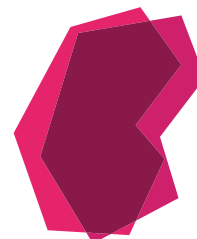


Passer à l'action face à la maladie rénale chronique au Canada

UN CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL



FONDATION
DU **rein** MC

Table des matières

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE NATIONALE	3
REMERCIEMENTS	4
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	5
 PRÉSENTATION DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE	 7
Introduction	8
Causes et facteurs de risque	9
Options de traitement.....	10
Alignement sur les priorités nationales et mondiales en matière de santé	11
Impact de la MRC sur les populations autochtones	12
Poids de la maladie rénale sur les patients et leurs familles	14
Fardeau économique de la MRC	16
Impact économique de la prévention et du diagnostic précoce	17
 CADRE NATIONAL SUR LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC).....	 18
Objectif et champ d'application du cadre	19
Stratégie et contexte	19
Principes fondamentaux.....	20
Priorités du cadre stratégique	24
 Priorité stratégique n° 1	 25
Priorité stratégique n° 2	29
Priorité stratégique n° 3	33
 AVANCER.....	 37
 ANNEXES	 38

Message de la directrice générale nationale

La maladie rénale chronique (MRC) est un problème de santé publique urgent qui exige une reconnaissance nationale et une action coordonnée. Pour les millions de personnes au Canada qui vivent avec une MRC, les conséquences de cette maladie vont bien au-delà de la fonction rénale : elle affecte la santé physique et mentale, le bien-être social et la stabilité financière. Lorsque la fonction rénale décline, des symptômes tels que la fatigue, les nausées et les démangeaisons peuvent devenir débilitants, limitant souvent la capacité à travailler ou à participer pleinement à la vie quotidienne. Aux stades avancés de la MRC, de nombreux patients doivent subir des traitements de dialyse épuisants, plus de 12 heures par semaine, qui perturbent les habitudes, pèsent sur la vie de famille et entraînent un lourd tribut physique, émotionnel et financier. Pour les personnes qui ont la chance de recevoir une greffe de rein, le don de la vie apporte l'espoir, mais aussi la dépendance à vie aux médicaments immunosuppresseurs, un suivi médical permanent et l'incertitude constante de la longévité de la greffe. Ensemble, ces réalités soulignent l'urgence d'une action nationale pour prévenir les maladies rénales et soutenir les personnes qui en sont atteintes.

Le **Cadre stratégique national sur la maladie rénale chronique** marque une étape décisive pour le Canada. Enraciné dans l'expérience des personnes atteintes de MRC et façonné par le dévouement des professionnels de la santé et des chercheurs, ce cadre fournit une feuille de route unifiée à l'échelle nationale pour améliorer la santé rénale. Il établit des priorités claires en matière de prévention, de dépistage précoce, d'intervention rapide, d'accès équitable aux soins et de renforcement des systèmes de recherche et de données. Cette réalisation reflète la vision et les efforts collectifs de la communauté canadienne du rein et est le fruit d'innombrables heures, d'un engagement passionné et d'une expertise inestimable de la part de personnes atteintes de maladie rénale chronique (MRC), de proches aidants, de professionnels de la santé et de chercheurs de tout le Canada. Merci pour votre soutien indéfectible.

Le cadre n'est qu'un début. La mise en œuvre nécessitera une direction et une collaboration soutenues à tous les niveaux de gouvernement. Le gouvernement fédéral, en tant que responsable, doit travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour faire de la MRC une véritable priorité nationale en matière de santé.

L'action du Canada s'inscrit dans le cadre d'un mouvement mondial croissant en faveur de la santé rénale, souligné par l'adoption historique par l'Assemblée mondiale de la santé de la toute première résolution sur la santé rénale en 2025. Cet élan international réaffirme à la fois l'urgence et l'opportunité qui s'offrent à nous.



ELIZABETH MYLES
DIRECTRICE GÉNÉRALE
NATIONALE

La Fondation canadienne du rein est fière d'avoir dirigé l'élaboration de ce cadre et reste déterminée à faire en sorte que ses objectifs se traduisent par des améliorations significatives et mesurables pour les Canadiens et Canadiennes. Nous nous réjouissons de notre parcours collectif, qui nous permettra de transformer ce cadre en progrès tangibles et vitaux pour toutes les personnes atteintes de MRC au Canada.



Remerciements

L'élaboration du *Cadre stratégique national pour la maladie rénale chronique* n'aurait pas été possible sans le dévouement, les connaissances et la collaboration d'un grand nombre de personnes et d'organisations à travers le Canada.

Nous exprimons notre profonde gratitude au **comité de pilotage** du cadre, dont le temps, l'expertise et la direction ont guidé la création de ce document, de sa conception à son achèvement. Leurs délibérations réfléchies et leur engagement à améliorer la santé rénale ont permis de garantir que le cadre reflète à la fois les politiques fondées sur des données probantes et les réalités de la mise en œuvre des systèmes de santé.

Nous tenons également à souligner la contribution inestimable du **comité consultatif de la communauté rénale**, dont les membres ont fait entendre la voix et les expériences vécues des personnes atteintes d'une maladie rénale chronique, de leurs familles et de leurs proches aidants. Leurs points de vue ont permis d'ancrer le cadre dans la compassion et l'esprit pratique, garantissant ainsi que les recommandations répondent aux véritables défis auxquels sont confrontés les Canadiens et Canadiennes vivant avec une MRC.

Des remerciements particuliers sont également adressés aux nombreux patients, proches aidants, cliniciens, chercheurs, professionnels paramédicaux et partenaires organisationnels qui ont partagé leurs connaissances et leur expérience tout au long de ce processus. Leur collaboration interdisciplinaire et interjuridictionnelle illustre l'esprit de partenariat qui sera essentiel pour concrétiser la vision du cadre.

Ensemble, ces efforts collectifs ont jeté les bases d'une approche plus solide et plus équitable de la santé rénale au Canada - une approche qui reflète le dévouement commun de tous ceux qui s'efforcent de prévenir, de gérer et, en fin de compte, d'éliminer le fardeau de la maladie rénale chronique.

Résumé Exécutif

La maladie rénale chronique (MRC) touche 1 Canadien sur 10 et constitue la 11e cause de décès au Canada.

La MRC se définit par une diminution de la fonction rénale qui persiste pendant une période de trois mois ou plus. Il s'agit d'une maladie progressive qui peut aller de légère à sévère et qui, dans certains cas, peut conduire à une maladie rénale de stade avancé. La MRC évolue souvent sans symptômes pendant de nombreuses années, ce qui signifie que des dommages permanents se produisent souvent avant que la maladie ne soit détectée. Cette « épidémie silencieuse » représente une occasion manquée de prévention et d'intervention précoce. Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif de la MRC, un diagnostic précoce et une intervention rapide sont essentiels pour préserver la fonction rénale restante et prévenir la progression de la maladie chez les personnes concernées.

Le fait que la prévalence de la MRC soit en augmentation ajoute à l'urgence de reconnaître et de traiter cette maladie comme une priorité essentielle de santé publique. En raison du vieillissement et de la croissance de la population canadienne, la prévalence de la MRC devrait passer de 4,5 millions en 2024 à plus de 6,2 millions d'ici à 2050, près de la moitié de ces cas concernant des personnes aux stades avancés de la maladie. Une étude de 2017 a estimé que le coût total pour le système de santé des personnes au Canada vivant avec une MRC dépasse 40 milliards de dollars canadiens par an. Cela inclut le coût des soins pour les maladies concomitantes affectant ces personnes. Sans mesures politiques, le Canada devra faire face à un fardeau croissant de l'insuffisance rénale, à des hospitalisations évitables et à des inégalités entre les populations.

La MRC touche de manière disproportionnée certaines minorités raciales et ethniques, notamment les populations autochtones, africaines/caribéennes, asiatiques, sud-asiatiques et hispaniques. Il existe des lacunes importantes dans les données, notamment en ce qui concerne la prévalence de la MRC et ses conséquences sur les communautés autochtones. Ces lacunes doivent être comblées pour garantir des soins équitables aux communautés les plus exposées au risque de présenter une MRC.

Le cadre stratégique national sur la maladie rénale chronique sert de guide fondamental pour inverser ces tendances difficiles et mettre en place un système de soins rénaux moderne et résilient au Canada. Le cadre définit les orientations nécessaires pour :

Donner la priorité à la prévention, au dépistage précoce et à l'intervention rapide

Garantir un accès équitable aux soins rénaux pour tous les Canadiens et Canadiennes, et

Faire progresser la recherche et les données pour améliorer la santé rénale

Ce cadre fournit un modèle national pour guider les décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux, les administrateurs des systèmes de santé et les responsables de la santé publique dans l'harmonisation de la prévention et de la prise en charge de la MRC à l'échelle nationale et dans l'intégration de la promotion de la santé rénale dans le programme plus large des soins primaires. L'engagement et la coordination à tous les niveaux du gouvernement garantiront que tous les Canadiens et Canadiennes, indépendamment de leur situation géographique ou de leurs antécédents, auront la possibilité de vivre une vie plus saine, sans les fardeaux évitables de la MRC.



PRÉSENTATION DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Introduction

La maladie rénale chronique (MRC) est une maladie chronique complexe, progressive et potentiellement mortelle qui se définit par la présence de lésions rénales ou par une réduction de la fonction rénale pendant trois mois ou plus¹. Elle peut aller d'un dysfonctionnement léger à une maladie sévère et, dans certains cas, évoluer vers une insuffisance rénale (également appelée maladie rénale de stade avancé¹).

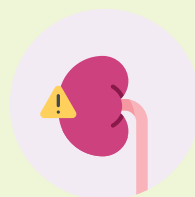
La MRC évolue souvent progressivement et peut ne pas provoquer de symptômes notables jusqu'à ce que la fonction rénale soit sévèrement réduite et que des dommages irréversibles surviennent¹. Par conséquent, la maladie est souvent sous-diagnostiquée et sous-déclarée, et de nombreuses personnes ignorent qu'elles sont atteintes d'une MRC jusqu'à un stade avancé^{2,3}. Cette « épidémie silencieuse » représente une occasion manquée de prévention, de dépistage et d'intervention précoces. Sans mesures politiques, le Canada devra faire face à un fardeau croissant de l'insuffisance rénale, à des hospitalisations évitables et à des inégalités de santé grandissantes entre les populations.

Pour la plupart des personnes atteintes de MRC, la maladie n'évolue pas vers l'insuffisance rénale, surtout si elle est détectée à un stade précoce et prise en charge de manière appropriée. Malgré tout, la MRC reste la 11^e cause de décès au Canada⁴. La MRC touche plus de 4 millions de personnes au Canada, soit 1 personne sur 10. Avec le vieillissement de la population et la progression du diabète et de l'hypertension, le nombre de personnes atteintes de MRC au Canada devrait dépasser 6,2 millions d'ici à 2050, dont près de la moitié de cas modérés à sévères^{3,5,6}. Cela pose des défis importants pour les personnes touchées et exerce une pression constante sur les budgets provinciaux de la santé et l'économie nationale.



