

# Les recommandations

Le Comité directeur de la Stratégie manitobaine contre le diabète recommande les objectifs et les actions qui figurent ci-dessous.

Étroitement liés, ces objectifs et ces actions tiennent compte de toute la gamme des mesures de lutte contre le diabète, soit la prévention, l'information du public, les soins pour les diabétiques, la recherche et le soutien.

Le Comité directeur sait que la mise en oeuvre des objectifs et des actions proposés exige une concertation des multiples intervenants et l'établissement de partenariats intersectoriels, intergouvernementaux et communautaires.

## Prévention

### 1<sup>er</sup> objectif

Établir dans les communautés des **programmes de prévention primaire du diabète** qui s'adressent plus particulièrement aux Autochtones et aux personnes âgées.

#### Actions

Les **programmes de prévention primaire du diabète** devraient avoir les caractéristiques suivantes:

- a) souligner comment les individus et les familles peuvent changer leurs habitudes et leurs milieux ainsi que donner l'exemple de modes de vie sains;
- b) encourager les individus et les familles à faire des pressions pour que des changements soient apportés aux déterminants de la santé qui augmentent les risques de diabète;
- c) préconiser un contexte favorable à des modes de vie sains pour les hommes et les femmes de tous les âges et de toutes les cultures;
- d) prévoir et soutenir des activités visant à améliorer la capacité de la population de prévenir le diabète et d'adopter des modes de vie sains;
- e) prévoir la participation des anciens, des chefs et des autres leaders de la communauté pour servir de modèles en matière de santé;
- f) informer les individus et les familles quant à l'importance d'atteindre et de conserver un poids-santé grâce à l'activité physique régulière et à de bonnes habitudes alimentaires;
- g) prévoir l'élaboration d'une gamme complète de moyens d'évaluer les facteurs de risque;
- h) comporter une évaluation des individus



- et des familles à risque par rapport au diabète;
- i) s'assortir des ressources nécessaires pour l'organisation d'activités de prévention du diabète qui soient efficaces et adaptées à différents groupes;
  - j) inclure les ressources nécessaires pour assurer une qualité de vie optimale aux groupes à risque élevé par rapport au diabète, soit les enfants, les Autochtones et les personnes âgées;
  - k) comprendre des messages clairs, exacts et cohérents qui sont adaptés aux particularités individuelles et culturelles;
  - l) prévoir la diffusion de messages et l'utilisation de moyens pour briser le cycle de transmission du risque de diabète à l'intérieur des familles et pour préserver les générations à venir;
  - m) transmettre les messages de prévention au moyen des réseaux communautaires existants;
  - n) encourager les commissions scolaires à créer des milieux propices à des modes de vie sains pour les élèves et la communauté, par exemple en préconisant la consommation d'aliments nutritifs dans le cadre d'un programme de dîners à l'école et en offrant davantage d'activité physique aux enfants;
  - o) préconiser l'intégration de renseignements sur l'activité physique et une bonne alimentation dans tous les programmes d'études;
  - p) traiter de l'impact de l'acculturation (par exemple les écoles résidentielles) en ce qui concerne l'apparition du diabète.

## Prévention

### 2<sup>e</sup> objectif

Élaborer dans les communautés une gamme complète de **programmes de dépistage du diabète**.

#### Actions

Les **programmes de dépistage du diabète** devraient comprendre les éléments suivants:

- a) la sensibilisation et la participation de la communauté;
- b) des équipes multidisciplinaires;
- c) des stratégies et des procédures de suivi conformes aux observations notées dans les cas de diabète et d'intolérance au glucose.

## Prévention

### 3<sup>e</sup> objectif

Élaborer une **stratégie manitobaine de nutrition** visant à assurer la possibilité d'obtenir des aliments nutritifs et à favoriser l'adoption de bonnes habitudes alimentaires.

#### Actions

La **Stratégie manitobaine de nutrition** devrait comprendre les éléments suivants:

- a) des prix variables, avec l'aide des gouvernements, afin d'assurer la possibilité d'obtenir des aliments nutritifs;
- b) des suppléments alimentaires pour les personnes et les familles qui n'ont pas les moyens d'acheter des aliments sains;
- c) l'affectation de terrains et l'établissement de programmes pour l'organisation de jardins communautaires;

- d) la réglementation de l'approvisionnement en gibier et en plantes sauvages;
- e) la normalisation des informations inscrites sur les étiquettes des produits alimentaires et la diffusion de renseignements à ce sujet.

## Prévention

### 4<sup>e</sup> objectif

Élaborer une **stratégie manitobaine d'activité physique** pour offrir à toute la population des activités physiques adéquates et encourager les individus et les familles à faire de l'exercice chaque jour.

#### Actions

La **Stratégie manitobaine d'activité physique** doit convenir à des personnes dont la culture, l'origine ethnique, les capacités, l'expérience et les intérêts varient.

