



Ontario
Prevention
Clearinghouse

Centre ontarien
d'information
en prévention

La prévention, une cause importante



Agir en amont pour
améliorer la santé de tous les Ontariens

REMERCIEMENTS

Nombreux collaborateurs ont participé au concept, à la rédaction et à la réalisation de ce document et de ses multiples ébauches dont Connie Clement, Robyn Kalda, Carmen Connolly, Graham Clyne, Jane Bertrand, Z. Sonia Worotyneć, Josée Bourbonnais, Khadija Mahi, Krissa Fay, Michael Fay, WordSmith Writing and Editing Services ainsi que Roberto Sales pour le graphisme.

Février 2006

Le Centre ontarien d'information en prévention (COIP) est l'organisme bilingue principal en promotion de la santé en Ontario. Nous aidons les personnes, les groupes et les collectivités à travailler à l'atteinte de leur santé et de leur bien-être au moyen de stratégies de promotion de la santé.

Pour de plus amples renseignements :

Centre ontarien d'information en prévention
180, rue Dundas Ouest, suite 1900
Toronto (Ontario) M5G 1Z8
Tél.: 416-408-2249
Sans frais: 1-800-263-2846
Télec.: 416-408-2122
Courriel: info@opc.on.ca
Site Web: www.opc.on.ca

Le COIP autorise la copie, la distribution et l'affichage de ce document à des fins non commerciales à la condition de nommer la source originale. Prière d'en indiquer la source comme suit : La prévention, une cause importante : Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens, Centre ontarien d'information en prévention, février 2006.

This document is also available in English.

INTRODUCTION

Pourquoi le Centre ontarien d'information en prévention a rédigé ce rapport.

La santé publique est enfin à l'avant-plan, tant en Ontario qu'au Canada. La poussée vers l'amélioration des mesures de santé publiques découle de préoccupations à grande échelle liées aux maladies infectieuses et à la sécurité de l'environnement, occasionnées par des incidents révélateurs tels que l'eau contaminée à Walkerton et le virus du SRAS à Toronto. Les réformes de la santé publique, qui visent à aborder de telles questions, peuvent générer d'excellentes

occasions pour que la société puisse adopter à grande échelle la prévention et la promotion de la santé. En Ontario, un certain nombre d'initiatives (y compris la création, en 2005, d'un ministère de la Promotion de la santé) laissent entrevoir un intérêt renouvelé de la part du gouvernement à travailler en collaboration avec la société civile pour se concentrer véritablement sur la création de conditions favorables à la santé pour tous les Ontariens. Nos gouvernements montrent également une volonté accrue de risquer des actions novatrices. Au cours des 30 dernières années, les Canadiens ont acquis un plus grand nombre de connaissances sur les effets positifs et abordables des mesures de prévention, ainsi que des conditions sociales qui sont des déterminants de la santé. Cependant, en dépit de ces étapes positives, nous n'avons pas encore suffisamment élaboré de politiques publiques qui traitent de la santé, en plus des soins de santé. Le Conseil d'administration et le personnel du Centre ontarien d'information en prévention ont l'espoir que la réforme actuellement en cours en Ontario crée de nouvelles occasions de poser des gestes et d'effectuer des changements réels. C'est en vue de ces occasions que ce rapport a été rédigé.

AGIR EN AMOUNT

En matière de santé, l'on peut illustrer l'image évoquée par la remontée du courant en imaginant un village au bord d'une rivière, dans lequel de plus en plus d'habitants sont malades. La clinique médicale traite les patients, jour après jour. La clinique est surchargée, les malades ne guérissent pas, et chaque jour, de plus en plus de personnes tombent malades. Cette situation peut se poursuivre pendant des jours ou des années, alors que le fardeau local ne cesse d'augmenter. Dans cette histoire, une personne qui remonte le courant pour se rendre au village suivant, ou au village après celui-là, trouve une usine qui déverse des produits chimiques et des eaux usées dans la rivière.

Voici maintenant la partie intéressante. Ce voyageur doit établir un lien mental entre le déversement en amont et la maladie en aval, et il doit convaincre les autres personnes que cette association est valable. Cela n'est pas facile, en raison des points de vue différents et des intérêts contradictoires. Par exemple, les villageois qui vivent en amont ne sont pas touchés par le problème, et le propriétaire de l'usine économise de l'argent en utilisant cette méthode pour se débarrasser des produits chimiques épuisés. Seuls les villageois qui vivent en aval sont malades, et ils sont pourtant loin du village en amont.

La santé ne revient au village en aval que lorsque les deux villages et le propriétaire de l'usine se découvrent des intérêts communs, et lorsque le bien commun l'emporte sur les intérêts individuels. Lorsque le déversement cesse, la rivière peut redevenir propre. Lorsque la rivière redevient propre, la santé des habitants est rétablie. La clinique médicale n'est plus surchargée, et elle peut, à nouveau, satisfaire les demandes de traitement.



De plus en plus, les gouvernements reconnaissent le rôle joué par la prévention dans la création et le maintien de la santé. Lors de la rencontre des premiers ministres en septembre 2004, ceux-ci ont formulé ce point de vue plus clairement que jamais auparavant : « Tous les gouvernements savent que les activités du domaine de la santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies sont essentielles pour améliorer les résultats pour la santé des Canadiens et des Canadiennes, mais contribuent aussi à la viabilité à long terme de l'assurance-maladie en réduisant les pressions qui s'exercent sur le système de santé ».

Nous félicitons le gouvernement de l'Ontario pour la nouvelle concentration sur la santé qu'il a ajoutée à ses engagements très visibles en matière de traitement des maladies. Au cours des seules années 2004 et 2005, le gouvernement provincial :

- a mis sur pied un nouveau ministère de la Promotion de la santé;
- adopté le programme Meilleur départ et a signé une entente sur les services de garde avec le gouvernement fédéral, selon laquelle le nombre de places dans les services de garde et de programmes de développement de la petite enfance seront augmentés;
- a adopté l'opération Protection de la santé, qui comprend la création d'une Agence de santé publique provinciale, un examen de la capacité en matière de santé publique, et un renforcement des pouvoirs du médecin hygiéniste en chef;
- a adopté une loi révolutionnaire, la Loi favorisant un Ontario sans fumée;
- a publié des rapports tels que *Poids santé, vie saine*;
- a augmenté le financement accordé aux programmes pour les sans-abris
- et aux foyers d'accueil d'urgence;
- a fermé l'usine de production d'énergie au charbon Lakeview;
- a appuyé des projets d'énergie renouvelable;
- a augmenté les montants consacrés aux services d'établissement offerts aux immigrants;
- a proposé des réformes au système ontarien de planification de l'utilisation des terres.

Ces réalisations sont bienvenues, importantes et passionnantes. En même temps, nous soulignons au gouvernement qu'il est important de ne voir ces mesures que comme les *premières* étapes de la création d'une politique et d'un environnement social qui sauront véritablement créer à grande échelle des conditions favorables à la santé.

Le budget initial du nouveau ministère ontarien de Promotion de la santé est de 0,259 milliards de dollars, alors que celui du ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'élève à 33 milliards de dollars.¹ En 2004, le budget de la Santé publique s'élevait à un peu moins de 1 % du budget ontarien total de la santé.² L'ensemble du Canada ne s'en tire pas mieux : à l'échelle du pays, nous dépensons 142 milliards de dollars en soins de santé, et moins de 5 % de cet investissement, soit 7,8 milliards de dollars, est consacré à la promotion de la santé.³

Pour atteindre la santé pour tous⁴, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux *doivent favoriser la santé et prévenir la maladie et les problèmes sociaux*. L'Ontario mérite un meilleur équilibre entre les investissements pour la promotion et la prévention de la santé, et ceux pour le traitement médical, la gestion des maladies et les soins de longue durée.

QUELS FACTEURS CONTRIBUENT À LA SANTÉ?

