

Prévention primaire  
du diabète de type 2  
en Ontario :  
Politiques, recherche  
et capacité  
communautaire

Mars 2002

L'Association pour la santé publique de l'Ontario  
Femera'e Health Canadian Diabetes Strategy



# Résumé

Le diabète est un trouble chronique grave qui se caractérise par l'incapacité de l'organisme à produire de l'insuline en quantité suffisante, ou à la métaboliser correctement (Blair & Gustafson, 2001). Il y a trois types de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel.

Le diabète de **type 1**, qui représente de 5 à 10 % des cas, découle de l'incapacité de l'organisme à produire de l'insuline. Cette forme de diabète apparaît généralement chez les enfants et les jeunes adultes, et peut être traitée par des injections d'insuline, un régime alimentaire et de l'exercice. À l'heure actuelle, il n'y a aucune stratégie établie pour prévenir ce type de diabète.

Le diabète de **type 2**, qui représente environ 90 % des cas, découle d'une résistance à l'insuline, suivie d'une production insuffisante de cette hormone. Cette forme de diabète apparaît généralement chez les personnes de plus de 40 ans qui ont des antécédents familiaux de diabète et présentent un embonpoint. Le traitement de cette forme de diabète exige une saine alimentation, de l'exercice, l'évaluation de la glycémie et des médicaments oraux. Il semble que le diabète de type 2 puisse en grande partie être prévenu grâce à la modification des facteurs de risque.

Le diabète **gestationnel** est une forme d'intolérance au glucose qui apparaît pendant la grossesse. Cette forme de diabète disparaît après l'accouchement, mais les femmes qui présentent un diabète gestationnel pourraient être exposées à des risques accrus

d'apparition du diabète de type 2.

Selon diverses estimations, 1,5 million de Canadiens ont reçu un diagnostic de diabète, et de 3 à 5 % de la population adulte souffrent également d'un diabète de type 2 non diagnostiqué (Tan & MacLean, 1998).

En Ontario, plus de 600 000 personnes souffrent de diabète, 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, et 300 000 personnes ignorent qu'elles sont atteintes de cette maladie (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999). La prévalence du diabète de type 2 s'accroît et, compte tenu du vieillissement de la population et des taux croissants d'obésité, cette tendance devrait se poursuivre.

La **prévention primaire** vise à prévenir l'apparition de la maladie chez les personnes sensibles ou au sein de diverses populations par le biais d'une modification du milieu ou des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir. Il semble que la prévention primaire du diabète de type 2 soit le facteur le plus important qui permette de réduire l'incidence du diabète en Ontario. C'est pourquoi le présent document portera principalement sur la prévention primaire du diabète de type 2.

En plus du diabète, un certain nombre d'autres troubles chroniques ont une incidence significative sur l'état de santé de la population de l'Ontario. L'asthme, le cancer, les maladies cardiaques, l'ostéoporose et les accidents vasculaires constituent des troubles de santé graves en Ontario. Leur prévalence s'accroît et,

si l'on tient compte également du diabète, ils entraînent près de 70 % de l'ensemble des décès dans la province.

L'**objectif** du présent document est d'illustrer les points communs pertinents entre les documents politiques provinciaux et fédéraux touchant les efforts de prévention primaire du diabète et d'autres troubles chroniques. Les lignes directrices indiquées visent à fournir une plate-forme pour des débats ouverts et à favoriser la planification conjointe des efforts de prévention des troubles chroniques.

Un examen des documents politiques pertinents indique qu'il existe un chevauchement important entre les facteurs de risque touchant le diabète, l'asthme, le cancer, les maladies cardiaques, l'ostéoporose et les accidents vasculaires, plus particulièrement en ce qui concerne les facteurs de risque modifiables : alimentation et consommation d'alcool, niveau d'activité physique, tabagisme et indice de masse corporelle (IMC). Signalons notamment que les facteurs de risque pour le diabète et les maladies cardio-vasculaires sont analogues.

En plus des facteurs de risque touchant les pathologies, l'état de santé de la population est en corrélation avec les éléments déterminants de la santé, soit 12 facteurs en interaction d'ordre social, économique et culturel qui constituent les fondements de la maladie. Comme plusieurs de ces facteurs se recoupent (au plan de la santé, des caractéristiques sociales, etc.), l'amélioration de la santé communautaire est une responsabilité

partagée, qui exige une collaboration entre les milieux de la santé et d'autres groupes.

Une analyse des stratégies de prévention pour le diabète, l'asthme, le cancer, la santé cardiaque, les accidents vasculaires et l'ostéoporose révèle un certain nombre de facteurs d'ordre général :

- L'accent est mis sur le renforcement des comportements sains, qui passe par la sensibilisation, la responsabilisation, les programmes communautaires, les politiques ou la législation.
- Les programmes ont généralement des objectifs multiples, ils sont dispensés dans des contextes variés et font généralement la promotion de l'abandon du tabac, du maintien d'un poids santé, de l'activité physique, d'une saine alimentation, de la mise en place de milieux favorables à la santé, ou de la réduction de la consommation ou de la distribution de cigarettes.
- Les sous-groupes exposés à des risques particuliers sont considérés comme un élément essentiel de la programmation.
- La coordination avec d'autres groupes est reconnue comme permettant une utilisation efficace des ressources, étant donné qu'elle consolide les programmes déjà en place touchant les facteurs de risque.
- La recherche est reconnue comme un élément important, plus particulièrement la recherche et l'évaluation, ainsi que la surveillance et le contrôle des programmes.
- La coordination et la gestion des programmes sont réalisées à des

niveaux différents, les pouvoirs publics et les bureaux de santé jouant souvent un rôle essentiel à cet égard.

- Les approches touchant les médias varient, mais les médias d'information sont souvent utilisés en vue de promouvoir la santé.

À la lumière des points communs marquants entre les initiatives touchant le diabète et les objectifs des efforts de prévention d'autres maladies, une stratégie commune visant la prévention des troubles chroniques, qui tient compte des facteurs de risque et des éléments déterminants de la santé, avec comme objectif ultime de promouvoir la santé de la population de l'Ontario, constitue une solution de rechange efficace et rentable. Les renseignements figurant dans le présent rapport visent à servir de point de départ aux débats et aux efforts de collaboration.



# Table des matières

<b>Résumé</b> .....	.ii
<b>Section 1 : Introduction</b> .....	.1
Définition du diabète .....	.3
Le diabète est un trouble de santé publique grave .....	.4
Figure 1 : Prévalence des cas de diabète déclarés, par province .....	.4
Figure 2 : Prévalence du diabète en Ontario, taux corrigés en fonction de l'âge et du sexe, pour 10 000 .....	.5
Figure 3 : Nombre de décès provoqués par le diabète et projections jusqu'en 2016, selon le sexe .....	.6
La prévention constitue la meilleure façon de sauver des vies .....	.6
Objectif du projet .....	.7
Aperçu du document .....	.7
<b>Section 2 : Autres troubles chroniques importants en Ontario</b> ..	.9
Asthme .....	.11
Figure 4 : Prévalence de l'asthme chez les enfants, au Canada .....	.11
Cancer .....	.12
Maladies cardiaques et accidents vasculaires .....	.13
Tableau 1 : Incidence du cancer par province ou territoire, pour tous les âges et toutes les formes de cancer .....	.12
Ostéoporose .....	.14
Figure 5 : Taux actuels et projetés de fracture de la hanche, au Canada .....	.14
Figure 6 : Mortalité découlant de diverses causes, 1998 .....	.15
Tableau 2 : Facteurs de risque pour certains troubles chroniques choisis, selon les documents sur les stratégies de prévention primaire .....	.17
<b>Section 3 : Approche des déterminants de la santé et de la santé publique</b> .....	.19
Approche de la santé publique .....	.21
Déterminants de la santé .....	.21
Figure 7 : Déterminants de la santé .....	.23
Tableau 3 : Déterminants de la santé et exemples des liens avec les possibilités d'action .....	.24
<b>Section 4 : Méthodes</b> .....	.27

<b>Section 5 : Stratégies touchant les troubles chroniques</b>	31
Diabète	33
Asthme	33
Cancer	34
Santé cardiaque	34
Accidents vasculaires	35
Programmes de base obligatoires	35
Ostéoporose	36
<b>Section 6 : Conclusion</b>	37
Points communs entre les stratégies	39
Nécessité des efforts de collaboration	40
Cadre de travail pour les efforts de collaboration	40
Figure 8 : Cadre de travail pour la prévention des troubles chroniques	42
Tableau 4 : Éléments des stratégies de prévention primaire	44
Stratégie touchant le diabète	44
Stratégie touchant l’asthme	45
Stratégie touchant le cancer	46
Stratégie touchant la santé cardiaque	48
Stratégie touchant les accidents vasculaires	50
Programmes de base obligatoires	52
Stratégie touchant l’ostéoporose	54
<b>Lexique</b>	55
<b>Références et liens Web</b>	59
<b>Autres ressources Web pertinentes</b>	65
<b>Section 7 : Examen sommaire des capacités communautaires</b>	67
<b>Section 8 : Organismes contactés</b>	73



# Introduction

## Contenu de cette section

Définition du diabète .....	3
Le diabète est un trouble de santé publique grave .....	4
Figure 1 : Prévalence des cas de diabète déclarés, par province .....	4
Figure 2 : Prévalence du diabète en Ontario, taux corrigés en fonction de l'âge et du sexe, pour 10 000 .....	5
Figure 3 : Nombre de décès provoqués par le diabète et projections jusqu'en 2016, selon le sexe .....	6
La prévention constitue la meilleure façon de sauver des vies .....	6
Objectif du projet .....	7
Aperçu du document .....	7



# Section 1 : Introduction

## Définition du diabète

Le diabète sucré est un trouble chronique qui se caractérise par l'incapacité de l'organisme à produire de l'insuline en quantité suffisante, ou à la métaboliser correctement (Blair & Gustafson, 2001).

Il y a trois types de diabète :

- le diabète de type 1
- le diabète de type 2
- le diabète gestationnel

Le diabète de **type 1**, qui représente de 5 à 10 % des cas, découle de l'incapacité de l'organisme à produire de l'insuline. Cette forme de diabète peut survenir à tout âge, mais elle touche généralement les enfants et les jeunes adultes. Pour survivre, les personnes atteintes de diabète de type 1 doivent prendre tous les jours de l'insuline. En plus des injections d'insuline, ce trouble est traité par le biais d'un régime alimentaire et d'exercices (National Diabetes Information Clearinghouse, 2001).

Les facteurs de risque pour cette forme de diabète sont notamment une sensibilité génétique et une exposition à des autoanticorps et aux protéines du lait de vache pendant la première enfance (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999). À l'heure actuelle, il n'y a aucune stratégie particulière visant à prévenir le diabète de type 1.

Le diabète de **type 2** découle d'une résistance à l'insuline, suivie d'une production insuffisante de cette hormone. Il s'agit de la forme la plus courante de diabète, qui apparaît généralement chez

les personnes de plus de 40 ans, qui ont des antécédents familiaux de diabète et présentent un embonpoint. Elle explique environ 90 % des cas, et il semble qu'un tiers des personnes présentant cette forme de diabète ignorent qu'elles en sont atteintes.

Les facteurs de risque pour le diabète de type 2 sont notamment une sensibilité génétique, l'obésité, l'âge, l'inactivité physique, une mauvaise alimentation, une intolérance au glucose, des antécédents de diabète gestationnel, des anomalies au plan du cholestérol et une hypertension artérielle (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999).

Le traitement de cette forme de diabète exige une saine alimentation, de l'exercice, l'évaluation de la glycémie et des médicaments oraux (National Diabetes Information Clearinghouse, 2001). Il semble que la prévention primaire soit essentielle en vue de réduire l'incidence de ce type de diabète.

Le **diabète gestationnel** est une forme d'intolérance au glucose qui apparaît pendant la grossesse. Même si le trouble disparaît après l'accouchement, les femmes qui présentent un diabète gestationnel pourraient être exposées à des risques accrus d'apparition du diabète de type 2.

Cette forme de diabète est plus susceptible d'apparaître chez certains groupes ethniques (Autochtones, Noirs, Hispaniques), et chez les personnes ayant des antécédents familiaux de diabète

(National Diabetes Information Clearinghouse, 2001).

Le diabète peut être traité, mais il ne peut être guéri. Même les patients souffrant de diabète qui profitent d'un traitement adapté sont exposés à des risques accrus au plan des maladies cardiaques et des accidents vasculaires (American Heart Association, 2000). Ces risques accrus s'expliquent par le fait que le diabète modifie les taux de cholestérol et de triglycérides et peut provoquer une hypertension artérielle (American Heart Association, 2000).

De toute évidence, certains groupes présentent des risques plus importants d'apparition du diabète, même si les spécialistes estiment que toutes les personnes peuvent être atteintes de cette maladie. Comme le risque touche l'ensemble de la population, le diabète constitue un trouble de la santé prévalent, qui exige une approche de prévention visant la santé publique (Blair & Gustafson, 2001).

### Le diabète est un trouble de santé publique grave

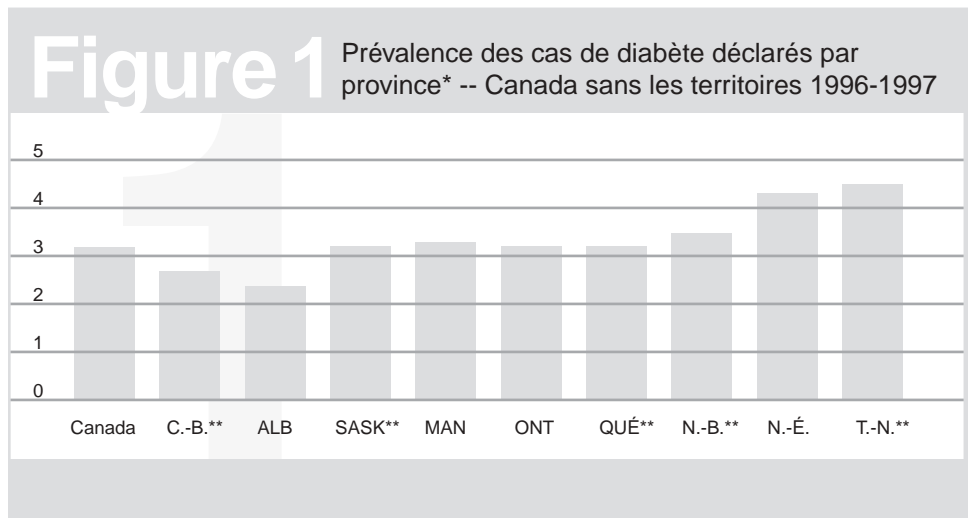
Le diabète est un trouble de santé publique grave, qui touche plus de 135 millions de personnes dans le monde (King et al., 1998). Au Canada, il semble qu'environ 1,5 million de personnes ont reçu un diagnostic de diabète, et que de 3 à 5 % de la population adulte souffrent également d'un diabète de type 2 non diagnostiqué (Tan & MacLean, 1995). Signalons que les données sur l'occurrence du diabète ne font pas de distinction entre les trois sous-groupes, et que les statistiques figurant dans la présente section se rapportent donc à tous les types de diabète confondus. En Ontario, les taux de prévalence déclarés varient entre 3 et 4 % (Figure 1).

\* L'Île-du-Prince-Édouard ne figure pas dans le tableau, étant donné que la taille de l'échantillon est trop faible (<30) pour permettre des estimations comparables touchant la prévalence.

\*\*Les estimations touchant la prévalence présentent une variabilité importante entre les échantillons

Notes : dimension des échantillons (n) : CB n=45; ALB n=384; SASK n=37; MAN n=498; ONT n=1 354; QUÉ n=77; NB n=30; NE n=40; TN n=38. Le diabète est un trouble à déclaration volontaire. Les répondants avaient 12 ans et plus. Source : LCDC 1998—Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997. Dossier Health Share, document préliminaire.

Tiré de : Santé Canada. Diabetes in Canada : National Statistics and Opportunities for Improved Surveillance, Prevention, and Control. Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.



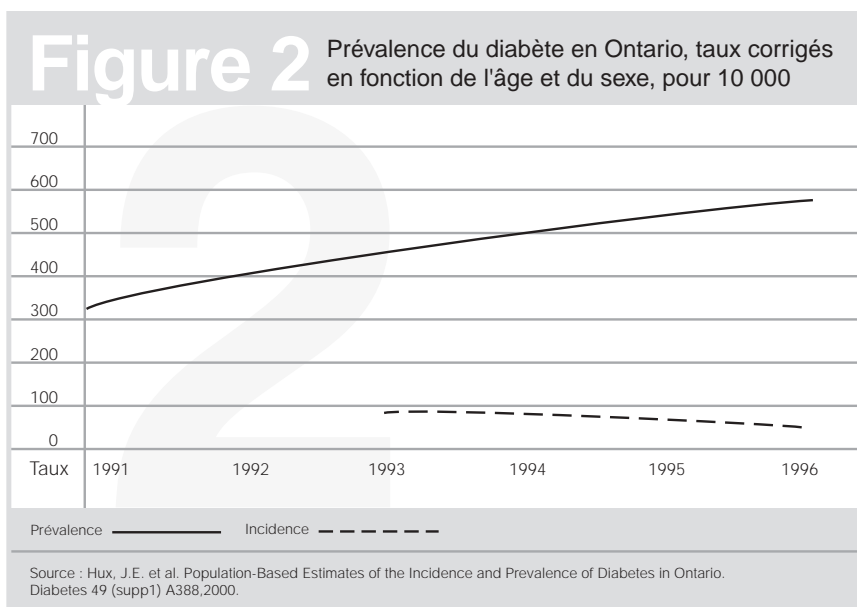
En Ontario, plus de 600 000 personnes ont reçu un diagnostic de diabète, 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année et il semble qu'environ 300 000 personnes ignorent qu'elles sont atteintes de cette maladie (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999). La prévalence du diabète de type 2 s'accroît à un taux alarmant (Figure 2), et compte tenu du vieillissement de la population et des taux croissants d'obésité, cette tendance devrait se poursuivre.