La **Stratégie** devrait notamment:

- a) viser, pour la période de 1998 à 2003, une réduction de 10 % de l'inactivité physique, soit la cible adoptée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux;
- b) trouver et soutenir des leaders locaux qui serviront de modèles pour promouvoir des modes de vie sains et actifs dans leurs communautés;
- c) appuyer des actions communautaires visant à offrir des moyens de transport actifs et des milieux propices à une vie active;
- d) aider les familles à faire de leurs foyers et de leurs quartiers des milieux de vie actifs;
- e) créer un contexte favorable à l'activité

physique par divers moyens tels des installations, des espaces verts, des sentiers pour la marche et pour la randonnée, des pistes cyclables et des circuits de canot;

- f) prévoir la recherche d'autres sources de financement pour les spectacles culturels et sportifs afin de remplacer la commandite des compagnies d'alcool et de tabac;
- g) faire l'objet d'une coordination avec d'autres **stratégies d'activité physique**.

## Prévention

### 5<sup>e</sup> objectif

Offrir des **réductions d'impôt** aux individus, aux familles et aux communautés qui adoptent des mesures de prévention du diabète.

#### Actions

Pour offrir des **réductions d'impôt**, il faut:

- a) la collaboration des gouvernements fédéral et provincial, ainsi que des administrations municipales et autochtones;
- b) des indicateurs et des points de repère pour évaluer les pratiques de prévention et les résultats obtenus.

## Prévention

### 6<sup>e</sup> objectif

Élaborer une **campagne d'information publique** sur la prévention du diabète de type 2.

#### Actions

La **campagne d'information publique** menée dans toute la province doit



- comporter les éléments suivants:
- a) des renseignements au sujet des facteurs de risque associés au diabète;
  - b) l'élaboration d'une gamme complète de moyens d'évaluer les facteurs de risque;
  - c) des renseignements pour encourager les individus à faire évaluer leurs risques de devenir diabétiques;
  - d) des messages clairs, exacts et cohérents;
  - e) des stratégies de communication et de ciblage qui prévoient l'utilisation de matériel imprimé ainsi que de moyens audiovisuels et électroniques;
  - f) des numéros d'urgence que la population manitobaine pourra composer pour obtenir des renseignements sur les ressources et les services;
  - g) une coordination avec les autres **campagnes d'information publique** sur le diabète.

## Prévention

### 7<sup>e</sup> objectif

Adopter des **politiques de santé publique** qui appuient des modes de vie sains et actifs, de même que des milieux propices à la santé.

#### Actions

Toutes les **politiques de santé publique** devraient:

- a) tenir compte des réalités culturelles;
- b) être adaptées aux personnes des deux sexes et de différents groupes d'âge;
- c) offrir un appui aux individus et aux familles dans leurs foyers et leurs milieux de travail;

- d) promouvoir le bien-être émotionnel et raviver le sentiment de fierté des individus, des familles et des communautés;
- e) soutenir l'établissement de milieux sans alcool et sans fumée;
- f) prévenir ou faire cesser la consommation d'alcool et de produits du tabac.

## Information du public

### 1<sup>er</sup> objectif

Établir un **programme normalisé, à niveaux multiples, de formation en matière de diabète**, afin d'augmenter le nombre d'éducateurs en diabète, depuis les experts des milieux communautaires jusqu'aux spécialistes.

#### Actions

Un **programme normalisé, à niveaux multiples, de formation en matière de diabète** devrait comporter:

- a) un **niveau fondamental** - pour les diabétiques qui s'occupent d'éducation en matière de diabète, les travailleurs de santé communautaire et le public; ce niveau devrait être offert à un prix abordable dans des endroits accessibles;
- b) un **niveau intermédiaire** - pour les fournisseurs de soins de santé qui s'occupent à temps partiel de l'éducation ou des soins pour les diabétiques;
- c) un **niveau avancé** - pour les fournisseurs de soins de santé qui s'occupent à temps plein de l'éducation ou des soins pour les diabétiques; ce niveau devrait répondre aux normes du *Canadian Diabetes Educator Certification Board*.

## Information du public

### 2<sup>e</sup> objectif

Élaborer un **programme d'agrément à niveaux multiples** qui soit obligatoire pour les éducateurs en diabète.

#### Actions

Un **programme d'agrément à niveaux multiples** qui est obligatoire doit:

- a) être coordonné par un organisme central représentant les fournisseurs de soins de santé, les consommateurs et le public;
- b) faire partie du programme d'agrément en place pour les éducateurs en diabète;
- c) bénéficier de fonds pour couvrir les frais de démarrage, de même que les frais courants de fonctionnement et d'évaluation;
- d) renseigner le public et les diabétiques sur les normes relatives à l'éducation en matière de diabète;
- e) exiger que toutes les personnes qui s'occupent d'éducation en matière de diabète soient agréées;
- f) exiger que toutes les personnes qui s'occupent d'éducation en matière de diabète se soumettent le plus tôt possible au processus d'agrément;
- g) faire l'objet d'une révision annuelle à la lumière des résultats de recherche, ainsi que des normes en matière d'éducation et de soins.