La santé, c'est bien plus que l'absence de toute maladie. La santé découle du bien-être physique, mental et social. L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme étant une « *ressource* de la vie quotidienne », plutôt que d'un état. La santé est un concept positif, qui met en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Et l'on peut parler de la santé d'une population ou d'une collectivité tout autant que de la santé d'une personne.⁵

Les déterminants de la santé les plus importants sont sociétaux. Bien qu'elle soit fort importante, la prestation de soins de santé de haute qualité

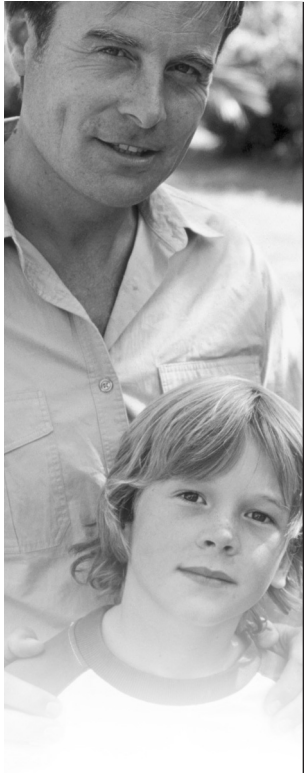
n'est que l'un des nombreux facteurs qui contribuent à la santé d'une population. Le grand public n'identifie qu'un petit nombre de facteurs clés comme générateurs de bonne — ou de mauvaise — santé : la disponibilité des services de soins de santé; un bon bagage génétique (ou la chance); et les choix individuels en matière de comportements tels que l'alimentation et l'exercice physique. Peu de Canadiens nomment la pauvreté, le logement ou l'environnement dans la liste des causes importantes de l'état de santé.⁶ Toutefois, actuellement, tout indique que bien que l'accès aux services de santé, le bagage génétique et le comportement individuel soient très importants pour les résultats en matière de santé, leur influence n'est pas aussi forte que celle des facteurs sociétaux et biologiques lorsqu'on examine l'état global de la santé et les maladies chroniques.

En observant la santé de groupes importants de personnes, les chercheurs en sont venus à comprendre la sensibilité étonnante de la santé aux environnements sociaux et aménagés. Ils ont identifié des déterminants de la santé qui ont un effet puissant dans les sociétés modernes. Ces déterminants de la santé comprennent : le niveau de revenu et le statut social; les réseaux de soutien social; l'éducation et l'alphabétisme; l'emploi et les conditions de travail; les environnements sociaux, tels que le logement; les environnements physiques (air, sol, eau); le développement de la petite enfance; le sexe; la culture; le patrimoine biologique et génétique; les habitudes de santé et les capacités d'adaptation personnelles; et les services de santé.⁷

« Choix individuel » est une fausse appellation. Bien que bon nombre de Canadiens comptent les choix individuels parmi le nombre des éléments qui ont une influence clé sur l'état de santé, les comportements individuels sont fortement influencés par notre environnement social et physique. Dire que le comportement découle du choix individuel (comprendre « libre ») est mal avisé. Un rapport publié récemment par l'Organisation mondiale de la Santé⁸ insiste sur l'importance de reconnaître que la responsabilité individuelle ne peut être pleinement efficace que si les individus ont un accès équitable à des vies et à des conditions de vie saines. Dans le rapport *Poids santé, vie saine*⁹, la médecin hygiéniste en chef de l'Ontario décrit des environnements qu'elle appelle « obésogènes » : des collectivités, des milieux de travail, des milieux scolaires et des milieux familiaux qui encouragent l'obésité. Trop d'adultes et d'enfants n'ont pas les moyens financiers de s'alimenter convenablement; les aliments à faible valeur et à teneur élevée en calories sont souvent moins coûteux et plus facilement disponibles; des collectivités en nombre croissant sont dépourvues de trottoirs, de parcs, de pistes cyclables et de programmes de loisirs; plus d'adultes ont un travail sédentaire et les jeunes n'ont pas l'occasion d'être physiquement actifs. Définir la mauvaise alimentation et l'inactivité comme étant un comportement « personnel » camoufle la nature sociale de ce comportement.

Certaines populations sont en meilleure santé que d'autres. Sur le plan de la santé, les disparités¹⁰ entre les régions et parmi les groupes de personnes sont dramatiques. En voici quelques exemples.

- Les Ontariens qui résident dans le nord de la province ont un taux de maladie cardiaque de 51 % plus élevé que la moyenne provinciale.¹¹
- Comparativement aux autres Ontariens, les Ontariens francophones sont plus



susceptibles de fumer tous les jours et d'être obèses, et ils sont moins susceptibles d'indiquer que leur santé est excellente ou bonne.¹²

- Il est intéressant de constater que les nouveaux arrivants d'origine non européenne fument moins que les Canadiens de naissance, mais, quelques années après leur arrivée au pays, ils sont deux fois plus susceptibles que ceux-ci de signaler une détérioration de leur état de santé.¹³
- La différence entre l'état de santé des Canadiens autochtones et non autochtones est la plus extrême : par exemple, la longévité moyenne des femmes Inuit est inférieure de plus de 14 ans à celle de la moyenne des femmes canadiennes; le taux de mortalité des nouveaux-nés Inuit est trois fois plus élevé que le taux pancanadien; et les personnes des Premières Nations qui habitent dans des réserves ont un taux de suicide qui est le double du taux pancanadien.¹⁴

La santé suit un gradient. La présentation graphique de l'état de santé de quasiment toutes les populations illustre l'influence fondamentale du revenu et du niveau d'éducation sur la santé. En moyenne, les personnes à faible revenu sont moins susceptibles d'être en bonne santé que les personnes plus aisées. Pour plusieurs, il est encore plus intéressant et étonnant de noter que les statistiques montrent que cette tendance est également valide à l'intérieur des groupes eux-mêmes. Les très riches jouissent d'une meilleure santé que les riches, bien que ceux-ci disposent de tous les avantages possibles pour être en bonne santé. Les chercheurs appellent cette tendance « gradient social », et les chercheurs canadiens¹⁵ ont été au premier rang pour nous aider à comprendre ces influences. Le constat le plus important tiré de telles études est que l'effet des iniquités sociales se fait sentir sur la santé de tous, pas seulement pour ceux qui sont visiblement défavorisés.

La façon dont une société définit la santé définit également les méthodes qu'elle utilise pour l'améliorer.

Par exemple, la pratique de la médecine traite la santé comme étant principalement un état biomédical. Cela signifie que la plupart des médecins mettent principalement l'accent sur les facteurs individuels, tels que les antécédents familiaux, les tests cliniques, les traitements par médicaments ou interventions chirurgicales, et les adaptations qu'une personne peut faire elle-même (par exemple, modification de l'alimentation). Dans certaines régions, les éducateurs en matière de santé mettent également l'accent sur les personnes; ces éducateurs accordent généralement plus d'attention au comportement individuel. En conséquence, ils fournissent des conseils individuels et lancent des campagnes d'éducation pour améliorer l'alimentation, le comportement de fumeur et l'activité physique. Cependant, au cours des vingt dernières années, nous avons appris que les facteurs tant socio-environnementaux qu'individuels ont un effet sur la santé. Aborder la santé d'une perspective socio-environnementale signifie qu'il faut ajouter des éléments additionnels aux approches mentionnées ci-dessus, notamment des politiques systémiques, la mobilisation des collectivités et des stratégies d'aide mutuelle, dans le but d'aborder les conditions de vie et de travail ainsi que les réseaux sociaux.

Lorsque l'on ajoute foi aux causes sociales de la santé de la population et des individus, l'on ouvre la voie pour reconnaître que les solutions doivent être *en amont et systémiques*. Pour réellement faire la différence, l'Ontario doit mettre en œuvre des solutions qui s'adressent à l'ensemble de la population à tous les niveaux de la société : collectivités, groupes, familles et particuliers en même temps. Nos impôts n'auront qu'un effet minimal si le gouvernement axe les interventions en matière de politique uniquement sur les choix de mode de vie sains, sans accorder une attention simultanée aux facteurs sociaux et économiques qui sont indépendants de la volonté individuelle et qui touchent le choix et l'accès.

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ, C'EST SENSÉ

En 2004, le Centre ontarien d'information en prévention a pris la résolution de réorienter ses efforts et ses ressources en matière d'amélioration de la santé de l'Ontario là où les preuves indiquent que l'effet sera le plus important. Nous avons pris l'engagement très important d'aider à faire connaître au grand public en quoi consistent la prévention et la promotion de la santé, et nous nous sommes engagés à réaliser les trois objectifs prioritaires suivants :

1. Fournir à nos enfants le meilleur départ possible;
2. Prévenir les maladies chroniques et détecter celles qui se manifestent tôt;
3. Créer une société inclusive qui favorise un sentiment d'appartenance.

