



Mémoire de l'Association canadienne du diabète
au Comité permanent des finances de la Chambre des communes
dans le cadre des consultations prébudgétaires de 2016

10 février 2016

L'Association canadienne du diabète (ACD) 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, dont des professionnels de la santé, fournissent une éducation et des services visant à aider les personnes dans leur lutte quotidienne contre le diabète, milite 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.

Résumé

Aujourd'hui, plus de 10 millions de Canadiens vivent avec le diabète ou le prédiabète. Le taux croissant du diabète et ses complications imposent un lourd fardeau au système public de soins de santé du Canada et à notre économie.

Pour alléger ce fardeau financier à notre système public de soins de santé et prendre en compte l'une des priorités énoncées par le gouvernement fédéral en vue du prochain budget – accroître la productivité des Canadiens et avoir recours à des mesures fiscales pour promouvoir des apports positifs pour les Canadiens, l'Association canadienne du diabète recommande que le gouvernement traite des enjeux suivants dans son prochain budget :

1. Assurer l'équité quant à l'accès au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) et au Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI) pour appuyer les Canadiens atteints du diabète de type 1;
2. Mettre en place une taxe sur les boissons édulcorées et s'engager à réinvestir les sommes recueillies dans des programmes de prévention et de gestion du diabète;
3. Voir à ce que les personnes atteintes de diabète de complications connexes aient un accès équitable et abordable aux médicaments dont ils ont besoin en créant un régime d'assurance-médicaments national.

Introduction

Aujourd'hui, plus de 10 millions de Canadiens sont atteints de diabète ou de prédiabète.^a On s'attend à ce que la prévalence du diabète augmente de plus de 40 % d'ici 2026.² Le diabète est une des premières causes de cécité, d'insuffisance rénale terminale et d'amputation non traumatique. Au Canada, 30 % des accidents vasculaires cérébraux et 40 % des infarctus du myocarde surviennent chez les personnes diabétiques, tout comme la moitié des cas d'insuffisance rénale nécessitant la dialyse et 70 % des amputations non traumatiques. Les coûts du traitement des complications liées au diabète sont assumés par l'ensemble des Canadiens.

Recommandations pour le budget fédéral de 2016

1. Le diabète, le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) et le Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI) : Assurer l'équité du soutien aux Canadiens qui ont un diabète de type 1 en élargissant la portée du CIPH et du REEI.

Contexte

À l'heure actuelle, on estime que 174 000 à 348 000 Canadiens sont atteints du diabète de type 1. Selon les circonstances de chaque personne, on estime que le fardeau financier assumé par les diabétiques de type 1 peut s'élever jusqu'à 4 900 \$ par année, en moyenne.²

Le diabète de type 1 est généralement diagnostiqué en bas âge. Le diagnostic signifie pour la personne atteinte le début d'une prise en charge rigoureuse de la maladie, pour le reste de sa vie, ce qui comprend notamment de nombreuses tâches quotidiennes liées à l'équilibre de l'alimentation, de l'activité physique et de l'insuline visant le maintien du taux de glycémie dans une fourchette cible. Pour les personnes atteintes du diabète de type 1, l'insuline est une thérapie de survie.

Les personnes atteintes du diabète de type 1 peuvent avoir droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), étant donné que l'insulinothérapie est une thérapie de survie qui doit être administrée plusieurs fois par jour et qui exige qu'on y consacre du temps habituellement consacré à d'autres activités quotidiennes. Les personnes admissibles au CIPH sont automatiquement admissibles au REEI, qui permet aux jeunes Canadiens atteints de diabète de type 1 d'épargner afin d'alléger le fardeau associé à la gestion d'une maladie chronique et ses possibles complications à long terme, notamment les infarctus, la cécité, l'amputation d'un membre, un accident vasculaire cérébral et l'insuffisance rénale.

^a 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.