## Information du public

### 3<sup>e</sup> objectif

Élargir et améliorer le **Programme normalisé d'éducation de la clientèle**

offert dans la communauté (Programme d'éducation en matière de diabète).

#### Actions

Le **Programme normalisé d'éducation de la clientèle** offert dans la communauté doit:

- a) assurer l'accès rapide à des ressources communautaires dès le premier diagnostic de diabète;
- b) mettre l'accent, dès le premier diagnostic, sur les complications associées au diabète;
- c) faire appel à des éducateurs en diabète agréés aux niveaux fondamental, intermédiaire et avancé;
- d) comprendre des services de suivi;
- e) être dispensé selon des méthodes et dans un langage qui conviennent à la clientèle cible;
- f) comporter du matériel informatif adapté à la clientèle;
- g) offrir aux diabétiques et à leurs familles des renseignements, des soins et du soutien dans leur communauté, si possible.

## Information du public

### 4<sup>e</sup> objectif

Intégrer des **informations au sujet du diabète** dans l'ensemble du programme d'éducation des fournisseurs de soins de santé.

#### Actions

Les **informations au sujet du diabète** doivent faire en sorte que les fournisseurs de soins de santé connaissent le champ d'action de tous les autres praticiens dans le domaine de la santé. Il faut aussi prévoir



dans le programme des informations sur:

- a) les convictions des différentes communautés culturelles quant aux causes des maladies;
- b) la prestation de soins de santé dans les milieux multiculturels et les communautés isolées et du Nord;
- c) la place des approches traditionnelles et spirituelles de guérison;
- d) le rôle de la prévention, de la sensibilisation et des déterminants plus larges de la santé relativement au diabète;
- e) le diabète chez les personnes âgées;
- f) les possibilités d'apprentissage dans les communautés pour les étudiants des premier et deuxième cycles.

### Information du public

#### 5<sup>e</sup> objectif

Élaborer un **programme de recyclage** qui permettra à tous les fournisseurs de soins de santé en poste de mettre à jour leurs connaissances à propos du diabète.

#### Actions

Le **programme de recyclage** à l'intention des fournisseurs de soins de santé devrait porter notamment sur:

- a) les normes recommandées pour l'exercice de la profession;
- b) les approches multidisciplinaire et interdisciplinaire;
- c) les problèmes de santé associés au diabète;
- d) le diabète en tant que problème de santé publique;
- e) les approches holistiques;
- f) les déterminants de la santé.

### Information du public

#### 6<sup>e</sup> objectif

Encourager toutes les associations des professionnels de la santé au Manitoba à exiger une **formation permanente** à propos du diabète.

#### Actions

En ce qui concerne la **formation permanente**, il faut:

- a) adopter une approche multidisciplinaire dans tous les cours, mais reconnaître que le contenu pourra varier selon les professions;
- b) favoriser l'accès de tous les fournisseurs de soins de santé par des programmes itinérants, l'éducation interactive à distance ou, au besoin, des fonds pour se rendre dans un établissement central ou régional.

### Information du public

#### 7<sup>e</sup> objectif

Intégrer des renseignements sur le diabète et les maladies chroniques dans tous les **programmes scolaires de santé**.

#### Action

Établir des liens entre les personnes compétentes de Santé Manitoba, d'Éducation et Formation professionnelle Manitoba, ainsi que d'autres associations ou organismes pertinents pour s'assurer que des renseignements sur le diabète et les maladies chroniques soient intégrés dans tous les **programmes scolaires de santé**.

## Information du public

### 8<sup>e</sup> objectif

Veiller à assurer la santé et la sécurité des élèves diabétiques dans toutes les écoles en appliquant les **normes de soins en milieu scolaire** (1998) de l'Association canadienne du diabète.

#### Actions

Appliquer les **normes de soins en milieu scolaire** avec la collaboration:

- a) d'Éducation et Formation professionnelle Manitoba;
- b) des divisions scolaires;
- c) des associations de la profession enseignante;
- d) des administrateurs scolaires;
- e) des consommateurs.

## Information du public

### 9<sup>e</sup> objectif

Augmenter le **nombre d'étudiants autochtones** qui suivent les programmes de formation destinés aux fournisseurs de soins de santé et obtiennent un diplôme (conformément à la recommandation 3.3.16 de la Commission royale sur les peuples autochtones - novembre 1996).

#### Actions

Pour parvenir à augmenter le **nombre d'étudiants autochtones**, il faut:

- a) veiller à leur offrir le soutien nécessaire de leurs pairs et de leurs communautés culturelles;
- b) mener des négociations avec les partenaires par rapport aux questions de financement;
- c) améliorer l'accès à la formation

indépendamment de la situation géographique;

- d) assouplir les critères d'admission.

## Information du public

### 10<sup>e</sup> objectif

Intégrer des renseignements sur le diabète et les autres maladies chroniques dans le volet santé du **Programme de formation et de reconnaissance professionnelle des enseignants**.