1 CANADIEN SUR 10

SOUFFRE D'UNE MALADIE RÉNALE^{3,5}

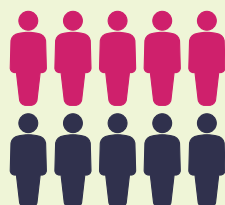


PLUS DE 50 000

PERSONNES SONT EN COURS DE TRAITEMENT POUR UNE INSUFFISANCE RÉNALE⁷

52 %

DES PATIENTS SOUFFRANT D'IRT ONT MOINS DE 65 ANS⁷



11^E

CAUSE DE DÉCÈS LA PLUS IMPORTANTE⁴

Causes et facteurs de risque

Chez les adultes, le diabète et l'hypertension sont les principaux facteurs de risque de la MRC⁶. Chez les enfants, les anomalies congénitales des reins et des voies urinaires, ainsi que certaines maladies rénales génétiques, peuvent entraîner des lésions rénales ou une insuffisance rénale^{1,8}. Les maladies cardiovasculaires, le tabagisme et les antécédents familiaux de maladie rénale sont d'autres facteurs de risque de MRC^{1,6,9}.

POPULATIONS À HAUT RISQUE

La maladie rénale chronique (MRC) touche de manière disproportionnée certaines populations et ethnies, notamment les communautés indigènes, africaines/caribéennes, asiatiques, sud-asiatiques et hispaniques. Ces groupes présentent des taux plus élevés de MRC en raison d'une combinaison de facteurs, tels que la prévalence accrue du diabète et de l'hypertension, la prédisposition génétique et les inégalités dans l'accès au dépistage précoce, au diagnostic et aux soins continus^{10,11,12,13,14}. Les déterminants sociaux de la santé - notamment le revenu, l'éducation, le logement et l'accès à des services de santé culturellement sécuritaires - aggravent encore ces disparités^{15,16,17}.

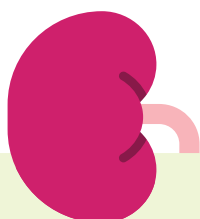
MRC CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

Bien que la MRC soit rare chez les enfants et les jeunes, ceux qui en sont atteints sont confrontés à des complications de santé tout au long de leur vie, à une diminution de leur qualité de vie et à une augmentation de la mortalité⁸. La détérioration des habitudes alimentaires et la diminution de l'activité physique chez les jeunes sont de plus en plus préoccupantes, car elles pourraient entraîner une augmentation significative des diagnostics de MRC à l'avenir¹⁸. Cette tendance met en évidence un problème de santé publique de plus en plus urgent.

Des taux plus élevés de MRC pédiatrique ont été identifiés dans les populations autochtones par rapport à la population générale, et la prévalence accrue de l'obésité, de l'hypertension et du diabète de type 2 chez les jeunes autochtones contribue à cette différence¹⁹.

Options de traitement

Les maladies rénales sont incurables et il n'existe que trois options de traitement de l'insuffisance rénale : la greffe, la dialyse ou une prise en charge conservatrice des reins axée sur la qualité de vie et le contrôle des symptômes.

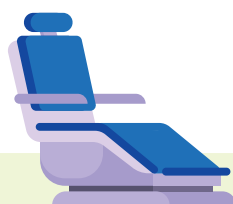


GREFFE DE REIN

Considérée comme le meilleur traitement pour les patients éligibles, la greffe remplace les reins défaillants par un rein sain provenant d'un donneur vivant ou décédé. Elle offre une plus grande liberté et une meilleure qualité de vie, mais nécessite l'utilisation à vie de médicaments anti-rejet et d'autres médicaments.

1 929

GREFFES DE REIN RÉALISÉES
EN 2024²⁰

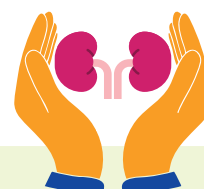


DIALYSE

Un traitement de maintien en vie qui élimine les déchets et l'excès de liquide du sang lorsque les reins ne peuvent plus le faire. Elle peut être effectuée à domicile ou dans un hôpital ou une clinique, généralement plusieurs fois par semaine.

30 213

PERSONNES SOUS DIALYSE
EN 2024⁷



PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DES REINS

Cette option thérapeutique s'adresse aux personnes qui ne sont pas candidates à la dialyse ou à la greffe, ou qui choisissent de ne pas poursuivre ces traitements. Elle se concentre sur la prise en charge des symptômes, la préservation de la fonction rénale restante le plus longtemps possible et le soutien de la qualité de vie.

DURÉE DE SURVIE DE 5 ANS²¹

93 %

84 %

40 %

SONT DES RECEVEURS DE
DONNEURS VIVANTS²¹

SONT DES RECEVEURS DE
DONNEURS DÉCÉDÉS²¹

DES PATIENTS SONT SOUS
HÉMODIALYSE⁷

Alignement sur les priorités nationales et mondiales en matière de santé

Le cadre stratégique national sur la maladie rénale chronique soutient et reflète les engagements nationaux et internationaux du Canada visant à réduire le fardeau des MNT, à accroître l'équité en matière de santé et à renforcer la durabilité des systèmes de santé. En mai 2025, l'Organisation mondiale de la santé a adopté sa toute première résolution reconnaissant officiellement la MRC comme une priorité dans le cadre du programme mondial de lutte contre les MNT, exhortant les États membres à renforcer les stratégies de prévention et de prise en charge.

La lutte contre les maladies rénales suscite un élan mondial croissant, les organisations internationales et les gouvernements reconnaissant de plus en plus l'impact de ces maladies. En mai 2025, l'Organisation mondiale de la santé a adopté sa toute première résolution reconnaissant officiellement la MRC comme une priorité dans le cadre du programme mondial de lutte contre les MNT²². En décembre 2025, les dirigeants du monde entier ont adopté, lors de l'Assemblée générale des Nations unies, une déclaration politique sur les MNT qui, pour la première fois, inclut explicitement les maladies rénales parmi les principales maladies non transmissibles²³. Le cadre national sur la maladie rénale chronique renforce l'action internationale en faveur de la prévention, du dépistage précoce et des soins intégrés pour les maladies chroniques.

Au Canada, le cadre s'aligne sur les plans stratégiques des programmes rénaux provinciaux, ainsi que sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains de l'Agence de la santé publique du Canada, qui vise à améliorer les résultats sur le plan de la santé globale et à réduire les disparités en matière de santé en s'attaquant aux principaux facteurs de risque modifiables²⁴.

Le fait de donner la priorité à la maladie rénale chronique et de s'y attaquer offre une occasion importante de transformer le système de soins de santé en passant de soins réactifs à des modèles de soins proactifs, intégrés et fondés sur la valeur. Cet investissement est très rentable : le dépistage et le traitement précoces réduisent considérablement les coûts associés au traitement de l'insuffisance rénale, d'autant plus que la prévention de la MRC s'aligne sur les stratégies de prise en charge du diabète, de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires, offrant ainsi une efficacité transsectorielle extensible^{25,26}.

Impact De La MRC Sur Les Populations Autochtones

La MRC touche de manière disproportionnée les diverses populations autochtones du Canada, y compris les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits^{10,11,12}. Les peuples des Premières Nations sont presque trois fois plus susceptibles de souffrir d'une MRC¹⁰. Et ils présentent des taux plus élevés de diabète, d'hypertension et d'autres facteurs de risque de maladie rénale. Plus ils vivent loin des grands centres urbains, plus ces risques augmentent^{11,12,13,14,15}. Les populations autochtones sont également plus susceptibles que les non-autochtones de connaître une apparition précoce, un diagnostic tardif, une progression rapide et une forme plus sévère de maladie rénale^{10,12,15}. Ces personnes ont un taux de survie global plus faible et ont moins de chances de recevoir une greffe de rein que le reste de la population atteinte de MRC^{10,15,16}.

Les habitants des zones rurales et isolées ont également moins accès aux ressources nécessaires, notamment aux soins primaires, à une alimentation saine, à de l'eau potable, à un logement, à des services publics fiables et à des informations sur la santé culturellement sécuritaires, sensibles et appropriées et ils sont plus susceptibles de devoir quitter leur communauté et leur réseau de soutien pour recevoir un traitement^{10,12,15,16}.

Les inégalités subies par les populations autochtones sont dues aux effets intergénérationnels du racisme systémique, et ces inégalités sont aggravées par le manque d'accès aux médicaments, aux traitements et aux prestataires de soins de santé originaires de leurs communautés ou au sein de celles-ci. Les connaissances des dirigeants autochtones, des prestataires de soins de santé dans les communautés urbaines, rurales et éloignées, et des membres de la communauté ayant une expérience vécue de la maladie rénale sont essentielles à l'élaboration d'une nouvelle approche urgente pour des soins rénaux culturellement sécuritaires et compétents.



« Comme le racisme dans le monde des soins de santé, nous devons y penser. Il est important de toujours associer les Premières Nations, les Métis et les Inuits avec respect. Toutes nos expériences sont différentes et uniques. Le Canada a une obligation envers nous. Nous devons veiller à tendre la main aux Métis et aux Inuits. Chaque fois que nous nous asseyons autour d'une table, nous devons veiller à ce que l'approche soit fondée sur la distinction. »

**- GROUPE DE DISCUSSION AUTOCHTONE
SUR L'EXPÉRIENCE VÉCUE**

Toute mesure visant à remédier aux inégalités d'accès à la santé rénale ou à améliorer les résultats dans ce domaine au sein des communautés autochtones doit s'appuyer sur les appels à l'action en matière de santé de la Commission de vérité et réconciliation²⁷. L'augmentation du nombre de professionnels de la santé et de dirigeants autochtones est essentielle pour améliorer l'accès aux soins préventifs et aux traitements au sein de la communauté^{15,28,29}. Il est tout aussi important de reconnaître et d'intégrer les pratiques de guérison traditionnelles autochtones dans le cadre d'une approche holistique des soins^{15,16,28}.