Nous avons choisi les enfants comme première priorité, parce que des observations convaincantes indiquent que les investissements effectués tôt ont l'effet le plus important sur l'ensemble de la vie d'une personne; cependant, les interventions éprouvées ne sont pas disponibles à grande échelle et peu d'enfants peuvent en bénéficier. En deuxième lieu, nous choisissons de nous concentrer sur la prévention des maladies chroniques, car leur incidence augmente rapidement et que toutes les indications laissent entendre qu'il est possible de modifier les conditions sociales et les comportements individuels qui influent sur la maladie chronique. En troisième lieu, nous nous attardons sur « l'inclusion », car l'écart du revenu et de l'inclusion sociale entre les nantis et les démunis s'agrandit, ce qui cause une détérioration de la santé des individus et de l'état de santé des Canadiens, en tant que population. Chacun de nos trois objectifs prioritaires offre des occasions importantes d'améliorer la santé. Les preuves démontrent que des mesures prises dans chacun de ces trois domaines peuvent avoir un effet important et rapide sur l'état de santé des Ontariens et qu'elles donneront un nouvel élan à la santé des collectivités en Ontario.¹⁶ Étudions maintenant de façon plus détaillée les enfants, les maladies chroniques et l'inclusion.

1. LES ENFANTS EN BONNE SANTÉ DEVIENNENT DES ADULTES EN BONNE SANTÉ.

Les preuves : Pourquoi le développement de la petite enfance est important.

Le développement de la petite enfance constitue le fondement de l'apprentissage, de comportements et de la santé qui dureront toute la vie. En prenant des mesures dès aujourd'hui pour s'assurer que les enfants reçoivent le meilleur départ possible dans la vie, nous faisons ce qu'il y a de plus important pour bâtir une société saine. L'apprentissage et les soins précoces orientent la formation du capital humain et social, aujourd'hui et à l'avenir. Cela est essentiel pour la prospérité de l'Ontario.¹⁷

Depuis la publication de la révolutionnaire *Étude sur la petite enfance* en avril 1999,¹⁸ une première mondiale pour l'Ontario, la sensibilisation à l'importance du développement de la petite enfance comme base du développement humain ne cesse de s'accroître. Aujourd'hui, la Banque mondiale¹⁹ a rejoint les rangs de ceux qui insistent sur le rôle du développement de la petite enfance dans la création d'un capital social et l'augmentation de l'égalité, et, en conséquence, dans la contribution à la prospérité et à la diminution de la pauvreté à l'échelle de la planète.

En Ontario, nous avons commencé à aborder cette question. Notre stratégie provinciale Meilleur départ est l'une des plus ambitieuses au monde, et nos décideurs montrent leur empressement à modifier certaines politiques comme, par exemple, permettre aux écoles d'ouvrir leurs portes à des groupes communautaires. Mais nous pouvons faire encore mieux. Le moment est venu d'améliorer nos programmes communautaires complets et de bâtir sur certains des services de haute qualité que nous avons déjà mis sur pied. Cela entraînera des améliorations du développement de la petite enfance, et cela aidera également à rompre le cycle de l'exclusion sociale en tissant des liens entre les familles et



les collectivités. En bout de ligne, tout cela mènera à des gains importants sur le plan de la santé, de la société *et* de l'économie.

Comme individus, nos cerveaux se développent en fonction des interactions entre notre bagage génétique, d'une part, et nos expériences et les éléments auxquels nous sommes exposés avant notre naissance et pendant les premières années de notre enfance, d'autre part. Chaque jour, de nouvelles preuves convaincantes émergent d'études neurobiologiques, d'études sur les animaux, d'études épidémiologiques et longitudinales des populations, d'essais sur le terrain et d'études par observation.²⁰

À court terme, les enfants heureux et en bonne santé sont davantage capables d'apprendre et de grandir. Leur niveau d'alphabétisation augmente et les comportements violents et anti-sociaux diminuent. Les familles sont plus heureuses et plus productives. À plus long terme, les enfants qui reçoivent le meilleur départ sont plus susceptibles d'obtenir leur diplôme d'études secondaires et d'être alphabètes; ils sont moins susceptibles de gestes adolescents de délinquance, de se retrouver sans emploi ou de dépendre de l'aide sociale, et leur taux de suicide et de dépression est plus faible. Lorsqu'ils deviennent adultes, leurs taux futurs de maladies cardiaques, de cancer et de diabète sont moins élevés.⁵

Les facteurs économiques : Nous pouvons réduire les coûts si nous investissons dans le développement de la petite enfance.

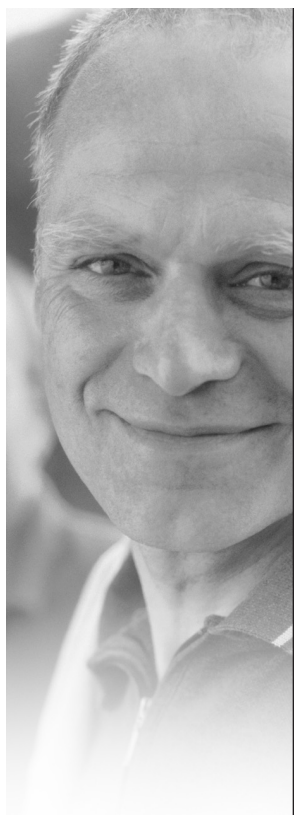
Investir dans le développement de la petite enfance ne consiste pas uniquement à fournir des meilleurs services de garde. Cela signifie également qu'il faut améliorer des services tels que les soins prénataux, le soutien aux nouveaux parents, les programmes de formation au rôle de parent, les centres de consultation et les bibliothèques, ainsi que les parcs et les programmes de loisirs. Cela signifie qu'il faut établir des liens entre les programmes et les services existants afin d'améliorer l'environnement des enfants et d'assurer que tous y ont accès.

Tout investissement dans ces programmes produira des rendements significatifs. Les économistes évaluent que chaque dollar investi dans des bons programmes d'apprentissage et de soins pour la petite enfance génère un rendement de deux à trois dollars.²¹ Pour les enfants vulnérables, ce rendement est beaucoup plus élevé.²² Le rendement sur un investissement fait pendant la petite enfance est plus élevé que le rendement sur les investissements faits plus tard dans la vie.²³ Les investissements précoces dans les expériences quotidiennes des jeunes enfants tracent la route vers le succès et des bénéfices décuplés. Les enfants qui réussissent bien dès leurs débuts scolaires tirent davantage profit des fonds publics investis dans l'éducation, et ils font appel à moins de soutiens correctifs coûteux.

Portraits de la réussite

Les exemples qui suivent démontrent de façon convaincante l'importance du développement de la petite enfance. Les bénéfices de ces programmes ont un effet sur la famille des enfants, sur leurs réseaux sociaux et sur les collectivités dans lesquelles ils vivent. Ils illustrent également les façons dont les politiques sociales peuvent avoir des effets immédiats sur la santé et le bien-être.

Interventions communautaires pour la petite enfance. Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur²⁴ est un programme de prévention primaire, lancé en 1991 dans huit collectivités de l'Ontario. Il fait appel à des interventions communautaires pour la petite enfance afin de contrer les effets négatifs chez les enfants à risque qui vivent dans la pauvreté. Les constatations faites démontrent que ces interventions ont des effets positifs importants. Quelques exemples : les enfants et leurs parents ont ressenti des sentiments accrus de soutien social et



émotif ainsi que de la part de leur voisinage; l'évaluation de la santé des enfants par leurs parents s'est améliorée dans plusieurs des collectivités, voire toutes, selon l'âge des enfants; les enfants ont bénéficié d'une réduction de la consommation de tabac dans la maison et d'une meilleure alimentation; les enfants recevaient leurs vaccins en temps opportun; les enfants présentaient une diminution des signes d'anxiété et de dépression et une amélioration des aptitudes sociales; d'autre part, les enfants obtenaient également un meilleur rendement scolaire, et les parents percevaient que leur accès aux médecins et aux travailleurs sociaux s'était amélioré.

De plus, l'étude a décelé des indications préliminaires de réductions de coûts pour le gouvernement. Avec un coût moyen de 1 000 \$ par enfant par année, le modèle est fort abordable, surtout comparativement à des projets de prévention américains dont le coût peut s'élever entre 4 300 \$ et 16 000 \$ par enfant et par année.