#### Actions

Pour modifier le contenu du **Programme de formation et de reconnaissance professionnelle des enseignants**, il faudra tenir des discussions multisectorielles avec:

- a) Éducation et Formation professionnelle Manitoba;
- b) les facultés d'éducation des universités manitobaines;
- c) Santé Manitoba;
- d) les divisions scolaires;
- e) les consommateurs.

## Information du public

### 11<sup>e</sup> objectif

Concevoir et mener une **campagne d'information publique** à propos des complications associées au diabète.

#### Actions

La **campagne d'information publique** à propos des complications associées au diabète doit s'adresser aux diabétiques et aux personnes qui leur donnent des soins, et convenir à différentes communautés culturelles et à divers groupes d'âge. Menée dans toute la province, cette **campagne** devrait prévoir:



- a) des messages clairs, exacts et cohérents;
- b) des renseignements sur les facteurs de risque en ce qui concerne les complications associées au diabète;
- c) des messages pour encourager les diabétiques à faire évaluer leurs risques de complication;
- d) une coordination avec les autres campagnes d'information publique sur le diabète.

### Information du public

#### 12<sup>e</sup> objectif

Coordonner chaque année l'organisation d'un colloque sur le diabète.

#### Action

Le colloque sur le diabète devrait être organisé en collaboration avec les partenaires du réseau des éducateurs en diabète et traiter des nouveautés relativement à la prévention, à l'information du public, aux soins pour les diabétiques, à la recherche et au soutien.

### Information du public

#### 13<sup>e</sup> objectif

Établir un centre de documentation sur le diabète.

#### Actions

Le centre de documentation sur le diabète devrait:

- a) réunir surtout du matériel informatif et pédagogique pour les éducateurs en diabète et leur clientèle;
- b) être informatisé de manière à permettre un accès facile par Internet.

### Information du public

#### 14<sup>e</sup> objectif

Élaborer des politiques de santé publique qui font de l'éducation un élément essentiel de la prévention, des soins pour les diabétiques, de la recherche et du soutien.

#### Actions

Les politiques de santé publique doivent soutenir des programmes d'éducation pour:

- a) le public;
- b) les diabétiques et leurs familles;
- c) les membres des professions de la santé;
- d) les autres décideurs.

### Soins pour les diabétiques

#### 1<sup>er</sup> objectif

Formuler des recommandations pour les soins aux diabétiques du Manitoba conformes aux directives de l'Association canadienne du diabète en matière de pratiques cliniques.<sup>(18) (19)</sup>

#### Actions

Les recommandations pour les soins aux diabétiques du Manitoba devraient:

- a) être rédigées de façon concise et présentées dans un format pratique;
- b) faire l'objet d'une mise à jour périodique;
- c) être formulées en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba et d'autres organismes compétents de réglementation;
- d) prévoir des moyens d'évaluer la mise en oeuvre et l'efficacité des actions recommandées;
- e) comprendre un plan de diffusion pour tous les professionnels et les fournisseurs de soins dans le domaine de la santé,

- ainsi que les organisations professionnelles et les organismes de réglementation concernés;
- f) fournir des renseignements utiles pour:
- I. les Autochtones diabétiques - les recommandations doivent tenir compte des considérations linguistiques et culturelles, ainsi que du rôle central de la famille dans la prestation des soins;
  - II. les femmes diabétiques en âge de procréer et les femmes qui souffrent ou risquent de souffrir de diabète sucré durant la grossesse;
  - III. les enfants diabétiques et leurs familles - il faut s'assurer d'informer tous les membres de la famille et, pour les enfants autochtones, de mettre l'accent sur le rôle de la communauté dans la prestation des soins;
  - IV. les personnes âgées diabétiques - les recommandations doivent promouvoir des soins individualisés qui tiennent compte des préférences, de la capacité fonctionnelle et des maladies associées au diabète.

### **Soins pour les diabétiques**

#### **2<sup>e</sup> objectif**

Élaborer une gamme complète de programmes de dépistage et de soins des complications associées au diabète.

#### *Actions*

Les programmes de dépistage et de soins des complications associées au diabète devraient comporter:

- a) une évaluation des risques de complication;
- b) des équipes multidisciplinaires;

- c) des programmes d'intervention par rapport à l'hypertension, aux soins des yeux et des pieds, aux fonctions rénales et aux maladies du coeur;
- d) des liens avec d'autres programmes manitobains, par exemple ceux des conseils de tribu et de l'Unité médicale du Nord, ainsi que le Programme manitobain de dialyse et le Programme d'éducation en matière de diabète.

### **Soins pour les diabétiques**

#### **3<sup>e</sup> objectif**

Uniformiser les méthodes de collecte et de diffusion des données cliniques à propos des diabétiques en mettant au point un **formulaire de renseignements cliniques**.