GROUPE DE DISCUSSION AUTOCHTONE SUR L'EXPÉRIENCE VÉCUE

« On ne peut pas dire aux gens de manger des légumes verts quand une tête de laitue coûte 10 à 15 dollars. Cela ne sert à rien dans un contexte d'insécurité alimentaire. »

« [...] s'oriente vers un racisme systémique. Cela met l'accent sur le manque de ressources et de services de santé dans nos communautés, qui sont accessibles à d'autres. »

« Cela me touche profondément parce que, vous savez, c'est un parcours difficile et il est malheureux que nous devions toujours raconter ces histoires encore et encore. »

GROUPE DE RÉFLEXION DE PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX AUTOCHTONES FOCUS GROUP

« La façon dont les choses sont conçues a un impact sur les gens. »

Poids de la maladie rénale sur les patients et leurs familles

Dès le diagnostic, le parcours rénal entraîne de profonds changements non seulement dans la vie de la personne atteinte d'une maladie rénale, mais aussi dans l'ensemble de son cercle social, y compris les partenaires, les enfants, la famille élargie, les amis et les collègues. La prise en charge de la maladie, en particulier à un stade avancé, implique généralement la prise de plusieurs médicaments, l'adaptation du mode de vie et des restrictions alimentaires et hydriques strictes. Ces changements sont souvent difficiles sur le plan émotionnel, physique et financier.

Pour beaucoup, le simple fait de recevoir le diagnostic peut être traumatisant. Il suscite des inquiétudes quant à l'avenir et à la manière dont la maladie affectera la vie familiale, le travail et la qualité de vie en général. Les conséquences sur la santé mentale peuvent être importantes et les personnes atteintes de MRC, en particulier aux stades avancés, sont plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété^{30,31}. La prévalence des problèmes de santé mentale est liée en partie au fardeau accru des soins et traitements, mais l'accès à un soutien psychologique ou social approprié reste limité au Canada^{31,32}. Ce manque de soins cohérents et accessibles affecte également les soignants, qui sont souvent victimes d'épuisement professionnel et de tension émotionnelle^{32,33}.

Au fur et à mesure que la maladie progresse, le fardeau s'alourdit. Si la fonction rénale diminue au point de devenir insuffisante, la personne aura besoin d'un traitement intensif et invasif qui aura un impact profond sur elle et sur ceux qui la soutiennent. La dialyse, en particulier, impose un programme de traitement rigide et a des conséquences physiques importantes, obligeant souvent les personnes concernées à réduire leurs heures de travail ou à quitter complètement leur emploi.

Bien que le système de santé canadien soit financé par l'État, les maladies rénales entraînent de nombreux frais non médicaux et à la charge des patients. Il s'agit notamment des dépenses liées aux médicaments et aux compléments qui ne sont pas entièrement couverts par les listes de médicaments provinciales, ainsi que des frais de déplacement et d'hébergement pour les personnes vivant dans des zones rurales ou éloignées qui doivent accéder à des soins loin de chez elles^{34,35}. Les patients et leurs familles doivent souvent payer le transport, le stationnement, les repas et l'hébergement lors des rendez-vous, des examens ou des dialyses.

« Les décideurs doivent comprendre que les gens souffrent réellement d'une énorme charge financière. »

- GROUPE DE RÉFLEXION SUR LA SANTÉ

Pour les personnes qui doivent rester dans un grand centre pour y suivre un traitement, le fait de vivre loin de chez soi pendant une période prolongée entraîne des coûts émotionnels, sociaux et financiers.

L'insécurité alimentaire ajoute une difficulté supplémentaire, car les personnes atteintes d'une maladie rénale ont besoin d'aliments frais et adaptés à leurs besoins, qui peuvent être inabordables ou inaccessibles³⁶. La gestion des restrictions hydriques, en particulier aux stades avancés de la maladie, constitue également un défi majeur pour de nombreuses personnes³⁷.

En fin de compte, le parcours d'une personne atteinte d'une maladie rénale affecte tous les aspects de sa vie, de sa santé et de ses finances à son bien-être mental et à ses relations sociales. Elle affecte également le bien-être des soignants, la stabilité des familles et le tissu économique et social des communautés. La lutte contre les maladies rénales au Canada nécessite non seulement un diagnostic et des soins médicaux précoces, mais aussi un système de soutien plus large et plus équitable pour les patients, les soignants et les personnes à risque.



Fardeau économique de la MRC

La maladie rénale chronique représente un défi économique important et croissant pour le système de santé et l'économie globale du Canada. La MRC est à la fois répandue et sous-diagnostiquée, de nombreuses personnes ignorant leur maladie jusqu'à ce qu'elle atteigne un stade avancé.

Les coûts qui en résultent sont considérables. Selon un rapport de Deloitte datant de 2025, le coût direct annuel de la prise en charge de la MRC au Canada est estimé à 7,6 milliards de dollars en 2024, la majorité des dépenses étant engagées aux derniers stades de la maladie, en particulier pour la dialyse et la greffe. Ces traitements absorbent une part disproportionnée des budgets de santé, alors qu'ils ne concernent qu'une petite partie des patients³⁵.

Les coûts indirects pour les patients, les familles, les employeurs et les assureurs s'élèvent à 4,1 milliards de dollars par an, en raison de la perte de revenus, de la baisse de productivité, de la retraite anticipée, des dépenses liées aux soins, du transport pour le traitement et des dépenses liées aux donneurs, ce qui augmente considérablement le fardeau global de la MRC. Cette situation contribue à aggraver la pression économique globale exercée par la maladie³⁵.

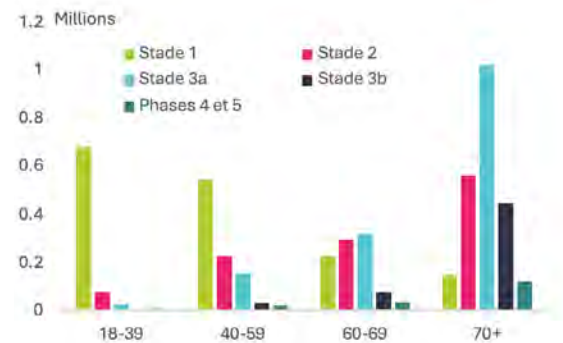
Collectivement, la charge économique annuelle totale (combinant les coûts directs et indirects) dépasse aujourd'hui 11,7 milliards de dollars et devrait être multipliée par 1,5 d'ici 2050, en raison des tendances démographiques et de la prévalence croissante de facteurs de risque tels que le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires³⁵.

Cette trajectoire souligne la nécessité urgente d'investir en amont dans la prévention et l'intervention précoce.

« [...] pendant la période où j'étais sous dialyse et absent du travail, j'ai dû recourir aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Je suis passé du statut de contribuable à celui de personne qui puise des ressources dans le système. »

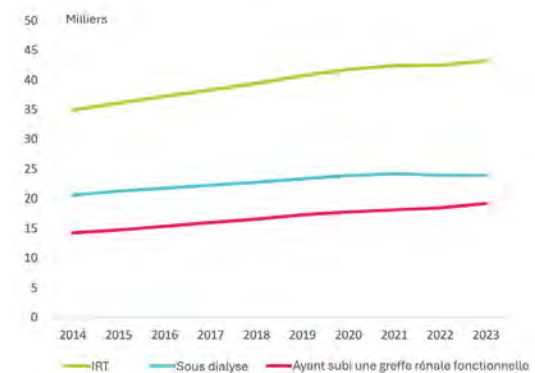
- GREFFÉ ET ANCIEN PATIENT EN HÉMODIALYSE À DOMICILE

ESTIMATION DES CAS DE MRC AU CANADA
par groupe d'âge et par stade de la maladie



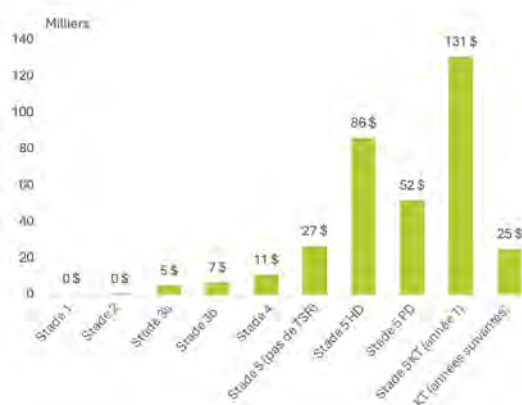
Source : Statistique Canada, CDC, analyse de Deloitte³⁵.

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC L'IRT
par modalité de traitement



Source : CHI, analyse de Deloitte³⁵.
Les chiffres ne tiennent pas compte du Québec. Les données pour le Québec ne sont pas disponibles.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIAGNOSTIQUÉS
par stade de l'IRT et par traitement rénal de suppléance



Source : Inside CKD, analyse de Deloitte³⁵.

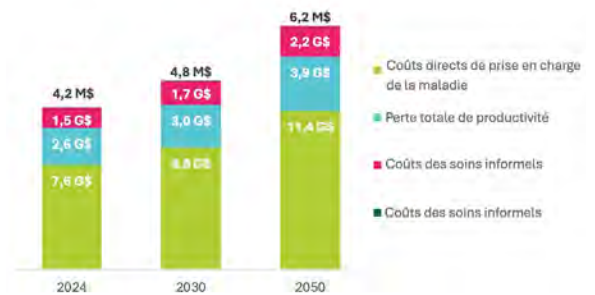
Impact économique de la prévention et du diagnostic précoce

L'optimisation de la prise en charge de la MRC au stade précoce peut permettre de réaliser des économies à grande échelle, celles-ci augmentant au fil du temps en raison des avantages cumulés liés au retardement de la progression de la maladie.

La modélisation économique montre que le diagnostic de la MRC à un stade précoce et asymptomatique permet de réaliser des économies substantielles^{25,35}. Le dépistage précoce permet des interventions relativement peu coûteuses, telles que des modifications du mode de vie, la prise de médicaments, le contrôle de la pression artérielle et la gestion du diabète, qui ralentissent la progression de la maladie rénale. Retarder ou prévenir le début de la dialyse, ne serait-ce que d'un an par patient, peut générer des économies annuelles significatives pour le système. Ramenées à la population nationale, ces économies se traduisent par des centaines de millions de dollars, ce qui rend le dépistage et l'engagement dans les soins primaires à la fois prudents sur le plan financier et nécessaires sur le plan médical.

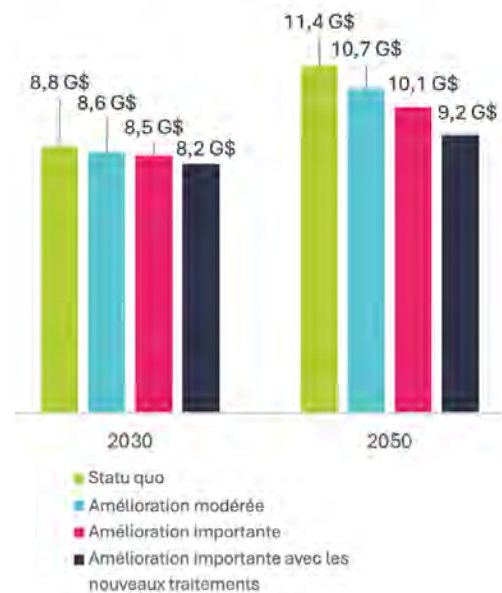
Au-delà des dépenses médicales directes, la prise en charge précoce de la MRC produit des avantages sociaux et macroéconomiques mesurables³⁵. Les patients traités précocement conservent une productivité plus élevée, restent plus longtemps sur le marché du travail et ont moins besoin de mesures de soutien en cas d'invalidité^{34,38,39}. La réduction des hospitalisations et des visites aux urgences diminue encore la pression sur les infrastructures de soins aigus^{33,35,40}. Ces gains indirects - baisse de l'absentéisme, préservation des recettes fiscales et diminution des dépenses d'aide sociale - renforcent l'argumentaire économique global en faveur du dépistage de la MRC dans les populations à risque et de la coordination des soins primaires.