Soins complets. Des chercheurs de l'université McMaster²⁵ ont collaboré avec les services régionaux dans le but d'étudier l'hypothèse selon laquelle fournir des soins complets aux mères seules qui dépendent de l'aide sociale et à leurs enfants, au lieu de les laisser se débattre par elles-mêmes dans un système fragmenté, produirait des gains financiers à court terme en plus de bénéfices sociaux à long terme. Les résultats ont été frappants. Il est tout aussi efficace — et moins coûteux — d'aborder la situation des personnes dans son ensemble plutôt que de s'attarder sur une question spécifique, grâce à la prestation de services de santé et de services sociaux proactifs et complets pour les mères et de bons services de garde et de loisirs pour leurs enfants.

2. LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES AUJOURD'HUI RÉDUIRA LES COÛTS SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES DE DEMAIN.

Les preuves : l'importance de la prévention des maladies chroniques.

On définit une maladie chronique comme une maladie de longue durée qui est extrêmement difficile, voire impossible, à guérir. Au Canada, les cinq principales maladies chroniques — cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies du rein et maladies respiratoires — pèsent pour plus de 75 % des décès.²⁶ Et ce pourcentage ne cesse d'augmenter.²⁷ Les facteurs associés au développement des maladies chroniques sont sociaux, économiques, environnementaux et individuels, et les conditions sociales l'emportent sur les comportements individuels qui sont pourtant mieux reconnus. Tous ces facteurs agissent ensemble. Par exemple, des antécédents familiaux de cancer ou de maladies cardiaques ne garantiront pas le développement futur de la maladie, mais si l'on travaille avec des produits chimiques dangereux ou si l'on vit dans la pauvreté, le risque d'en souffrir augmente. À l'opposé, si l'on élimine un facteur ou plusieurs, l'on réduit les risques de maladie chronique.

Les experts en prévention des maladies chroniques de partout dans le monde sont d'accord pour affirmer que la prévention et le contrôle des maladies chroniques sont possibles. Une légère diminution du niveau de plusieurs facteurs de risque dans la moyenne de la population peut entraîner, de manière étonnamment rapide, une forte réduction du fardeau des maladies chroniques. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que les stratégies soient globales et intégrées; c'est-à-dire qu'elles abordent les facteurs de risque et les conditions qui sont communs à l'ensemble des maladies, qu'elles répondent aux besoins de l'ensemble de la population, et qu'elles aient un effet au niveau individuel, communautaire et national. À l'échelle de la population, des approches saines en matière de politique doivent façonner la stratégie centrale, en combinaison avec des interventions qui ciblent les particuliers.

La prévention des maladies chroniques représente une préoccupation croissante pour les décideurs, car au fur et à mesure que les personnes vieillissent, leur risque de souffrir d'une maladie chronique augmente. Et avec le vieillissement de la génération du baby-boom,

l'incidence et les répercussions des maladies chroniques augmenteront de façon importante dans un avenir proche, à moins de modifier notre point d'attaque en investissant davantage pour prévenir les maladies chroniques, plutôt que de les traiter simplement. Venant s'ajouter aux coûts personnels, sociaux et économiques des maladies chroniques, le nombre croissant de Canadiens vieillissants touchés par celles-ci accableront encore davantage les systèmes de traitement et de soins. Les données démographiques indiquent que nous allons investir des ressources limitées pour élargir la disponibilité d'établissements et de services qui ne seront plus nécessaires lorsque la génération du baby-boom ne sera plus là.

Les facteurs économiques : nous pouvons réduire les coûts en investissant dans le contrôle des maladies chroniques.

De bonnes estimations financières existent aujourd'hui pour nous aider à mesurer le coût des maladies chroniques sur le système de soins de santé. En Ontario, l'on estime que le fardeau économique des maladies chroniques constitue 55 % du total des coûts de santé directe et indirects.²⁸ À l'échelle du pays, les maladies chroniques coûtent 28 milliards de dollars par année.²⁹ Les deux tiers au moins des Ontariens de plus de 45 ans souffrent d'une maladie chronique, et environ 55 % de ceux-ci en ont deux ou plus. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée estime qu'une gestion plus efficace des maladies chroniques pourrait réduire de 29 000 le nombre de visites en salle d'urgences et de 67 300 le nombre d'hospitalisations, chaque année.³⁰ Dans tout le pays, en 2005 seulement, on estime à 500 millions de dollars les revenus perdus en raison de décès prématurés liés aux maladies chroniques.³¹

Si l'on utilise le tabac comme exemple pour comprendre le concept de rendement des investissements, on estime que le système de santé pourrait réaliser des économies de 1,3 milliards de dollars à la suite de la mise en œuvre d'un programme de renoncement au tabac, ce qui représente plus de trois fois le coût du programme³² — soit un rendement de plus de trois dollars pour chaque dollar dépensé.

Portraits de la réussite

Il existe des preuves fortes et convaincantes selon lesquelles les collectivités peuvent réaliser des gains importants lorsqu'elles commencent à réduire les comportements individuels en matière de santé associés à maintes maladies chroniques.³³ Malheureusement, un moins grand nombre d'études a mesuré l'effet des interventions sociales sur le revenu, l'éducation ou les réseaux sociaux dans le but d'obtenir des améliorations des taux de maladies chroniques ou des résultats.

Le contrôle du tabac en Ontario et ailleurs. L'exemple du contrôle de la consommation du tabac illustre comment l'utilisation de politiques publiques saines peut avoir le plus grand effet en matière de réduction des maladies. La nouvelle Loi favorisant un Ontario sans fumée, entrée en vigueur en 2005, réglemente les endroits où l'on peut fumer et qui peut légalement acheter des produits du tabac. Elle influe également sur la promotion en contrôlant le développement de l'image de marque par les fabricants de tabac et en ajoutant le marketing social au mélange. Depuis le renouvellement de l'Ontario Tobacco Strategy, en 1999, les taux de tabagisme ont énormément chuté dans certaines populations. Par exemple, entre 1999 et 2004, le taux de tabagisme chez les adolescents plus âgés est passé de 19 % à 9 %.³⁴ Dans les maisons où vivent de petits enfants, le taux de tabagisme a diminué de 57 %, passant de 23 % à 10 %.

Réduction du taux de maladies cardiaques en Finlande. L'exemple le mieux connu de prévention réussie d'une maladie chronique s'est produit en Finlande au cours des années 1970, période à laquelle le taux de mortalité causée par les maladies cardiovasculaires était le plus élevé au monde. Il est fort probable que les principaux responsables étaient une forte

consommation de tabac, une alimentation à teneur élevée en matières grasses et une faible consommation de légumes. Des interventions à grande échelle dans les collectivités et des politiques publiques saines ont été lancées, ce qui comprenait l'interdiction de la publicité pour le tabac, la promotion et la mise sur le marché de produits laitiers et à base d'huile végétale à faible teneur en gras, la modification du barème de paiement aux fermiers, et des mesures d'incitation financières pour les collectivités. Chez les hommes, les taux de mortalité causée par les maladies cardiaques ont diminué d'au moins 65 %. L'espérance de vie des hommes a augmenté d'environ sept ans, et celle des femmes, d'environ six ans.³⁵

3. LA CRÉATION DE SOCIÉTÉS QUI FAVORISENT UN SENTIMENT D'APPARTENANCE AMÉLIORE LA SANTÉ.

Les preuves : l'importance d'une société inclusive sur le plan de l'amélioration de la santé.

Le concept d'« inclusion » sociale et économique est relativement nouveau. L'inclusion prend comme point de départ la recherche et les débats sur l'exclusion sociale, la nécessité d'améliorer l'accès aux services, et, plus récemment, la compréhension de l'impact individuel et sociétal découlant des disparités sur le plan de la santé. Les répercussions de celles-ci sont « les décès évitables, la maladie, l'incapacité, la détresse et l'inconfort »,³⁶ ainsi que les coûts imposés à la société canadienne en termes de productivité sociale perdue et d'argent dépensé. Les étapes à suivre pour régler ces problèmes doivent comprendre la diminution de l'exclusion et, selon nous, l'augmentation de l'inclusion.