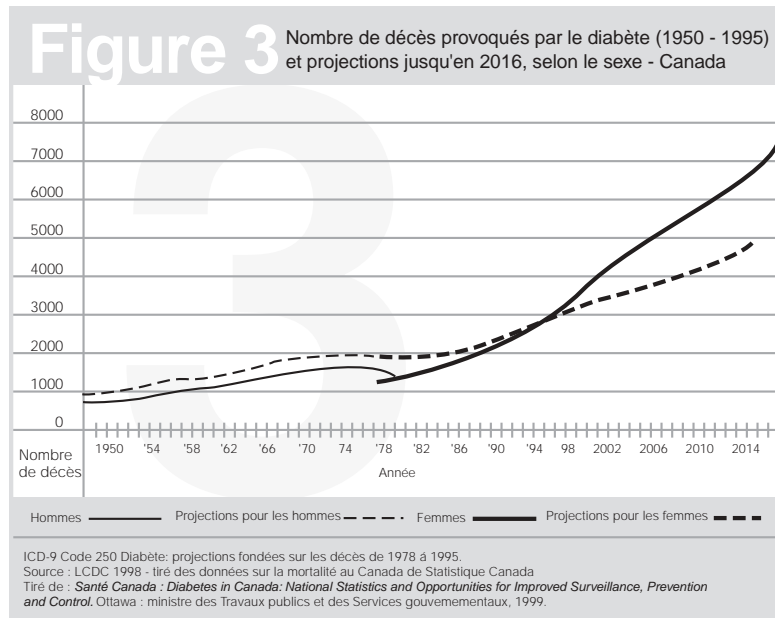
Quatre personnes sur dix atteintes de diabète présentent des complications graves, notamment une cécité, une amputation des membres, un trouble rénal, des lésions nerveuses et un accident vasculaire. En plus des difficultés physiques, le diabète entraîne des coûts sociaux, psychologiques et économiques découlant d'une productivité réduite, des dépenses au plan des soins de santé et des limites touchant

les habitudes de vie associées au traitement de la maladie (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1999).

Au Canada, il semble que 5 500 décès soient directement attribuables chaque année à cette maladie, ce qui en fait la septième cause de décès. Lorsque ce taux est associé aux décès provoqués par les complications de la maladie, le diabète provoque environ 25 000 décès au Canada, chaque année (Santé Canada, 1999). Selon le ministère de la Santé, le diabète a été à l'origine de plus de 2 200 décès en Ontario, en 1996. Les tendances touchant la mortalité devraient s'accroître de façon exponentielle compte tenu du vieillissement de la population et des taux croissants d'obésité.

La Figure 3 présente ces tendances chez les hommes et les femmes, ainsi que des projections jusqu'en 2016 (Santé Canada, 1999).





### La prévention constitue la meilleure façon de sauver des vies

Au cours des 50 dernières années, l'efficacité du traitement des troubles chroniques a été améliorée (Loefler, 2001). Les progrès de la médecine ont permis la mise au point de médicaments, d'implants et de transplants, qui ont entraîné le prolongement de la vie et réduit les souffrances provoquées par les troubles chroniques.

Historiquement, les programmes visant les troubles chroniques mettaient l'accent sur le traitement de la maladie ou sur les personnes présentant des symptômes précoces, et une attention relativement moindre était accordée à la prévention. Le prolongement de la vie par le biais d'interventions médicales, dans les cas de troubles chroniques, est cependant coûteux et continuera d'entraîner des

dépenses croissantes, en plus de constituer un objectif discutable pour la santé publique (Loefler, 2001). Compte tenu des inconvénients du traitement de la maladie, il n'est pas surprenant que les priorités des programmes se rapportant aux troubles chroniques aient été modifiées au cours des dernières années en vue d'accorder davantage d'importance à la prévention.

La prévention primaire vise à prévenir l'apparition de la maladie chez les personnes sensibles ou au sein de diverses populations par le biais d'une modification du milieu ou des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir. Il semble aujourd'hui que la prévention primaire des troubles chroniques offrirait une plus grande possibilité de réduire les souffrances, la mortalité et les dépenses relatives aux soins de santé en Ontario que ne le ferait une amélioration de la prestation des traitements ou des

traitements eux-mêmes.

Le diabète de type 2, qui représente environ 90 % des cas, peut en grande partie être prévenu, comme c'est le cas pour bon nombre de troubles chroniques. En ce qui concerne le diabète, les spécialistes estiment qu'une modification des principales habitudes de vie, notamment le maintien d'un poids santé et des activités physiques, entraînerait une baisse de la charge provoquée par la maladie. C'est pourquoi le présent document portera principalement sur la prévention primaire du diabète de type 2. Compte tenu du caractère grave, coûteux et chronique du diabète, les efforts de prévention primaire offrent une avenue prometteuse touchant la réduction du coût des soins de santé et le soulagement de la souffrance humaine.

### Objectif du projet

L'objectif du présent document est de comparer les lignes directrices actuelles des organismes provinciaux et fédéraux pertinents touchant la prévention primaire du diabète et d'autres troubles chroniques, de façon à constituer une plate-forme pour les débats et les efforts de collaboration. Le contexte qui sous-tend le présent document est l'hypothèse selon laquelle des efforts coordonnés de prévention des troubles chroniques constitueraient une mesure efficace et rentable, qui susciterait une synergie considérable dans les efforts en vue de réduire la charge que présentent les troubles chroniques au sein de la population.

Le chevauchement bien établi entre les facteurs de risque touchant le diabète et

d'autres troubles chroniques indique que les recommandations au plan de la prévention pourraient, au moins en partie, être les mêmes pour l'ensemble de ces troubles chroniques.

### Aperçu du document

Le présent document présente un tableau exact des stratégies de prévention existantes pour le diabète, l'asthme, le cancer, les maladies cardiaques, l'ostéoporose et les accidents vasculaires. Signalons que ce document ne vise pas à fournir des explications approfondies concernant ces troubles eux-mêmes.

La section précédente a permis d'illustrer la gravité du diabète. De la même façon, la deuxième section, intitulée « Autres troubles chroniques importants en Ontario », fournit de l'information à propos des autres troubles chroniques dont il a été question et offre une brève comparaison des facteurs de risque en cause. Cette discussion est suivie de la troisième section intitulée « Approches des déterminants de la santé et de la santé publique », qui présente une perspective pour la prévention des troubles chroniques axée sur la santé publique. La quatrième section, intitulée « Méthodes », explique de quelle façon les documents stratégiques ont été choisis, et la cinquième section, intitulée « Stratégies touchant les troubles chroniques », décrit et compare la teneur des stratégies. Enfin, la sixième section, intitulée « Conclusion », intègre l'information présentée et propose des solutions pour la prévention des troubles chroniques.



# 2

## Autres troubles chroniques importants en Ontario

### Contenu de cette section

Asthme .....	11
Figure 4 : Prévalence de l'asthme chez les enfants, au Canada .....	11
Cancer .....	12
Maladies cardiaques et accidents vasculaires .....	13
Tableau 1 : Incidence du cancer par province ou territoire, pour tous les âges et toutes les formes de cancer .....	12
Ostéoporose .....	14
Figure 5 : Taux actuels et projetés de fracture de la hanche, au Canada .....	14
Figure 6 : Mortalité découlant de diverses causes, 1998 .....	15
Tableau 2 : Facteurs de risque pour certains troubles chroniques choisis, selon les documents sur les stratégies de prévention primaire .....	16



## Section 2 : Autres troubles chroniques importants en Ontario

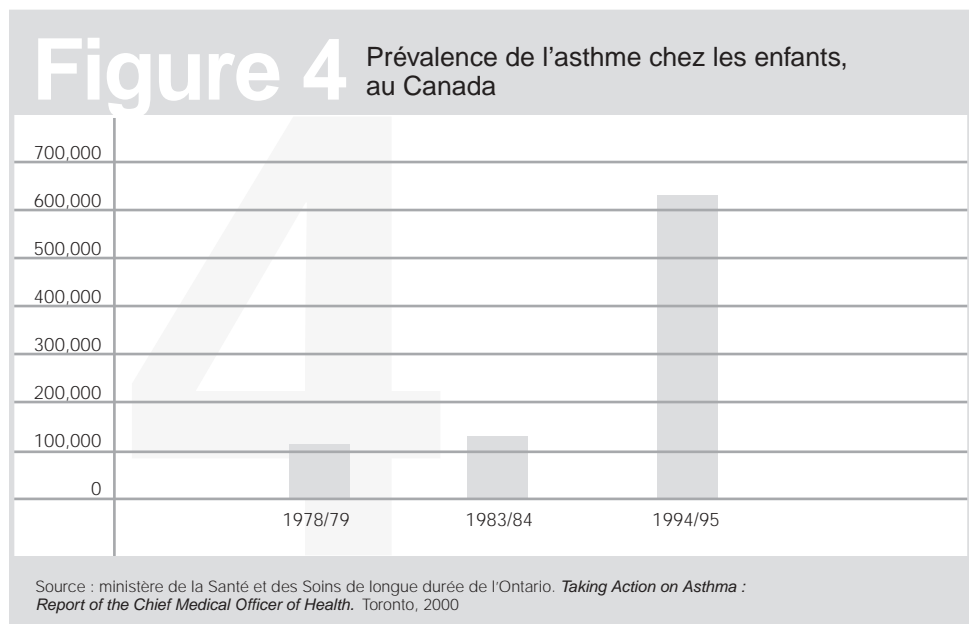
En plus du diabète, d'autres troubles chroniques ont des incidences importantes sur la santé de la population de l'Ontario. La présente section présente de l'information touchant l'asthme, le cancer, les maladies cardiaques, l'ostéoporose et les accidents vasculaires.

### Asthme

L'asthme est un trouble inflammatoire chronique des voies aériennes qui se caractérise par un état d'essoufflement, une toux, une respiration sifflante et une oppression dans la poitrine, et s'accompagne d'une restriction de l'écoulement de l'air et d'une hyperréactivité à l'égard des agents et déclencheurs (Canadian Asthma Consensus Group, 1996). Les déclencheurs de l'asthme sont des agents qui exacerbent les troubles asthmatiques existants.

La prévalence de ce trouble s'est accrue de façon substantielle au cours des dernières années. En 1978-1979, 141 000 enfants de 0 à 14 ans souffraient d'asthme, et ce taux s'est accru à 167 000 enfants au cours de l'année 1983-1984 pour passer à 672 000 en 1994-1995 (Figure 4), soit une progression de 2,5 % à 11,2 % des enfants au cours d'une période de 18 ans (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000).

L'asthme est également un trouble important au sein de la population adulte. L'enquête sur la santé réalisée en Ontario en 1996-1997 a révélé que 694 928 personnes de plus de 12 ans déclaraient souffrir d'asthme, et que 48 000 personnes ont indiqué que leurs activités étaient réduites en raison de ce trouble. En Ontario, il semble que l'asthme entraîne plus de 155 décès par année



(ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000). Pour l'année 1990, le coût total au plan des soins de santé de l'asthme, au Canada, se situait entre 504 et 648 millions de dollars, 306 millions de dollars (61 %) étant consacrés aux coûts directs des soins de santé comme les visites en salle d'urgence et les médicaments, alors que 197,7 millions de dollars étaient affectés aux coûts indirects, comme le transport, les décès prématurés et les invalidités (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000). Il n'y a pas de chiffres comparables disponibles pour l'Ontario, même si l'on sait que l'asthme est la principale cause d'hospitalisation chez les enfants, les taux de séparation hospitaliers pour les enfants de 0 à 14 ans se situant à 463,5 pour 100 000, en 1994-1995 (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000).

Ces dépenses estimatives n'illustrent cependant pas de façon complète la gravité de la maladie. Les cas non diagnostiqués, les épisodes non signalés et les coûts humains entraînés par ce

trouble sont autant de facteurs qui accroissent l'importance que joue l'asthme au plan des préoccupations en matière de santé. En fait, l'asthme entrave souvent la vie des personnes atteintes, ce qui peut entraîner des difficultés financières (provoquées par l'absentéisme au travail), des souffrances psychosociales, une stigmatisation et une diminution de la qualité de la vie (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000).

## Cancer

De façon simplifiée, le cancer est un trouble qui se caractérise par la croissance anarchique de cellules anormales dans un organe ou un tissu. Cette maladie peut provoquer l'apparition de tumeurs bénignes (localisées) ou malignes (invasives). Même si cette maladie peut apparaître à toutes les époques de la vie, le cancer est principalement associé au vieillissement. En fait, 70 % des nouveaux cas de cancer et 82 % des décès provoqués par cette maladie surviennent chez des personnes d'au moins 60 ans (Institut national du

**Tableau 1 : Incidence du cancer par province ou territoire, 1996, pour tous les âges et toutes les formes de cancer. Taux pour 100 000 (à l'exclusion du cancer cutané)**

	Canada	Ontario	Terre-Neuve	Île-du-Prince-Édouard	Nouvelle-Écosse	Nouveau-Brunswick	Québec	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie-Britannique	Yukon	Territoires du Nord-Ouest
<b>Femmes</b>	335	337	302	350	354	333	336	351	319	333	327	359	392
<b>Hommes</b>	446	445	391	458	474	488	468	453	424	427	426	321	385
<b>Les deux sexes</b>	391	391	346	404	414	410	402	402	372	380	376	340	388

Source : Cancer Bureau, LCDC, Santé Canada : Statistics Canada and the Canadian Council of Cancer Registries  
Tiré de : Institut national du cancer du Canada. Canadian Cancer Statistics 2001. Toronto : 2001.

cancer du Canada, 2001).

Il semble qu'il y aura environ 134 100 nouveaux cas de cancer au Canada, cette année, les formes les plus souvent diagnostiquées étant le cancer du sein chez les femmes et le cancer de la prostate chez les hommes (Institut national du cancer du Canada, 2001). Le cancer provoquera 65 300 décès au Canada, en 2001, le cancer du poumon étant la principale cause de décès (Institut national du cancer du Canada, 2001).

Le cancer est une maladie coûteuse. Au Canada, la valeur annuelle de la perte de la productivité provoquée par le cancer, en 1993, a été estimée à 727 921 000 \$, et les coûts directs (notamment les soins hospitaliers) se sont élevés à 13,1 milliards de dollars (Santé Canada, 1993).

En Ontario, les taux s'accroissent d'environ 3 % par année, principalement en raison du vieillissement de la population. Cette année, il semble qu'environ 50 200 nouveaux cas de cancer apparaîtront en Ontario, et que 23 800 personnes décéderont des suites de cette maladie (Institut national du cancer du Canada, 2001). Les taux d'incidence du cancer en Ontario sont comparables aux statistiques nationales (Tableau 1).

Même si les risques de décès découlant de certaines formes de cancer se sont accrus au cours des dernières années, par exemple dans le cas du cancer du poumon chez les femmes, les risques pour d'autres formes de cancer, notamment le cancer de l'estomac, ont

diminué (Action Cancer Ontario, 2000). En fait, si l'on tient compte du vieillissement de la population, les risques qu'une personne décède par suite d'un cancer n'ont que très peu évolué au cours des 50 dernières années, et de légères baisses ont été observées en Ontario depuis dix ans par suite des efforts de dépistage et de prévention et de l'amélioration des traitements (Action Cancer Ontario, 2000).

Malheureusement, ces améliorations sont annulées par la tendance démographique à l'égard du vieillissement de la population, et le cancer prend en conséquence une importance relative croissante (Action Cancer Ontario, 2000). L'avenue la plus prometteuse dans la lutte contre le cancer est fournie par la prévention, étant donné que de 30 à 40 % des cancers peuvent être prévenus par la modification des comportements (alimentation, activité physique, maintien d'un poids santé et consommation d'alcool), même si peu de choses ont été faites jusqu'ici en vue d'en réduire l'incidence.

## **Maladies cardiaques et accidents vasculaires**

Les maladies cardiaques désignent tous les troubles pathologiques du cœur. Les accidents vasculaires s'appliquent à une perte de conscience provoquant une paralysie découlant d'une hémorragie cérébrale, de l'obstruction d'une artère ou de la rupture d'une artère extracérébrale. Comme les facteurs de risque pour ces troubles sont très semblables, la documentation spécialisée regroupe souvent les maladies cardiaques et les

accidents vasculaires sous la rubrique troubles cardio-vasculaires. Aux fins de la présente section, ces troubles seront réunis.

Les troubles cardio-vasculaires sont un problème de santé important, dont le taux ne semble pas afficher de diminution marquée. Au Canada, les troubles cardio-vasculaires ont entraîné en 1993 des coûts directs (notamment pour les soins hospitaliers) de l'ordre de 19,7 milliards de dollars, et une perte de productivité en raison des invalidités à long terme de 4 501 786 \$ (Santé Canada, 1993).

### Ostéoporose

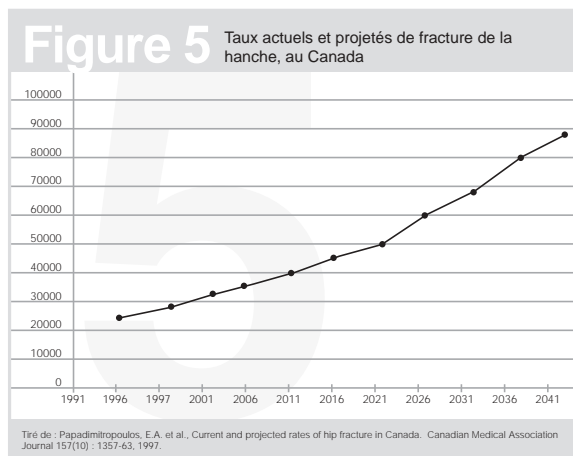
L'ostéoporose est un trouble qui se caractérise par une faible densité osseuse et une détérioration du tissu osseux, ce qui entraîne la fragilité des os et des risques accrus de fracture, plus particulièrement de la hanche, de la colonne vertébrale et du poignet (Société canadienne de l'ostéoporose, 2001).

À l'heure actuelle, il y a 1,4 million de

personnes au Canada qui souffrent d'ostéoporose (Société canadienne de l'ostéoporose, 2001). Même si ce trouble peut frapper en tout temps, il semble apparaître surtout à un âge avancé, une femme sur quatre et un homme sur huit de plus de 50 ans étant atteints d'ostéoporose (Conseil consultatif scientifique, Société canadienne de l'ostéoporose, 1996).