COÛTS DIRECTS ET INDIRECTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MRC 2024, 2030, 2050



Source : Inside CKD, analyse de Deloitte³⁵.

IMPACT DES AMÉLIORATIONS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MRC SUR LES COÛTS DIRECTS



Source : Analyse de Deloitte³⁵.

LES AMÉLIORATIONS DE LA PRISE EN CHARGE REPOSENT SUR LE DÉPISTAGE PRÉCOCE, L'OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA CAPACITÉ DE TRANSPLANTATION RÉNALE.



CADRE NATIONAL SUR LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE (MRC)



Objectif et champ d'application du cadre

À l'heure actuelle, le Canada ne reconnaît pas la maladie rénale comme une affection chronique distincte. Ce manque de reconnaissance crée des obstacles importants à la résolution des problèmes urgents auxquels sont confrontées les personnes vivant avec une maladie rénale, ainsi qu'aux conséquences plus larges sur le système de santé et l'économie canadienne dans son ensemble.

Le cadre national sur la MRC a pour but de tracer une voie politique commune dans la lutte contre la MRC au Canada, en servant d'outil complémentaire pour la prise de décision, le changement et la planification des services de santé. Le cadre est conçu pour favoriser la prévention, le dépistage et l'accès équitable aux soins, ainsi que pour soutenir les données normalisées et la recherche innovante afin d'améliorer la vie des Canadiens et Canadiennes qui risquent de connaître cette maladie ou qui vivent déjà avec elle.

Bien que les soins de santé de première ligne au Canada soient principalement dispensés par les gouvernements et agences provinciaux et territoriaux, ce cadre s'efforce d'identifier les priorités pour tous les niveaux de prise de décision du système de santé dans l'ensemble des entités provinciales et fédérales.



Stratégie et contexte

VISION : TRANSFORMER LA SANTÉ RÉNALE POUR TOUS LES CANADIENS ET CANADIENNES

Garantir à chaque personne au Canada des soins rénaux équitables, novateurs et fondés sur des données probantes, en mettant l'accent sur la prévention, le dépistage précoce et l'intervention rapide.

Principes fondamentaux

Les principes suivants sont essentiels pour fournir une base solide à la prévention et à l'intervention précoce pour les maladies rénales, ainsi que des soins rénaux cohérents et de haute qualité accessibles à tous les Canadiens et Canadiennes. Cela permettra de réduire les disparités et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes à risque ou touchées par les maladies rénales dans tout le Canada.



ÉQUITABLE

L'accès équitable aux soins de la MRC est essentiel pour lutter contre les disparités en matière de santé et garantir que toutes les personnes, indépendamment de leur statut socio-économique, de leur appartenance ethnique ou de leur situation géographique, reçoivent les soins dont elles ont besoin. Les recherches démontrent régulièrement que les communautés marginalisées sont confrontées à des obstacles en matière d'accès aux soins de santé, ce qui contribue à aggraver la progression de la MRC et la mortalité^{11,12,13,14,15,16,17}. Ce principe instaure une approche proactive de l'identification et de l'élimination de ces obstacles.

Les politiques devraient donner la priorité à une répartition équitable des ressources, encourager les soins dans les régions sous-équipées et veiller à ce que les progrès en matière de dépistage et de traitement de la MRC soient accessibles à tous, en particulier aux populations vulnérables. Il s'agit également de stratégies fondées sur la réconciliation pour concevoir conjointement des soins qui s'attaquent aux inégalités systémiques dont sont victimes les populations autochtones et qui instaurent la confiance et la collaboration au sein de ces communautés et de leurs partenaires.

« Pour moi, l'accès équitable implique toutes les modalités de traitement, l'accès aux spécialistes, aux sources de recherche et à l'aide financière. Cela, indépendamment de la situation géographique, de l'âge ou du sexe et en s'appuyant sur les besoins de votre maladie rénale. »

- GROUPE DE DISCUSSION DE PATIENTS ATTEINTS DE MRC

HOLISTIQUE

Une approche holistique de la prise en charge de la MRC exige que les systèmes de soins de santé aillent au-delà des interventions cliniques et s'intéressent au bien-être émotionnel, psychologique et social des individus, parallèlement à leur santé physique. Les soins de la MRC doivent tenir compte de la santé mentale, de la dynamique familiale, de la situation financière et des déterminants sociaux plus larges de la santé, en reconnaissant l'interconnexion de ces facteurs. Pour les peuples autochtones, cette interconnexion s'étend au domaine spirituel, où les connaissances traditionnelles et les pratiques de guérison jouent un rôle essentiel. La collaboration avec les Aînés autochtones et les dirigeants des communautés garantit des soins culturellement sécuritaires qui respectent leurs valeurs et favorisent la confiance, améliorant ainsi les résultats globaux en matière de santé. De même, l'intégration de la médecine traditionnelle joue un rôle important pour d'autres groupes culturels et ethniques en garantissant des soins de santé respectueux qui ont un impact significatif sur les patients et les familles. Les partenariats entre les parties prenantes feront partie intégrante de la fourniture de soins holistiques.

« Il y a une pénurie de personnel infirmier au Canada, et peu se portent volontaires pour aller travailler dans les communautés des Premières Nations. Nous devons sortir des sentiers battus. Comment utiliser une communauté pour accomplir le travail qui doit être fait? Comment soutenir et renforcer cette capacité au niveau de la communauté, là où elle va rester? »

– GROUPE DE RÉFLEXION DE
PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX
AUTOCHTONES

CENTRÉ SUR LA PERSONNE

Au cœur de la prise en charge de la MRC se trouve le principe des soins centrés sur la personne, qui souligne l'importance de respecter les préférences, les valeurs et les expériences uniques de chaque personne. L'approche traditionnelle « universelle » des soins de santé ne tient pas compte de la variabilité de l'expérience vécue et de la prise en charge de la MRC. Des soins efficaces centrés sur la personne impliquent des processus de prise de décision partagée, dans lesquels les prestataires de soins de santé engagent les personnes vivant avec une maladie rénale dans des discussions significatives sur leurs options de soins, leurs résultats potentiels et leurs objectifs à long terme. Cette approche collaborative favorise la confiance et l'adhésion aux plans de traitement, améliorant ainsi les expériences de soins et les résultats cliniques⁴¹. En adaptant les interventions au mode de vie, au contexte culturel et aux préférences personnelles de la personne, les soins deviennent non seulement plus efficaces, mais aussi plus conformes à la définition de la qualité de vie de la personne.

Conformément à cet engagement, le cadre reconnaît également l'importance cruciale de l'application d'une analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) pour parvenir à des soins de santé rénale équitables, en reconnaissant que des facteurs tels que le sexe, le genre, l'origine ethnique et le statut socio-économique contribuent aux disparités en matière de risque, de diagnostic et de traitement de la MRC^{1,42}.



FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES

Un cadre solide de lutte contre la MRC repose sur une prise de décision fondée sur des données probantes, garantissant que les politiques et les pratiques en matière de soins de santé sont continuellement mises à jour en fonction des recherches émergentes. L'évolution rapide du paysage de la recherche sur la MRC, en particulier dans des domaines tels que la médecine de précision, les nouveaux traitements pharmacologiques et les diagnostics basés sur l'intelligence artificielle, nécessite une approche flexible et adaptative des soins. La pratique fondée sur des données probantes signifie que les prestataires de soins de santé ne s'appuient pas seulement sur des lignes directrices cliniques, mais qu'ils restent également engagés dans la recherche de pointe, en appliquant les résultats qui améliorent l'efficacité et la sécurité des soins de la MRC.

COLLABORATIF

Pour s'attaquer aux complexités de la MRC, il faut une approche multisectorielle coordonnée, avec des partenariats solides entre les soins de santé, la recherche, le gouvernement et les organisations communautaires. Aucune entité ne peut gérer seule l'impact de la MRC. Les modèles de collaboration favorisent le partage des ressources, améliorent les réseaux de soutien et encouragent l'innovation en combinant diverses expertises. Les partenariats entre les prestataires de soins de santé et les chercheurs accélèrent les essais cliniques et mettent la recherche en pratique, tandis que les groupes de défense des droits veillent à ce que les politiques répondent aux besoins des personnes atteintes d'une maladie rénale. Le fait de soutenir les communautés autochtones dans la conception et l'évaluation des programmes de lutte contre la MRC au sein de leurs communautés garantit des soins équitables et culturellement sécuritaires et s'inscrit dans le droit fil des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation.



Priorités Du Cadre Stratégique

Le cadre national sur la MRC, qui s'appuie sur des consultations approfondies avec l'ensemble des acteurs de la communauté rénale, s'articule autour de trois grandes priorités :

**DONNER LA PRIORITÉ
À LA PRÉVENTION, AU
DÉPISTAGE PRÉCOCE ET À
L'INTERVENTION RAPIDE**

**GARANTIR UN ACCÈS
ÉQUITABLE AUX SOINS
RÉNAUX POUR TOUS
LES CANADIENS ET
CANADIENNES**

**FAIRE PROGRESSER
LA RECHERCHE ET
LES DONNÉES POUR
AMÉLIORER LA SANTÉ
RÉNALE**

Ces priorités guident les actions visant à réduire le fardeau à long terme de la maladie rénale chronique, à combler les lacunes dans l'accès aux soins et à faire progresser les interventions fondées sur des données probantes qui améliorent les résultats et la qualité de vie des personnes atteintes de maladie rénale.

Grâce à une collaboration soutenue entre les partenaires nationaux, provinciaux et locaux, ces efforts renforceront la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge de la MRC. En intégrant la politique, la recherche et la planification du système de santé, le Canada peut protéger et améliorer la santé rénale de sa population, en atténuant les conséquences sociales, économiques et sanitaires de la maladie rénale chronique sur les individus, les familles et les communautés.