#### *Actions*

Le **Formulaire de renseignements cliniques** devra:

- a) contenir les données de base recueillies au moment du premier diagnostic du client;
- b) comprendre un calendrier pour le dépistage des complications qui servira d'aide-mémoire pour la personne diabétique et l'équipe de soins;
- c) faire état des tests subis pour dépister les complications associées au diabète;
- d) être conservé dans les dossiers cliniques et mis à la disposition de la personne diabétique;
- e) s'assortir de moyens d'assurer un transfert rapide et efficace des informations médicales essentielles, en particulier les rapports et les recommandations des spécialistes consultés.



## Soins pour les diabétiques

### 4<sup>e</sup> objectif

Améliorer la **coordination des services** entre les hôpitaux et les communautés, les offices régionaux de la santé et les autres fournisseurs de services.

#### Actions

Pour améliorer la **coordination des services** entre les établissements de santé et les communautés, il faut:

- a) faire de l'établissement de liens de communication une priorité dans le plan de soins de la personne diabétique;
- b) planifier l'admission à l'hôpital et la sortie de l'hôpital;
- c) assurer des soins de suivi après la sortie de l'hôpital, au besoin (par exemple pour les enfants, les personnes âgées et les Autochtones).

## Soins pour les diabétiques

### 5<sup>e</sup> objectif

Mettre sur pied une **équipe de soins pour les diabétiques**, interdisciplinaire, qui soit chargée d'un mandat large par rapport à la diffusion de renseignements sur le contrôle du diabète et la prévention des complications.

#### Actions

- a) La **mise sur pied de l'équipe de soins pour les diabétiques** se fera comme suit:
  - I. les diabétiques et leurs familles ou fournisseurs de soins y joueront un rôle central;
  - II. la coordination des soins sera confiée à un membre de l'équipe;
  - III. l'équipe de base sera constituée du

médecin traitant, des éducateurs en diabète, des travailleurs de santé communautaire et des fournisseurs de soins de santé;

- IV. l'équipe élargie sera flexible et pourra comprendre divers spécialistes et fournisseurs de soins de santé, selon les besoins individuels des diabétiques;
  - V. les membres de l'équipe devraient posséder de l'expérience par rapport aux questions psychosociales, économiques, spirituelles et culturelles;
  - VI. s'il est impossible d'avoir une équipe à temps plein en raison de la taille de la communauté, on pourra organiser une équipe à l'échelle régionale et on devra s'efforcer d'offrir les soins dans la communauté où réside la personne diabétique;
  - VII. l'équipe établira des alliances avec les milieux des affaires, de l'éducation et de la santé, les organismes bénévoles et d'autres intervenants de la communauté;
  - VIII. pour l'aider à se constituer, l'équipe fera appel au personnel du Programme d'éducation en matière de diabète, qui assure les services essentiels au sein des offices régionaux de la santé, pour jouer les rôles d'animateurs, de coordonnateurs et d'«experts» régionaux;
  - IX. les membres de l'équipe devront acquérir la formation et les compétences nécessaires et avoir la possibilité de se tenir à jour.
- b) Les **fonctions de l'équipe de soins pour les diabétiques** sont les suivantes:

- I. coordonner une gamme complète de soins primaires pour les diabétiques;
- II. donner de l'information sur l'autocontrôle du diabète et la prévention des complications;
- III. assurer le dépistage des complications aiguës et chroniques associées au diabète;
- IV. enseigner les soins d'urgence à prodiguer dans les cas de complications aiguës;
- V. enseigner aux diabétiques les méthodes d'autocontrôle des complications chroniques associées au diabète;
- VI. coordonner les consultations avec les spécialistes, au besoin;
- VII. communiquer avec les responsables des programmes communautaires de prévention, de soutien, d'information du public et autres qui ont une incidence sur la santé individuelle afin d'assurer la concertation des interventions;
- VIII. veiller à l'intégration des activités de prévention, d'information du public, de soins, de recherche et de soutien pour les diabétiques et leurs familles.

### Soins pour les diabétiques

#### 6<sup>e</sup> objectif

Prévoir l'accès aux guérisseurs et aux **pratiques de guérison traditionnelles autochtones** pour les Autochtones diabétiques et leurs familles, si tel est leur désir.

#### Actions

Pour assurer l'accès aux **pratiques de guérison traditionnelles autochtones**, qui

seront combinées à celles de la médecine occidentale, il faut:

- a) résoudre les questions de compétences en matière de financement;
- b) être sensible aux convictions et aux pratiques des communautés.

### Soins pour les diabétiques

#### 7<sup>e</sup> objectif

Évaluer la validité de tous les **nouveaux traitements** proposés pour le diabète.

#### Actions

- a) Accélérer l'application des traitements qui ont fait leurs preuves.
- b) Élaborer une stratégie de communication pour expliquer la valeur de tout nouveau traitement.
- c) Établir des partenariats avec les communautés relativement à l'évaluation des nouveaux traitements.
- d) Donner l'occasion aux diabétiques et aux communautés de prendre part à la recherche de nouveaux traitements.