Accès inéquitable au CIPH et au REEI

Actuellement, les enfants et les jeunes atteints du diabète de type 1 sont généralement admissibles au CIPH, mais n'y sont toutefois plus admissibles dès qu'ils atteignent l'âge de 18 ans, ce qui a pour conséquence de les rendre inadmissibles à cotiser aux REEI. En outre, certains adultes atteints du diabète de type 1 qui demandent le CIPH voient la demande refusée, et d'autres, non. Cela entraîne donc pour les Canadiens atteints du diabète de type 1 une grande iniquité quant à l'accès au CIPH et au REEI.

Selon les critères actuels d'admissibilité au CIPH, une personne traitée par insulinothérapie peut être admissible si un médecin certifie qu'elle consacre au moins 14 heures par semaine, en moyenne, aux quatre activités suivantes pour le calcul de la dose d'insuline à administrer :

- 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;
- le maintien d'un livret de contrôle du taux de glucose dans le sang.

En général, l'ARC accorde le crédit d'impôt pour personnes handicapées pour les enfants atteints du diabète de type 1, car dans le calcul des 14 heures admissibles, l'agence additionne le temps que consacrent les enfants aux quatre activités admissibles et celui des parents ou des tuteurs. Malheureusement, lorsqu'un enfant atteint du diabète de type 1 atteint l'âge de 18 ans, le CIPH et le REEI prennent fin parce que la plupart des médecins reconnaissent qu'il leur est difficile de certifier que chacun de leurs patients ayant le diabète de type 1 satisfait aux critères actuels.

Concrètement, les personnes atteintes de diabète de type 1 doivent s'acquitter de bien d'autres tâches pour le dosage de l'insuline. Le temps qu'elles y consacrent est normalement utilisé pour d'autres activités, notamment :

- Le calcul de la dose d'insuline à partir du contenu glucidique de chaque repas;
- La planification des repas en fonction du profil d'entrée en action de l'insuline utilisée;
- Le traitement et la récupération des épisodes d'hypoglycémie.

Autoriser la comptabilisation du temps consacré à **toutes les activités** liées à la gestion de l'insulinothérapie aux fins du critère des 14 heures par semaine permettrait aux jeunes adultes atteints de diabète de type 1 d'être admissibles au CIPH et d'accroître leurs cotisations à un REEI. L'ACD estime que le coût de l'élargissement de la gamme des activités autorisées aux fins de l'admissibilité au CIPH se situerait entre 100 et 150 millions de dollars pour 2015^b.

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

Recommandation 1 :

L'Association canadienne du diabète recommande que le gouvernement fédéral adopte l'une des deux solutions suivantes : élargir l'interprétation de l'ARC de la *Loi de l'impôt sur le revenu* ou modifier le paragraphe 118.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* de façon à inclure toutes les activités liées à l'administration de l'insuline dans les critères d'admissibilité au CIPH. Cela permettrait aux jeunes Canadiens atteints du diabète de type 1 de cotiser à un REEI pour leur avenir.

2. Imposer une taxe sur les boissons édulcorées : lutter contre les excès de poids et réduire le fardeau des maladies chroniques, dont le diabète.

Contexte

Le diabète de type 2 est une crise nationale en matière de santé : un nouveau cas est diagnostiqué toutes les trois minutes. Les conséquences personnelles sur la santé sont tragiques : infarctus, accident vasculaire cérébral, dialyse, cécité, amputation d'un membre. De nombreuses études ont établi une corrélation entre la consommation excessive de boissons édulcorées et un risque accru de diabète de type 2 et de diabète gestationnel. Les boissons édulcorées, notamment les boissons gazeuses et les boissons à sucre ajouté comme les boissons énergétiques, les boissons aux fruits, les boissons au café et le thé glacé, contiennent d'importantes quantités de glucides facilement absorbables et sont considérées comme pauvres en nutriments. La consommation de boissons édulcorées entraîne une consommation rapide de grandes quantités de sucre en une seule portion et peut favoriser la surconsommation de calories provenant de liquides, étant donné que les liquides procurent un effet de rassasiement plus faible que les aliments solides, ce qui entraîne un gain de poids. Il est important de souligner que les boissons édulcorées accroissent à elles seules le risque de diabète de type 2. Cela signifie que même en ayant un poids santé, une personne dont l'apport en calories proviendrait en grande partie de boissons édulcorées aurait 20 % plus de risque d'être atteinte de diabète de type 2 qu'une personne de poids comparable dont l'apport en calories proviendrait d'autres sources.