Au Canada, il semble que le coût du traitement des fractures de fragilité en 1993 était de 1,3 milliard de dollars, contre 400 millions de dollars en Ontario (Goree et al., 1996). Ces fractures peuvent avoir des conséquences graves à long terme. Les fractures de la hanche (dont 70 % sont associées à l'ostéoporose) pourraient entraîner le décès dans 20 % des cas, et une incapacité chez 50 % des survivants (Société canadienne de l'ostéoporose, 2001). Les effets résiduels d'une fracture ostéoporotique sont notamment des douleurs, une restriction physique, la peur de faire une chute, de l'anxiété, une dépression et des limitations sociales qui peuvent réduire la qualité de vie ou entraîner une exacerbation du trouble (Strategic Action Working Group on Osteoporosis, 2000).

La population canadienne vieillit et, si des mesures préventives ne sont pas adoptées dès maintenant, les coûts entraînés par l'ostéoporose devraient s'accroître de façon substantielle au cours des prochaines années. Selon diverses estimations, le réseau canadien des soins de santé devra faire face à une croissance exponentielle des taux de fracture de la hanche (Figure 5) (Papadimitropoulos et al., 1997).



Tel qu'indiqué, l'ostéoporose est un trouble coûteux, mais les dépenses estimatives figurant plus haut ne tiennent pas compte des coûts additionnels de ce trouble, qui comprennent notamment une perte de productivité et de salaire, la réadaptation et les traitements privés, les services de soins à domicile et l'hébergement dans des établissements de soins de longue durée, après une fracture, de personnes qui étaient auparavant autonomes (Strategic Action Working Group on Osteoporosis, 2000).

La Figure 6 illustre la mortalité provoquée par ces troubles en 1998, en Ontario, de même que d'autres causes de décès.

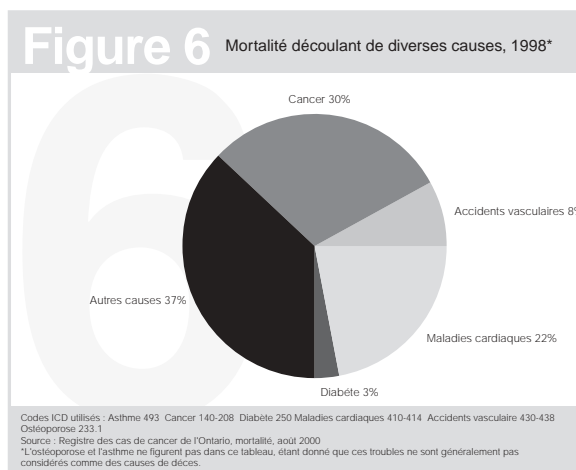
De toute évidence, ces affections constituent des troubles importants de santé en Ontario, qui entraînent près de 70 % de l'ensemble des décès.

Le Tableau 2 présente les facteurs de risque se rapportant à ces maladies, comme l'indique la documentation sur la prévention primaire. Les documents cités

révèlent que la charge de ces affections peut être réduite en modifiant les facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir. Un bref coup d'œil sur ce tableau révèle clairement que bon nombre des facteurs de risque pour ces troubles peuvent être modifiés.

On peut également constater qu'il existe un chevauchement considérable entre les facteurs de risque pour ces troubles. Les similitudes les plus frappantes concernent les risques modifiables : alimentation et consommation d'alcool, niveau d'activité physique, tabagisme et IMC. Les points communs entre les facteurs de risque touchant le diabète et ceux se rapportant aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires sont également remarquables. En fait, tel qu'indiqué plus haut, le diabète lui-même constitue un facteur de risque pour les maladies cardiaques et les accidents vasculaires.

Ce chevauchement entre le diabète et les troubles cardio-vasculaires n'est pas surprenant. La recherche a révélé que les personnes souffrant de diabète sont exposées à des risques deux fois plus importants de maladie cardiaque et d'accident vasculaire (ministère des Approvisionnement et Services, 1995). Les taux de mortalité (corrigés en fonction de l'âge) pour les maladies cardiaques sont plus élevés chez les personnes atteintes de diabète : les taux de mortalité découlant d'une maladie cardiaque et d'un accident vasculaire sont deux ou trois fois plus importants chez les hommes et de trois à sept fois plus importants chez les femmes souffrant de diabète, par rapport aux personnes non atteintes (Manson et al., 1992).



Compte tenu du fait que les troubles chroniques ont une prévalence croissante, que leur caractère est constant ou progressif et que leur traitement entraîne une charge significative pour le réseau des soins de santé, il est tout à fait logique de mettre l'accent sur la prévention de ces affections.

**Tableau 2 : Facteurs de risque pour certains troubles chroniques choisis,  
selon certains documents sur les stratégies de prévention primaire**

Facteurs de risque	Asthme*	Cancer	Stratégie	Diabète (type 2)	Maladies cardiaques	Ostéoporose	Accidents vasculaires
<b>Habitudes de vie</b>							
Facteurs alimentaires	X <sup>3, 4</sup>	X <sup>6</sup>	X <sup>1</sup>	X <sup>7, 9</sup>	X <sup>10</sup>		
Consommation d'alcool		X <sup>6**</sup>			X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>	X <sup>8, 9</sup>
Niveau d'activité physique	X <sup>3, 4</sup>	X <sup>6</sup>	X <sup>1, 2</sup>	X <sup>7, 9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Exposition au soleil		X <sup>6</sup>					
Exposition au tabac	X <sup>3, 4</sup>	X <sup>6</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>7, 9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Poids/IMC		X <sup>6</sup>	X <sup>1, 2</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
<b>Troubles de santé</b>							
Diabète					X <sup>9</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Intolérance au glucose, diabète gestationnel, résistance à l'insuline			X <sup>1</sup>				
Troubles cardiaques (notamment hyperhomocystéinémie et fibrillation auriculaire)					X <sup>9</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Hypertension artérielle, dyslipidémie			X <sup>1, 2</sup>	X <sup>9</sup>			X <sup>8, 9</sup>
Antécédents d'accidents vasculaires, crise ischémique transitoire, sténose carotidienne							X <sup>8</sup>
<b>Sociodémographiques</b>							
Âge			X <sup>1</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Ethnicité			X <sup>1</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Sexe (et facteurs hormonaux)	X <sup>3, 4</sup>			X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Situation socio-économique	X <sup>4</sup>		X <sup>2</sup>				X <sup>8</sup>
Autres							
Allergie (et atopie)	X <sup>3, 4</sup>						
Facteurs environnementaux et expositions	X <sup>3, 4</sup>	X <sup>6</sup>					
Antécédents familiaux/génétiques	X <sup>3, 4</sup>		X <sup>1</sup>	X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>		X <sup>8, 9</sup>
Infections	X <sup>3, 4</sup>			X <sup>9</sup>			
Masse osseuse de pointe					X <sup>10</sup>		
Médicaments et consommation d'antioxydants	X <sup>4</sup>			X <sup>9</sup>	X <sup>10</sup>		
Stress/émotions	X <sup>4</sup>			X <sup>9</sup>			

\*Les facteurs de risque touchant l'asthme sont complexes et font appel à une interaction entre les facteurs de prédisposition, de cause et contributeurs. Pour les personnes souffrant d'asthme, les déclencheurs (ce qui comprend les facteurs de cause indiqués ici) exacerbent le trouble.

\*\* Implicite dans les lignes directrices sur l'alimentation

<sup>1</sup>Diabetes: Strategies for Prevention. Report of the Chief Medical Officer of Health.

<sup>2</sup>Diabetes in Canada: National Statistics and Opportunities for Improved Surveillance, Prevention and Control.

<sup>3</sup>Taking Action on Asthma. Report of the Chief Medical Officer of Health.

<sup>4</sup>The Prevention and Management of Asthma in Canada: a major challenge now and in the future.

<sup>5</sup>Mandatory Health Programs and Services Guidelines.

<sup>6</sup>A Cancer Prevention System for Canada: Preliminary Recommendations for Leading an Integrated Approach to Cancer prevention.

<sup>7</sup>Lignes directrices sur les demandes de financement du Programme de santé cardio-vasculaire.

<sup>8</sup>Towards an Integrated Stroke Strategy for Ontario.

<sup>9</sup>The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada.

<sup>10</sup>A Framework and Strategy for the Prevention and Management of Osteoporosis.



# 3

## Approche des déterminants de la santé et de la santé publique

### Contenu de cette section

Approche de la santé publique .....	21
Déterminants de la santé .....	21
Figure 7 : Déterminants de la santé .....	23
Tableau 3 : Déterminants de la santé et exemples des liens avec les possibilités d'action .....	24



## Section 3 : Approche des déterminants de la santé et de la santé publique

### Approche de la santé publique

Au Canada, l'amélioration des conditions de vie, la mise au point des médicaments antibiotiques et l'universalisation des soins de santé ont éradiqué un grand nombre de troubles infectieux et entraîné une prolongation de la durée de vie (Shah, 1994). En corollaire à ces transformations, les troubles chroniques sont devenus une préoccupation importante au plan de la santé, qui a exigé une réorientation des soins de santé, du traitement de la maladie vers la promotion de la santé, c'est-à-dire la prévention primaire. La prévention primaire est la prévention de la maladie avant qu'elle survienne.

Tel qu'indiqué dans la section précédente, la charge des troubles chroniques en Ontario est importante et va en augmentant au fur et à mesure de l'évolution des facteurs de risque. Les troubles chroniques sont généralement provoqués par une myriade de facteurs de risque en interaction, dont certains facteurs modifiables qui peuvent s'appliquer à tous les membres d'une population. Ainsi, les troubles chroniques concernent de par leur nature l'ensemble de la population, et leur prévention primaire exige l'adoption d'une approche axée sur la santé publique.

Un bref coup d'œil sur les facteurs de risque présentés au Tableau 2 révèle que plusieurs facteurs, notamment le poids corporel et le tabagisme, peuvent être modifiés et sont le fruit de certains

comportements. Ces risques se retrouvent au sein des interventions établies dans les programmes. Du point de vue de la santé publique, les troubles chroniques peuvent être prévenus par le biais d'efforts de prévention primaire visant à modifier les facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir.

Les facteurs de risque modifiables n'existent cependant pas de façon isolée, et ils dépendent en grande partie du système dans lequel ils apparaissent. Les efforts de prévention efficaces doivent donc tenir compte de ce fait au moment de l'élaboration des programmes. Les facteurs de risque sont influencés par les déterminants de la santé, soit les facteurs d'ordre social, économique et culturel qui influent sur l'état de santé d'une population.

### Déterminants de la santé

En plus des facteurs de risque particuliers, l'état de santé d'une population est en corrélation avec un certain nombre de facteurs en interaction qui sont à la base même de la maladie. Ces facteurs, selon la description de Santé Canada, sont appelés déterminants de la santé (Figure 7).

Tout comme les facteurs de risque pathologiques, certains de ces facteurs peuvent être modifiés par le biais de programmes, alors que d'autres ne peuvent l'être ou ne sont pas touchés par les efforts de prévention primaire (p. ex., revenu et situation sociale). Comme l'indique la Figure 7, il y a douze déterminants de la santé :

- 1) Revenu et situation sociale
- 2) Réseaux de soutien sociaux
- 3) Éducation
- 4) Emploi et conditions de travail
- 5) Milieu social
- 6) Milieu physique
- 7) Comportement personnel touchant la santé et capacités d'adaptation
- 8) Développement harmonieux de l'enfant
- 9) Biologie et bagage génétique
- 10) Services de santé
- 11) Sexe
- 12) Culture

L'état de santé d'une population est déterminé par ces facteurs en interaction et indépendants. Comme dans le cas des facteurs de risques pathologiques, certains de ces déterminants peuvent être modifiés, certains d'entre eux appartenant au domaine de la santé, alors que d'autres sont inaltérables.

Le Tableau 3 présente un aperçu des déterminants essentiels, leur justification et des exemples de la façon dont ils peuvent être liés à des possibilités de changement.

La capacité d'une collectivité à prévenir les troubles chroniques doit être analysée à la lumière des douze déterminants dont il est question ici. La capacité communautaire désigne un potentiel qui peut mener à une mobilisation communautaire et comprend un certain nombre de facteurs : leadership, participation, compétences et ressources, coalitions, pouvoir communautaire, valeurs et réflexion critique (Goodman et al., 1998). La capacité communautaire est une condition essentielle à

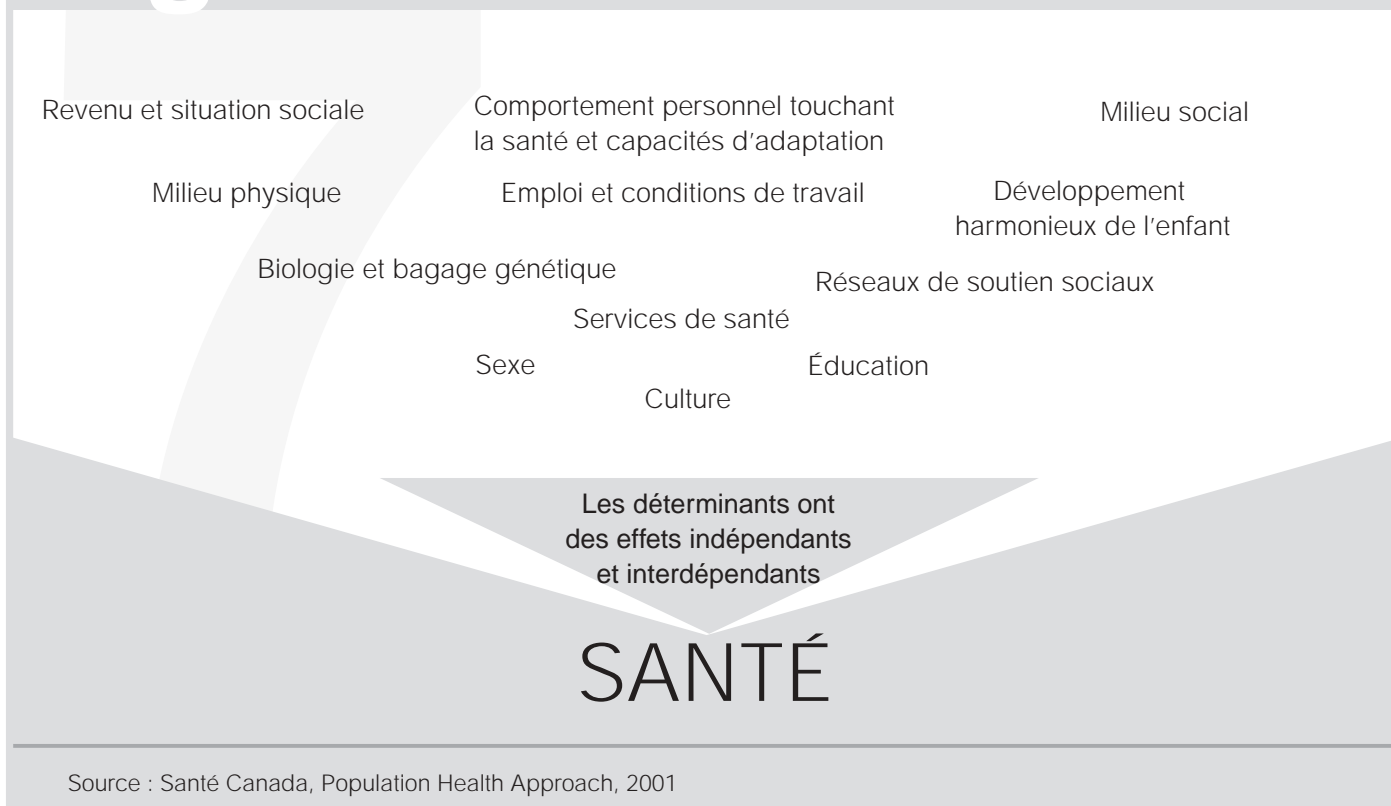
l'élaboration, la mise en œuvre et le maintien d'efforts communautaires de prévention (Goodman et al., 1998).

Les facteurs de risque modifiables sont en partie reliés aux décisions comportementales que prennent les gens dans le contexte de la collectivité dans laquelle ils habitent et qui peuvent notamment se rapporter à la participation à un programme d'exercices ou à l'achat d'aliments sains. Ces décisions sont liées à un certain nombre de facteurs, notamment les convictions culturelles, les structures sociales et les obstacles structurels comme le transport, la garde des enfants et la sécurité du milieu (Goodman et al., 1998). À ce titre, les interventions doivent tenir compte du fait que les comportements positifs en matière de santé sont des comportements sociaux.

Comme un grand nombre de ces facteurs se recoupent, l'amélioration de l'état de santé de la collectivité peut être considérée comme une responsabilité partagée, qui exige la collaboration du secteur de la santé et d'autres groupes connexes, qui ne sont cependant généralement pas associés à la santé (Santé Canada, 2001). Il importe également d'établir des objectifs communs entre les partenaires, et de mettre en œuvre des mesures et des politiques qui favorisent la santé (Santé Canada, 2001). Lorsque les ressources et l'expertise d'un grand nombre de secteurs et d'organismes sont mises en commun, les collectivités peuvent plus facilement se mobiliser afin de maximiser leur pouvoir et leur influence (Goodman et al., 1998).

Selon Santé Canada, l'élaboration de stratégies efficaces exige de déterminer qui mettra en œuvre les stratégies, à l'égard de quels groupes, à quel moment et dans quels lieux. Cette section a permis d'établir une justification pour l'adoption d'approches de prévention primaire qui, en plus de s'attaquer aux facteurs de risque, tiennent compte des déterminants de la santé, présentent un caractère multisectoriel de collaboration, font appel à des stratégies multiples et peuvent être appliquées dans des contextes variés (Santé Canada, 2001).

