois mortelles, et les Autochtones ont des taux plus élevés de complications et de mortalité. Par exemple, des études au Manitoba ont révélé ce qui suit :

- Dans une collectivité autochtone éloignée du Nord de cette province, 82 % de la population présente en moyenne trois complications des pieds par personne, y compris malformation, neuropathie, ulcères et amputation.¹⁰
- La prévalence des amputations de membre inférieur liées au diabète est 16 fois plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones.¹¹

Les obstacles liés aux soins contribuent aux piètres résultats de santé des Autochtones qui ont le diabète, notamment la fragmentation des soins de santé, une mauvaise gestion des maladies chroniques, un grand roulement de personnel soignant et un degré limité ou inexistant de surveillance. Les facteurs sociaux qui influent sur la santé aggravent aussi le problème, notamment le faible revenu, le manque d'éducation, le taux de chômage élevé, les mauvaises conditions de vie, le manque de soutien social, les

préjugés, la stigmatisation et un accès inadéquat aux services de santé.¹² De plus, les participants à la conférence 2013 de la National Aboriginal Diabetes Association (NADA) ont aussi mentionné les facteurs suivants : manque d'accès à des aliments sains abordables, problèmes de santé mentale et émotionnelle et effet des traumatismes comme des obstacles à une vie saine avec le diabète.¹³

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) appuie plus de 600 programmes à l'intention des Autochtones diabétiques au Canada. Le financement dont bénéficie actuellement l'IDA se chiffre à environ 55 millions de dollars par année et il est prévu qu'il prendra fin en 2015. Nous encourageons fortement le gouvernement fédéral à renouveler le financement de ce programme essentiel.

Depuis sa création, l'IDA a mis en œuvre des initiatives extraordinairement réussies de prévention, de promotion de la santé, de dépistage et de gestion des soins qui sont axées sur la collectivité et adaptées sur le plan culturel.¹⁴ Poursuivre l'IDA aura pour effet tant d'aider la prestation de services importants à ces populations qui risquent grandement de vivre un diabète et ses complications ainsi que de réduire le coût des complications qui représentent 80 % de l'ensemble des coûts associés au diabète.¹⁵

RECOMMANDATION 1 :

L'Association canadienne du diabète recommande que le gouvernement fédéral s'engage à financer en permanence l'IDA au niveau actuel (55 millions de dollars par année) indexé au taux d'inflation, en vue de préserver la valeur réelle du programme.

2. Le diabète et le crédit d'impôt pour personnes handicapées : Assurer l'équité du soutien aux Canadiens qui ont un diabète de type 1 en élargissant pour eux la portée du crédit d'impôt pour personnes handicapées.

Contexte

Lorsqu'une personne reçoit le diagnostic de diabète de type 1, généralement à un jeune âge, la prise en charge de sa maladie pour le restant de sa vie commence, avec des activités directement reliées au calcul de chaque dose d'insuline essentielle au maintien de la vie, c'est-à-dire tester fréquemment sa glycémie et calculer la dose d'insuline et se l'injecter. Les études révèlent que l'on sous-estime souvent la complexité des activités d'autogestion du diabète et des efforts qu'elle exige, et que les tâches de gestion du diabète de type 1 peuvent comprendre jusqu'à 600 étapes par jour, le processus d'injection d'insuline représentant à lui seul environ 40 étapes.¹⁶

De plus, selon les circonstances de chaque personne, on estime que le fardeau financier assumé par les diabétiques de type 1 peut s'élever jusqu'à 4 700 \$ par année (soit plus de 10 % du revenu d'une personne).¹⁷

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées

L'inclusion de l'insuline en tant que traitement de survie dans les critères d'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est censée aider les personnes insulino-dépendantes. Cependant, l'accès au CIPH est inéquitable pour les diabétiques de type 1.

Selon les critères actuels d'admissibilité au CIPH, une personne traitée par insulinothérapie peut être admissible si un médecin certifie qu'elle requiert la thérapie au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine consacrées à des activités liées à cette thérapie. Des exemples de ces activités sont mentionnés dans le formulaire Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées (T2201F), notamment :

- la surveillance du taux de glucose dans le sang,
- la préparation et l'administration de l'insuline,
- l'étalonnage de l'équipement nécessaire pour ajuster le dosage,
- et le maintien d'un livret de contrôle du taux de glucose dans le sang.