En moyenne, les Canadiens consomment 100 litres de boissons sucrées par année; ces boissons contiennent environ 40 grammes (10 c. à thé) de sucre par portion. Les boissons édulcorées représentent 35 % de l'apport en glucides des Canadiens adultes, une quantité estimée à 110 grammes, ou 26 c. à thé de sucre.³ Les boissons gazeuses constituent la principale source de boissons sucrées chez les enfants de 9 à 18 ans. Lors d'un sondage mené par Statistique Canada, 53 % des garçons et 35 % des filles âgées de 14 à 18 ans ont indiqué avoir consommé des boissons gazeuses le jour précédent le sondage.⁴

Il faut agir de toute urgence sur divers fronts afin de réduire la consommation de boissons édulcorées et, ainsi, réduire le fardeau de l'obésité et du diabète de type 2 au Canada. Il n'existe aucune intervention qui, à elle seule, peut entraîner une réduction radicale des cas du

diabète de type 2. Ensemble, les interventions axées sur la population comme l'imposition d'une taxe sur les boissons édulcorées, la sensibilisation, des politiques améliorées en matière de distribution alimentaire, et l'offre de produits alimentaires sains par les établissements publics favoriseront les saines habitudes alimentaires, la réduction de la consommation de sucres libres et l'amélioration de la santé.

Imposition d'une taxe sur les boissons sucrées

Afin de réduire le fardeau du diabète de type 2, du surpoids, de l'obésité et d'autres maladies chroniques au Canada, une combinaison de mesures multisectorielles et plurigouvernementales est requise. Les ministres de la Santé ont mis en place un cadre de lutte contre l'obésité infantile, reconnaissant ainsi la nécessité de « diminuer la disponibilité et l'accessibilité des aliments à forte teneur en sucre » au Canada. L'imposition d'une taxe visant à promouvoir la santé est une étape essentielle pour réduire la consommation de boissons édulcorées au sein de la population canadienne.

À l'échelle internationale, certains gouvernements ont employé ce levier stratégique afin de courber la consommation de sucre. Le Mexique, la France, la Hongrie, la Finlande et certaines administrations américaines (le Vermont et la ville de Berkeley, en Californie) ont imposé une taxe sur les boissons édulcorées afin de dissuader les gens d'en consommer et ont réorienté les recettes vers des initiatives de promotion de la santé. En janvier 2014, le gouvernement mexicain a imposé une taxe de 10 % sur les boissons sans produit laitier et les boissons non alcoolisées à sucre ajouté. Les résultats rendus publics indiquent, pour 2014, une baisse de 6 % des achats, baisse qui a atteint 12 % en décembre de la même année. Ces résultats ont été observés dans tous les groupes socioéconomiques, et l'effet le plus marqué a été observé dans la catégorie des personnes à faible revenu (une baisse de 17 % des achats de boissons édulcorées). On a observé parallèlement une augmentation des achats d'eau embouteillée.⁵

Il a été démontré que l'imposition d'une taxe sur les boissons sucrées permet d'en réduire la consommation et génère des revenus importants pouvant servir à appuyer les initiatives de promotion de la santé. Les recettes pourraient en outre servir à appuyer les autres stratégies clés définies dans le cadre de réduction du diabète et de l'obésité, notamment l'amélioration de l'offre d'aliments nutritifs et de l'accès à ceux-ci dans les collectivités nordiques, isolées et rurales, où le fardeau des poids malsains et du diabète est plus élevé. Le cas du Mexique est l'exemple le plus récent et le plus crédible pour démontrer que l'imposition d'une taxe sur les boissons sucrées est un outil efficace pour réduire la consommation, et aussi le risque qu'elle représente pour la santé des Canadiens.

Recommandation 2 :

L'Association canadienne du diabète recommande que le gouvernement fédéral impose une taxe sur les boissons sucrées et qu'il utilise les revenus ainsi obtenus pour financer des initiatives de promotion de la santé.