PRIORITÉ STRATÉGIQUE N° 1 :
DONNER LA PRIORITÉ À LA PRÉVENTION, AU
DÉPISTAGE PRÉCOCE ET À L'INTERVENTION
RAPIDE



FONDATION
DU **rein**
MC

Donner la priorité à la prévention, au dépistage précoce et à l'intervention rapide

La maladie rénale chronique (MRC) est une maladie largement évitable qui reste sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée au Canada. L'amélioration de la sensibilisation du public, la littératie en santé et l'éducation, ainsi qu'une meilleure prise en charge des maladies coexistantes, telles que le diabète et l'hypertension⁴³, peuvent réduire considérablement le risque de développer une MRC et ses complications. La MRC est également fortement associée à un risque cardiovasculaire élevé, ce qui souligne encore la nécessité d'un dépistage et d'une prévention précoces.

« J'ai le sentiment que s'il y avait eu un meilleur traitement pour ma maladie ou un dépistage plus précoce, j'aurais peut-être pu vivre beaucoup plus longtemps avec les reins que j'avais. Je ne savais rien de la maladie rénale quand on me l'a diagnostiquée. Je prenais beaucoup d'ibuprofène et d'autres produits pour d'autres maladies, sans savoir que cela ne faisait qu'accélérer un problème rénal sous-jacent. »

- GROUPE DE DISCUSSION DE PATIENTS ATTEINTS DE MRC

Malgré cela, la plupart des personnes atteintes de MRC ne sont pas conscientes de leur état, car la maladie évolue souvent silencieusement jusqu'à des stades avancés. Le public connaît mal la santé rénale et ses facteurs de risque : un récent sondage réalisé pour le compte de La Fondation canadienne du rein a révélé que 55 % des Canadiens et Canadiennes déclarent ne rien savoir sur les maladies rénales et que 52 % ignorent les risques qui y sont associés⁴⁴.

« Pourquoi n'a-t-on pas procédé aux orientations nécessaires lorsqu'on a découvert, il y a un an, qu'il y avait un problème avec ses reins? On a simplement attendu qu'il soit en insuffisance totale. Dans un système de santé idéal, j'insisterais constamment sur l'éducation et la prévention. »

- DONNEUR DE REIN VIVANT

Des tests ciblés permettent d'identifier la MRC à un stade précoce, lorsqu'un traitement approprié peut retarder, voire empêcher, la progression de la maladie. L'intégration du dépistage des maladies rénales dans les soins de routine, en particulier pour les populations à risque, permettra un diagnostic plus précoce et une prise en charge plus efficace. L'intégration de ce dépistage dans les soins primaires et les services de santé communautaires contribue également à réduire les inégalités en matière d'accès et de résultats^{15,29}.

Des mesures préventives, telles qu'une alimentation saine, une activité physique régulière et l'arrêt du tabac, peuvent ralentir la progression de la maladie et préserver la fonction rénale. En garantissant un accès rapide aux interventions fondées sur des données probantes et aux médicaments essentiels pour les personnes atteintes d'une MRC progressive, on peut réduire de manière significative le nombre de personnes au Canada atteintes d'insuffisance rénale et alléger le fardeau personnel, social et économique qui pèse sur les patients, les familles et le système de soins de santé.

Il est donc essentiel de mettre en place un cadre national qui donne la priorité à la prévention, au dépistage précoce et à l'intervention rapide. Une mise en œuvre efficace nécessitera un leadership coordonné et un engagement dans tous les secteurs - réunissant les prestataires de soins primaires, les spécialistes, les pharmaciens, les responsables de la santé publique et, surtout, les patients et leurs partenaires de soins - afin de faire progresser la santé rénale et de réduire l'impact à long terme de la MRC au Canada.

OBJECTIFS :

OBJECTIF À COURT TERME (1 À 2 ANS) :

Sensibiliser le public aux facteurs de risque de la MRC : Le cadre appelle les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à jouer un rôle de premier plan dans la sensibilisation du public à la maladie rénale chronique (MRC) et aux facteurs de risque qui y sont associés. Une approche coordonnée et multijuridictionnelle est nécessaire pour renforcer la connaissance de la santé rénale à travers le Canada par le biais d'une éducation et d'un engagement soutenus du public. Il s'agirait notamment de campagnes dans les médias sociaux, d'actions de proximité et de partenariats avec des organisations de santé et des groupes de défense des droits. Dans un premier temps, les efforts doivent porter en priorité sur les populations à haut risque et fournir du matériel éducatif accessible et culturellement adapté, qui encourage la prévention de la MRC, le dépistage précoce et la gestion proactive de la santé rénale.

Intégrer la prise en charge de la maladie rénale chronique dans l'accès aux soins primaires et leur modernisation : La prévention des maladies rénales chroniques ne peut se faire efficacement que par un accès équitable aux soins primaires. Alors que les gouvernements cherchent à rapprocher les patients des soins primaires et à moderniser les modèles de soins préventifs, en intégrant des systèmes de données et des outils d'IA avancés pour suivre et évaluer la santé continue des patients, il est essentiel de comprendre comment ces modèles de soins primaires peuvent soutenir de manière systématique la prévention de la MRC et l'intervention précoce.

OBJECTIFS À MOYEN TERME (2 À 5 ANS) :

Aborder les obstacles à la prise en charge précoce de la MRC dans les populations à risque et mal desservies par le biais d'interventions ciblées : Tous les gouvernements ont un rôle à jouer dans la mise en place d'interventions spécifiques aux régions, telles que des cliniques mobiles de dépistage de la MRC ou des partenariats avec des prestataires de soins primaires, en particulier dans les communautés rurales, isolées et autochtones. Il s'agit d'une étape importante dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins rénaux aux premiers stades de la maladie. Ce cadre souligne l'importance de former et de responsabiliser les membres des communautés mal desservies à devenir des ambassadeurs locaux de la santé. Ces personnes peuvent jouer un rôle essentiel dans la sensibilisation à la santé rénale, dans l'éducation par les pairs et dans l'accès aux services de santé au sein de leur communauté. Investir dans le renforcement des capacités communautaires permet non seulement d'accroître la portée et l'impact des initiatives de sensibilisation du public, mais aussi de favoriser la confiance, la durabilité et l'équité dans la mise en œuvre de l'éducation à la santé rénale dans l'ensemble du Canada.

OBJECTIFS À LONG TERME (5 ANS ET PLUS) :

Intégrer des pratiques efficaces de prévention et de dépistage précoce dans les systèmes de soins de santé au Canada : Le gouvernement fédéral, les autorités provinciales et territoriales et l'ensemble de la communauté rénale doivent collaborer pour établir la norme minimale de soins en élaborant et en mettant en œuvre des lignes directrices nationales pour le dépistage précoce de la MRC, intégrées dans les soins de santé de routine et axées sur les populations à haut risque. Grâce au leadership des provinces et des territoires, une adoption cohérente dans l'ensemble des juridictions permettra de réduire les variations dans les pratiques de soins de la MRC et d'améliorer les résultats. Ce travail devrait impliquer activement les cliniciens, les professionnels paramédicaux, les chercheurs et les personnes ayant une expérience vécue en tant que partenaires essentiels dans la conception, l'essai et la promotion d'approches de dépistage fondées sur des données probantes qui soient pratiques, équitables et durables dans l'ensemble du système de santé.



PRIORITÉ STRATÉGIQUE N° 2 :
GARANTIR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS
RÉNAUX POUR TOUS LES CANADIENS ET
CANADIENNES



Garantir un accès équitable aux soins rénaux pour tous les Canadiens et Canadiennes

Les soins de la MRC, y compris les programmes de dialyse et de greffe rénale, varient considérablement au Canada en fonction de nombreux facteurs, notamment la situation géographique, le statut socio-économique, l'appartenance ethnique et l'accès aux soins primaires²⁹. Les populations autochtones, noires et autres populations à risque connaissent une prévalence plus élevée de la MRC et se heurtent à des obstacles importants pour accéder à des soins appropriés. Les personnes vivant dans des communautés rurales et isolées n'ont souvent pas accès aux soins de santé à tous les stades de la MRC, ce qui entraîne un retard de diagnostic et de moins bons résultats. Pour parvenir à un accès équitable aux soins, il faut s'attaquer à ces disparités en se concentrant sur des approches culturellement compétentes et spécifiques à chaque région.

« Pour moi, l'accès équitable implique toutes les modalités de traitement, l'accès aux spécialistes, aux sources de recherche et à l'aide financière. Cela, indépendamment de la situation géographique, de l'âge ou du sexe et en s'appuyant sur les besoins de votre maladie rénale. »

- UN PATIENT DIALYSÉ SUR LISTE D'ATTENTE POUR UNE GREFFE

L'expansion des services de téléconsultation et l'amélioration de l'accès à des moyens de transport fiables et abordables sont toutes deux essentielles pour réduire les inégalités géographiques dans les soins de la MRC⁴⁵. Les téléconsultations peuvent contribuer efficacement à la surveillance de routine, aux consultations de spécialistes et à l'éducation des patients, quel que soit l'endroit où ils se trouvent. Cependant, de nombreuses personnes atteintes de MRC, en particulier celles qui ont besoin d'une dialyse ou d'autres traitements en personne, continuent de se heurter à des obstacles importants liés aux déplacements et, dans certains cas, à un déménagement temporaire ou permanent pour accéder aux soins. Il est essentiel de résoudre les problèmes de transport et de déménagement parallèlement aux téléconsultations afin d'améliorer l'accès, de réduire la pression financière et émotionnelle sur les familles et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec une MRC.

Une approche globale et complète des soins rénaux nécessite l'inclusion d'une équipe pluridisciplinaire intégrée au-delà du cadre des soins aigus ou de la dialyse. Les soins primaires, les services de santé mentale, les pharmaciens, le soutien aux proches aidants et l'aide au revenu, au transport et au coût de la vie sont essentiels à la mise en place d'un système de soins rénaux équitable pour tous les Canadiens et Canadiennes.

En particulier, des études récentes indiquent que les personnes atteintes de MRC sont beaucoup plus susceptibles de souffrir de dépression, d'anxiété et d'autres problèmes de santé mentale^{31,32}. La prise en compte de ces besoins complexes et interdépendants garantit des soins holistiques, centrés sur la personne, qui permettent aux personnes atteintes d'une MRC de se concentrer sur leur santé, leur famille et la gestion de leur vie avec cette maladie.

OBJECTIFS :

OBJECTIF À COURT TERME (1 À 2 ANS) :

Identifier les mesures permettant de lever les obstacles à la prise en charge de la MRC dans toutes les populations : L'identification et la levée des obstacles systémiques, culturels, géographiques et socio-économiques qui limitent l'accès au traitement de la maladie rénale chronique (MRC) sont essentielles pour garantir l'équité des soins rénaux, y compris la dialyse et la greffe, au sein de toutes les populations. Les gouvernements, en collaboration avec les autorités sanitaires et la communauté du rein, doivent travailler avec les dirigeants des communautés - en particulier au sein des populations à risque, telles que les communautés autochtones, les nouveaux arrivants et les habitants des zones rurales ou isolées - pour comprendre les besoins locaux en matière de soins de santé et développer conjointement des interventions ciblées.