À l'heure actuelle, les adultes qui ont un diabète de type 1 ne sont pas admissibles au CIPH car le calcul ne permet pas l'inclusion d'activités supplémentaires pour la gestion de leur insulinothérapie. Dans le cas des enfants qui ont un diabète de type 1, la *Loi de l'impôt sur le revenu* permet de compter dans les heures accumulées le temps que les parents, ou tout autre principal fournisseur de soins, consacrent à ces activités; par conséquent, jusqu'à l'âge de 18 ans, les enfants peuvent être admissibles au CIPH, ainsi qu'au régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI).

Toutefois, les exemples d'activités liées à l'insulinothérapie cités pour les critères d'admissibilité au CIPH ne représentent pas adéquatement la gamme des activités ni le temps requis pour calculer le dosage et administrer quotidiennement de multiples injections d'insuline. Les diabétiques de type 1 consacrent bien plus que 14 heures chaque semaine à des activités liées à leur insulinothérapie en plus de celles citées en exemple. La gamme actuelle d'activités liées à l'insulinothérapie autorisées donne lieu à une inégalité d'accès au CIPH.

L'inclusion dans les critères du CIPH de toutes les activités liées effectivement à l'insulinothérapie respecterait l'esprit et l'objet du programme, qui sont d'alléger quelque peu le fardeau que représente une thérapie essentielle au maintien de la vie. On a évalué le coût de l'élargissement de la gamme des activités autorisées à entre 100 et 150 millions de dollars pour 2015.¹⁸ Cependant, cela n'est rien à côté des quelque 14 milliards de dollars que le diabète a coûté au Canada en 2015. Ce crédit d'impôt accorderait aussi aux diabétiques une aide et une équité financières qui leur permettraient de gérer leur maladie de façon optimale. Les familles qui ont investi dans un REEI pour l'avenir de leurs enfants pourraient aussi maintenir leur engagement financier.

Recommandation 2 :

L'Association canadienne du diabète recommande que le gouvernement crée l'équité pour les Canadiens diabétiques en modifiant l'article 118.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* afin d'inclure les activités supplémentaires accomplies par les diabétiques de type 1 pour calculer leur dosage d'insuline, et ainsi permettre à tous les Canadiens vivant avec un diabète de type 1 de se prévaloir du CIPH.

3. La Stratégie canadienne du diabète : une nouvelle orientation visant à aider les groupes d'immigrants à risque élevé à prévenir le diabète de type 2 et à vivre bien avec la maladie.

Contexte

Nul n'est à l'abri du diabète, mais le risque de diabète de type 2 et de ses complications est plus élevé chez les personnes de certaines origines ethnoculturelles, comme celles d'origine asiatique, sud-asiatique, africaine et hispanique. En 2011, les personnes d'origine sud-africaine, chinoise et africaine constituaient 61,3 % des minorités visibles au Canada et représentaient 19 % de la population canadienne. En plus de leur prédisposition génétique au diabète de type 2, certains sous-groupes, comme les immigrants récents et les personnes ayant un faible revenu, ont aussi davantage de difficulté à obtenir les soins dont elles ont besoin.

Tous les Canadiens, qu'ils soient à risque ou aient reçu un diagnostic de diabète, ont le droit de recevoir pour leur diabète un soutien abordable et en temps opportun qui soit approprié sur le plan culturel et linguistique. Comme cela est mentionné dans la charte du diabète pour le Canada,¹⁹ les gouvernements ont la responsabilité de répondre aux besoins des populations vulnérables qui présentent des risques élevés de diabète et de complications, et qui ont de la difficulté à obtenir des soins.

La Stratégie canadienne du diabète

Depuis sa création, la Stratégie canadienne du diabète (la SCD, qui fait maintenant partie de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques) a appuyé un mécanisme de surveillance et de collecte de données bien établi, des partenariats de lutte contre l'obésité juvénile et d'autres facteurs de risque associés à des maladies chroniques, ainsi que l'élaboration d'outils d'autogestion. Elle a également entrepris, en partenariat avec les pharmacies, les provinces et les services de santé publique locaux, des travaux d'aiguillage du financement vers les populations à risque élevé, comme la traduction du questionnaire CANRISK afin de faciliter le dépistage du risque de diabète chez les populations à risque élevé.