### Soins pour les diabétiques

#### 8<sup>e</sup> objectif

Fournir aux **enfants diabétiques et à leurs familles** les soins nécessaires pour leur assurer une qualité de vie optimale.

#### Actions

- a) Tous les enfants doivent être en contact, au moins tous les six mois, avec une équipe de soins pour les diabétiques qui possède de l'expérience dans le traitement des enfants.
- b) L'établissement d'un programme spécialisé de soins intégrés pour les jeunes adultes (de 18 à 25 ans) souffrant de



diabète de type 1 faciliterait la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes.

- c) Il faut intégrer à l'équipe de soins pour les diabétiques divers organismes intersectoriels et communautaires offrant des soins et des services, par exemple les ministères provinciaux de l'Éducation et de la Formation professionnelle, de la Justice et des Services à la famille, ainsi que le curateur public.

### Soins pour les diabétiques

#### 9<sup>e</sup> objectif

Fournir aux personnes âgées diabétiques et à leurs familles les soins nécessaires pour leur assurer une qualité de vie optimale.

#### Actions

- a) Les fournisseurs de soins de santé doivent posséder de l'expérience dans les soins aux personnes âgées.
- b) Il faut intégrer à l'équipe de soins pour les personnes âgées diabétiques divers organismes communautaires offrant des soins et des services, par exemple Services à la famille Manitoba, ainsi que le curateur public.
- c) Les divers soins offerts, y compris ceux des pieds et des yeux, devraient être dispensés dans les communautés où vivent les personnes âgées par l'intermédiaire des Infirmières de l'Ordre de Victoria et des programmes de soins à domicile.

### Soins pour les diabétiques

#### 10<sup>e</sup> objectif

Trouver des moyens de financement

novateurs pour assurer l'expansion des services de soins pour les diabétiques.

#### Actions

- a) Établir des partenariats intersectoriels et intergouvernementaux afin d'en arriver à une approche concertée.
- b) Chercher à établir des partenariats avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales.

### Soins pour les diabétiques

#### 11<sup>e</sup> objectif

Élaborer des politiques de santé publique qui traitent des normes, des obstacles et de la continuité en matière de soins.

#### Actions

Les politiques de santé publique devraient tenir compte des éléments suivants:

- a) l'accès équitable aux services pour les diabétiques du Manitoba;
- b) les coûts;
- c) la situation géographique;
- d) les questions culturelles et linguistiques;
- e) la prestation de soins aux diabétiques dans leurs communautés, si possible.

### Recherche

#### 1<sup>er</sup> objectif

Établir un système manitobain de surveillance du diabète.

#### Actions

Le Système manitobain de surveillance du diabète permettra:

- a) d'obtenir des données sur le diabète, ventilées selon chaque office régional de la santé, pour suivre les progrès marqués au Manitoba en ce qui concerne la

prévention, l'information du public, les soins pour les diabétiques, la recherche et le soutien;

- b) d'obtenir des données afin de poursuivre l'étude des incidences économiques du diabète.

## Recherche

### 2<sup>e</sup> objectif

Élaborer des indicateurs, des points de repère, des résultats à atteindre et des normes relativement à la prévention, à l'information du public, aux soins pour les diabétiques, à la recherche et au soutien.

#### Actions

Pour élaborer les indicateurs, les points de repère, les résultats à atteindre et les normes, il faudra avoir recours:

- a) aux données du Système manitobain de surveillance du diabète;
- b) aux données de l'Institut canadien d'information sur la santé;
- c) aux écrits sur les meilleures pratiques;
- d) aux données de recensement;
- e) aux normes de l'Association canadienne du diabète.

## Recherche

### 3<sup>e</sup> objectif

Évaluer les interventions et les projets des communautés en ce qui concerne la prévention, l'information du public, les soins pour les diabétiques, la recherche et le soutien.

#### Action

L'évaluation devra viser particulièrement les groupes à risque élevé par rapport au diabète et aux complications associées au diabète.

## Recherche

### 4<sup>e</sup> objectif

Augmenter le financement consacré à la recherche sur le diabète de sorte qu'il soit proportionnel aux coûts des soins liés au diabète au Manitoba.

#### Actions

Pour augmenter le financement consacré à la recherche sur le diabète, il faudra:

- a) des partenariats entre les gouvernements, le secteur privé et les organisations non gouvernementales;
- b) une analyse des coûts occasionnés par le diabète;
- c) des études comparatives nationales.

## Recherche

### 5<sup>e</sup> objectif

Établir un centre manitobain de recherche sur le diabète.