3. Un régime national d'assurance-médicaments : assurer l'accès équitable aux médicaments essentiels pour les personnes atteintes de diabète et de complications connexes

À l'exception du Canada, tous les pays avancés qui possèdent un système universel de soins de santé assurent la couverture universelle des médicaments sur ordonnance, notamment le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède. L'Association canadienne du diabète a décrit les lacunes du régime actuel de remboursement des médicaments au Canada. Dans le cadre du système actuel, les Canadiens n'ont pas tous accès aux médicaments sur ordonnance et l'importance d'un accès équitable aux médicaments sur ordonnance essentiels fait l'objet d'un consensus de plus en plus vaste.

L'accès équitable et en temps opportun aux médicaments est un enjeu important pour les quelque 16 millions de Canadiens atteints d'au moins une maladie chronique⁶, y compris le diabète et ses complications connexes (p. ex. maladies cardiovasculaires, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale, amputation, cécité et dépression). Cela découle du fait que 90 % des Canadiens atteints de ces maladies prennent au moins un médicament sur ordonnance, et 54 % d'entre eux en prennent quatre ou plus.⁷

Quoique la *Loi canadienne sur la santé* prescrive que les médicaments d'ordonnance administrés dans les hôpitaux soient couverts, cette prescription ne s'applique pas aux médicaments d'ordonnance administrés à l'extérieur de l'hôpital. Cela peut par conséquent entraîner des coûts élevés pour les Canadiens atteints de maladies chroniques qui ne sont pas couverts par un régime public (p. ex. aide sociale, prestations aux personnes âgées, etc.) ou par une assurance privée (employeurs ou autres sources). Ces coûts peuvent être un obstacle important à l'observance d'une pharmacothérapie. En effet, environ 10 % des Canadiens ont omis de prendre leurs médicaments en raison des coûts, mais ce pourcentage est de 23 % chez les personnes atteintes de maladie chronique. Un Canadien sur 10 a de la difficulté à payer le coût de ses médicaments même s'il a une assurance, tandis que cette proportion s'élève à un sur quatre chez les personnes non assurées. Les personnes les plus touchées sont les personnes atteintes de maladies chroniques qui doivent assumer des coûts récurrents pour leurs médicaments.⁸

Ces coûts sont particulièrement élevés pour les personnes atteintes de diabète et de complications connexes : la plupart sont confrontés à des coûts prohibitifs (1 500 \$ ou 3 % du revenu annuel d'une personne). Par conséquent, beaucoup ne suivent pas leur pharmacothérapie et, de ce fait, compromettent leurs activités de gestion du diabète et s'exposent à des complications.⁹

Bien que les provinces aient amélioré la couverture pour les personnes à faible revenu ou celles dont le coût des médicaments est élevé, la mise en place d'un plan national coordonné demeure au point mort.¹⁰ Il en résulte « un fouillis de régimes publics et privés où la protection de chacun n'est plus fondée sur les besoins : elle dépend plutôt de l'endroit où les gens vivent,

de l'emploi qu'ils occupent, ainsi que des moyens financiers de chaque personne et de chaque famille. ». ¹¹

Au cours de la dernière décennie, les taux de prévalence des principales complications du diabète telles que les crises cardiaques, les amputations et l'insuffisance rénale ont été réduits de moitié. Cette amélioration découle presque entièrement de l'utilisation de médicaments développés selon une approche fondée sur des preuves. ¹² Malheureusement, les Canadiens ne pourront pas tous bénéficier de ces avancées, car 24 % d'entre eux n'ont aucune assurance-médicaments et près des deux tiers des ménages doivent assumer le coût des médicaments d'ordonnance. ^{8,11}

Il existe diverses façons de fournir aux Canadiens des pharmacothérapies médicalement nécessaires par l'intermédiaire du système de santé. Diverses approches, chacune d'elles ayant ses coûts et ses avantages, peuvent être adoptées pour veiller à ce que les Canadiens qui n'ont pas une assurance-médicaments adéquate aient accès aux médicaments essentiels. Il est essentiel que les personnes atteintes de diabète participent activement à la conception, l'élaboration et la mise en œuvre d'un régime qui, à terme, servira à satisfaire leurs besoins médicaux.