Sous sa forme la plus simple, l'inclusion est l'appartenance à une famille, à une collectivité et à une société. En plus d'être agréable, le sentiment d'appartenance nous donne également une bonne santé. Une étude effectuée récemment par Statistique Canada a révélé que des associations significatives entre le sentiment d'appartenance à une collectivité et l'état de santé général, tel qu'il est perçu individuellement, apparaissaient dans la plupart des provinces. L'étude a révélé que les Canadiens qui ressentent un fort sentiment d'appartenance à la collectivité dans laquelle ils habitent ont une opinion plus favorable de leur santé physique et mentale. Ces résultats sont importants puisqu'il est démontré que l'autoévaluation de l'état de santé général est un prédicteur de la maladie chronique, de l'utilisation des services médicaux, du rétablissement après la maladie, de la détérioration fonctionnelle et de la mortalité.³⁷

Comme le statut socioéconomique bas³⁸ a un lien significatif avec une plus mauvaise santé, individuellement et en termes de disparités sociales, nous pouvons l'utiliser pour démontrer le lien entre la marginalisation ou l'exclusion et la mauvaise santé. Bien que les preuves indiquent que l'effet global d'un statut socioéconomique bas est négatif, nous ne comprenons pas bien les causes de cette situation. Assurément, une santé moins bonne en découle parce que la pauvreté est souvent associée aux facteurs suivants : logement inadéquat; insécurité en matière d'alimentation; emplois précaires, faibles revenus, manque de contrôle sur son travail, conditions de travail difficiles et exposition aux bruits élevés, aux contaminants ou au danger physique; accès réduit aux programmes de loisirs, culturels et d'éducation. La pauvreté semble également être associée à des difficultés moins tangibles, tels qu'une faible estime de soi, des aptitudes à la vie quotidienne inadéquates, un moins grand nombre de réseaux sociaux et moins de possibilités de participer à des activités communautaires. Un statut socioéconomique bas est reconnu à la fois comme la cause et le résultat de la mauvaise santé des personnes.

Tout aussi important, de plus en plus de données montrent que les sociétés qui ont un grand écart de revenu entre les riches et les pauvres semblent avoir une moins bonne santé que les sociétés où cet écart est plus réduit.³⁹ À l'opposé, les pays où les ressources sont réparties plus uniformément ont une population qui jouit d'une meilleure santé.



Lorsque les sociétés sont plus égales, des parties plus importantes de la population ont une estime de soi positive, ses membres ont davantage de pouvoir, et, dans l'ensemble, l'état de santé de la population est meilleur.⁴⁰ Par exemple, des comparaisons de pays industrialisés avancés possédant d'importantes populations marginalisées montrent que les résidents de pays tels que les États-Unis ont une espérance de vie moyenne plus faible que ceux de pays plus égalitaires, tels que la Suède et la Norvège.⁴¹

Les facteurs économiques : en favorisant une société inclusive, nous pouvons réduire les coûts.

Tant que certains membres de notre société sont marginalisés, notre économie est tirée vers le bas. Nous payons tous un prix social en termes d'occasions manquées, et nous payons un prix économique en raison des coûts plus élevés de traitement et de santé et d'une contribution moins importante à l'économie. Bien que l'espérance de vie et le revenu moyen aient augmenté au Canada au cours des 25 dernières années, les différences de l'état de santé entre les groupes de revenu persistent. Les Canadiens dont le niveau de revenu est bas sont les plus vulnérables à la mauvaise santé.⁴²

Les analyses laissent entendre que plus de 20 % des dépenses en soins de santé, soit des milliards de dollars chaque année, sont attribuables aux disparités sur le plan du revenu. Ces estimations examinent l'utilisation des dépenses en soins de santé selon le niveau de revenu, et elles calculent les économies qui seraient réalisées si les personnes dont le revenu est le plus faible avaient un état de santé semblable à celui des personnes à revenu moyen et utilisaient les soins de santé de la même manière que ceux-ci.⁴³ Un éventail de politiques sera nécessaire pour réaliser des économies : des politiques visant à améliorer le revenu et les autres déterminants sociaux de la santé; des politiques visant à créer des sociétés plus inclusives; et des politiques qui ciblent la promotion de la santé et les services de soins primaires avec des composantes de prévention.

Portraits de la réussite

Programme communautaire de prévention du décrochage scolaire. Dans le centre-ville de Toronto, Pathways to Education⁴⁴ est un programme ambitieux qui vise à prévenir le décrochage des adolescents. Pathways a été lancé par le centre de santé communautaire local. Ses buts à long terme sont de réduire la pauvreté et ses effets. Le programme offre des services de tutorat dans la collectivité; des billets de transport en commun et des bourses pour l'éducation post-secondaire; des services de mentorat collectif et individuel; des travailleurs de soutien pour les étudiants et leurs parents. Depuis septembre 2001, le programme Pathways a réduit l'absentéisme à l'école de plus de 50 %; il a réduit le pourcentage d'élèves à risque sur le plan scolaire de 40 % à 14 %; et, dans toutes les écoles, il a aidé les étudiants participants à obtenir plus de crédits que leurs pairs et à améliorer le taux de réussite en anglais, en sciences et en mathématiques. Pathways estime que les 45 premiers jeunes à obtenir leur diplôme par l'entremise du programme contribueront, pendant toute leur vie professionnelle, pour 10 millions de dollars en impôts. La moitié de cette somme sera payée en impôts au gouvernement fédéral ou aux gouvernements provinciaux, et l'autre moitié correspondra à des économies réalisées en matière de dépenses publiques, telles que les services correctionnels, les soins de santé et l'aide sociale.

Exercice autonome du pouvoir par les peuples autochtones. Deux chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique⁴⁵ ont évalué l'intersection entre l'identité personnelle et la continuité culturelle, relativement aux suicides dans les collectivités autochtones de la Colombie-Britannique. Un examen superficiel des données provinciales laisse entendre que les groupes des Premières Nations souffrent énormément. Cependant, une analyse

OBSTACLES AUX RÉPONSES DE LA POLITIQUE SOCIALE

plus approfondie révèle que, dans plus de la moitié des 196 collectivités étudiées sur une période de 5 ans, aucun suicide n'a été signalé chez les jeunes de 15 à 24 ans, tandis que d'autres collectivités ont connu des taux de suicide chez les jeunes de 500 à 800 fois plus élevés que la moyenne nationale. Les collectivités qui ont enregistré de faibles taux de suicide chez les jeunes possèdent les attributs protecteurs suivants : exercice autonome de leurs affaires; participation à des revendications territoriales; participation à une école de bande chez la majorité des jeunes; exercice d'un certain contrôle sur les services de santé, de police et d'incendie; mise en place d'installations culturelles locales.

Sensibilisation et demande du public.

Le grand public exige que les hôpitaux comptent un plus grand nombre de lits, que les temps d'attente soient moins longs et que des médecins soient disponibles plus près de chez eux. Il est malheureux de constater que le grand public et les médias n'exigent pas également une amélioration des conditions sociales et une société plus inclusive dans le but d'améliorer la santé. Des organismes tels que l'Organisation mondiale de la Santé⁴⁶ et le Conseil canadien de la santé⁴⁷ ont lancé un appel visant à augmenter les efforts pour améliorer, parmi les membres du grand public et les professionnels de la santé, la compréhension de

l'importance des facteurs autres que les soins de santé dans la détermination de la santé individuelle et collective.

Influence inadéquate sur la politique par les organisations indépendantes et sans but lucratif

Heureusement, les électeurs peuvent avoir une influence importante sur la politique gouvernementale. Aujourd'hui, toutefois, les sociétés, les grandes institutions et les associations professionnelles exercent une immense influence sur les gouvernements.⁴⁸ Par ailleurs, le secteur bénévole, qui comprend des œuvres de bienfaisance et des services de première ligne, a une influence limitée, en dépit du fait qu'il pourrait s'attendre à défendre les intérêts de la majorité des Canadiens. La capacité du secteur bénévole à contribuer à l'élaboration des politiques est entravée par des restrictions sur les activités de défense des causes,⁴⁹ ainsi que par des ressources et des compétences financières ou humaines insuffisantes.⁵⁰ Ajoutez à cela les restrictions informelles qui surgissent parce que de nombreuses organisations du secteur bénévole reçoivent un financement du gouvernement, et cela crée une situation par laquelle la plupart des professionnels de la santé, des services sociaux et de l'éducation reçoivent un financement de la part des mêmes gouvernements dont ils voudraient cibler les politiques, ou encore travaillent directement pour ceux-ci. Par conséquent, la société perd l'expertise détenue par le secteur bénévole, qui pourrait aider lors de l'élaboration de politiques plus intelligentes.