## Figure 7 Déterminants de la santé



**Tableau 3 : Déterminants de la santé et exemples des liens avec les possibilités d'action**

Déterminants essentiels	Justification	Exemples de liens avec les possibilités d'action
1. Revenu et situation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un revenu et une situation sociale élevés sont associés à une meilleure santé.</li> <li>Les Canadiens ayant un revenu plus faible ont une espérance de vie réduite et souffrent d'un plus grand nombre de maladies.</li> <li>Une augmentation du revenu est associée à une réduction du nombre de maladies et à une prolongation de la durée de vie.</li> <li>La santé s'accroît avec la position hiérarchique au travail.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les taux de tabagisme varient selon les classes sociales.</li> <li>Les gens ayant un revenu plus faible ont moins d'argent pour acheter des aliments sains.</li> <li>Un revenu plus faible réduit la capacité de s'abonner à un gymnase ou de payer une gardienne pendant les périodes d'exercice.</li> <li>Le revenu détermine les conditions de logement et la capacité de déménager pour s'éloigner des expositions environnementales ou des quartiers plus dangereux.</li> <li>Dans des circonstances difficiles, un revenu plus élevé donne une meilleure confiance en soi et de plus nombreuses possibilités d'agir.</li> </ul>
2. Réseaux de soutien sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les réseaux de soutien sociaux sont associés à une meilleure santé et à un taux réduit de décès prématuré.</li> <li>Les réseaux sociaux pourraient jouer un rôle dans la façon dont les gens résolvent leurs problèmes et font face aux situations difficiles.</li> <li>Le fait de disposer de soutiens sociaux donne une plus grande confiance en soi par rapport aux événements de la vie.</li> <li>Les soutiens sociaux et le sentiment de bien-être qu'ils suscitent permettent d'atténuer les troubles de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les soutiens sociaux peuvent aider les gens à adopter des habitudes saines et leur fournir des conseils sur les bonnes habitudes de vie.</li> <li>Les soutiens sociaux peuvent fournir un service de garde des enfants pendant que les parents font de l'exercice.</li> <li>Les réseaux sociaux peuvent fournir des conseils alimentaires, aider à la préparation des repas, etc.</li> </ul>
3. Éducation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une meilleure éducation est associée à une meilleure santé.</li> <li>Les personnes instruites ont de meilleures capacités pour résoudre les problèmes et un plus grand sentiment de maîtrise de leur propre vie.</li> <li>Les personnes moins instruites s'absentent plus fréquemment de leur travail en raison d'une maladie que celles ayant une meilleure éducation.</li> <li>Les personnes ayant une meilleure instruction déclarent être en meilleure santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'éducation est liée au chômage et à la pauvreté, qui influent sur la capacité d'acheter des aliments sains, l'accessibilité de milieux sains et la possibilité de s'inscrire à des programmes de conditionnement physique.</li> <li>Les personnes plus instruites sont moins susceptibles de fumer (peut-être en raison de leur meilleure capacité à résoudre des problèmes).</li> <li>Les personnes plus instruites ont un meilleur accès à l'information sur la santé, elles la comprennent davantage et peuvent plus facilement faire appel à des interventions de prévention primaire.</li> </ul>
4. Emploi et conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le statut professionnel est lié à la santé, au sentiment d'identité, à la valeur personnelle, aux contacts sociaux et aux possibilités de croissance personnelle.</li> <li>Les personnes en chômage ont une espérance de vie réduite, et un plus grand nombre de troubles de santé que les personnes qui travaillent.</li> <li>Les milieux de travail stressants ou dangereux sont associés à une moins bonne santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'emploi est lié au revenu, ce qui détermine la capacité de se procurer des aliments sains, de s'inscrire à un gymnase et de profiter d'un service de garde des enfants pendant les périodes d'exercice.</li> <li>Comme l'emploi est lié au revenu, les personnes ayant un salaire inférieur sont plus susceptibles de fumer.</li> <li>Le milieu de travail entraîne parfois des expositions environnementales.</li> <li>Les personnes qui n'ont pas de milieu de travail sont plus difficiles à rejoindre et moins susceptibles de participer aux programmes de prévention primaire.</li> <li>Des conditions de travail souples, par exemple un horaire variable, permettent d'intégrer des activités physiques à la vie courante.</li> </ul>

Déterminants essentiels	Justification	Exemples de liens avec les possibilités d'action
5. Milieu social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le milieu social est associé à la possibilité de mettre en commun des ressources et d'établir des liens avec d'autres personnes.</li> <li>Les bonnes habitudes de vie désignent le comportement 1) des personnes 2) des personnes dans leur milieu social et 3) les rapports entre les personnes et leur milieu.</li> <li>Le milieu social peut accroître la capacité d'une personne à s'adapter au changement et promouvoir la bonne santé.</li> <li>Un milieu offrant un soutien permet de réduire ou d'éviter un grand nombre des risques pour la santé.</li> <li>La participation à un groupe est associée à une mortalité réduite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les choix en matière de santé sont faits en fonction du contexte du milieu social; p. ex., la décision de cesser de fumer ou de commencer à faire de l'exercice n'est pas prise de façon isolée.</li> <li>La prévention primaire peut être considérée comme une question d'ordre social ou communautaire.</li> <li>Les réactions de la collectivité peuvent renforcer les stratégies d'adaptation d'une personne.</li> </ul>
6. Milieu physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le milieu physique est en lien avec la santé et les types de risques auxquels une personne est exposée dans son milieu.</li> <li>L'exposition à des contaminants peut provoquer des troubles de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes ayant un revenu plus faible, une moins bonne instruction ou qui sont sans emploi ont moins accès aux milieux sains et peuvent donc profiter de possibilités réduites touchant les habitudes de vie.</li> <li>Les personnes qui travaillent à l'extérieur ont moins de possibilités de prévenir les expositions au soleil.</li> <li>Certaines conditions d'emploi offrent des possibilités réduites en vue d'éviter les contaminants ou les polluants sur les lieux de travail.</li> </ul>
7. Comportements personnels touchant la santé et capacités d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des mesures individuelles peuvent permettre de prévenir la maladie et de promouvoir l'autonomie, les stratégies d'adaptation, la confiance en soi, la capacité à résoudre des problèmes et la possibilité de faire des choix sains.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les « choix » sont souvent liés au milieu (économique, environnemental et social); les interventions qui mettent en place des milieux offrant un soutien favorisent les comportements sains en matière de santé.</li> <li>Des stratégies d'adaptation efficaces sont également reliées à de bonnes habitudes de vie.</li> </ul>
8. Développement harmonieux de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les expériences et les possibilités au cours des premières années du développement sont liées à l'état de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le développement dépend du logement, de l'alimentation, du revenu, de l'instruction, de l'accès aux loisirs physiques, de l'accès aux soins médicaux et du bagage génétique.</li> </ul>
9. Biologie et bagage génétique	<ul style="list-style-type: none"> <li>La biologie et le bagage génétique sont des éléments fondamentaux de la santé.</li> <li>Le bagage génétique entraîne une prédisposition à l'égard de certaines maladies ou troubles de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une vie active et un apprentissage permanent peuvent maintenir la santé et les capacités cognitives, malgré l'âge biologique.</li> </ul>
10. Services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>La disponibilité des services de santé est liée à l'état de santé d'une population.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les efforts de prévention de la maladie peuvent accroître les possibilités d'adopter des habitudes de vie saine.</li> </ul>
11. Sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un grand nombre de questions se rapportant à la santé, par exemple l'état nutritionnel, sont reliées au statut ou au rôle lié au sexe.</li> <li>Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont plus susceptibles d'être atteintes de certains troubles chroniques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les adolescentes sont plus susceptibles de fumer que les adolescents.</li> <li>La recherche de la minceur chez les jeunes femmes peut nuire aux choix alimentaires.</li> <li>Un plus grand nombre de femmes que d'hommes sont inactives.</li> <li>Les femmes font des exercices moins vigoureux que les hommes.</li> </ul>
12. Culture	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certains groupes sont exposés à des risques accrus en raison d'une culture dominante qui les marginalise, les stigmatise et les dévalorise en tant que groupe, et ne leur fournit pas des services de santé adaptés au plan culturel.</li> <li>Les personnes appartenant aux Premières Nations ont un taux de mortalité infantile plus élevé et sont exposées à des risques accrus au plan des troubles chroniques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les groupes marginalisés et stigmatisés sont plus susceptibles d'être dans la pauvreté, d'avoir une moins bonne éducation et d'être sous-employés ou en chômage, par rapport aux autres groupes. Ils ont ainsi de moins bonnes possibilités en matière de santé.</li> </ul>

Source: Health Canada, Population Health Approach, 2001



# 4

## Section 4 : Méthodes

### Contenu de cette section

Méthodes .....	29
----------------	----



## Section 4 : Méthodes

La documentation stratégique portant sur la maladie qui a été étudiée en vue de la préparation de ce rapport a été choisie sous la direction de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, en consultation avec l'Unité de la prévention de la Division de l'oncologie préventive de Action Cancer Ontario, et par le biais de contacts avec les organismes pertinents, au niveau fédéral et provincial. Par suite d'une décision de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, les stratégies touchant les facteurs de risque ont été exclues de la documentation étudiée.

Les documents ont été examinés en vue de déterminer les points communs et les différences entre les stratégies. Afin de standardiser l'information présentée, les énoncés pertinents dans chacun des documents politiques ont été regroupés dans les catégories suivantes :

- 1) Objectif
- 2) Politique
- 3) Programme
- 4) Recherche, surveillance et évaluation
- 5) Coordination et gestion

Les documents ont également été examinés en vue de comparer les facteurs de risque. Le Tableau 2 présentait les résultats de cet examen des facteurs de risque. La liste des facteurs de risque présentés n'est pas exhaustive, étant donné qu'elle ne se rapporte qu'aux documents cités touchant les programmes.





# Stratégies touchant les troubles chroniques

## Contenu de cette section

Diabète .....	.33
Asthme .....	.33
Cancer .....	.34
Santé cardiaque .....	.34
Accidents vasculaires .....	.35
Programmes de base obligatoires .....	.35
Ostéoporose .....	.36



# Section 5 : Stratégies touchant les troubles chroniques

## Diabète

### Documents étudiés :

1. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Diabète : Strategies for Prevention : Report of the Chief Medical Officer of Health. Toronto, 1999. (document provincial)
2. Santé Canada. Diabète in Canada : National Statistics and Opportunities for Improved Surveillance, Prevention, and Control. Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999. (document fédéral)
3. Santé Canada. Canadian Diabetes Strategy (CDS) Update. Ottawa, 2001. (document fédéral)
4. Santé Canada. National Diabetes Surveillance System (NDSS). Ottawa, 2001. (document fédéral)

## Asthme

### Documents étudiés :

1. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Taking Action on Asthma: Report of the Chief Medical Officer of Health. Toronto, 2000. (document provincial)
2. The National Asthma Control Task Force. The Prevention and Management of Asthma in Canada: a major challenge now and in the future. 2000. (document fédéral)

De façon générale, les stratégies se rapportant aux troubles chroniques mentionnent les éléments suivants :

- Incidence et prévalence croissantes de la maladie;
- Coût du traitement de la maladie pour la personne elle-même, la société et le réseau des soins de santé;
- Prévention primaire en vue de réduire la charge découlant de la maladie;
- Nécessité de coordonner les efforts de prévention entre les secteurs gouvernementaux, en collaboration avec les autres secteurs, et par le biais de partenariats avec d'autres stratégies de prévention des facteurs de risque ou d'autres troubles chroniques.

La suite du document présente une brève discussion des stratégies examinées touchant les éléments se rapportant aux politiques et programmes. Le Tableau 4 offre un examen détaillé de chaque stratégie.

Les stratégies provinciales sont à la base de la présente discussion et du Tableau 4. Chaque renvoi à un document indique le niveau auquel le document appartient, soit le niveau fédéral ou le niveau provincial. Les éléments des stratégies fédérales qui ne figurent pas dans la documentation provinciale ou qui en sont différents sont indiqués.

### Diabète

Les politiques et programmes se rapportant au diabète visent avant tout la prévention primaire de la maladie par le biais de la promotion d'une bonne alimentation, de l'activité physique et

d'une bonne santé affective.

Les politiques visent directement à favoriser des changements positifs dans le milieu social et physique en vue d'élargir le recours à l'activité physique et la disponibilité des aliments sains. Une recommandation politique additionnelle propose l'adoption d'un étiquetage significatif pour les produits alimentaires.

Les approches concernant la prévention sont axées sur les groupes à risque élevé et la population générale. Le programme lui-même met l'accent sur la responsabilisation, la formation, l'acquisition de compétences et l'élaboration de politiques de soutien. Ces efforts doivent être adaptés à divers contextes et tenir compte des groupes socio-économiques, ethniques et autochtones, ainsi que des divers groupes d'âge.

### Asthme

Les politiques et programmes se rapportant à la prévention primaire de l'asthme visent à réduire les risques d'apparition de la maladie et à juguler les épisodes asthmatiques. Les objectifs indiqués doivent être atteints principalement par le biais d'interventions environnementales en vue de réduire ou d'éliminer les causes et les déclencheurs de l'asthme.

Les politiques mettent l'accent sur la réduction des expositions à la fumée du tabac, ainsi qu'aux polluants industriels et automobiles, et sur les modifications nécessaires aux codes du bâtiment pour

## Cancer

Documents étudiés :

1. Prevention Working Group of the Canadian Strategy for Cancer Control. A Cancer Prevention System for Canada: Preliminary Recommendations for Leading an Integrated Approach to Cancer Prevention. Canadian Strategy for Cancer Control, 2001. (document fédéral)
2. Research Working Group. Report and Recommendations. Canadian Strategy for Cancer Control, n.d. (document fédéral)
3. Surveillance Working Group. Cancer Surveillance in Canada. Canadian Strategy for Cancer Control, n.d. (document fédéral)
4. Canadian Strategy for Cancer Control. Draft Synthesis Report. 2001. (document fédéral)

améliorer la qualité de l'air ambiant. Les programmes étudiés ont des priorités multiples et exigent que les particuliers, les collectivités et les pouvoirs publics travaillent de concert en vue de réduire les coûts de l'asthme.

Les autres éléments des programmes favorisent la formation touchant l'asthme, la promotion communautaire de l'abandon du tabagisme, les programmes d'allaitement maternel pour les nouvelles mères, la vaccination, le maintien d'un poids santé et la mise en place de milieux sains. Ces programmes doivent être mis en œuvre en vue de réduire les expositions aux facteurs de risque.

De plus, le document d'orientation fédéral discute de la possibilité de mettre sur pied un programme de dépistage pour compléter les programmes de prévention et de contrôle.

### Cancer

L'objectif des stratégies de prévention primaire est de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité du cancer.

Il est recommandé qu'un cadre législatif soit élaboré pour la prévention du cancer, et que la mise en œuvre de politiques connexes soit favorisée. Le document stratégique sur la prévention fournit divers exemples de politiques et de milieux positifs dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, des expositions au soleil, de la bonne alimentation, de l'activité physique et de l'obésité, ainsi que des expositions à caractère environnemental ou professionnel. Il est également recommandé que des lois

soient adoptées dans les provinces et les territoires visant la collecte de données sur le cancer conformes aux besoins nationaux au plan de la surveillance.

Les éléments des programmes comprennent la recherche sur les facteurs de risque et la mise en place d'un milieu qui favorise les changements touchant les expositions aux facteurs de risque. Il est proposé que le programme soit fondé sur la population, et qu'il préconise une approche structurée, intégrée et coordonnée pour la réduction des facteurs de risque. Il est également recommandé que le programme accorde une certaine priorité à l'élaboration des capacités communautaires.

### Santé cardiaque

Les documents politiques se rapportant au programme relatif à la santé cardiaque visent à réduire les facteurs de risque modifiables associés aux maladies cardio-vasculaires. Les facteurs de risque mentionnés sont le tabagisme, l'inactivité physique et les aliments « non sains ». La politique favorise les changements positifs au plan de l'environnement (p. ex., règlements municipaux interdisant de fumer ou rendant obligatoires les voies réservées aux bicyclettes), la réponse aux besoins communautaires locaux et la promulgation du soutien aux objectifs et attentes du programme provincial de santé cardiaque.

Les initiatives élaborées sont coordonnées et permettent d'élargir les activités existantes touchant la bonne santé cardiaque, et elles devraient

## Santé cardiaque

Documents étudiés :

1. Direction de la promotion de la santé, Direction de la santé publique. Lignes directrices sur les demandes de financement du Programme de santé cardio-vasculaire. Toronto : ministère de la Santé de l'Ontario, 1997. (document provincial)
2. Fondation canadienne des maladies du cœur. The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada. Ottawa, 1999. (document fédéral)

## Accidents vasculaires

Documents étudiés :

1. Joint Stroke Strategy Working Group. Towards An Integrated Stroke Strategy for Ontario. Toronto : ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000. (document provincial)
2. Fondation canadienne des maladies du cœur. The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada. Ottawa, 1999. (document fédéral)

## Programmes de base obligatoires

Document étudié :

1. Direction de la santé publique. Mandatory Health Programs and Services Guidelines. Toronto : ministère de la Santé, 1997. (document provincial)

s'intégrer aux programmes existants qui traitent des facteurs de risque au plan du tabagisme, de l'inactivité physique et de l'alimentation non saine.

Dans le secteur fédéral, il est recommandé que divers groupes comme les jeunes et les Premières Nations se voient accorder une plus grande importance au plan des efforts de programmation.

### Accidents vasculaires

La stratégie touchant les accidents vasculaires vise à réduire le nombre de personnes en Ontario qui sont exposées à des risques d'accident vasculaire en modifiant les facteurs de risque. Ces modifications portent notamment sur l'abandon du tabagisme, des activités physiques accrues et une bonne alimentation.

Les politiques de soutien étudiées visent à limiter les expositions au tabac par le biais d'une taxation accrue, de l'élimination du tabagisme dans les lieux publics et de l'adoption de lois visant à réduire le tabagisme et la présence de fumée dans le milieu.

Les programmes doivent être intégrés et coordonnés, mettre l'accent sur la prévention primaire au plan des soins primaires, et renforcer et élargir la portée des ressources et des programmes actuels de prévention primaire, en rapport avec l'activité physique, l'alimentation et le tabac.