L'Association canadienne du diabète encourage fortement le gouvernement à mettre à profit ce travail visant les populations présentant un risque élevé de diabète de type 2. D'autres mesures pourraient prendre la forme de financement de programmes communautaires de prévention ou de gestion du diabète à l'intention des populations à risque élevé, de programmes d'éducation et de bien-être des diabétiques adaptés aux

cultures et langues visées, et de partenariat avec des organismes communautaires qui ont un réseau à l'intérieur des collectivités visées. L'Association canadienne du diabète serait heureuse d'avoir l'occasion de collaborer avec le gouvernement pour lancer des programmes de détection CANRISK par le truchement de nos 14 sections dans la région du grand Toronto, comme celles des collectivités sud-asiatique, chinoise et caraïbe.

Recommandation 3 :

L'Association canadienne du diabète recommande que le gouvernement fédéral s'engage à renouveler l'accent mis sur les populations à risque élevé de diabète de type 2 et de complications connexes, en utilisant le financement actuel disponible dans le cadre de la Stratégie canadienne du diabète.

III. Conclusion

Il a été prouvé que les interventions positives, comme la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique, peuvent réduire de plus de 50 % les probabilités de diabète.²⁰ Nous félicitons le gouvernement pour ses initiatives d'appui à ces mesures.

Nous encourageons le gouvernement à renforcer ces initiatives par l'adoption des recommandations qui précèdent, et à solidifier son engagement à l'endroit de la promotion d'une politique publique sur la santé. L'Association canadienne du diabète sera heureuse de continuer à travailler avec le gouvernement et d'autres intervenants dans le domaine du diabète en vue de résultats de santé optimaux obtenus en aidant les personnes présentant un risque élevé de diabète à prévenir la maladie et en aidant ceux qui ont le diabète à éviter les complications graves et à mener une vie saine. Ces investissements stratégiques auront l'effet corollaire de réduire le fardeau financier imposé à notre système de soins de santé et à notre économie.

Nous remercions le comité de nous avoir donné l'occasion de présenter ces recommandations.

¹ Association canadienne du diabète. (2014). *The Diabetes Charter of Canada*.

² Voir *Diabète : Le Canada à l'heure de la remise en question – Tracer une nouvelle voie*, 2011. Les chiffres sur la prévalence et les coûts estimés selon le modèle des coûts du diabète sont mis à jour tous les ans.

³ Ibid.

⁴ Voir la note 2.

⁵ Il y a prédiabète lorsqu'une personne présente une glycémie élevée, mais pas aussi élevée que dans le cas d'un diabète de type 2. Au Canada, environ la moitié des personnes qui présentent un état prédiabétique développeront un diabète de type 2 au cours de leur vie. Voir *Diabète : Le Canada à l'heure de la remise en question – Tracer une nouvelle voie*, p. 8.

⁶ Voir la note 2.

⁷ Comité des spécialistes du guide de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. *Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. Can J Diabetes 2013.

⁸ Agence de la santé publique du Canada, 2011. *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Ottawa, Ontario, Agence de la santé publique du Canada. Téléchargé de <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabete-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>

⁹ Voir la note 7.

¹⁰ Reid, K.S., Martin, B.D., Duerksen, F., Nicolle, L.E., Garrett, M., Simonsen, J.N., ...&Embil, J.M (2006), Diabetic foot complications in a northern Canadian Aboriginal community. *Foot & Ankle International*, 27(12), 1065-1073.

¹¹ Green, C., Blanchard, J., Young, T. K., & Griffith, J. (2003), « The epidemiology of diabetes in the Manitoba-Registered First Nation population: Current patterns and comparative trends », *Diabetes Care*, 26(7), 1993-1998.

¹² Voir la note 7.

¹³ National Aboriginal Diabetes Association, 7^e conférence nationale sur le diabète chez les Autochtones et engagement de planification stratégique « Celebrating Success: Building Healthier Pathways », Diabetes Strategic Planning Session Report, mars 2014.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Voir la note 2.

¹⁶ Coffen, R. D. (2009), « The 600-step program for type 1 diabetes self-management in youth: The magnitude of the self-management task », *Postgraduate Medicine*, 121(5), 119-139.

¹⁷ Association canadienne du diabète. [*The Burden of Out-of-pocket Costs for Canadians with Diabetes*](#), 2011.

¹⁸ Une analyse détaillée de ces coûts estimatifs est disponible sur demande.

¹⁹ Voir la note 1. Lors de la rédaction du présent mémoire, la charte du diabète pour le Canada avait été entérinée par les gouvernements, des organismes à but non lucratif et plus de 9 000 Canadiens dans tout le pays.

²⁰ Voir la note 2.