Cette faiblesse est aggravée par le fait que le but prépondérant de chaque gouvernement est d'assurer sa réélection. Par conséquent, chaque gouvernement, quels que soient son approche ou son engagement sur le plan de la santé, s'attaque aux problématiques en ne regardant qu'à très court terme. Ils s'intéressent surtout à ce qui peut être accompli dans un horizon de 3 à 5 ans. Toutefois, la prévention des maladies et des problèmes sociaux peut demander une, deux, voire trois générations. Pour n'importe quel parti politique, parler de réussites qui ne deviendront pas visibles avant 20 ans représente un défi important. Cependant, sans cette vision à long terme, notre santé souffre — aujourd'hui et à l'avenir.



Mentalité de cloisonnement et infrastructure scindée.

Les services sociaux et de santé sont divisés en compétences et en domaines de pratique séparés, qui se font souvent concurrence. Cela est nécessaire : pour appuyer l'élaboration des politiques et la pratique efficaces, il faut institutionnaliser un certain degré de spécialisation. Cependant, la plupart des solutions efficaces sont intersectorielles et à volets multiples.⁵¹ L'amélioration de la santé dépend en grande partie de politiques qui n'entrent pas dans le cadre du portefeuille de la santé! Voici quelques exemples des conditions sociales qui ont un effet énorme sur la santé : logement adéquat, revenu raisonnable, environnements propres, environnements aménagés axés vers la société, services de garde de qualité, éducation efficace, services de loisirs accessibles et occasions de s'impliquer dans la collectivité. Cependant, lorsque l'on aborde ces questions, l'on est confronté au paradoxe et au défi qu'aucune d'entre elles n'est du ressort des deux ministres de la santé de l'Ontario; elles ne représentent pas davantage le mandat central d'œuvres de bienfaisance dans le domaine de la santé, et elles ne sont pas une des responsabilités réglementées des unités de santé publique de l'Ontario.

Application inadéquate des connaissances.

Alors que des fonds énormes, publics et privés, sont dépensés pour la recherche biomédicale, l'on n'en fait pas autant pour comprendre la santé des populations. Un des résultats de cette situation est que, trop souvent, les données qui mesurent la santé de la population et l'influence des conditions sociales sur la santé sont incohérentes, désuètes, de mauvaise qualité, ou carrément non disponibles. Par conséquent, notre connaissance des déterminants de la santé non médicaux et des interventions non médicales est inadéquate. Le problème est aggravé par le fait que nous nous basons trop souvent sur des mesures inappropriées, telles que le produit national brut, pour porter des jugements sur la santé. Nous avons besoin d'un engagement pancanadien visant à mettre en place de nouveaux indicateurs, tels que l'Indice canadien du bien-être, ainsi que des indicateurs du type de ceux qui permettront de surveiller les nouveaux Objectifs de santé publique pour le Canada.

Ce qui est tout aussi préoccupant, sinon davantage, est l'on ne fait pas suffisamment appel aux connaissances disponibles. Cette situation est causée par un ensemble complexe de défis. Les employés et les bénévoles qui œuvrent dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation n'ont que peu de temps pour lire ou comprendre les renseignements disponibles ou pour y réfléchir. Les gestionnaires de programmes et les employés de service de première ligne ont besoin de soutien pour les aider à interpréter et à appliquer les constatations des recherches, mais peu de ressources sont investies pour la sélection et la reformulation des preuves de façon à ce qu'elles puissent influencer les connaissances, les politiques et les services dans divers environnements.

**FAISONS LE
NÉCESSAIRE. RECOM-
MANDATIONS POUR
AMÉLIORER LA SANTÉ
DE L'ONTARIO.**

Afin de créer la santé pour tous, la société doit d'abord décider qu'elle veut avoir des collectivités saines et une société juste. À l'échelle globale, le Canada est reconnu comme l'un des chefs de file de la promotion de la santé et l'un des fondateurs du mouvement des collectivités en bonne santé. Au niveau international, l'on observe le Canada en raison de ses antécédents à s'engager à effectuer des changements fondamentaux qui amélioreront la santé des Canadiens. Notre signature apposée aux Objectifs du Millénaire des Nations Unies, notre résolution de 1989 d'abolir la pauvreté des enfants, et divers engagements formels envers les peuples autochtones du

Canada constituent d'excellents exemples d'un tel engagement.

Cependant, à titre de société, nous ne nous mesurons pas à notre réputation. Nous ne faisons pas encore le nécessaire pour répondre à ces engagements écrits. Les Canadiens demeurent ambivalents au sujet de l'utilisation de leviers sociaux à grande échelle pour modifier les conditions de vie malsaine de nombreux Canadiens. Cela doit changer. Nous encourageons tous les lecteurs de cet article à travailler de concert avec leurs amis et leurs voisins, avec les organismes de services et les entreprises privées, et particulièrement avec le gouvernement provincial actuel de l'Ontario, qui fait preuve d'engagement à apporter la santé à tous.

Des réalisations sont nécessaires dans quatre secteurs qui se renforcent mutuellement.⁵² Nous adressons les recommandations suivantes à nos collègues du gouvernement. La réalisation de ces recommandations exigera des actions et des contributions de tous les secteurs — public, privé et sans but lucratif.

LEADERSHIP :

1. Que le gouvernement de l'Ontario, pendant son présent mandat, consulte les partenaires clés afin de concevoir un *système de prévention* robuste qui complète nos systèmes existants de traitement, de gestion et de soins et qui leur fournit un contrepoids.
 - a. Les partenaires clés doivent s'assurer d'une représentation par des disciplines qui ne font traditionnellement pas partie du domaine de la santé, y compris un groupe de praticiens, de chercheurs, et de membres du grand public. Des organisations et des réseaux tels que l'Alliance de prévention des maladies chroniques en Ontario⁵³ et les membres du Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé⁵⁴ ont des contributions importantes à faire.
 - b. Le système de prévention envisagé doit être axé sur l'amélioration de la santé de la population par l'amélioration des conditions sociales et par l'influence sur le comportement individuel; ce système doit être complet et intégré, et toucher l'ensemble des problématiques, des secteurs et des populations.
2. Que le gouvernement de l'Ontario contribue activement au développement du Centre national de collaboration des déterminants de la santé de l'Agence de santé publique du Canada, ainsi qu'à la participation du Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé.

APPRENTISSAGE :

3. Que le médecin hygiéniste en chef se serve de son rapport annuel à la législature pour rendre compte des étapes effectuées en vue de la mise sur pied d'un système de prévention complet et intégré.
4. Que l'Agence de santé publique de l'Ontario, qui sera mise sur pied sous peu, joue le rôle de leader afin d'augmenter les évaluations des interventions de prévention qui semblent fructueuses, et prenne l'engagement précoce et fort d'évaluer les interventions et de partager les connaissances au sujet de celles-ci afin d'améliorer la santé des familles, les maladies chroniques, la santé des collectivités et les conditions sociales qui ont une influence sur la santé, en plus du contrôle des maladies infectieuses.
5. Que le gouvernement de l'Ontario se serve de son engagement existant pour élaborer des objectifs et des cibles provinciales sur le plan de la santé, qui sont conformes aux buts récemment approuvés en matière de santé publique au Canada, lesquels visent à soutenir l'apprentissage de la prévention et de la promotion de la santé à l'échelle de la province. De plus, que les cibles et les indicateurs de l'Ontario comprennent la réduction des disparités en matière de santé, et que ce travail soit intégré dans les termes de référence du

nouveau Comité interministériel sur la vie saine⁵⁵ afin que ces cibles et ces indicateurs puissent aller au-delà des mesures classiques de l'état de santé.

6. Que le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario charge les membres du Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé de fournir des services d'éducation et de consultation sur la prévention et la promotion de la santé efficaces, à l'intention de politiciens ou de fonctionnaires supérieurs qui siègent au Comité interministériel sur la vie saine et qui appuient son travail, ainsi qu'à l'intention des Conseils d'administration et du personnel des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

ACTION :

7. Que le gouvernement de l'Ontario augmente de façon importante le financement octroyé pour la prévention et la santé de la population, en commençant par doubler le budget du ministère de la Promotion de la santé avant la fin du présent mandat⁵⁶ et en poursuivant l'investissement rapide dans les unités de santé publique.