Promouvoir des soins intégrés et centrés sur la personne qui incluent des aides à la santé mentale : Renforcer la prestation de soins rénaux en intégrant des services de santé mentale à tous les stades de la prise en charge de la MRC. Il s'agit notamment d'identifier et de traiter les difficultés psychologiques et émotionnelles associées aux maladies rénales et à leurs traitements, d'améliorer l'accès au conseil et au soutien par les pairs, et de veiller à ce que des professionnels de la santé mentale fassent partie des équipes pluridisciplinaires de soins rénaux. Une telle approche favorise des soins holistiques et centrés sur la personne et améliore le bien-être général des patients et de leurs familles.



OBJECTIFS À MOYEN TERME (2 À 5 ANS) :

Élaborer des stratégies pour combler les lacunes dans l'accès aux soins de la MRC : Les modèles de soins fondés sur la sécurité et la sensibilité culturelles renforceront la confiance, amélioreront l'adhésion aux soins et garantiront que les programmes de santé rénale répondent aux diverses réalités des communautés à travers le Canada. Les stratégies suivantes constituent une étape importante dans la lutte contre les inégalités :

- Intégrer des modèles de soins culturellement compétents et adaptés aux besoins spécifiques des communautés, y compris l'inclusion de pratiques de guérison traditionnelles pour les populations affectées de manière disproportionnée par les maladies rénales.
- Améliorer les infrastructures de transport et de téléconsultation, en particulier dans les régions rurales et éloignées, afin d'assurer la continuité et l'accès aux soins rénaux de routine.
- Accélérer l'adoption des meilleures pratiques en encourageant l'apprentissage intra et interprovincial. Pour ce faire, il convient de mettre en place des mécanismes d'échange de connaissances, notamment des forums de collaboration et un soutien aux projets pilotes qui évaluent et transposent à plus grande échelle les modèles de soins de la MRC qui ont fait leurs preuves.

Améliorer l'accès aux nouveaux médicaments : Le cadre recommande que les systèmes fédéraux et provinciaux d'évaluation et de mise sur le marché des médicaments rationalisent et accélèrent les processus d'approbation des médicaments nouveaux et innovants pour la maladie rénale chronique (MRC) et les affections connexes. Pour Santé Canada, l'harmonisation des délais d'examen avec ceux des principaux organismes de réglementation internationaux, tels que la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis et l'Agence européenne des médicaments (EMA), où les produits ont déjà fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, permettrait au Canada de tirer parti des données internationales, de réduire les redondances et d'accélérer l'accès tout en maintenant des normes élevées de sécurité et d'efficacité. De nouveaux efforts coordonnés entre Santé Canada, l'Agence des médicaments du Canada (AMC) et les régimes provinciaux d'assurance-médicaments contribueront à garantir à tous les Canadiens et Canadiennes un accès équitable et rapide aux traitements rénaux innovants.

OBJECTIFS À LONG TERME (5 ANS ET PLUS) :

Suivre et évaluer les modèles de soins à l'échelle nationale et l'équité dans les résultats de la MRC : Établir des critères d'évaluation nationaux pour évaluer l'efficacité et l'équité des modèles de soins de la MRC et des politiques de santé connexes afin de garantir un accès cohérent à des soins de qualité dans toutes les juridictions, de réduire les disparités géographiques et socio-économiques et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Des rapports réguliers et des mesures de résultats doivent permettre de suivre les progrès réalisés dans l'amélioration de la prévention, du dépistage et du traitement de la MRC pour toutes les personnes touchées par une maladie rénale, en mettant particulièrement l'accent sur les populations marginalisées et à haut risque, y compris les communautés autochtones.



PRIORITÉ STRATÉGIQUE N° 3 :
FAIRE PROGRESSER LA RECHERCHE ET LES
DONNÉES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ RÉNALE



Faire progresser la recherche et les données pour améliorer la santé rénale

La recherche innovante et la collecte de données normalisées et intégrées sont essentielles pour prévenir la MRC, la diagnostiquer à un stade précoce et améliorer les soins prodigués aux personnes atteintes d'une maladie rénale. Un écosystème de recherche et de données plus connecté accélère l'innovation, favorise la collaboration entre les chercheurs, les cliniciens et les décideurs politiques, et garantit que les avancées scientifiques se traduisent par des soins de meilleure qualité, plus rapides et plus équitables pour tous les Canadiens et Canadiennes touchés par la MRC^{29,46,47}.

Le Canada a établi une base solide et une réputation mondiale dans la recherche en néphrologie et en transplantation; en tirant parti de cette expertise, il favorisera l'accès aux essais cliniques et aux nouveaux traitements pour les personnes tout au long du continuum de la MRC, y compris celles qui sont sous dialyse, en attente d'une greffe, après une greffe, ou qui vivent avec une maladie rénale rare.

En plus de s'appuyer sur l'écosystème de la recherche au Canada, des progrès significatifs pour les personnes atteintes de MRC nécessiteront une collaboration à l'échelle nationale afin de garantir une collecte de données normalisée et complète. Il s'agit d'une étape nécessaire pour suivre les tendances, identifier les lacunes en matière de soins, susciter des changements politiques fondés sur des données et renforcer la responsabilité. Le renforcement de l'infrastructure de données du Canada - tout en respectant les principes de souveraineté et d'équité des données - permettra d'approfondir notre compréhension de l'épidémiologie de la MRC, de l'efficacité des traitements et des résultats à long terme^{29,46}.

« Peut-être que si une plus grande partie de cet argent (c'est-à-dire les économies réalisées grâce à la prévention de la MRC) était consacrée à la recherche et au développement et à la découverte de remèdes pour ces maladies à un stade précoce, nous aurions tous une meilleure qualité de vie et nous n'aurions pas à subir tout ce processus. »

- GROUPE DE DISCUSSION DE PATIENTS ATTEINTS DE MRC

L'investissement dans la recherche et les systèmes de données sur le rein aura un impact profond non seulement sur les résultats pour les patients, mais aussi sur la durabilité et l'efficacité du système de santé dans son ensemble et sur l'économie canadienne. Le renforcement des capacités de recherche et l'intégration des données permettent un diagnostic plus précoce, un traitement plus efficace et une meilleure prise en charge des complications, réduisant ainsi les hospitalisations, les visites aux urgences et la nécessité de recourir à des dialyses et à des greffes coûteuses. Sur le plan économique, ces améliorations se traduisent par une réduction des dépenses du système de santé, une plus grande participation de la population active et une meilleure qualité de vie pour les personnes atteintes d'une maladie rénale^{46,47}.

OBJECTIFS :

OBJECTIF À COURT TERME (1 À 2 ANS) :

Augmenter les investissements dans la recherche sur la MRC : Le financement de la recherche sur la MRC au Canada ne reflète pas l'importance du fardeau qu'elle représente pour la santé publique. Il est essentiel d'augmenter les investissements pour faire progresser les stratégies de prévention, accélérer la découverte de nouveaux traitements et améliorer les modèles de soins, en particulier pour les populations mal desservies et à risque.

Définir et établir des indicateurs de données afin de garantir la comparabilité des données entre les juridictions : Les données sur l'incidence, la progression et les résultats des traitements de la MRC ne sont pas recueillies de manière uniforme au Canada, ce qui limite la possibilité d'effectuer des analyses nationales qui soutiennent la prise de décision fondée sur les données et font progresser les initiatives de recherche.

Créer un environnement où la recherche et l'industrie convergent pour accélérer la découverte, la commercialisation et l'adoption de nouvelles innovations en matière de santé rénale : En renforçant sa capacité d'essais cliniques et en créant des incitations à l'investissement commercial, le Canada peut devenir un marché attractif et un incubateur pour les traitements, les technologies et les solutions fondées sur des données liées à la MRC. Cette approche permettra non seulement d'améliorer les résultats pour les patients, mais aussi de stimuler la croissance économique et de renforcer la compétitivité mondiale du Canada dans le domaine des sciences de la vie.

OBJECTIFS À MOYEN TERME (2 À 5 ANS) :

Tirer parti de l'infrastructure de collecte de données existante pour inclure des mesures en amont :

S'appuyer sur les fondements du Canada en matière de collecte de données normalisées, comme l'ensemble de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et du projet Inforoute, en intégrant et en élargissant ces systèmes afin de recueillir davantage de données en amont sur la santé rénale. L'exploitation des investissements publics existants dans l'infrastructure de données peut aider à quantifier le dépistage précoce, la prévention et l'évolution de la maladie, en s'appuyant sur les succès actuels pour dresser un tableau national plus complet de la santé rénale.

Accélérer la mise en pratique des résultats de la recherche : Bien que la recherche sur la MRC se poursuive, il existe toujours un écart entre les nouvelles découvertes et leur application dans les lignes directrices cliniques, les interventions de santé publique et les soins aux patients⁴⁷. La promotion et le soutien de la collaboration interdisciplinaire entre les chercheurs, les cliniciens, les pouvoirs publics et les personnes ayant une expérience vécue garantiront l'adoption rapide des innovations dans la pratique, l'amélioration des résultats et l'optimisation de l'impact des investissements dans la recherche.



OBJECTIFS À LONG TERME (5 ANS ET PLUS) :

Mettre en place un investissement national durable et coordonné dans la recherche et l'innovation dans le domaine du rein :

Le financement à court terme ou fragmenté limite la capacité du Canada à faire progresser la prévention et le dépistage précoce, et à garantir une intervention rapide et efficace. Un cadre d'investissement national durable garantirait un soutien stable aux découvertes qui contribuent à la fois à l'amélioration des résultats pour les patients et à la réduction des coûts au niveau du système associés à la MRC.

Positionner le Canada en tant que leader mondial de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la MRC, en encourageant la collaboration entre les différents secteurs :

Favoriser les collaborations et les partenariats mondiaux avec des organismes de recherche internationaux afin de continuer à élever le Canada au rang de leader de la recherche sur la MRC. Promouvoir l'intégration continue des nouveaux résultats de la recherche dans les lignes directrices canadiennes en matière de soins de santé, en veillant à ce que les innovations en matière de dépistage, de traitement et de prise en charge de la MRC soient rapidement mises en pratique.

Avancer

L'approbation et l'adoption officielle du Cadre stratégique national sur la maladie rénale chronique par le gouvernement du Canada sont le catalyseur nécessaire pour transformer ce document d'un plan directeur en une action significative qui améliorera la vie des personnes vivant avec la MRC. Une fois adopté, le gouvernement fédéral doit se réunir et se coordonner avec les partenaires provinciaux et territoriaux pour faire avancer les objectifs du cadre. La mise en œuvre devrait être guidée par des rôles et des responsabilités clairement définis afin de garantir la responsabilité, l'alignement et la cohérence dans toutes les juridictions.