Des cliniques de prévention des accidents vasculaires devraient être implantées en

vue d'améliorer la prévention secondaire (soit en vue d'éviter que la maladie progresse et entraîne un accident constitué, ou de prévenir les récurrences), et de soutenir la prévention dans le contexte des soins primaires et actifs et du secteur de la réadaptation. Les programmes devraient comporter un mécanisme compensatoire en vue d'inciter les fournisseurs de soins primaires à offrir des consultations sur les facteurs de risque. Les médicaments nécessaires conformément aux « pratiques exemplaires » devraient être intégrés au Régime de médicaments de l'Ontario.

En outre, la stratégie fédérale recommande de mettre l'accent sur divers sous-groupes comme les jeunes et les Premières Nations.

### Programmes de base obligatoires

Les programmes de base obligatoires visent à réduire la morbidité et la mortalité associées aux troubles chroniques en vue d'accroître la durée et la qualité de la vie de la population de l'Ontario. Ces politiques ont pour objectif d'améliorer le milieu en vue de favoriser l'abandon du tabagisme, l'adoption d'une alimentation saine, le maintien d'un poids santé et la réalisation d'activités physiques.

Les initiatives visées par ces programmes cherchent à assurer une formation et une sensibilisation accrues, à permettre l'acquisition de compétences et à fournir un soutien environnemental. Les stratégies qui doivent être mises en place

devraient promouvoir les choix sains découlant des habitudes de vie (notamment en réduisant la consommation excessive d'alcool et les expositions aux rayons ultra-violet) dans divers contextes, et présenter un caractère structuré, tenir compte de facteurs de risque multiples et refléter les déterminants de la santé.

politiques décrites. Elle devrait également être coordonnée et équitable, et comprendre des programmes de formation destinés au grand public et aux spécialistes des soins de santé.

## Ostéoporose

L'objectif de la stratégie de prévention de l'ostéoporose est de réduire l'incidence de la maladie, des fractures et des décès connexes, en plus d'assurer une plus grande sensibilisation et une meilleure santé osseuse.

Les politiques indiquées préconisent l'intégration de la santé osseuse dans les programmes scolaires, et le rétablissement des programmes obligatoires d'éducation physique et de formation à la bonne santé. D'autres politiques se rapportent à la mise en place de programmes de repas sains et de fourniture de produits laitiers et d'aliments à forte teneur en calcium dans les écoles.

Les politiques proposent également de distribuer des suppléments de calcium et de vitamine D aux personnes âgées à la maison ou hébergées dans un établissement de soins de longue durée. Il est également recommandé d'offrir un meilleur accès et un plus grand choix dans chacune des catégories de la prévention et des traitements médicamenteux par le biais du formulaire provincial. L'approche au plan des programmes devrait soutenir les

## Ostéoporose

Document étudié :  
1. Strategic Action Working Group on Osteoporosis. A Framework and Strategy for the Prevention and Management of Osteoporosis. Ontario Women's Health Council, 2000. (document provincial)

# 6 Conclusion

## Contenu de cette section

Points communs entre les stratégies .....	.39
Nécessité des efforts de collaboration .....	.40
Cadre de travail pour les efforts de collaboration .....	.40
Figure 8 : Cadre de travail pour la prévention des troubles chroniques .....	.42
Tableau 4 : Éléments des stratégies de prévention primaire .....	.44
Stratégie touchant le diabète .....	.44
Stratégie touchant l'asthme .....	.45
Stratégie touchant le cancer .....	.46
Stratégie touchant la santé cardiaque .....	.48
Stratégie touchant les accidents vasculaires .....	.50
Programmes de base obligatoires .....	.52
Stratégie touchant l'ostéoporose .....	.54



## Section 6 : Conclusion

### Points communs entre les stratégies

Comme l'a expliqué le présent document, le diabète de type 2 constitue une cause importante de maladie en Ontario, représente une charge pour le réseau des soins de santé et est à l'origine d'une situation qui devrait s'aggraver, compte tenu des tendances démographiques projetées. Malgré les améliorations réalisées au plan du traitement des troubles chroniques, notamment du diabète, les maladies chroniques restent coûteuses et entraînent des troubles de santé à long terme. La meilleure façon d'améliorer l'état de santé de la population de l'Ontario passe par la prévention de la maladie.

Il existe des stratégies de prévention pour les troubles chroniques individuels. Cinq de ces stratégies, en plus de celles se rapportant au diabète, ont été analysées dans le cadre du présent document. Un examen de ces stratégies et de leurs facteurs de risque, illustrés dans les tableaux 2 et 4, révèle avant tout la présence de points communs marqués entre les facteurs de risque se rapportant au diabète et ceux qui touchent d'autres troubles chroniques, ainsi qu'entre le diabète et les stratégies de prévention décrites<sup>1</sup>. Signalons plus particulièrement qu'en ce qui concerne les facteurs de risque modifiables, le tabagisme, les facteurs alimentaires et l'activité physique se retrouvent comme facteur de risque pour chacune des six pathologies, alors que le poids corporel est considéré comme un facteur de risque pour tous les troubles à l'exception de l'asthme. En

<sup>1</sup>Signalons que les facteurs de risque décrits sont ceux qui figurent dans la documentation sur les programmes, et qu'ils peuvent ne pas constituer l'ensemble des facteurs de risque pour chaque trouble chronique.

outre, l'alcool est un facteur de risque indiqué pour quatre troubles étudiés. Enfin, le diabète est un facteur de risque pour les maladies cardiaques et les accidents vasculaires, ce qui illustre encore davantage le chevauchement entre ces maladies.

Un examen des tableaux 2 et 4 révèle que les politiques indiquées sont souvent peu précises, ou qu'elles ne portent pas sur l'ensemble des facteurs de risque modifiables décrits dans les documents. Les lacunes au plan des politiques présentées dans ces tableaux pourraient permettre aux organismes en cause de clarifier ou d'illustrer leur position, ou d'adopter en collaboration des mesures portant sur ces facteurs de risque.

En ce qui concerne les stratégies actuelles de prévention décrites, l'accent est généralement mis sur la mise en place de mécanismes de soutien personnel touchant les comportements sains. Le soutien requis doit être offert par le biais de la formation, de la responsabilisation, des programmes communautaires, des politiques ou de la législation. Les programmes ont généralement un certain nombre de priorités, se déroulent dans des contextes variés et ont souvent pour objectif de promouvoir l'abandon du tabagisme, le maintien d'un poids santé, la réalisation d'activités physiques, le changement des habitudes alimentaires et la mise en place de milieux sains, ou encore la diminution de l'accès aux cigarettes ou de leur utilisation.

De plus, les stratégies touchant la santé cardiaque et le diabète soulignent la nécessité de tenir compte de sous-

groupes particuliers, par exemple en fonction de l'âge, de l'origine ethnique ou de la situation économique. Les stratégies se rapportant au cancer et à la santé cardiaque soulignent l'importance de la coordination avec d'autres groupes en vue d'une utilisation plus efficace des ressources, alors que la stratégie concernant les accidents vasculaires proposait d'élargir les programmes sur les facteurs de risque déjà en place (p. ex., activités physiques, alimentation et tabagisme).

Les programmes avaient des approches variées touchant les médias d'information, et portaient notamment sur les médias informatiques et écrits, la radio, la télévision et la vidéo. La recherche est considérée comme un besoin important pour toutes les stratégies étudiées, alors que les mécanismes touchant la recherche et l'évaluation ainsi que la surveillance et le contrôle figurent dans tous les programmes. La coordination et la gestion des programmes sont réalisées à différents niveaux selon les stratégies, les pouvoirs publics et les bureaux de santé jouant souvent un rôle essentiel à cet égard.

### **Nécessité des efforts de collaboration**

Compte tenu des points communs marquants que l'on retrouve entre les initiatives se rapportant au diabète et les objectifs des stratégies de prévention d'autres maladies, il semble logique de proposer l'adoption d'une stratégie de collaboration pour la prévention des troubles chroniques. L'objectif de cette

stratégie serait d'améliorer la santé de la population de l'Ontario, contrairement aux objectifs pour chaque pathologie que l'on retrouve dans la documentation sur la prévention.

Un effort généralisé, coordonné et réalisé en collaboration touchant les maladies chroniques permettrait d'accroître l'efficacité des interventions, éliminerait le dédoublement des efforts et offrirait une meilleure rentabilité. Cette approche pourrait réduire l'incidence du diabète, du cancer, de l'asthme, des maladies cardiaques, des accidents vasculaires et de l'ostéoporose, en plus de diminuer les risques d'autres troubles de santé ayant des facteurs de risque semblables. Les efforts de collaboration réduiraient en outre les risques relatifs aux troubles secondaires (p. ex., la prévention du diabète permettrait de prévenir également les maladies cardiaques et les accidents vasculaires). Tous ces changements entraîneraient une amélioration globale de la santé de la population de l'Ontario.

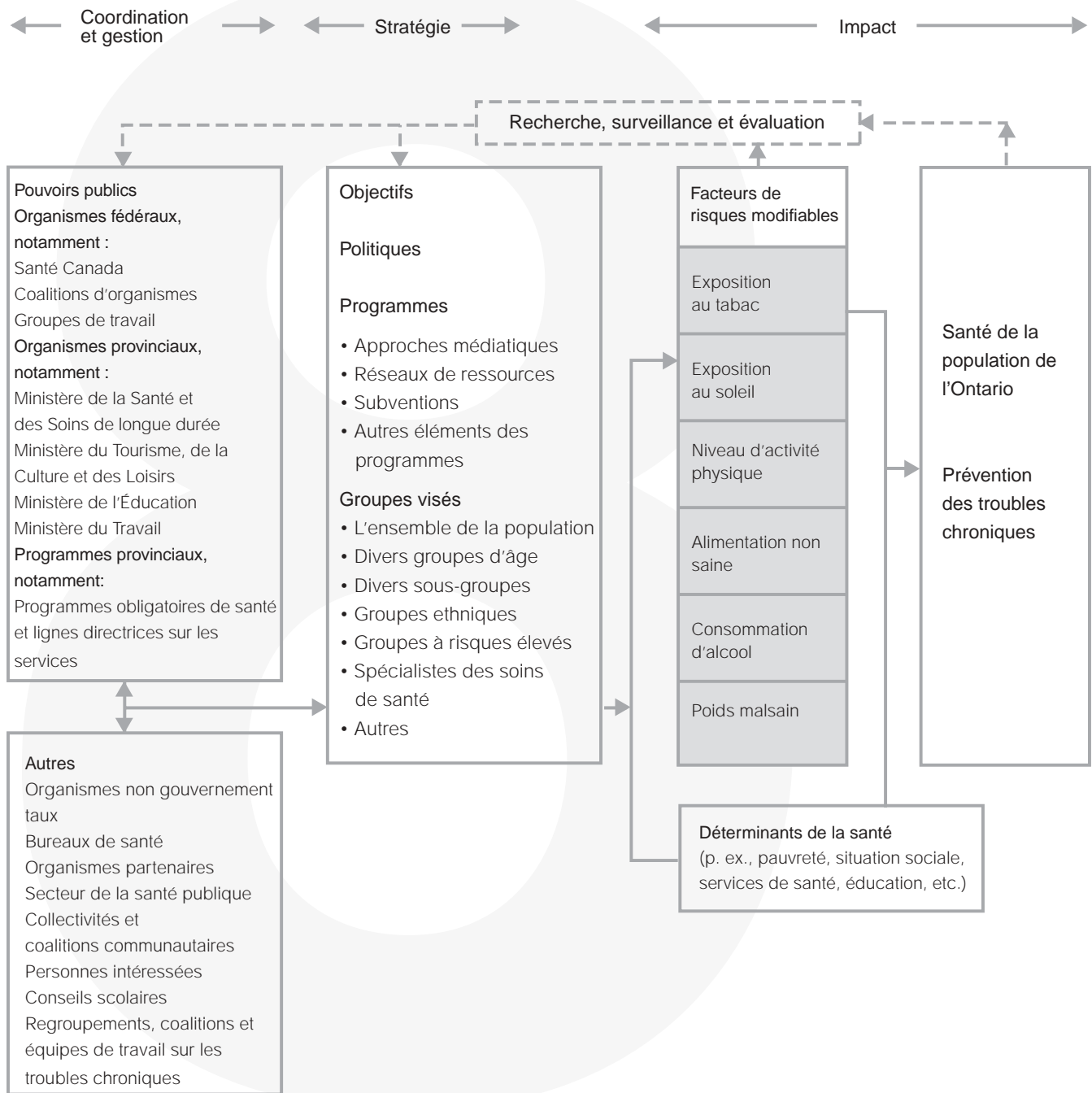
### **Cadre de travail pour les efforts de collaboration**

La Figure 8 présente un cadre de travail pour la planification et l'évaluation en collaboration des stratégies se rapportant à la prévention des troubles chroniques en Ontario. Elle indique les partenaires qui seraient chargés, en travaillant de concert, d'élaborer des interventions visant à modifier les facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir touchant les maladies chroniques, en tenant compte des déterminants de la santé. La planification commencerait à partir du résultat souhaité, soit l'amélioration de la

santé de la population de l'Ontario. Ce processus exigerait un examen des facteurs de risque et des déterminants de la santé dans la collectivité visée, des stratégies permettant de modifier ces déterminants, des capacités nécessaires en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions, ainsi que des ressources nécessaires pour l'élargissement des capacités (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000). Les éléments importants pour ce processus sont la recherche, la surveillance et l'évaluation, qui fournissent des moyens de quantifier les progrès et d'évaluer l'utilité des interventions en plus d'indiquer, le cas échéant, les améliorations nécessaires aux programmes.

Le présent document a expliqué les éléments essentiels de la stratégie de prévention du diabète, ainsi que ceux de cinq autres troubles chroniques. Il a comparé ces stratégies et présenté leurs points communs, ainsi que ceux des facteurs de risque décrits. Il a permis d'établir qu'il y a des points communs marquants entre les stratégies et les facteurs de risque. L'information présentée ici vise à servir de point de départ à des débats et des efforts réalisés en collaboration.

# Figure 8 Cadre de travail pour la prévention des troubles chroniques\*



\*Tiré du document Health Promotion Framework, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction des programmes communautaires et de la promotion de la santé, 2000



**Tableau 4 : Éléments des stratégies de prévention primaire - Stratégie touchant le diabète**

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir le diabète en modifiant les facteurs de risque et les conditions, grâce à la promotion d'une bonne alimentation, de l'activité physique et du bien-être affectif<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir un soutien environnemental, social et physique<sup>1</sup> (p. 13)</li> <li>Assurer l'adoption de politiques en vue d'un étiquetage significatif des aliments (par le gouvernement fédéral)<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Assurer un meilleur accès aux activités physiques et aux aliments sains en incitant les employeurs, les écoles et les collectivités à y avoir recours<sup>1</sup> (p. 13, 14)</li> </ul>
<b>Programme</b>	<p><b>Médias utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Divers médias écrits, audios, vidéos ou informatiques<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Messages à la télévision et site Web (déjà élaboré par le gouvernement fédéral)<sup>2</sup> (p. 2)</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation et soutien des fournisseurs de soins de santé et des décisionnaires au plan de l'intervention<sup>1</sup> (p. 15)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir des fonds provinciaux pour la recherche sur le diabète<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Des fonds ont été accordés à des projets visant à favoriser la sensibilisation et la mise sur pied de programmes de prévention communautaires<sup>3</sup> (p. 2)</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabiliser, informer, renforcer les capacités et élaborer des politiques positives adaptées aux divers milieux et contextes socio-économiques et ethniques, ainsi qu'aux groupes d'âge et groupes autochtones<sup>1</sup> (p. 10-11, 13)</li> <li>Tenir compte des approches fondées sur la population ou sur les risques élevés en matière de prévention<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul>
<b>Recherche, surveillance et évaluation</b>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre l'accent sur la compréhension et la prévention des causes du diabète<sup>1</sup> (p. 16)</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Étudier les stratégies efficaces pour la prévention et la modification des comportements<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Évaluation par les gouvernements fédéral et provincial des programmes mis en œuvre<sup>1</sup> (p. 15)</li> <li>Le National Diabetes Surveillance System (NDSS) réalise la modélisation des effets des interventions et établit des cibles pour la prévention<sup>4</sup> (p. 12)</li> </ul> <p><b>Surveillance et contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôle par les gouvernements fédéral et provincial des incidences au plan de la santé du diabète et des complications, afin de suivre les traitements et les interventions de suivi<sup>1</sup> (p. 15)</li> <li>Le National Diabetes Surveillance System (NDSS) améliorera la collecte et la diffusion des données sur le diabète<sup>3</sup> (p. 1)</li> </ul> <p><b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Étudier les traitements cliniques et les façons de réduire les coûts au plan économique<sup>1</sup> (p. 16)</li> </ul>
<b>Coordination et gestion du programme</b>	<p><b>Autres recherches</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre l'accent sur la réduction de la charge de la maladie et de ses complications<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Étude par les gouvernements fédéral et provincial des facteurs de risque dans la population<sup>1</sup> (p. 15)</li> </ul> <p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement provincial peut orienter le gouvernement fédéral à l'égard d'une stratégie nationale<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Le Diabetes Council of Canada (DCC) (coalition d'organismes non gouvernementaux et d'organismes du gouvernement fédéral dans le domaine du diabète) mettra l'accent sur l'élaboration d'un programme<sup>2</sup> (p. 52)</li> <li>Santé Canada élabore une stratégie nationale sur le diabète (notamment une stratégie de prévention, un réseau national de surveillance et une initiative sur le diabète chez les peuples autochtones) dotée d'un comité de coordination<sup>2,3</sup> (p. 53)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les bureaux de santé doivent établir des partenariats avec d'autres organismes en vue de jouer un rôle de premier plan pour l'accès aux activités physiques et aux aliments sains<sup>1</sup> (p. 13)</li> <li>La participation des particuliers, des collectivités, des bureaux de santé et des pouvoirs publics est nécessaire<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Le secteur de la santé publique peut jouer un rôle de premier plan pour la recherche<sup>1</sup> (p. 16)</li> </ul>

<sup>1</sup>Diabetes: Strategies for Prevention. Report of the Chief Medical Officer of Health. (document provincial)

<sup>2</sup>Diabetes in Canada: National Statistics and Opportunities for Improved Surveillance, Prevention and Control. (document fédéral)