8. Que le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario assure le développement du marketing social afin d'aider les Ontariens à comprendre l'importance des déterminants sociaux pour la détermination de la santé des particuliers et des populations. De plus, que le gouvernement de l'Ontario encourage le gouvernement fédéral à créer des programmes de marketing semblables, selon les conseils du Conseil canadien de la santé.⁵⁷

9. Que le ministère de la Promotion de la santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario fournissent un soutien financier durable et stable à l'Alliance de prévention des maladies chroniques en Ontario afin d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie complète et intégrée de prévention des maladies chroniques en Ontario. Cette stratégie doit aborder les deux objectifs de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains.⁵⁸ Elle doit également entrer dans le cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques de l'Ontario, qui sera publié bientôt; elle doit consolider les gains en matière du contrôle du tabagisme et appuyer la stratégie sur la nutrition et l'activité physique, qui sera annoncée sous peu.

10. Que le ministère de la Promotion de la santé appuie une expansion durable du site Web et de l'entrepôt de données existant de l'Initiative de prévention des AVC⁵⁹ afin qu'ils traitent de la promotion de la santé de façon plus large et qu'ils couvrent davantage de maladies chroniques, et que l'Initiative de prévention des AVC soit bien intégrée avec des mécanismes de gestion de l'information disponibles sur Internet et sous d'autres formes nouvelles, afin d'appuyer la réforme des soins primaires.

DÉFENSE DES INTÉRÊTS :

11. Que le gouvernement de l'Ontario appuie l'Association pour la santé publique de l'Ontario, l'Association of Local Public Health Agencies et d'autres organisations clés, afin que celles-ci jouent un rôle de leader dans l'élaboration d'un programme de santé publique obligatoire et de principes de normes de services afin de donner aux unités de santé publique la consigne d'aborder les disparités et les déterminants sociaux sur le plan de la santé.⁶⁰

- ¹ Tiré de Perspectives économiques et revue financière de l'Ontario de 2005, deuxième trimestre 2005-2006, publié le 1er novembre 2005. Trouvé le 13 janvier 2006 à l'adresse <http://www.fin.gov.on.ca/french/economy/ecoutlook/statement05/05fs-papere.html>
- ² Tiré du budget 2004 de l'Ontario. Trouvé en octobre 2005 à l'adresse <http://www.gov.on.ca/FIN/english/budeng.htm>, calculé par le COIP. Les 273 millions de dollars accordés à la santé publique sur les 29,6 milliards de dollars pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (à l'exclusion de la contribution-santé) = 0,92 %.
- ³ Cette année, les dépenses de santé devraient atteindre 142 milliards de dollars. Trouvé le 4 décembre 2005 à l'adresse http://secure.cih.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_07dec2005_f
- ⁴ *La santé pour tous* était le titre et le cri de ralliement d'un document canadien clé (*La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, http://www.bc-sc.gc.ca/bcs-ss/pubs/care-soins/2001-frame-plan-promotion/index_f.html trouvé le 17 janvier 2006x) et un élément central de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé
- ⁵ *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Première Conférence internationale pour la promotion de la santé Ottawa, Organisation mondiale de la Santé, 1986, trouvé à l'adresse http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Voir également les pages de l'Agence de santé publique du Canada relatives à la santé de la population, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/index.html>.
- ⁶ *Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé*, Institut canadien d'information sur la santé, 2005
- ⁷ Agence de santé publique du Canada, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html#key_determinants, trouvé le 13 janvier 2006. La liste des déterminants de la santé varie quelque peu. Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé reconnaît la paix, l'abri, l'éducation, la nourriture, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Dennis Raphael, un chercheur en politiques de la santé basé à Toronto, se concentre sur la pauvreté et, dans une moindre mesure, sur d'autres facteurs socio-économiques; cependant, le sexe, la culture, la biologie et d'autres facteurs ne figurent pas dans sa liste. Nous avons opté pour les termes utilisés par l'Agence de santé publique du Canada afin d'encourager une approche uniforme d'un bout à l'autre du pays.
- ⁸ *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*, Organisation mondiale de la Santé (2005), trouvé à l'adresse http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
- ⁹ *Poids santé, vie saine*, Rapport du médecin hygiéniste en chef 2004, Gouvernement de l'Ontario, trouvé le 9 décembre 2005 à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/french/public/publ/ministry_reports/cmoh04_report/healthy_weights_112404f.pdf
- ¹⁰ Les termes « disparité », « inégalité » et « iniquité » peuvent tous être utilisés pour décrire les différences sur le plan de la santé, des conditions de vie et du statut socio-économique entre les populations. Bien que ces termes ne soient pas entièrement équivalents, nous avons principalement utilisé « disparité » dans ce rapport parce qu'il s'agit du terme utilisé dans les discussions entre les gouvernements au niveau fédéral, provincial et territorial.
- ¹¹ *Report on the Health Status of the Residents of Ontario*, Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, 2000.
- ¹² Ibid.
- ¹³ *L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population*. Statistique Canada, 2005. Trouvé le 13 janvier 2006 à l'adresse <http://www.statcan.ca/francais/research/82-618-MIF/82-618-MIF2005002.htm>
- ¹⁴ *Améliorer la santé des Canadiens*, Institut canadien d'information sur la santé, 2004
- ¹⁵ Evans RG, Barer ML, Marmor TR, éditeurs. (1994) *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*. New York : Aldine de Gruyter; 1994; J. Douglas Willms (2003), Dix hypothèses sur l'impact des gradients socio-économiques et des différences communautaires sur le développement de l'enfant, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, (0-662-89586-X, RH63-1/560-01-03F), <http://www.rhdcc.gc.ca/fr/sm/ps/dsc/fpcr/publications/recherche/2003-001272/2003-001272.pdf>; articles variés de l'Institut canadien de recherches avancées.
- ¹⁶ Notre choix de ces trois domaines de concentration ne signifie pas que les autres problématiques en matière de santé ne sont pas importants! Bon nombre d'organisations et de ministères participent à des travaux d'importance sociale sur des problématiques qui contribuent également à la santé.
- ¹⁷ Cooke, Keating & McColm *Early Learning and Care in the City*
- ¹⁸ McCain, M. et J. Fraser Mustard. 1999. *Étude sur la petite enfance*, Toronto : Publications Ontario.
- ¹⁹ Young, M.E. 2002. From Early Child Development to Human Development, Washington : Banque mondiale
- ²⁰ McCain, M.N. et Mustard, J.F. (2002) *The Early Years Study: Three Years Later*
- ²¹ Cleveland, G. et Krashinsky, M. (2003). Voir également Iglesias, E.V. et D.E. Shalala. 2002, *Narrowing the Gap for Poor Children*. In : M.E. Young (ed). *From Early Child Development to Human Development*. Washington : Banque mondiale. p. 373.
- ²² Carneiro, P., et Heckman, J. (2003). *Human Capital Policy*. Cambridge, Mass : National Bureau of Economic Research.
- ²³ Ibid.
- ²⁴ http://bbbf.queensu.ca/index_f.html
- ²⁵ Brown, G. et al, (2000), When The Bough Breaks: Provider-Initiated Comprehensive Care Is More Effective And Less Expensive For Sole-Support Parents On Social Assistance/Four-Year Follow-Up, trouvé le 19 janvier 2006 à l'adresse <http://www.fhs.mcmaster.ca/slru/paper/GWA4yrf.pdf>
- ²⁶ Statistique Canada, Principales causes de décès sélectionnées, selon le sexe, 1997. Trouvé le 17 août 2005 à l'adresse http://www40.statcan.ca/102/cst01/health36_f.htm
- ²⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada*, 2005. Trouvé le 25 janvier 2005 à l'adresse http://www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/media/canada.pdf
- ²⁸ Les coûts directs comprennent les frais d'hôpital, de diagnostic, des médecins et des autres prestataires de soins de santé, et de médicaments. Les coûts indirects sont liés à la perte de productivité entraînée par l'invalidité à court et à long terme ainsi que par les décès prématurés.
- ²⁹ Alliance de prévention des maladies chroniques en Ontario, basé sur des estimations faites par le Centre for Behavioural Research and Program Evaluation, Université de Waterloo, 2004.
- ³⁰ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, diaporama présenté au comité de promotion de la santé de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, septembre 2005
- ³¹ Organisation mondiale de la Santé, *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada*, 2005. Trouvé le 25 janvier 2005 à l'adresse http://www.who.int/entity/chp/chronic_disease_report/media/canada.pdf
- ³² *The Fiscal Impact of Tobacco Control in Ontario*, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Special Report Series, décembre 2003. http://www.otru.org/pdf/special/special_fiscal_impact.pdf
- ³³ Hancock, L., Sanson-Risher, R.W., Redman, S., et al. (1997). Community action for health promotion: a review of methods and outcomes 1990 – 1995. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 229 – 30. Référence tirée de Taylor (2002), *Building the Case for the Prevention of Chronic Disease*