Dans un premier temps, le gouvernement du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada doivent reconnaître officiellement la maladie rénale chronique comme une maladie chronique distincte et en assurer le suivi dans le cadre du Système canadien de surveillance des maladies chroniques. Le renforcement de la surveillance nationale de la santé rénale est une première étape essentielle vers l'amélioration des résultats - permettant l'identification précoce des tendances, éclairant les décisions politiques fondées sur des preuves et soutenant des interventions opportunes qui réduisent le fardeau de la MRC à travers le Canada.

Nous invitons également les prestataires de soins de santé, les chercheurs et les organisations paramédicales à considérer ce cadre comme l'orientation fondamentale pour la MRC au Canada. Votre engagement inébranlable à mettre ses principes en pratique garantira que les objectifs ne sont pas de simples cibles, mais qu'ils se traduiront par une amélioration des résultats en matière de santé et de la qualité de vie de toutes les personnes touchées par cette maladie.



ANNEXES

ANNEXE 1 : PROCESSUS D'ENGAGEMENT

La Fondation canadienne du rein a lancé une vaste consultation collective pour soutenir l'élaboration du cadre national sur la MRC. Cette initiative a été délibérément conçue pour impliquer un large éventail de parties prenantes, y compris les Canadiens et Canadiennes dans leur ensemble, les professionnels de la santé, les proches aidants, les personnes ayant une expérience vécue et les experts en la matière. En s'appuyant sur diverses plateformes et de vastes réseaux, le processus a été conçu pour atteindre les parties prenantes dans chaque province et territoire, favorisant ainsi l'inclusivité et une participation solide.

L'élaboration du cadre a fait appel aux principales méthodes d'engagement suivantes :

COMITÉ DE PILOTAGE : composé d'experts et de défenseurs qui ont fourni une orientation stratégique et supervisé le processus de consultation, l'identification des principaux domaines prioritaires et l'élaboration du cadre.

COMITÉ CONSULTATIF DE LA COMMUNAUTÉ RÉNALE : cet organe consultatif a fourni des informations et des points de vue essentiels de la part de personnes ayant une expérience de la maladie rénale et a veillé à ce que ces voix influencent de manière significative les priorités, les recommandations et l'approche du cadre.

RÉUNIONS DES PARTIES PRENANTES INTERNES ET EXTERNES : Des centaines de parties prenantes, tant au sein de La Fondation du Rein que dans la communauté rénale au sens large, ont été consultées par le biais de réunions interactives virtuelles et en personne. Ces réunions ont rassemblé des néphrologues, des spécialistes de la greffe rénale, des professionnels paramédicaux, des chercheurs, des donneurs de rein, des patients et des proches aidants.

ENQUÊTE AUPRÈS DE PERSONNES AYANT UNE EXPÉRIENCE VÉCUE DE LA MALADIE RÉNALE : Cette enquête a permis de recueillir les témoignages et les réactions de plus de 740 personnes directement touchées par les maladies rénales, offrant ainsi un aperçu inestimable de leurs besoins et de leurs difficultés.

ENTREVUES AVEC DES PROFESSIONNELS ET DES DÉCIDEURS : nous avons sollicité l'avis de professionnels de la santé et de décideurs politiques, afin de recueillir leurs points de vue sur la situation actuelle et les pistes d'amélioration potentielles.

Des groupes de discussion ont été constitués pour faciliter des débats approfondis sur des sujets et des questions spécifiques liés aux maladies rénales, afin de favoriser le dialogue et de formuler des recommandations exploitables. Au total, 4 groupes de discussion ont été organisés, réunissant 19 participants, dont 5 personnes ayant vécu la MRC en tant que Canadiens autochtones, 8 personnes travaillant dans le secteur paramédical et soutenant des patients atteints de maladies rénales, 7 personnes atteintes de MRC, 4 donneurs de rein vivants et 7 personnes ayant agi en tant que proches aidants auprès de personnes atteintes de MRC. Plusieurs personnes ont joué plusieurs rôles, comme celui de proche aidant et de donneur vivant, ou celui de professionnel de la santé et de patient atteint de MRC.

ANNEXE 2 : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES AUTORITÉS FÉDÉRALES ET PROVINCIALES

Les soins de santé au Canada sont une responsabilité partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT). La collaboration FPT est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés dans ce cadre. Les paragraphes suivants donnent un aperçu des rôles et responsabilités respectifs des gouvernements FPT.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Normes nationales

Le gouvernement fédéral fixe des normes nationales, décrites dans la Loi canadienne sur la santé, pour les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux. Les provinces et les territoires doivent respecter ces normes pour recevoir l'intégralité des paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé.

Financement des soins de santé

Le gouvernement fédéral fournit des fonds aux provinces et aux territoires par le biais de deux mécanismes principaux :

Le Transfert canadien en matière de santé : un financement direct qui soutient la prestation de services de soins de santé; et

Autres transferts fiscaux : financement supplémentaire fourni par le biais de programmes de transferts ciblés ou généraux.

Services de soins de santé à des groupes spécifiques

Le gouvernement fédéral fournit certains services de santé aux anciens combattants éligibles, aux demandeurs d'asile, aux détenus des pénitenciers fédéraux, aux membres actifs des Forces canadiennes, aux Inuits et aux populations des Premières Nations vivant dans les réserves.

Réglementation des produits de santé

Le gouvernement fédéral évalue et réglemente une variété de produits pour la santé des Canadiens et Canadiennes. Cela comprend : les aliments, les cosmétiques, les produits chimiques, les pesticides, les dispositifs médicaux, les produits pharmaceutiques, les produits de consommation, les dispositifs qui émettent des radiations (par exemple, les téléphones cellulaires).

Soutien fiscal

Le gouvernement fédéral fournit une aide fiscale pour les coûts liés à la santé, telle que des crédits d'impôt pour l'invalidité, les frais médicaux, les proches aidants et les personnes à charge handicapées; des remises d'impôt aux institutions publiques pour les services de santé, des déductions pour les primes d'assurance maladie privée pour les travailleurs indépendants

Autres aides liées à la santé

Le gouvernement fédéral soutient également des initiatives, telles que la recherche en matière de santé, la promotion et la protection de la santé, la surveillance et la prévention des maladies.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Les provinces et les territoires sont les premiers responsables de la gestion, de l'organisation et de la fourniture des services de santé à la population. Les principaux domaines de responsabilité sont les suivants :

Prestation de services de santé

Le gouvernement provincial est responsable de la prestation des services de santé. Y compris :

- Administration des hôpitaux
- Services aux médecins
- Fonctionnement des autorités sanitaires locales/régionales
- Fourniture des soins à domicile, des soins de longue durée et des services de santé mentale et de traitement des dépendances.

Régimes d'assurance maladie

Le gouvernement provincial conçoit et gère des systèmes d'assurance maladie financés par des fonds publics, conformément à la Loi canadienne sur la santé.

Santé publique

Les gouvernements provinciaux jouent un rôle dans la santé publique :

- Mise en œuvre de programmes de prévention des maladies, de vaccination et de promotion de la santé.
- Gestion des urgences régionales en matière de santé publique.

Personnel de santé et réglementation

Le gouvernement provincial est responsable de :

- L'autorisation d'exercer et la réglementation des professionnels de la santé.
- Planification et gestion du personnel de santé.

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

Asymptomatique : avoir une maladie ou un état pathologique sans symptômes apparents (peut se sentir bien même si la maladie est présente).

Maladies cardiovasculaires : problèmes de santé affectant le cœur ou les vaisseaux sanguins, tels qu'une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

Maladie chronique : affection progressive dans laquelle les reins sont endommagés ou perdent leur fonction au fil du temps, durant trois mois ou plus, et qui peut évoluer vers une insuffisance rénale.

Prise en charge conservatrice des reins : traitement de l'insuffisance rénale axé sur la gestion des symptômes et de la qualité de vie sans dialyse ni greffe.

Soins culturellement sécuritaires : des soins de santé qui respectent l'identité culturelle d'une personne et qui s'attaquent aux barrières systémiques et au racisme afin de garantir des soins sûrs, appropriés et équitables.

Souveraineté des données : le droit d'un groupe - en particulier les peuples autochtones - de contrôler la manière dont leurs données sont collectées, utilisées, stockées et partagées.

Diabète : une maladie chronique dans laquelle l'organisme ne parvient pas à réguler correctement le taux de sucre dans le sang (glucose). Avec le temps, l'hyperglycémie peut endommager les vaisseaux sanguins et les organes, y compris les reins.

Dialyse : un traitement de maintien en vie qui élimine les déchets et l'excès de liquide du sang lorsque les reins ne sont plus en mesure de le faire.

Équité en matière de santé : état où chacun a une chance équitable d'atteindre son niveau de santé le plus élevé. Il faut pour cela s'attaquer aux obstacles sociaux et économiques à la santé qui sont profondément enracinés.

Inégalités en matière de santé : différences injustes et évitables dans les résultats de santé ou l'accès aux soins de santé entre les groupes de population.

Littératie en santé : la capacité d'une personne à accéder à des informations sur la santé, à les comprendre et à les utiliser pour prendre des décisions éclairées sur ses soins.

Hypertension : l'hypertension artérielle est une maladie chronique qui se caractérise par une élévation persistante de la pression artérielle.

Incidence : taux d'apparition de nouveaux cas d'une maladie ou d'une affection dans une population au cours d'une période donnée.

Insuffisance rénale : une affection dans laquelle les reins ne peuvent plus filtrer les déchets et l'excès de liquide dans le sang suffisamment bien pour maintenir la vie.

Mortalité : taux de décès ou nombre de décès dans un certain groupe de personnes au cours d'une période donnée.

Soins pluridisciplinaires : approche des soins fondée sur le travail d'équipe et impliquant plusieurs professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, prestataires de soins de santé mentale) qui travaillent ensemble pour soutenir un patient.

Néphrologue : médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement des maladies rénales.

Maladies non transmissibles : affection de longue durée qui n'est pas contagieuse et qui se développe généralement au fil du temps, comme les maladies rénales, le diabète ou les maladies cardiaques.

Obésité : maladie complexe impliquant une quantité excessive de graisse corporelle.

Prévalence : le nombre total de cas d'une maladie ou d'une affection dans une population spécifique à un moment donné.

Soins primaires : le premier point de contact avec le système de santé, y compris les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les cliniques communautaires, qui fournissent des soins continus et préventifs.

Facteur de risque : une caractéristique ou une affection (comme l'hypertension artérielle ou l'obésité) qui augmente la probabilité de développer une maladie.