<sup>3</sup>Canadian Diabetes Strategy (CDS) update. (document fédéral)

<sup>4</sup>National Diabetes Surveillance System (NDSS). (document fédéral)

## Stratégie touchant l'asthme

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire l'asthme chez les personnes sensibles et stabiliser les épisodes asthmatiques chez les personnes atteintes de la maladie<sup>1</sup> (p. 1)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire l'accès aux cigarettes chez les mineurs, limiter la commercialisation et la publicité touchant les cigarettes, accroître les prix par le biais de taxes, renforcer la Loi sur la réglementation de l'usage du tabac et, grâce à des mesures législatives, faire des écoles, des lieux de travail et des lieux publics des milieux sans fumée<sup>1</sup> (p. 14)</li> <li>• Adopter une législation visant à réduire les émissions automobiles et les polluants industriels<sup>1</sup> (p. 14)</li> <li>• Modifier les codes du bâtiment en vue d'améliorer la qualité de l'air<sup>2</sup> (p. 26)</li> </ul>
<b>Programme</b>	<p><b>Médias utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une formation continue aux fournisseurs de soins de santé<sup>2</sup> (p. 55)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subventionner le groupe de travail national sur le contrôle de l'asthme mis sur pied par le Laboratoire de lutte contre la maladie<sup>2</sup> (p. 51)</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorités multiples touchant les particuliers, les collectivités et les pouvoirs publics<sup>1</sup> (p. 15)</li> <li>• Assurer la formation des personnes asthmatiques, des fournisseurs de soins de santé et de la population<sup>1</sup> (p. 12)</li> <li>• Favoriser l'abandon du tabagisme, l'allaitement maternel chez les nouvelles mères, la vaccination, le maintien d'un poids santé et la mise en place de milieux sains au niveau communautaire<sup>1</sup> (p. 14)</li> <li>• Le dépistage peut contribuer à la mise en place d'un programme de prévention et de contrôle<sup>2</sup> (p. 31)</li> </ul>
<b>Recherche, surveillance et évaluation</b>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer la recherche sur l'évaluation dans les programmes, les services et les politiques<sup>1</sup> (p. 14)</li> <li>• Favoriser le réseautage et la mise en commun des bases de données, en vue d'assurer une meilleure utilisation des données existantes pour l'évaluation des programmes<sup>2</sup> (p. 53)</li> </ul>
<b>Surveillance et contrôle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un système structuré de contrôle afin de disposer de données détaillées et à jour<sup>1</sup> (p. 13)</li> </ul>
<b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre les bases de données en réseau pour assurer une meilleure utilisation des données existantes pour la recherche sur les services de santé<sup>2</sup> (p. 53)</li> </ul>
<b>Autres recherches</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la recherche sur la prévention et le contrôle de l'asthme, notamment la recherche fondamentale, épidémiologique et clinique<sup>1</sup> (p. 14)</li> <li>• Accroître le soutien à la recherche pour tous les aspects de la prévention, du contrôle et du dépistage<sup>2</sup> (p. 55, ix)</li> </ul>
<b>Coordination et gestion du programme</b>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le groupe de travail national sur le contrôle de l'asthme joue le rôle de mécanisme de coordination au niveau fédéral<sup>2</sup> (p. 51)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conseils de santé doivent aider les conseils scolaires touchant les questions relatives à l'asthme, notamment la mise en place de milieux sains, l'élaboration de politiques, l'information et la formation<sup>1</sup> (p. 13)</li> <li>• Mettre sur pied des coalitions au niveau local, provincial, territorial et national<sup>2</sup> (p. 55)</li> </ul>

<sup>1</sup>Taking Action on Asthma. Report of the Chief Medical Officer of Health (document provincial)

<sup>2</sup>The Prevention and Management of Asthma in Canada: a major challenge now and in the future (document fédéral)

## Stratégie touchant le cancer

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité du cancer<sup>1</sup> (p. 14)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un cadre législatif et élaborer, soutenir ou mettre en application des politiques positives<sup>1</sup> (p. 29)</li> <li>• Le document donne des exemples de politiques et de milieux positifs pour la lutte contre le tabagisme, les expositions au soleil, la bonne alimentation, l'activité physique et l'obésité, ainsi que les expositions environnementales et professionnelles<sup>1</sup></li> <li>• Préconiser l'adoption de lois en vue de recueillir des données à propos du cancer<sup>2</sup> (p. 45)</li> </ul>
<b>Programme</b>	<p><b>Médias utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer des campagnes dans les médias d'information<sup>1</sup> (p. 17)</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer ou favoriser la formation (aux niveaux local et provincial) pour divers groupes et le personnel en vue de les aider à adopter et élargir les pratiques exemplaires<sup>1</sup> (p. 19)</li> <li>• Mettre en commun les données touchant les interventions par le biais de sites Web, de logiciels List Serv, de forums de commanditaires et d'un meilleur accès aux spécialistes<sup>1</sup> (p. 19)</li> <li>• Fournir une aide technique et des consultations<sup>1</sup> (p. 28)</li> <li>• Combler les lacunes au plan de la recherche sur les ressources humaines<sup>3</sup> (p. 6)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les ressources plus efficacement en déterminant et subventionnant les initiatives offrant les meilleurs résultats<sup>1</sup> (p. 6)</li> <li>• Offrir des subventions pour les pratiques exemplaires aux niveaux provincial et local<sup>1</sup> (p. 19)</li> <li>• Élaborer et élargir les mécanismes novateurs pour le financement de la recherche<sup>3</sup> (p. 6)</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir les connaissances et mettre en place un climat positif<sup>1</sup> (p. 15)</li> <li>• Adopter une approche axée sur la population, structurée, intégrée et coordonnée en matière de santé publique à l'égard de la réduction des facteurs de risque, en mettant plus particulièrement l'accent sur l'élargissement des capacités communautaires<sup>1</sup> (p. 3)</li> </ul>

## Stratégie touchant le cancer

<p><b>Recherche, surveillance et évaluation</b></p>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Étudier les incidences des carcinogènes et des contaminants dans l'environnement<sup>1</sup> (p. 8, 23)</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recueillir et diffuser de l'information sur les mesures existantes au plan de la prévention du cancer et leur efficacité<sup>1</sup> (p. 17)</li> <li>Étudier diverses façons d'améliorer l'efficacité des programmes<sup>2</sup> (p. 43)</li> </ul> <p><b>Surveillance et contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resserrer les liens entre les groupes qui assurent la surveillance du cancer ou d'autres troubles chroniques<sup>1</sup> (p. 23)</li> <li>Élargir la surveillance touchant les expositions aux carcinogènes<sup>1</sup> (p. 23)</li> <li>Ajouter une composante longitudinale aux bases de données sur la surveillance<sup>2</sup> (p. 45)</li> <li>Déterminer et combler les besoins locaux au plan des données sur la surveillance, et celles portant sur le contrôle continu du cancer<sup>1</sup> (p. 21), <sup>4</sup>(p. 7)</li> <li>Réaliser une enquête auprès des spécialistes du domaine de la prévention, en vue de déterminer le nombre de programmes et les investissements réalisés par les pouvoirs publics provinciaux et autres<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul> <p><b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer l'utilisation des services et les résultats<sup>1</sup></li> </ul> <p><b>Autres recherches</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resserrer les liens entre la recherche subventionnée et ses applications<sup>2</sup> (p. 44)</li> <li>Réaliser des recherches fondamentales et sociocomportementales<sup>1</sup> (p. 18)</li> <li>Recueillir et diffuser des données sur divers aspects du cancer<sup>3</sup> (p. 6)</li> <li>Améliorer la pertinence, la précision et la rapidité de la collecte des données et des résultats des sondages<sup>2</sup> (p. 45), <sup>1</sup>(p. 23)</li> </ul>
<p><b>Coordination et gestion du programme</b></p>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Donner un rôle de premier plan aux organismes nationaux (Canadian Association of Provincial Cancer Agencies, Société canadienne du cancer et Santé Canada) pour leur permettre de partager la responsabilité de l'élaboration et du maintien du réseau<sup>1</sup> (p. 14)</li> <li>Recueillir le soutien et la participation des ministères provinciaux de la santé en vue d'assurer la planification<sup>1</sup> (p. 14)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la collaboration et la coordination avec d'autres groupes qui traitent des maladies chroniques, et assurer la représentation élargie de l'ensemble des intervenants à tous les niveaux<sup>1</sup> (p. 16)</li> </ul>

<sup>1</sup>A Cancer Prevention System for Canada : Preliminary Recommendations for Leading an Integrated Approach to Cancer Prevention (document fédéral)

<sup>2</sup>Draft synthesis report (document fédéral)

<sup>3</sup>Report and Recommendations (document fédéral)

<sup>4</sup>Cancer Surveillance in Canada (document fédéral)

## Stratégie touchant la santé cardiaque

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la prévalence des facteurs de risque modifiables (tabagisme, inactivité physique, mauvaise alimentation) associés aux maladies cardiovasculaires<sup>1</sup> (p. 3)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer le soutien environnemental des comportements sains (p. ex., règlements municipaux touchant le tabagisme, voies réservées aux bicyclettes)<sup>1</sup> (Annexe 2, p. 3)</li> <li>• Élaborer des politiques communautaires en vue de répondre aux besoins locaux et de favoriser la réalisation des objectifs et attentes du programme provincial sur la santé cardiaque<sup>1</sup> (Annexe 2, p. 1)</li> </ul>
<b>Programme</b>	<p><b>Médias Utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire appel à des approches variées, notamment aux médias<sup>1</sup> (p. 7)</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter et utiliser les pratiques exemplaires et les ressources élaborées par d'autres, et mettre sur pied des programmes et du matériel au besoin<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier, mettre en œuvre et contrôler les projets locaux sur la santé cardiaque, grâce aux fonds offerts par le ministère de la Santé<sup>1</sup> (p. 1)</li> <li>• Assurer le soutien des composantes des projets par les collectivités, après la fin des subventions du ministère<sup>1</sup> (p. 6)</li> <li>• Les partenaires communautaires doivent fournir des fonds équivalant aux subventions provinciales, par le biais de diverses contributions, et les bureaux de santé doivent également réunir des fonds équivalents, peut-être en fournissant le personnel des programmes<sup>1</sup> (p. 10)</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître le nombre d'initiatives et de personnes rejointes, et faire appel à des associations d'approches<sup>1</sup> (p. 3)</li> <li>• Coordonner et élargir les activités existantes touchant la santé cardiaque, et intégrer les programmes existants sur le tabagisme, l'activité physique et la bonne alimentation<sup>1</sup> (p. 3)</li> <li>• Accorder la priorité aux sous-groupes comme les adolescents et les Premières Nations<sup>2</sup> (p. 40)</li> </ul>
<b>Recherche, surveillance et évaluation</b>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étudier la pathophysiologie sous-jacente de la maladie<sup>2</sup> (p. 40)</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les fonds du ministère en vue de planifier les évaluations, et de contrôler et d'évaluer le résultat des activités, les perceptions communautaires et les résultats généraux<sup>1</sup> (p. 13)</li> <li>• Réaliser une évaluation des besoins communautaires en vue de documenter les composantes des projets, de planifier les programmes et d'en assurer l'élaboration et la mise en œuvre<sup>1</sup> (p. 22)</li> <li>• Recueillir des données sur la mesure des facteurs de risque en vue de favoriser la planification, l'évaluation et l'adoption de politiques et de lois<sup>2</sup> (p. 40, 97)</li> </ul> <p><b>Surveillance et contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommander une surveillance accrue de l'utilisation des services médicaux<sup>2</sup> (p. 63)</li> <li>• Relier l'incidence de la morbidité et de la mortalité afin d'assurer le suivi et de déterminer la mortalité en fonction de l'origine ethnique<sup>2</sup> (p. 83)</li> </ul> <p><b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une évaluation des besoins afin de préparer un aperçu des programmes existants, des besoins communautaires, des lacunes, etc.<sup>1</sup> (p.22)</li> </ul> <p><b>Autres recherches</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une évaluation communautaire grâce aux données démographiques et épidémiologiques recueillies par le biais d'une évaluation des besoins<sup>1</sup> (p. 22)</li> <li>• Éviter les projets de recherche à long terme, mais inciter les collectivités à participer aux études gouvernementales<sup>1</sup> (p. 13)</li> </ul>

### Stratégie touchant la santé cardiaque

<b>Coordination et gestion du programme</b>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le ministère de la Santé a fourni une orientation et des fonds, et constitué un comité consultatif sur les programmes<sup>1</sup> (p. 14)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes, avec l'aide des bureaux locaux de santé et des partenaires communautaires<sup>1</sup> (p. 1)</li> </ul>
---	--

<sup>1</sup>Lignes directrices sur les demandes de financement du Programme de santé cardio-vasculaire (document provincial)

<sup>2</sup>The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada (document fédéral)

## Stratégie touchant les accidents vasculaires

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire le nombre de personnes en Ontario qui sont exposées à des risques d'accident vasculaire grâce à la modification des habitudes de vie, notamment l'abandon du tabagisme, l'augmentation des activités physiques et l'adoption d'une bonne alimentation<sup>1</sup> (p. 2)</li> <li>• Éliminer la fumée secondaire dans les lieux publics<sup>1</sup> (p. 63)</li> <li>• Accroître les taxes sur le tabac<sup>1</sup> (p. 63)</li> <li>• Adopter des lois en vue de restreindre le tabagisme et la présence de fumée secondaire.<sup>1</sup> (p. 63)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	
<b>Programme</b>	<p><b>Médias utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir les programmes actuels de promotion de la santé, notamment à la télévision et dans les médias imprimés<sup>1</sup> (p. 56)</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir un fonds de formation et des éléments de base pour la formation des spécialistes de la santé qui ont besoin d'une formation à propos des accidents vasculaires<sup>1</sup> (p. 26)</li> <li>• Mettre en commun les ressources des cliniques de prévention des accidents vasculaires avec celles des cliniques de prévention communautaires et des services de prévention cardiaque<sup>1</sup> (p. 19)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunir des fonds suffisants pour atteindre les objectifs de la province en matière de prévention, conformément aux programmes et lignes directrices obligatoires sur la santé<sup>1</sup> (p.17)</li> <li>• Planifier une formation sur les accidents vasculaires et poursuivre sa mise en valeur par le biais des éléments provinciaux essentiels<sup>1</sup> (p. 26)</li> <li>• Élaborer une approche coordonnée et élargie pour le financement de la recherche sur les accidents vasculaires<sup>1</sup> (p. 32)</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer et coordonner les programmes, en mettant l'accent sur la prévention primaire dans les soins primaires, et sur le renforcement et l'élargissement des ressources de prévention primaire ainsi que des programmes déjà en place (p. ex., activités physiques, alimentation et tabagisme)<sup>1</sup> (p. 17, 18)</li> <li>• Mettre l'accent sur divers sous-groupes comme les jeunes et les Premières Nations<sup>2</sup> (p. 40)</li> <li>• Mettre sur pied des cliniques de prévention des accidents vasculaires afin d'améliorer la prévention des troubles secondaires et soutenir la prévention au plan des soins primaires et des soins actifs, ainsi que dans les secteurs de la réadaptation<sup>1</sup> (p. 19)</li> <li>• Mettre en place des mécanismes de compensation appropriés et efficaces en vue d'inciter les fournisseurs de soins primaires à fournir des consultations sur les facteurs de risque<sup>1</sup> (p. 20)</li> <li>• Fournir dans le cadre du Régime de médicaments de l'Ontario les médicaments nécessaires pour la prévention des accidents vasculaires, conformément aux pratiques exemplaires<sup>1</sup> (p. 20)</li> </ul>

## Stratégie touchant les accidents vasculaires

<p><b>Recherche, surveillance et évaluation</b></p>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Étudier la pathophysiologie sous-jacente<sup>2</sup> (p. 40)</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter, documenter et évaluer les pratiques exemplaires pour le contrôle et la régulation de la tension artérielle<sup>1</sup> (p. 64)</li> <li>Réaliser des enquêtes portant notamment sur la mesure des facteurs de risque comme la tension artérielle, l'activité physique et la lipémie en vue de favoriser la planification et l'évaluation, ainsi que l'adoption de politiques et de lois<sup>2</sup> (p. 40, 97)</li> </ul> <p><b>Surveillance et contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recueillir et analyser des données (permettant d'évaluer et de contrôler les indicateurs et les résultats) portant sur l'ensemble du continuum des soins<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Réaliser une enquête sur l'utilisation des services médicaux et la satisfaction à l'égard des services<sup>2</sup> (p. 63)</li> <li>Relier l'incidence de la morbidité et de la mortalité pour le suivi<sup>2</sup> (p. 83)</li> </ul> <p><b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser des projections en vue d'évaluer les besoins futurs en ressources humaines au plan de la prévention, des soins et de la réadaptation<sup>1</sup> (p. 26)</li> </ul> <p><b>Autres recherches</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« aire en sorte que la collecte des données soit utile, conviviale, rentable, efficace, structurée, coordonnée, rapide, intégrée, accessible, évaluée et souple<sup>1</sup> » (p. 16)</li> <li>Réaliser des recherches valables dans tous les aspects du continuum des soins (prévention, soins actifs et réadaptation)<sup>1</sup> (p. 16)</li> <li>Intégrer les sources de données existantes aux nouveaux projets dans d'autres secteurs du continuum des soins après un accident cardiaque, de façon coordonnée par rapport aux initiatives nationales<sup>1</sup> (p. 16)</li> </ul>
<p><b>Coordination et gestion du programme</b></p>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Constituer un comité directeur pour la mise en œuvre des soins après un accident vasculaire regroupant des membres provenant de tous les secteurs du continuum des soins et des coprésidents au service ou non du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui assureront la supervision, l'orientation et la mise en œuvre, en plus d'offrir un soutien continu aux installations communautaires<sup>1</sup> (p. 27)</li> <li>Mettre sur pied une équipe ministérielle de gestion composée de représentants de toutes les directions et divisions, en rapport avec les soins après un accident vasculaire, pour faire en sorte que les programmes soient mis en œuvre de façon coordonnée au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et assurer la liaison avec les groupes de travail, les projets pilotes et les régions du ministère<sup>1</sup> (p. 28)</li> <li>Inviter le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à soutenir la prévention par les fournisseurs de soins primaires, en collaboration avec les bureaux de santé, les organismes non gouvernementaux et les organismes professionnels<sup>1</sup> (p. 19)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Constituer des groupes de travail pour chacun des domaines du programme, en vue d'assurer l'élaboration de composantes distinctes au sein du continuum, de façon intégrée au niveau du comité de direction<sup>1</sup> (p. 28)</li> <li>Constituer un forum régional, regroupant des représentants de tous les aspects du continuum des soins, en vue de permettre la réalisation de réunions périodiques et la mise en commun de l'information, des données, etc.<sup>1</sup> (p. 28)</li> </ul>