- ³⁴ Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. (2005, février). *Ontario Tobacco Strategy Progress and Implications, 2003-04*. [Special Reports: Monitoring and Evaluation Series, 2003-2004 (Vol. 10, N° 4)]. Toronto (Ontario) : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. http://www.otru.org/pdf/10mr/10mr_no4_final.pdf
- ³⁵ Vartiainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundvall J, Pietinen P, Puska P. Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972–1997. *International Journal of Epidemiology*, 2000, 29:49–56.
- ³⁶ *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé : Document de travail*, préparé par le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2005 (ISBN 0-662-69313-2)
- ³⁷ Statistique Canada, *Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé : premiers résultats de l'ESCC (de janvier à juin 2005)*, article publié le 21 décembre 2005.
- ³⁸ Dans le terme statut socioéconomique, nous englobons le revenu, l'éducation et l'emploi.
- ³⁹ Dunn, James R. (2002). *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?* Toronto : Health Determinants Partnership. 85 p. http://www.opc.on.ca/english/our_programs/hlth_promo/project_ini/hlth_determ/HDP-proj-full.pdf; *Améliorer la santé des Canadiens*, Institut canadien d'information sur la santé, 2004. http://secure.cibi.ca/cibiweb/products/IHC2004rev_e.pdf; Agence de santé publique du Canada, *Les collectivités socialement désavantagées sont-elles moins en santé? Rapport sur le programme de recherche de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, trouvé le 19 août 2005 à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/bulletin/article_de_fond.html
- ⁴⁰ Forum national sur la santé (1997), Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les déterminants de la santé. Trouvé le 11 décembre 2005 à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-nfoh-fnss-v2/legacy_heritage4_f.html
- ⁴¹ Wilkinson, Richard, (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Rutledge.
- ⁴² CIHI (2004)
- ⁴³ *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé : Document de travail*, préparé par le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2005 (ISBN 0-662-69313-2)
- ⁴⁴ Voir <http://pathwaystoeducation.ca/>
- ⁴⁵ Chandler, J.J. et Lalonde C., (1998), *Cultural continuity as a budge against suicide in Canada's First Nations*, *Transcultural Psychiatry* 1998: 35(2): 191-219, trouvé le 21 janvier 2006 à l'adresse <http://web.uvic.ca/~lalonde/manuscripts/1998TransCultural.pdf>
- ⁴⁶ Dans la définition de son mandat, la Commission des déterminants sociaux de la santé : impératifs et occasions de susciter le changement, février 2005, inclut l'élargissement du débat sociétal. Voir www.who.int/social_determinants/strategy/stratdoc18Feb05/en/print.html
- ⁴⁷ *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, Conseil canadien de la santé, janvier 2005
- ⁴⁸ Il nous faudrait un deuxième article pour décrire convenablement tous ces processus. Il suffit d'examiner quelques exemples : les grandes sociétés pharmaceutiques ont investi des fonds importants dans l'application de pressions politiques visant à atténuer les règlements en matière de publicité de médicaments sur ordonnance directement auprès du consommateur, alors qu'une poignée seulement de groupes de consommateurs abordent cette question, et avec des fonds limités. Les modifications apportées, en 1997, à la Loi sur la protection des locataires de l'Ontario, étaient, en partie, le résultat de pressions politiques importantes par les grandes associations de propriétaires.
- ⁴⁹ Les œuvres de bienfaisance ne peuvent consacrer que 10 % de leur travail à la défense des droits. Voir *Un Code de bonnes pratiques pour le dialogue* sur les politiques, élaboré par la Table conjointe sur l'Accord de l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire, octobre 2002. http://www.vsi-isbc.ca/fr/policy/policy_code.cfm
- ⁵⁰ *La capacité de servir : Étude qualitative sur les problèmes auxquels sont confrontés les organismes bénévoles et sans but lucratif au Canada*, de la Table conjointe sur les moyens d'action de l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire (p. 44) : http://www.vsi-isbc.ca/fr/knowledge/pdf/capacity_to_serve.pdf
- ⁵¹ De nombreux rapports commandés par le gouvernement, ainsi que des études majeures, ont confirmé l'efficacité des solutions intersectorielles. Les conclusions tirées par le Symposium on the Effectiveness of Health Promotion (parrainé par le Centre for Health Promotion, Université de Toronto, juin 1996) sont que les études révèlent que les résultats sont plus positifs et plus importants lorsque de multiples stratégies de promotion de la santé sont utilisées.
- ⁵² Nous remercions la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé de nous avoir fourni le modèle utilisé pour structurer les recommandations en quatre domaines.
- ⁵³ L'Alliance de prévention des maladies chroniques en Ontario a été officialisée en 2004; ses partenaires représentent les principaux organismes du secteur bénévole de l'Ontario qui traitent des maladies chroniques.
- ⁵⁴ Le Réseau des centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé est un réseau de 23 programmes financés par le gouvernement de l'Ontario afin de renforcer les capacités en matière de promotion de la santé dans les collectivités de la province en fournissant des formations, des services de consultation, des possibilités de réseautage, des ressources, de l'information, de la recherche, des conseils et un service d'aiguillage.
- ⁵⁵ Le Comité interministériel sur la vie saine (CIVS), dont l'annonce a été faite récemment et qui sera présidé par le ministre de la Promotion de la santé, est composé des ministres titulaires des portefeuilles suivants : Agriculture, Alimentation et Affaires rurales; Services à l'enfance et à la jeunesse; Services sociaux et communautaires; Éducation; Environnement; Santé et Soins de longue durée; Travail; Affaires municipales et Logement. La création de ce Comité représente un progrès important; elle fournit un mécanisme, qui aurait dû être en place depuis longtemps, pour la coordination des politiques touchant la santé des personnes et des populations.
- ⁵⁶ À l'heure actuelle, le sous-financement des services de prévention et de promotion de la santé est tel que les cibles à long terme visant à accroître le financement doivent être substantielles. Les hausses de la prévention doivent être réalisées des améliorations financières ciblées dans de nombreux ministères, pas seulement le ministère de la Promotion de la santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. De plus, les améliorations doivent comprendre des paiements de transfert et des subventions substantiels pour permettre aux organisations communautaires de contribuer convenablement aux stratégies de prévention.
- ⁵⁷ Conseil canadien de la santé, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, janvier 2005, trouvé le 21 novembre 2005 à l'adresse http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2005/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf
- ⁵⁸ *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, Agence de santé publique du Canada, 2005. Trouvé le 27 janvier 2006 à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html. Les objectifs de la stratégie sont l'amélioration de l'ensemble des résultats en matière de santé et les réductions des disparités sur le plan de la santé.
- ⁵⁹ L'Initiative de prévention des AVC est un programme du Centre ontarien d'information en prévention. Il s'agit d'un mécanisme clé pour l'intégration de la promotion de la santé avec la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux, et pour appuyer les praticiens qui travaillent en clinique en leur fournissant des formations et des ressources qui leur permettent d'appliquer la promotion de la santé dans le cadre de la prestation de services relatifs aux AVC. Cela présente un potentiel important pour assumer une fonction similaire relativement à d'autres maladies chroniques. Voir <http://www.preventionavc.ca/>.
- ⁶⁰ Cette recommandation vient étayer les propositions adoptées lors des assemblées générales annuelles de l'Association pour la santé publique de l'Ontario et de l'Association of Local Public Health Agencies, qui ont eu lieu en novembre 2005.