Déterminants sociaux de la santé : les conditions sociales et économiques qui influencent les résultats en matière de santé, telles que le revenu, l'éducation, le logement, l'accès à la nourriture et l'accès aux soins.

ANNEXE 4 : RÉFÉRENCES

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International* 105(4S): S117–S314 (2024). <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
2. Pecoits-Filho, R., et al. High Prevalence of Unrecorded Stage 3 Chronic Kidney Disease in Australia, Brazil, Canada, England, and Spain: The Multinational, Observational REVEAL-CKD Study. *International Journal of Clinical Practice Article ID 5138534* (2024). <https://doi.org/10.1155/ijcp/5138534>
3. Sundström, J., et al. Prevalence, outcomes, and cost of chronic kidney disease in a contemporary population of 2.4 million patients from 11 countries: The CaReMe CKD study. *The Lancet Regional Health* 20:100438 (2022). [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(22\)00132-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(22)00132-6/fulltext)
4. Statistique Canada. Tableau 13-10-0394-01 Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. 2026. URL: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401>. Consulté le February 11, 2026
5. Arora, P., et al. Prevalence estimates of chronic kidney disease in Canada: results of a nationally representative survey. *Canadian Medical Association Journal* 185(9): E417-23 (2013). <https://doi.org/10.1503/cmaj.120833>
6. GBD 2023 Chronic Kidney Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990-2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 406(10518): 2461-2482 (2025). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01853-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01853-7)
7. Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques annuelles sur les traitements de suppléance rénale au Canada, de 2015 à 2024. 2025. URL: <https://www.cihi.ca/fr/statistiques-annuelles-sur-le-traitement-pour-linsuffisance-renale-au-canada-2015-a-2024>. Consulté le 11 février 2026.
8. Becherucci, F., et al. Chronic kidney disease in children. *Clinical Kidney Journal* 9(4): 583-91 (2016). <https://doi.org/10.1093/ckj/sfw047>
9. Xia, J., et al. Cigarette smoking and chronic kidney disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nephrology Dialysis Transplantation* 32(3): 475–487 (2017). <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw452>
10. Institut canadien d'information sur la santé. Maladie rénale terminale chez les peuples autochtones au Canada : traitements et résultats. 2013. URL: https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/icis-cihi/H117-5-17-2013-fra.pdf. Consulté en octobre 2025.
11. Komenda, K., et al. The Prevalence of CKD in Rural Canadian Indigenous Peoples: Results From the First Nations Community Based Screening to Improve Kidney Health and Prevent Dialysis (FINISHED) Screen, Triage, and Treat Program. *American Journal of Kidney Disease* 68(4): 582-590 (2016). <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.04.014>
12. Kelly, L., et al. Prevalence of chronic kidney disease and cardiovascular comorbidities in adults in First Nations communities in northwest Ontario: a retrospective observational study. *Canadian Medical Association Open* 7(3): e568-572 (2019). <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190040>
13. Sikaneta, T., et al. Ethnic and immigrant disparities in dialysis prevalence and chronic kidney disease trajectories in Toronto. *British Medical Journal – Open* 15: e105083 (2025). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-105083>
14. Desai, N., et al. CKD and ESRD in US Hispanics. *American Journal of Kidney Disease* 73(1): 102-111 (2019). <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.02.354>
15. Laurier, N., et al. Examining Inequities in Clinical Outcomes for Indigenous Patients Treated With Dialysis in Canada: A Scoping Review. *Kidney Medicine* 7(11): 101106 (2025). <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2025.101106>
16. El-Dassouki, N., et al. Barriers to Accessing Kidney Transplantation Among Populations Marginalized by Race and Ethnicity in Canada: A Scoping Review Part 1—Indigenous Communities in Canada. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* 8: 2054358121996835 (2021). <https://doi.org/10.1177/2054358121996835>
17. El-Dassouki, N., et al. Barriers to Accessing Kidney Transplantation Among Populations Marginalized by Race and Ethnicity in Canada: A Scoping Review Part 2—East Asian, South Asian, and African, Caribbean, and Black Canadians. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* 8: 2054358121996834 (2021). <https://doi.org/10.1177/2054358121996834>

18. Pourghazi, F., et al. Association Between Childhood Obesity and Later Life Kidney Disorders: A Systematic Review. *Journal of Renal Medicine* 33(4): 520-528 (2023). <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2025.101106>
19. Dart, A., et al. Screening for kidney disease in Indigenous Canadian children: The FINISHED screen, triage and treat program. *Paediatric Child Health* 23(7): e134–e142 (2018). <https://doi.org/10.1093/pch/pxy013>
20. Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques sommaires relatives aux transplantations, aux listes d'attente et aux donneurs. 2026. URL: <https://www.cihi.ca/fr/statistiques-sommaires-relatives-aux-transplantations-aux-listes-dattente-et-aux-donneurs>. Consulté le 11 février 2026.
21. Institut canadien d'information sur la santé. Survie du patient à la suite d'une transplantation d'organe. 2026. URL: <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/survie-du-patient-a-la-suite-dune-transplantation-dorgane>. Consulté le 11 février 2026.
22. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Alléger la charge des maladies non transmissibles en favorisant la santé rénale et en renforçant les moyens de prévenir et de combattre les maladies rénales. 2025. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF6-fr.pdf. Consulté le 12 février 2026.
23. Assemblée générale des Nations Unies (ONU). Équité et intégration : transformer les vies et les moyens de subsistance grâce au leadership et à l'action en matière de maladies non transmissibles et à la promotion de la santé mentale et du bien-être. 2025. URL: <https://docs.un.org/fr/A/80/L.34>. Consulté le 12 février 2026.
24. Agence de la santé publique du Canada. The 2008 report on the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. 2008. URL: <https://publications.gc.ca/site/fra/9.506108/publication.html>. Consulté le 12 février 2026.
25. Tangri, N., et al. Inside CKD: Cost-Effectiveness of Multinational Screening for CKD. *Kidney International Reports* 10(4): 1087-1100 (2025). <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.01.020>
26. Chadban, S., et al. Projecting the economic burden of chronic kidney disease at the patient level (Inside CKD): a microsimulation modelling study. *eClinicalMedicine* 72: 102615 (2024). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102615>
27. Truth and Reconciliation Commission of Canada. Calls to Action. 2015. URL (anglais et français): <https://publications.gc.ca/site/fra/9.801236/publication.html>. Consulté le 12 février 2026
28. Bachynski, J.C., et al. “Gidoodikosan Giiwitaabimin” (We Sit in a Circle for Kidneys): A Strength-Based Qualitative Study. *International Journal of Indigenous Health*. 20(1), 1-16. 2024. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/39807>
29. Erdmann, R., et al. Canadian Senior Renal Leaders Community of Practice: Vulnerable Populations With Chronic Kidney Disease—Evidence to Inform Policy. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* 7 [online] (2020). <https://doi.org/10.1177/2054358120930977>
30. Palmer, S., et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International* 84(1): 179-191 (2013). <https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>
31. Schick-Makaroff, K., et al. Burden of mental health symptoms and perceptions of their management in in-centre hemodialysis care: a mixed methods study. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 5: 111 (2021). <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00385-z>
32. Fernandez, L., et al. Mental Health Care for Adults Treated With Dialysis in Canada: A Scoping Review. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* 9: 20543581221086328 (2022). <https://doi.org/10.1177/20543581221086328>
33. Correa-Rotter, R., et al. PaCE CKD: A Multinational Survey of Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease and Caregivers. *Advances in Therapy* [online] (2025). <https://doi.org/10.1007/s12325-025-03455-6>
34. La Fondation canadienne du rein. Le fardeau des déboursés des Canadiens aux prises avec l'insuffisance rénale terminale. (2018) URL: <https://rein.ca/KFOC/media/images/PDFs/Rapport-sur-le-fardeau-des-debourses.pdf>. Consulté le 13 février 2026.
35. Deloitte. Health Economic Impact of Improving Chronic Kidney Disease Management in Canada. The Kidney Foundation of Canada (2025).
36. Ferrara, F., et al. Food insecurity and kidney disease: a systematic review. *International Urology and Nephrology* 56(3): 1035-1044 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11255-023-03777-w>
37. Tsai, Y., et al. Association of Fluid Overload With Kidney Disease Progression in Advanced CKD: A Prospective Cohort Study. *American Journal of Kidney Disease* 63(1): 68-75 (2014). <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.06.011>

38. Manns, B., et al. The Financial Impact of Advanced Kidney Disease on Canada Pension Plan and Private Disability Insurance Costs. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* 4 [online] (2017). <https://doi.org/10.1177/2054358117703986>
39. Chadban, S., et al. PaCE CKD: A Multinational Survey of Financial Burden and Work Productivity in Patients with Chronic Kidney Disease and Caregivers. *Advances in Therapy* (2025). <https://doi.org/10.1007/s12325-025-03456-5>
40. Institut canadien d'information sur la santé. Coûts et risques élevés Regard sur les possibilités de réduire les hospitalisations chez les patients en dialyse au Canada (2015). URL: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opportunities-reduce-hospitalizations-dialysis-patients-canada-fr.pdf#page=3.99>. Consulté le 13 février 2026.
41. Kohatsu, K., et al. Shared decision-making in selecting modality of renal replacement therapy confers better patient prognosis after the initiation of dialysis. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 29(1): 34-41. (2025). <https://doi.org/10.1111/1744-9987.14192>
42. Bureau du vérificateur général du Canada. Implementing gender-based analysis (2015). URL: <https://publications.gc.ca/site/fra/9.804407/publication.html>. Consulté le 13 février 2026.
43. Langham, R.G., et al. Kidney Health For All: Bridging the Gap in Kidney Health Education and Literacy. *Kidney Medicine*. 4(3): 100436. (2022). <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100436>
44. Ipsos. Kidney Health Awareness Improves: A Continued Call for Increased Engagement. The Kidney Foundation of Canada (2024). URL: <https://www.ipsos.com/en-ca/kidney-health-awareness-improves-continued-call-for-increased-engagement>. Accessed February 13, 2026.
45. Bello, A., et al. Protocol: Improving Access to Specialist Nephrology Care Among Rural/Remote Dwellers of Alberta: The Role of Electronic Consultation in Improving Care for Patients With Chronic Kidney Disease. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease* [online] (2019). <https://doi.org/10.1177/2054358119878715>
46. Bello, A., et al. Prevalence and Demographics of CKD in Canadian Primary Care Practices: A Cross-sectional Study. *Kidney International Reports*. 4(4): 561-570. (2019). <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.01.005>
47. Kitzler, T. and Chun, J. Understanding the Current Landscape of Kidney Disease in Canada to Advance Precision Medicine Guided Personalized Care. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*. 10: 1-11. (2023). <https://doi.org/10.1177/20543581231154185>

REIN.CA
defense-interets@rein.ca

© FOUNDATION DU REIN MARS 2026