#### Actions

Le Centre manitobain de recherche sur le diabète doit:

- a) servir d'infrastructure pour l'évaluation et la recherche en matière de diabète;
- b) encourager les chercheurs du Manitoba à réclamer auprès des organismes nationaux de financement des concours spéciaux dont pourrait bénéficier la recherche sur le diabète dans la province;
- c) prendre une part active aux réseaux nationaux et internationaux de recherche sur le diabète de types 1 et 2 en participant à des essais cliniques décentralisés, en collaborant à des projets individuels de recherche et en assurant la diffusion des résultats;



- d) conserver un inventaire des travaux de recherche sur le diabète menés au Manitoba;
- e) s'efforcer d'établir des partenariats avec d'autres chercheurs de l'Ouest;
- f) jouer un rôle de chef de file pour sensibiliser davantage le public aux travaux de recherche en cours sur le diabète.

## Recherche

### 6<sup>e</sup> objectif

Élaborer un **code d'éthique** pour la recherche sur le diabète menée dans les communautés.

#### Actions

Pour élaborer le **Code d'éthique**, les chercheurs doivent:

- a) travailler avec les communautés et les diabétiques;
- b) collaborer avec d'autres chercheurs à l'échelle provinciale, nationale et internationale.

## Recherche

### 7<sup>e</sup> objectif

Permettre aux fournisseurs de soins de santé d'acquérir davantage **d'expérience et de capacités de recherche**.

#### Actions

Pour que les fournisseurs de soins de santé puissent acquérir davantage **d'expérience et de capacités de recherche**, il faut prévoir:

- a) une formation universitaire aux premier et deuxième cycles;
- b) des cours d'éducation permanente;
- c) des programmes de mentorat avec des chercheurs reconnus;
- d) l'accès à des informations à jour sur les

recherches en cours et sur les résultats de recherche.

## Recherche

### 8<sup>e</sup> objectif

Établir un **centre manitobain d'information sur le diabète**.

#### Actions

Le **Centre manitobain d'information sur le diabète** devra:

- a) offrir des informations complètes, à jour et adaptées aux diverses cultures et communautés, sur tous les aspects du diabète, soit la prévention, l'information du public, les soins pour les diabétiques, la recherche et le soutien;
- b) mettre régulièrement à jour les informations au sujet du diabète;
- c) respecter les critères en vigueur quant à l'exactitude et à la sécurité des informations.

## Recherche

### 9<sup>e</sup> objectif

Publier chaque année un rapport intitulé **Le diabète au Manitoba**.

#### Actions

Le rapport **Le diabète au Manitoba** devra comprendre:

- a) les derniers chiffres concernant l'incidence et la prévalence du diabète et des complications associées au diabète, lesquels seraient ventilés selon les catégories âge, sexe, code postal, offices régionaux de la santé, Indiens inscrits et population générale;
- b) une analyse des données en question;
- c) des projections démographiques;

- d) des renseignements sur les incidences économiques du diabète.

## Recherche

### 10<sup>e</sup> objectif

**Inform**er le public au sujet du processus de recherche au moyen d'une vaste campagne publique menée par les chercheurs et les organisations non gouvernementales.

#### Actions

Les rapports de recherche à l'intention du public devraient être rédigés dans un langage simple et présentés sous une forme facile à consulter.

## Recherche

### 11<sup>e</sup> objectif

Élaborer des politiques de santé publique qui soutiennent la recherche sur le diabète au Manitoba.

#### Actions

Des politiques de santé publique favorables à la recherche doivent prévoir les éléments suivants:

- la participation des communautés à tous les aspects de la recherche;
- des pratiques de recherche adaptées aux particularités culturelles.

## Soutien

### 1<sup>er</sup> objectif

Mettre sur pied dans les communautés des réseaux de soutien holistique qui se préoccupent des besoins des diabétiques sur les plans culturel, émotionnel, spirituel et physique.

#### Actions

Les réseaux de soutien établis dans les communautés devraient tenir compte des

éléments suivants:

- les questions linguistiques;
- les préférences culturelles en ce qui concerne notamment l'alimentation et l'activité;
- une sensibilisation aux diverses cultures pour les personnes qui composent les réseaux de soutien;
- les questions relatives à la qualité de vie, par exemple l'accès pour les fauteuils roulants et le transport communautaire pour les personnes handicapées;
- l'établissement de cuisines collectives et de programmes de marche;
- des partenariats avec les écoles, les centres communautaires et les centres commerciaux;
- des partenariats avec les gouvernements fédéral et provincial, les administrations autochtones et les communautés.

## Soutien

### 2<sup>e</sup> objectif

Augmenter, parmi les travailleurs de santé communautaire qui s'occupent d'éducation en matière de diabète et les fournisseurs de soins de santé, le nombre de personnes d'origine autochtone ainsi que des groupes d'âge et des autres communautés culturelles et linguistiques à l'intérieur desquels la prévalence du diabète est disproportionnée.