<sup>1</sup>Towards An Integrated Stroke Strategy for Ontario (document provincial)

<sup>2</sup>The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada (document fédéral)

## Stratégie touchant les programmes de base obligatoires

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître la durée et la qualité de la vie en réduisant la mortalité et la morbidité associées aux troubles chroniques<sup>1</sup> (p. 11)</li> <li>• Améliorer l'environnement pour qu'il favorise la vie sans fumée, une bonne alimentation, le maintien d'un poids santé et les activités physiques<sup>1</sup> (p. 10)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	
<b>Programme</b>	<p><b>Médias utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'au moins trois médias parmi les suivants : télévision, radio, journaux, affiches et dépliants, tableaux d'affichage et transport en commun, forums communautaires et concours<sup>1</sup> (p. 13)</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la formation continue des spécialistes du domaine de la santé publique<sup>1</sup> (p. 9)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation, acquisition de compétences, formation et soutien environnemental<sup>1</sup> (p. 10)</li> <li>• Élaborer des stratégies structurées comportant des facteurs de risque multiples et qui reflètent les déterminants de la santé<sup>1</sup> (p. 5, 10)</li> <li>• Favoriser la vie sans fumée, les activités physiques, une bonne alimentation et le maintien d'un poids santé, dans divers contextes<sup>1</sup> (p. 13)</li> <li>• Réduire les expositions aux rayons ultra-violet et la consommation excessive d'alcool<sup>1</sup> (p. 10)</li> </ul>
<b>Recherche, surveillance et évaluation</b>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer et utiliser les données sur l'état de santé de la collectivité en vue d'évaluer les besoins locaux et les programmes<sup>1</sup> (p. 8)</li> <li>• Établir des liens avec les organismes pertinents (notamment les bureaux de santé, les organismes de services sociaux et les organismes de planification sociale) afin d'évaluer les données nécessaires à la planification des programmes<sup>1</sup> (p. 8)</li> <li>• Le conseil et les chercheurs s'assureront que des programmes et services sont élaborés (conformément aux lignes directrices obligatoires) et évalués (dans les domaines connexes aux programmes et services obligatoires), et que les connaissances sont diffusées<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul> <p><b>Surveillance et contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueillir des données annuelles auprès du bureau de santé touchant l'état de santé de la collectivité<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul> <p><b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer et utiliser les données sur l'état de santé de la collectivité en vue d'évaluer les besoins locaux et les programmes<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul>

### Stratégie touchant les programmes de base obligatoires

	<p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer chaque année les données de la collectivité, au plan démographique, de la mortalité, de la morbidité et de la prévalence des facteurs de risque<sup>1</sup> (p. 8)</li> <li>• Le conseil réalisera un rapport annuel sur la santé portant sur les questions essentielles<sup>1</sup> (p. 8)</li> </ul>
<p><b>Coordination et gestion du programme</b></p>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le ministère de la Santé élabore et diffuse des lignes directrices touchant les normes minimales des programmes et services<sup>1</sup> (p. 4)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conseils doivent jouer un rôle de premier plan et élaborer des programmes et services dans le contexte de la collectivité<sup>1</sup> (p. 7)</li> <li>• Confier la responsabilité de la prestation des programmes au niveau local; il devrait y avoir une collaboration étroite entre les conseils, les autres organismes et les secteurs, dans le cadre d'une coordination intersectorielle<sup>1</sup> (p. 4, 7)</li> </ul>

<sup>1</sup>Mandatory Health Programs and Services Guidelines (document provincial)

## Stratégie touchant l'ostéoporose

<b>Objectif de la stratégie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la sensibilisation et améliorer la santé osseuse<sup>1</sup> (p. 4)</li> <li>• Réduire l'incidence de l'ostéoporose, des fractures et de la mortalité connexe en Ontario<sup>1</sup> (p. 4)</li> </ul>
<b>Politiques indiquées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer la santé osseuse dans les résultats scolaires, rétablir les programmes obligatoires sur la santé et l'éducation physique, favoriser la prestation de programmes de repas sains et préconiser la consommation de produits laitiers et d'aliments riches en calcium dans les écoles<sup>1</sup> (p. 20)</li> <li>• Fournir des suppléments alimentaires aux personnes âgées à domicile ou hébergées dans un établissement de soins de longue durée<sup>1</sup> (p. 21)</li> <li>• Améliorer les choix disponibles dans chaque catégorie de médicaments par le biais du formulaire provincial<sup>1</sup> (p. 21)</li> </ul>
<b>Programme</b>	<p><b>Médias utilisés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul> <p><b>Réseau de ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affectation des ressources du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en vue d'élaborer des infrastructures de mise en œuvre<sup>1</sup> (p. 20)</li> </ul> <p><b>Subventions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de l'Éducation subventionnent conjointement l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de formation destiné à enseigner les méthodes de prévention de l'ostéoporose aux enfants, aux jeunes, aux parents et aux enseignants<sup>1</sup> (p. 20)</li> </ul> <p><b>Autres éléments du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopter une approche coordonnée et équitable<sup>1</sup> (p. 20, 21)</li> <li>• Élaborer des programmes de formation, accroître l'accessibilité aux produits laitiers dans les écoles et rétablir les programmes obligatoires d'éducation physique, et sensibiliser davantage les spécialistes de la santé<sup>1</sup> (p. 20, 21)</li> </ul>
<b>Recherche, surveillance et évaluation</b>	<p><b>Recherche étiologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul> <p><b>Recherche et évaluation du programme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer des stratégies adaptées au plan culturel destinées aux groupes à risque élevé touchant la consommation insuffisante de calcium<sup>1</sup> (p. 23)</li> <li>• Évaluer les incidences des interventions, des programmes et des curriculums<sup>1</sup> (p. 23)</li> </ul> <p><b>Surveillance et contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner la collecte des données sur les personnes souffrant d'ostéoporose<sup>1</sup> (p. 23)</li> </ul> <p><b>Recherche sur les réseaux et services de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une analyse économique du diagnostic et du traitement de l'ostéoporose<sup>1</sup> (p.23)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser des recherches en épidémiologie et sur le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose dans diverses populations<sup>1</sup> (p. 23)</li> <li>• Étudier les incidences de la maladie, du traitement de la douleur et des traitements alternatifs, et élaborer des instruments d'évaluation des risques et cliniques<sup>1</sup> (p. 23)</li> <li>• Étudier le diagnostic, la prévention et le traitement de l'ostéoporose chez les hommes<sup>1</sup> (p. 23)</li> </ul>
<b>Coordination et gestion du programme</b>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviter le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à constituer des comités consultatifs pour les questions essentielles, et à affecter les ressources nécessaires (humaines et financières) en vue d'élaborer une infrastructure qui en favorise la mise en œuvre<sup>1</sup> (p. 20)</li> </ul> <p><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune mention</li> </ul>

<sup>1</sup>A Framework and Strategy for the Prevention and Management of Osteoporosis (document provincial)

# Lexique



# Lexique

## Accident vasculaire

Perte de conscience et paralysie provoquées par une hémorragie dans le cerveau, l'obstruction d'une artère ou la rupture d'une artère extracérébrale.

## Asthme

Trouble inflammatoire chronique des voies aériennes qui se caractérise par un état d'essoufflement, une toux, une respiration sifflante et une oppression dans la poitrine. Les épisodes sont généralement associés à une obstruction des voies aériennes.

## Cancer

Croissance anormale des cellules, de façon anarchique, dans un organe ou un tissu. Le cancer peut provoquer une tumeur bénigne (locale) ou maligne (invasive).

## Déterminants de la santé

Douze facteurs interreliés établis par Santé Canada, qui sont en corrélation avec la santé de la population : éducation, emploi et conditions de travail, sexe, comportement personnel touchant la santé et capacités d'adaptation, biologie et bagage génétique, services de santé, culture, réseaux de soutien sociaux, milieu physique, revenu et situation sociale, milieu social et développement harmonieux de l'enfant.

## Diabète

Trouble chronique grave caractérisé par une production insuffisante d'insuline ou incapacité de l'organisme à utiliser l'insuline.

## Facteurs de risque

Facteurs qui semblent prédisposer une personne à l'apparition d'une maladie.

## Facteurs de risque modifiables

Facteurs de risque prédisposants sur lesquels il est possible d'agir.

## ICD

Classification internationale des maladies; système de classification des maladies.

## Incidence

Nombre de nouveaux cas d'une maladie qui surviennent au cours d'une période déterminée, dans une population particulière.

## Maladie cardiaque

Trouble pathologique du cœur.

## Maladie cérébro-vasculaire

Trouble des vaisseaux sanguins dans le cerveau.

## Maladie chronique

Trouble qui n'évolue pas ou progresse lentement.

## Morbidité

Nombre de personnes atteintes d'une maladie par rapport à une population donnée.

## Mortalité

Nombre de décès en raison d'une cause déterminée, dans une population donnée.

**Ostéoporose**

Trouble caractérisé par une faible densité osseuse et la détérioration du tissu osseux, qui entraîne une fragilité osseuse et accroît les risques de fracture.

**Prévalence**

Nombre de cas existants d'une maladie que l'on retrouve à un moment déterminé, dans une population donnée.

**Prévention primaire**

Efforts visant à prévenir l'apparition de la maladie chez des personnes ou dans des populations sensibles, par le biais de la modification du milieu ou des facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir.

**Prévention secondaire**

Dépistage précoce de la maladie, au moment où des symptômes apparaissent ou avant que la présence de symptômes soit constatée.

**Taux**

Proportion d'un groupe touchée au cours d'une certaine période de temps, par exemple une année. Le taux est généralement exprimé en fonction du nombre de nouveaux cas (décès, séparations, etc.) pour 1 000 ou pour 100 000 personnes par année.

# Références et liens Web



## Références et Liens Web

- American Heart Association.  
*Diabetes Mellitus*. 2000.
- Blair, C. & C. Gustafson.  
*Final Project Report: Diabetes Environmental Scan for Alberta*.  
Edmonton: Dietitians of Canada, 2001.
- Canadian Asthma Consensus Group.  
*Canadian asthma consensus report*, 1999.  
Canadian Medical Association Journal  
161 (11 Suppl): S1-S62.
- Canadian Strategy for Cancer Control.  
*Draft Synthesis Report*. 2001.  
[http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/Synthesis\\_Jan18\\_e.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/Synthesis_Jan18_e.pdf)
- Action Cancer Ontario.  
*An Ounce of Prevention: Ontario's cancer prevention blueprint*. Toronto, 2000.
- Goodman, R.M., Speers, M.A., McLeroy, K, Fawcett, S., et al.  
*"Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement."* Health Education and Behavior, 25(3) 258-278, 1998.
- Goree, R., O'Brien, B., Pettitt, D., et al.  
*An assessment of the burden of illness due to osteoporosis in Canada*.  
J Soc Obstet Gynaecol Can 18 (suppl July) 15-24 1996.
- Harvey, D., Hook, E., McCutcheon, V., et al.  
*Chronic Disease Prevention: worthwhile investment*. 1996.
- Santé Canada.  
*Canadian Diabetes Strategy (CDS) Update*. Ottawa, 2001.
- Santé Canada.  
*National Diabetes Surveillance System (NDSS)*.  
Ottawa, 2001.
- Santé Canada.  
*Population Health Approach*.  
Ottawa, 2001.  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/>
- Santé Canada.  
*Diabetes in Canada: National Statistics and Opportunities for Improved Surveillance, Prevention, and Control*.  
Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.  
[http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/diabet99/pdf/diab99\\_e.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/diabet99/pdf/diab99_e.pdf)
- Santé Canada. Laboratoire de lutte contre la maladie. 1999.
- Santé Canada.  
*Economic burden of illness in Canada*.  
Ottawa, 1993.
- Direction de la promotion de la santé, Direction de la santé publique.  
*Lignes directrices sur les demandes de financement du Programme de santé cardio-vasculaire*.  
Toronto: Ministère de la Santé de l'Ontario, 1997.
- Fondation canadienne des maladies du coeur.  
*The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada*.  
Ottawa, 1999.  
<http://www.statcan.ca/english/freepub/82F0076XIE/82F0076XIE.pdf>

- Hux, J.E. Bica, A., Flintoft, V. & F. Ivis. "Population-Based Estimates of the Incidence and Prevalence of Diabetes in Ontario" *Diabetes* 49(Supp1): A388 2000.
- Joint Stroke Strategy Working Group. *Towards An Integrated Stroke Strategy for Ontario*. Toronto: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2000.  
[http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/ministry/stroke/stroke\\_mn.html](http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/ministry/stroke/stroke_mn.html)
- Khaw, K. "Healthy aging." *British Medical Journal*, 315(25): 1090-1096.
- King, H., Aubert, R.E., & W.H. Herman. "Global Burden of Diabetes, 1995-2025". *Diabetes Care*, 21(9) 1414-1431, 1998.
- Lilley, S. *Preventing Diabetes in Atlantic Canada*. Population and Public Health Branch, Atlantic Regional Office, Santé Canada. 2000.
- Loefler, I. "Managing Chronic Disease" *British Medical Journal* 323(28) 241, 2001.
- Manson, J., Tosreson, H., Ridker, P., Satterfield, S., Hebert, P., O'Connor, G., Buring, J., & Hennekens, C. "The primary prevention of myocardial infarction". *The New England Journal of Medicine*. 326(21), 1406-1416.
- Ministère des Approvisionnements et Services. *Les Canadiens et la santé cardio-vasculaire*, 1995.
- Institut national du cancer du Canada. *Canadian Cancer Statistics 2001*. Toronto: 2001.  
<http://www.cancer.ca/stats/index.html>
- National Diabetes Information Clearinghouse. *Diabetes Overview*. Bethesda: 2001.  
<http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/pubs/dmover/dmover.htm>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Direction des programmes communautaires et de la promotion de la santé. *Health Promotion Framework*. Toronto, 2000.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Taking Action on Asthma: Report of the Chief Medical Officer of Health*. Toronto, 2000.  
[http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/pubhealth/asthma/asthma\\_e.pdf](http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/pubhealth/asthma/asthma_e.pdf)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Diabetes: Strategies for Prevention: Report of the Chief Medical Officer of Health*. Toronto, 1999.  
[http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/pubhealth/cmoh\\_diabetes.html](http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/pubhealth/cmoh_diabetes.html)
- Société canadienne de l'ostéoporose. *About Osteoporosis*. Toronto, 2001.

- Papadimitropoulos, E.A., Coyte P.C., Josse, R.G., & C.E. Greenwood. "Current and projected rates of hip fracture in Canada." *Canadian Medical Association Journal* 157(10):13 57-63, 1997.
- Prevention Working Group of the Canadian Strategy for Cancer Control. *A Cancer Prevention System for Canada: Preliminary Recommendations for Leading an Integrated Approach to Cancer Prevention*. Canadian Strategy for Cancer Control, 2001. [http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/prevention\\_wg\\_final.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/prevention_wg_final.pdf)
- Direction de la santé publique. *Mandatory Health Programs and Services Guidelines*. Toronto: ministère de la Santé, 1997. <http://www.gov.on.ca/health/english/pub/pubhealth/manprog/manprog.html>
- Research Working Group. *Report and Recommendations*. Canadian Strategy for Cancer Control, n.d. <http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/research.pdf>
- Conseil consultatif scientifique, Société canadienne de l'ostéoporose. *Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis*. Canadian Medical Association Journal, 155: 1113-33, 1996.
- Shah, C.P. *Public Health and Preventive Medicine in Canada (third edition)*. University of Toronto Press: Toronto, 1994.
- Strategic Action Working Group on Osteoporosis. *A Framework and Strategy for the Prevention and Management of Osteoporosis*. Ontario Women's Health Council, 2000. <http://www.womenshealthcouncil.com/E/>
- Surveillance Working Group. *Cancer Surveillance in Canada*. Canadian Strategy for Cancer Control, n.d. [http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/surveillance\\_wg\\_final.PDF](http://www.hcsc.gc.ca/hppb/csc/pdf/surveillance_wg_final.PDF)
- Tan, H. & S.D. MacLean. "Epidemiology of Diabetes Mellitus in Canada" *Clin Invest Med* 18:240-246, 1995.
- The National Asthma Control Task Force. *The Prevention and Management of Asthma in Canada: a major challenge now and in the future*. 2000. <http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/asthma00/>
- Société canadienne de l'ostéoporose. *About Osteoporosis: What is Osteoporosis?* 2001.