Recommandation 3 :

L'Association canadienne du diabète recommande la création d'un régime national d'assurance-médicaments dont la conception se fera avec la participation active des personnes atteintes de diabète. Le programme viserait à garantir aux personnes atteintes de diabète et de complications connexes un accès aux médicaments essentiels et permettrait d'économiser les fonds publics.

Conclusion

Les recommandations présentées dans le mémoire de l'Association canadienne du diabète dans le cadre des consultations prébudgétaires représentent nos priorités quant aux investissements du gouvernement fédéral; elles ont pour objectif d'améliorer sensiblement la vie des personnes atteintes de diabète. Ces investissements stratégiques auront pour effet d'améliorer la productivité des Canadiens et de réduire le fardeau financier imposé à notre système de soins de santé et à notre économie.

L'Association canadienne du diabète continuera de travailler avec le gouvernement et d'autres intervenants dans le domaine du diabète en vue de résultats de santé optimaux pour les personnes atteintes de diabète ou qui risquent d'en être atteintes. Nous remercions le Comité de nous avoir donné l'occasion de présenter ces recommandations.

Références

- ¹ Association canadienne du diabète. *The Diabetes Charter of Canada*. Toronto, ON : ACD; 2014. Téléchargé de <http://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/know-your-rights/support-the-diabetes-charter-for-canada/diabetes-charter-for-canada>.
- ² Association canadienne du diabète. 2015 *Report on Diabetes: Driving Change*. Toronto, ON : ACD; 2015. Téléchargé de <https://www.diabetes.ca/getmedia/5a7070f0-77ad-41ad-9e95-ec1bc56ebf85/2015-report-on-diabetes-driving-change-english.pdf.aspx>
- ³ Langlois K et Garriguet D. *Consommation de sucre chez les Canadiens de tous âges*. Rapports sur la santé, 2011; 22(3) : 1-5. Téléchargé de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011003/article/11540-fra.pdf>.
- ⁴ Garriguet D. *Consommation de boissons par les enfants et les adolescents*. Rapports sur la santé, 2008; 19(4) : 17-22. Téléchargé de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008004/article/10716/6500244-fra.htm>.
- ⁵ Colchero MA, Popkin, BM, Rivera, JA, et al. *Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study*. BMJ, 2016; 352:h6704. Téléchargé de <http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6704>.
- ⁶ Académie canadienne des sciences de la santé. *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique*. Ottawa, ON : ACSS; 2010. Téléchargé de <http://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-English.pdf>.
- ⁷ Conseil canadien de la santé. *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladies chroniques évaluent-ils le système de soins de santé?* Toronto, ON : CCS; 2011. Téléchargé de http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/ccs-hcc/H173-1-6-2011-eng.pdf.
- ⁸ Law, MR, Cheng, L, Dhalla, IA, Heard, D, Morgan, S. G. *The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada*. Journal de l'Association médicale canadienne, 2012; 184(3) : 297-302.
- ⁹ Association canadienne du diabète. *The burden of out-of-pocket costs for Canadians with diabetes*. Toronto, ON : ACD; 2011. Téléchargé de http://www.diabetes.ca/documents/get-involved/17973-Out-of-Pocket%20Costs-Report_final_sm_Sep12.pdf.
- ¹⁰ Conseil canadien de la santé. *Rapport de progrès 2011 : Renouveau des soins de santé au Canada*. Toronto, ON : CCS; 2011. Téléchargé de http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.45-2011Progress_FRA.pdf.
- ¹¹ Centre canadien de politiques alternatives. *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*. Ottawa, ON : CCPA; 2010. Téléchargé de https://www.policynalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/09/assurance_medicaments.pdf.
- ¹² Gregg, EW, Li, Y, Wang, J, et al. *Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990–2010*. New England Journal of Medicine, 2014; 370:1514-1523. Téléchargé de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1310799>.