#### Actions

En ce qui concerne les travailleurs de santé communautaire qui s'occupent d'éducation en matière de diabète et les fournisseurs de soins de santé, il faudra:

- insister sur la nécessité de se concerter avec les autres membres de l'équipe de soins pour les diabétiques;
- formuler des normes de pratique pour les



- travailleurs de santé communautaire qui s'occupent d'éducation en matière de diabète;
- c) offrir de l'éducation adaptée aux besoins des personnes chargées du soutien aux personnes âgées diabétiques;
  - d) offrir de l'éducation adaptée aux besoins des personnes chargées du soutien aux enfants diabétiques;
  - e) établir des partenariats avec les gouvernements fédéral et provincial, les administrations autochtones et les communautés.

### Soutien

#### 3<sup>e</sup> objectif

Remédier aux iniquités relativement à l'accès aux services de soutien dans l'ensemble de la province.

#### Actions

- a) Chercher à obtenir des services financiers, de logement et de transport pour les personnes des régions rurales et du Nord qui doivent déménager dans les centres urbains pour contrôler leur diabète et les complications associées au diabète.
- b) Mettre sur pied des services de soutien pour les diabétiques qui doivent quitter temporairement leur communauté, en particulier les membres des Premières nations.
- c) Établir des partenariats avec des organisations non gouvernementales, par exemple l'Association canadienne du diabète, la *National Aboriginal Diabetes Association*, la Fondation des maladies du cœur du Canada, l'Institut national canadien pour les aveugles et la Fondation canadienne du rein.
- d) Élaborer avec ces partenaires un réseau de services de soutien cohérent pour les

personnes qui souffrent de complications à long terme associées au diabète, y compris les déficiences visuelles, l'insuffisance rénale, l'amputation des membres inférieurs et les maladies du cœur.

### Soutien

#### 4<sup>e</sup> objectif

Régler les questions relatives aux domaines de compétence.

#### Actions

- a) Maintenir les partenariats qui ont été établis durant le processus d'élaboration de la *Stratégie manitobaine contre le diabète*.
- b) Encourager les gouvernements fédéral et provincial, ainsi que les administrations municipales et autochtones à collaborer pour atteindre l'objectif commun de la prévention du diabète et de l'amélioration de l'accès aux services.

### Soutien

#### 5<sup>e</sup> objectif

Informers les **leaders** à tous les paliers et dans toute la province à propos de la *Stratégie manitobaine contre le diabète*.

#### Action

Informers les leaders en rendant publique la *Stratégie manitobaine contre le diabète*, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, par divers moyens dont des séances d'information publique, des exposés dans les écoles et des annonces dans les médias locaux.

### Soutien

#### 6<sup>e</sup> objectif

Mettre en place des formes de soutien psychosocial pour les personnes diabétiques.

### Actions

En collaboration avec les programmes de santé mentale, les organisations non gouvernementales et les communautés, mettre en place des **formes de soutien psychosocial** qui:

- a) renforcent l'estime de soi chez les personnes diabétiques et leurs familles;
- b) reconnaissent les difficultés quotidiennes causées par le diabète.

### Soutien

#### 7<sup>e</sup> objectif

Établir des **services de counseling par les pairs** dans toutes les communautés.

### Actions

La mise sur pied de **services de counseling par les pairs** devrait se faire avec la participation:

- a) des personnes diabétiques et de leurs familles;
- b) de l'équipe de soins pour les diabétiques;
- c) des fournisseurs de soins de santé;
- d) des travailleurs de santé communautaire;
- e) des organisations non gouvernementales et d'autres organismes communautaires.

### Soutien

#### 8<sup>e</sup> objectif

Établir des **programmes de défense** des groupes qui ont des besoins particuliers, notamment les enfants, les Autochtones et les personnes âgées.

### Action

Les **programmes de défense** seront établis en collaboration avec l'Association canadienne du diabète et la *National Aboriginal Diabetes Association* afin de s'occuper de problèmes précis comme le coût du matériel nécessaire au contrôle du diabète pour les personnes à revenu fixe.

### Soutien

#### 9<sup>e</sup> objectif

Étendre la couverture des **programmes d'assurance-médicaments** par rapport aux médicaments et au matériel nécessaires pour les diabétiques.

### Actions

- a) Évaluer les nouveaux traitements pharmaceutiques et autres.
- b) Offrir à prix abordable le matériel utilisé pour le contrôle du diabète.
- c) Conserver un inventaire du matériel utilisé pour le traitement du diabète et des complications associées au diabète.
- d) Veiller à ce que chaque personne diabétique ait le matériel nécessaire en quantité suffisante.
- e) Envisager la signature de contrats d'achat en gros avec des manufacturiers pour réduire les coûts au minimum.

### Soutien

#### 10<sup>e</sup> objectif

Élaborer des **politiques de santé publique** qui offrent un appui aux personnes souffrant de diabète et de complications associées au diabète, ainsi qu'à leurs familles et à leurs communautés.

### Actions

- a) Déterminer les besoins des communautés en ce qui concerne le soutien par rapport au diabète.
- b) Instaurer des politiques qui faciliteront la mise en place de réseaux de soutien communautaires pour les personnes diabétiques et leurs familles.
- c) Encourager la participation active des diabétiques à la planification des réseaux de soutien communautaires.