## Autres ressources Web pertinentes

American Heart Association  
<http://www.americanheart.org/search/>

Rapport statistique sur l'asthme au  
Canada  
<http://www.asthmaincanada.com/>

Société canadienne de l'asthme  
<http://www.asthmasociety.com/>

Société canadienne du cancer  
<http://www.cancer.ca/indexe.htm>

Association canadienne du diabète  
<http://www.diabetes.ca/>

Association pulmonaire du Canada  
<http://www.lung.ca/>

Stratégie canadienne de lutte contre le  
cancer  
[http://www.hc-  
sc.gc.ca/hppb/csc/csc.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/csc/csc.html)

Action Cancer Ontario  
<http://hiru.mcmaster.ca/ccopgi/>

1998 Clinical Practice Guidelines for the  
Management of Diabetes in Canada  
[http://www.cma.ca/cmaj/vol-159/issue-  
8/diabetescpg/](http://www.cma.ca/cmaj/vol-159/issue-8/diabetescpg/)

Fondation canadienne des maladies du  
cœur  
<http://www.na.heartandstroke.ca/index.html>

National Cancer Institute  
<http://www.nci.nih.gov/>

National Diabetes Information  
Clearinghouse  
[http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/  
ndic.htm](http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/ndic.htm)

Société canadienne de l'ostéoporose  
<http://www.osteoporosis.ca/>





# Examen sommaire des capacités communautaires

6 février 2002

## Contenu de cette section

Introduction .....	69
Contexte du projet .....	69
Méthodologie du projet .....	69
Résultats du projet .....	71



# Examen sommaire des capacités communautaires

## Introduction :

SPS Research & Evaluation est heureuse de soumettre le rapport final de l'Examen sommaire des capacités communautaires relatives à la Prévention primaire du diabète de type 2 en Ontario : Politiques, recherches et capacités communautaires entrepris par l'Association pour la santé publique de l'Ontario.

## Contexte du projet :

SPS Research & Evaluation a exécuté sur demande l'examen sommaire des capacités communautaires relatives à la prévention primaire du diabète de type 2 en Ontario. L'examen sommaire devait apporter de l'information au sujet des services actuellement offerts en Ontario à l'ensemble du projet mené par l'Association pour la santé publique de l'Ontario. L'examen sommaire devait inclure tous les programmes et toutes les ressources de prévention primaire liés aux facteurs de risque et états de santé associés au diabète de type 2. Seuls les organismes situés en Ontario ont été inclus dans l'examen sommaire des capacités.

En commandant l'examen sommaire des capacités, l'Association pour la santé publique de l'Ontario a veillé à ce que cet examen soit mené en coordination avec le projet Inventaire de la prévention des accidents cérébrovasculaires mené par le Centre des ressources en santé cardiovasculaire. Grâce à cette initiative, des informations pertinentes aux deux projets ont été recueillies plus facilement et plus rapidement auprès des organismes

contactés que si les deux projets avaient été menés séparément.

## Méthodologie du projet :

Au moment où le projet a été commandé, une base de données et un modèle de collecte de données ont été mis au point<sup>1</sup>. Les éléments inclus dans le modèle et la base de données ont été identifiés à la suite de discussions avec la personne chargée du projet de l'ASPO. Un modèle a été adopté pour chaque organisme participant, sauf lorsque l'organisme offrait plusieurs programmes et ressources pouvant être inclus dans un seul modèle.<sup>2</sup>

La collecte de données a été réalisée en même temps que celle pour le projet Inventaire de la prévention des accidents cérébrovasculaires et en suivant les mêmes méthodes.

La méthode initiale pour trouver des participants et recueillir l'information a consisté à contacter des organismes par téléphone et à identifier une personne qui pourrait être notre personne-ressource. Si à la suite des informations fournies lors de la conversation téléphonique, la première personne contactée ne pouvait pas identifier une personne quelconque, une brève documentation était envoyée par télécopieur ou par courriel à la première personne pour l'aider à identifier la personne-ressource appropriée. Une fois celle-ci déterminée, une conversation téléphonique avait lieu avec cette personne pour déterminer, dans un premier temps, si l'organisme avait ou non des programmes/ressources pertinentes pouvant figurer dans

<sup>1</sup>Un exemplaire du modèle de collecte de données est joint en annexe A.

<sup>2</sup>Cela s'est produit avec un organisme seulement.

l'inventaire ou la base de données de l'examen sommaire des capacités communautaires concernant le diabète. Si la personne-ressource était intéressée à participer et estimait que certains programmes ou ressources seraient appropriés, la documentation au sujet de l'inventaire était envoyée par télécopieur ou courriel à la personne-ressource. En outre, une date était fixée pour une entrevue afin de compléter la collecte de données au sujet des programmes ou ressources à inclure. D'après la documentation fournie, la personne-ressource identifierait les programmes/ressources en question. La collecte de données a été contrôlée d'une manière régulière grâce à des rapports hebdomadaires d'activité et aux discussions sur les difficultés rencontrées, le cas échéant, par les intervieweurs.

En réponse aux inquiétudes au sujet du temps requis pour effectuer la collecte de données, le projet Inventaire des accidents cérébrovasculaires a changé sa méthode pour permettre aux participants de remplir une version Word du modèle plutôt que de fournir des informations au sujet des programmes et ressources par le biais d'une entrevue téléphonique. Par conséquent, l'information pour l'examen sommaire des capacités concernant le diabète a été également recueillie de la même manière.

L'examen des capacités relatives au diabète ne comprenait que des organismes situés en Ontario.

Des informations pour l'examen de la prévention du diabète ont également été recueillies auprès du ministère de la

Santé et des Soins de longue durée. Le ministère a fourni une liste exhaustive des projets de prévention du diabète actuellement en cours en Ontario. En outre, de l'information provenant de l'Association a été recueillie à partir du site Web de l'Association.

## Résultats du projet :

<sup>3</sup>Les listes détaillées des organismes contactés sont incluses à l'annexe B.

### Participation au projet :

Le tableau I indique le nombre d'organismes contactés à chaque niveau, qu'ils aient participé ou non.<sup>3</sup> Tel qu'il est indiqué, le taux de participation général était de 28,9 %.

En moyenne, les organismes ont été contactés quatre fois chacun par téléphone ou par courriel avant de donner une réponse définitive au sujet de leur participation. De nombreux organismes n'ont pas donné de réponse définitive et n'ont pas répondu aux courriels d'établissement de contact.

Au total, 67 programmes et 77 ressources, provenant de 45 organismes, ont été inclus dans l'inventaire.

### Limites de l'examen des capacités :

L'examen des capacités a été limité par les faibles taux de participation. C'est pourquoi le tableau des régions de l'Ontario ayant les capacités générales de fournir des services et les capacités de fournir les services nécessaires, des services à valeur ajoutée ainsi que des services innovateurs est limité par les taux de participation. Les données incluses dans l'examen sommaire ne devraient pas, par conséquent, être considérées comme une vue d'ensemble exhaustive des services et des capacités de prestation de services en Ontario.

TABLEAU I ORGANISMES CONTACTÉS			
NIVEAU	CONTACTÉS # (%)	ONT PARTICIPÉ # (%)	N'ONT PAS PARTICIPÉ # (%)
Provincial (en Ontario)	27 (100)	10 (37,0)	17 (63,0)
Local (en Ontario)	129 (100)	35 (27,1)	94 (72,9)
<b>Total</b>	<b>156 (100)</b>	<b>45 (28,9)</b>	<b>111 (71,1)</b>





# Organismes contactés



# Organismes contactés

**Northern Diabetes Health Network:**

**Sioux Lookout**

37 Front Street, Box 163, Sioux Lookout,  
Ontario P8T 1A3

**Programs :** Sioux Lookout Diabetes  
Education Program

**Dairy Farmers of Ontario**

6780 Campobello Road, Mississauga,  
Ontario L5N 2L8

**Programs :** School Nutrition Information  
Program

**Resources :** Menu Planner

**The Next Step to Active Living Program**

South Common Community Centre,  
2233 Millway Drive, Mississauga,  
Ontario, L5L 3H7

**Programs :** The Next Step to Active  
Living Program

**Nutrition Resource Centre**

468 Queen Street East, Suite 202,  
Toronto, Ontario M5A 1T7

**Programs :** Community Food Advisor;  
Eat Smart; Food Steps

**Resources :** Healthy Eating

**National Quality Institute**

Toronto

**Programs :** Five Day Revive and Thrive  
Challenge (workplace health)

**Resources :** Excellence: Workplace  
Wellness : Something's Happening Here;  
Five Day Revive and Thrive Challenge;  
Excellence : Great Expectations for  
Healthier Workplaces in 2001

**The Four Villages Community Health  
Centre**

1700 Bloor Street West, Toronto, Ontario  
M6P 4C3

**Programs :** Concerning Cholesterol  
Program; Heart Health Program in Polish

**The Canadian Intramural Recreation  
Association**

740-B Belfast Road, Ottawa, Ontario  
K1G 0Z5

**Programs :** The Student Leadership  
Development Program; Playground  
Leadership Program; Health in  
Perspective

**Resources :** Zany Activities With Panty  
Hose, Boxer Shorts and Leotards; The  
Treasury of MOGA Madness (The Most  
Outrageous Group Activities); Snow Fun:  
Favourite Canadian Winter Activities

**Active Living Coalition for Older Adults**

33 Laird Drive, Toronto, Ontario M4G 3S9

**Programs :** ALCOA Speakers' Bureau;  
ALCOA National Diabetes Project

**Resources :** Research Update; Canada's  
Physical Activity Guide to Healthy  
Active Living for Older Adults; Moving  
Through the Years : A Blueprint for  
Action on Active Living and Older Adults

**Canadian Diabetes Association,  
Sudbury Branch**

D-105 Elm Street,  
Sudbury Ontario P3C 1T3

**Programs :** Speakers' Bureau

**Canadian Diabetes Association,  
Ottawa and District Branch**  
403-1355 Bank Street, Ottawa, Ontario  
K1H 8K7  
**Programs :** Canadian Diabetes  
Association Speakers' Bureau

**South Asian Women's Centre**  
1332 Bloor Street West, Toronto, Ontario  
M6H 102  
**Programs :** Multicultural Women's  
Wellness Group; Healthy Heart is a  
Happy Heart; Tamil Breast Health  
Education Program

**Stonegate Community Health Centre**  
150 Berry Road, Etobicoke, Ontario  
M8Y 1W3  
**Programs :** Smoking Cessation: Step by  
Step Program  
**Resources :** The Healthy Heart Kit

**Canadian Association for the  
Advancement of Women and Sport  
and Physical Activity**  
Suite 202, 801 King Edward Avenue,  
Ottawa, Ontario K1N 6N5  
**Programs :** On the Move; Chatelaine/  
On the Move Walking Club; Girls @ Play

**North Lambton Community Health  
Centre**  
59 King Street West, Forest, Ontario  
N0N 1J0  
**Programs :** Awake With a Walk; Winter  
Walking Program; Smoking Cessation  
Programs; Diabetes Prevention Strategy

**Canadian Association of Health,  
Physical Education, Recreation and  
Dance (CAHPERD)**  
403-2197 Riverside Drive, Ottawa,  
Ontario K1H 7X3  
**Programs :** Quality School Health;  
Quality Daily Physical Education  
**Resources :** Quality Daily Physical  
Education; Canadian Active Living  
Challenge; Physical and Health  
Education Journal

**Ontario Physical and Health  
Education Association**  
1185 Eglinton Avenue East, Suite 501,  
Toronto, Ontario M3C 3C6  
**Programs :** Active Schools, Creating  
Capacity for Physical Activity Project  
**Resources :** ACTION Kit; Active Kids:  
Any Time, Any Place; PlaySport

**Heart and Stroke Foundation of Ontario**  
1920 Yonge Street, 4th Floor, Toronto,  
Ontario M4S 3E 2  
**Programs :** Heart Healthy Kids  
**Resources :** HeartSmart Family Fun  
Pack; Heart and Stroke Information  
Catalogue; Living With Cholesterol; Take  
Control: Actions to Lower Your Risk

**Durham Region Health Department**  
1615 Dundas Street East, Whitby Mall,  
Suite 210, Whitby, Ontario  
**Programs :** Healthy Decisions  
Workshop; Teens Tackling Tobacco;  
Smoke Free Cars: Smoke Free for Me  
and My Kids; Smoke Free Home Contest  
**Resources :** Smoke Free Schools: A  
Resource Document; Smoke Free is  
Good For Business; Guide to Smoke Free

Restaurants; Smoke Free Home Decal;  
Smoke Free Home : Tips to Make Your  
Home Smoke Free

**Brock University, Community Health  
Science**

St. Catharines, Ontario

**Programs :** Leave the Pack Behind  
(smoking cessation)

**Middlesex-London Health Unit**

50 King Street, London, Ontario N6A  
5L7

**Programs :** Families in Motion; "I did  
it" Program; Turn Off the TV and  
Screens; Walking Workshop; Post  
Secondary School Alcohol Policy and  
Programming

**Resources :** Treasure Boxes for Active  
Living; Active Trivia; Activity Break;  
Active Living Education Session;  
Walking Map of the City of London;  
Born to Be Active Display; Alcohol and  
Your Health Display; Addictions  
Jeopardy; Heart Health Reach and  
Teach Kit

**Hotel Dieu Health Sciences Hospital,  
Niagara**

St. Catharines, Ontario

**Programs :** Healthy Heart Program; 3 S  
Stop Smoking Support Program

**Simcoe County District Health Unit**

15 Sperling Drive, Barrie, Ontario L4M  
6K9

**Programs :** Be Fit Be Safe; Eat Well  
Stay Alive; Healthy Lifestyle Line;  
Student Tobacco Action Committee

**Resources :** Ready, Steady, Walk:

Walking Guide; Nutrition Fact Sheets;  
100% Smoke Free Simcoe County  
Information Package; Take a Closer Look  
(Food Labeling) Fact Sheets, Quiz and  
Shopping Pads

**Northern Diabetes Health Network:**

Diabetes Health Thunder Bay  
Thunder Bay

**Programs :** Diabetes Health Thunder  
Bay (education)

**Haliburton, Kawartha, Pine Ridge  
Health Unit**

200 Rose Glen Road, Port Hope, Ontario  
L1A 3V6

**Programs :** Reading Food Labels;  
Smoke Free Living

**Resources :** How to Adapt Your  
Favourite Recipes to be Lower in Fat;  
Grab a Bite That's Right; Calling it Quits;  
Making Your Home Smoke Free; Clean  
Air for Kids; A Guide to Healthy Eating;  
Canada's Guide to Healthy Eating;  
Serving Sizes; Changing 'Yuk' to 'Yum':  
A Guide for Picky Eaters; Building  
Better Lunch

**Regional Municipality of Waterloo,  
Community Health Department**

P. O. Box 1633, 99 Regina Street, South  
Waterloo, Ontario N2J 4V3

**Programs :** Tobacco Information Line

**Resources :** Focus on Healthy Eating  
Series; So You Want to Quit Smoking:  
A Guide to What's Available in Waterloo  
Region

**Osteoporosis Society of Canada**

33 Laird Drive, Toronto, Ontario  
M4G 3S9

**Programs :** Speaking of Bones  
Speakers' Bureau; Move Your Bones  
Exercise Program

**Resources :** Fact Sheets on a Series of  
Lifestyle Issues Impacting Osteoporosis;  
BoneSmart Video; Walkmate Walking  
Tapes

**Resources :** Bok Choy, Black Beans and  
Bananas: A Newcomer's Guide to  
Healthy Eating

**Region of Niagara Public Health  
Department**

St. Catharines, Ontario

**Resources :** Healthy Weight Fact Sheets

**Canadian Cancer Society, Ontario  
Division**

1639 Yonge Street, Toronto, Ontario  
M4T 2W6

**Resources :** Seven Steps to Health

**Program Training and Consultation  
Centre**

City of Ottawa, People Service, Public  
Health and Long Term Care Branch, 495  
Richmond Road, Ottawa, Ontario  
K2A 4A4

**Resources :** The Action Guide for  
Smoke-Free High Schools; Info Pack:  
Understanding and Using Audience  
Analysis for Tobacco Control; Break on  
Through; Environmental Tobacco Smoke  
in the Home; Info Pack: Understanding  
and Using Fear Appeals for Tobacco  
Control

**Ottawa-Carleton Health Department  
Ottawa, Ontario**

**Resources :** Taking Care of Business:  
Ottawa-Carleton Small Business Health  
Project

**Health Canada, Health Promotion and  
Programs Branch**

Population Health Directorate, Ottawa  
Ontario

**Resources :** Workplace Health website;  
The Business Case for Active Living at  
Work

**Program Training and Consultation  
Centre**

City of Ottawa, People Service, Public  
Health and Long Term Care Branch,  
495 Richmond Road, Ottawa, Ontario  
K2A 4A4

**Resources :** Info Pack : Understanding  
and Using Mass Media for Tobacco  
Control; Minimal Contact Interventions  
for Smoking Cessation; The Power of  
Many : Tobacco Action Plan for This  
Generation; Info Pack : School Based  
Smoking Interventions; Schools Without  
Borders; Info Pack : Women and  
Tobacco

**Access Alliance Multicultural  
Community Health Centre**

340 College Street, Suite 500, Toronto,  
Ontario M5T 3A9

**Programs :** Best Practices in Diabetes  
Prevention Project

**Northern Diabetes Health Network:**

Timiskaming Diabetes Program  
Timiskaming, Ontario

Programs : **Canadian Diabetes  
Strategy** Diabetes Prevention Project

**Haliburton Highlands Health Services  
Corporation**

Haliburton, Ontario

Programs : Haliburton County Diabetes  
Project

**Lambton Heart Health; Lambton  
Diabetes Prevention Network**

c/o Lambton Health Unit

Programs : Making Healthy Choices the  
Easy Choices

**East End Community Health Centre**

Toronto, Ontario

Programs : Recess Revival: Alternative  
Strategies for Promoting Physical  
Activity

**Canadian Diabetes Association:  
Windsor and District Branch**

Programs : A 3 Year Sequenced Social  
Marketing Campaign Aimed At Reducing  
the Prevalence of Type 2 Diabetes  
Among Windsor-Essex County Residents

**Regional Heart Beat**

Ottawa-Carleton, Ottawa Ontario

Programs : A Walk Away from Diabetes  
@ Diabetes Prevention in Ottawa-  
Carleton

**The Anne Johnston Health Station**

Toronto, Ontario

Programs : Diabetes Healthability

**Victorian Order of Nurses**

Cochrane Ontario

Programs : Wellness Works Well

**London InterCommunity Health  
Centre**

London, Ontario

Programs : Latin American Outreach for  
the Prevention of Diabetes

**The Heart Connection**

Northumberland County

Port Hope, Ontario

Programs : Northumberland County  
Diabetes Prevention Project

**Brant County Health Unit**

Brant, Ontario

Programs : Diabetes Prevention: A  
Social Marketing Campaign

**United Way of Greater Simcoe County**

Barrie, Ontario

Programs : Simcoe County Diabetes  
Prevention Project