

# Agir pour prévenir les maladies chroniques

## Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne

*Les maladies chroniques sont la principale cause de mortalité en Ontario. Ces maladies en grande partie évitables touchent notre qualité de vie, notre économie et nos collectivités.*

**Cancer Care Ontario**  
**Action Cancer Ontario**

**Public Health Ontario**  
PARTNERS FOR HEALTH

**Santé publique Ontario**  
PARTENAIRES POUR LA SANTÉ



Publié par l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et Action Cancer Ontario

**Action Cancer Ontario**

620, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 2L7

Téléphone : 416.971.9800

*<https://fr.cancercare.on.ca/>*

**Santé publique Ontario**

480, avenue University, Bureau 300, Toronto (Ontario) M5G 1V2

Téléphone : 647.260.7100

*<http://www.oahpp.ca/fr/index.html>*

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012

## Autorisation de reproduire

Sauf mention contraire précise, l'information contenue dans cette publication peut être reproduite, en totalité ou en partie et par n'importe quel moyen, sans frais ni autre autorisation d'Action Cancer Ontario ou de Santé publique Ontario, à des fins non commerciales, à condition que l'on fasse preuve de diligence raisonnable en assurant l'exactitude de l'information reproduite, qu'Action Cancer Ontario et Santé publique Ontario soient indiqués comme auteurs et qu'on n'affirme pas que la reproduction constitue une version officielle de l'information reproduite, ni qu'elle a été faite en collaboration avec Action Cancer Ontario et Santé publique Ontario ou avec leur approbation.

Pour obtenir l'autorisation de reproduire l'information contenue dans cette publication à des fins de distribution commerciale, veuillez envoyer un message électronique à : [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca) ou [info@oahpp.ca](mailto:info@oahpp.ca)

ISBN 978-1-4435-8971-0 Imprimé

ISBN 978-1-4435-8972-7 PDF

## Données canadiennes de catalogage avant publication

Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne

*Inclut des références bibliographiques.*

## Comment citer cette publication

Action Cancer Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012.

## Exemplaires supplémentaires

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, prière de communiquer avec le Service des affaires publiques d'Action Cancer Ontario au 416.971.9800, ATME 416.217.1815, ou à l'adresse [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca) ou avec le Service des affaires publiques de Santé publique Ontario au 647.260.7100, ou à l'adresse [info@oahpp.ca](mailto:info@oahpp.ca).

Nous sommes voués à assurer des services et des communications accessibles pour les personnes handicapées. Pour recevoir toute partie de ce document dans un autre format, veuillez communiquer avec le Service des affaires publiques d'Action Cancer Ontario au 416.971.9800, ATME 416.217.1815, ou à l'adresse [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca) ou avec le Service des affaires publiques de Santé publique Ontario au 647.260.7100, ou à l'adresse [info@oahpp.ca](mailto:info@oahpp.ca).

Cette publication est aussi disponible en ligne à <https://fr.cancercare.on.ca/agirpourprevenir> ou à <http://www.oahpp.ca/fr/agirpourprevenir>.

Also offered in English under the title *Taking Action to Prevent Chronic Disease: Recommendations for a Healthier Ontario*.

**Santé publique Ontario (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé)** est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. En tant qu'organisation pivot en santé, Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.



## Remerciements

Ce rapport a été produit par le Groupe de travail sur la prévention de Santé publique Ontario et d'Action Cancer Ontario.

### Groupe de travail sur la prévention

#### Présidentes

**Heather Manson, MD, FRCPC, MScS**  
*Directrice, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario*

**Linda Rabeneck, MD, MHP, FRCPC**  
*Vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario*

#### Responsables

**Kenneth R. Allison, Ph. D.**  
*Scientifique principal, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario (Recommandations sur l'activité physique)*

**Brian Hyndman, MScS**  
*Planificateur principal, Santé publique Ontario (Recommandations sur l'alcool)*

**Alethea Kewayosh**  
*Directrice int., Lutte contre le cancer chez les Autochtones (Recommandations sur le renforcement des capacités)*

**Scott Leatherdale, Ph. D.**  
*Professeur agrégé et titulaire de la chaire de recherche d'Action Cancer Ontario, École de santé publique et des systèmes de santé, Université de Waterloo (Recommandations sur le tabac)*

**Heather Manson, MD, FRCPC, MScS**  
*Directrice, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario (Recommandations sur le renforcement des capacités)*

**Loraine Marrett, Ph. D.**  
*Directrice, Surveillance, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario (Données probantes sur les facteurs de risque et les maladies)*

**Mary Fodor O'Brien, MScS, RD**  
*Spécialiste de la nutrition, Santé publique Ontario (Recommandations sur l'alimentation santé)*

**Ruth Sanderson, MSc**  
*Chef des services d'analyse, Santé publique Ontario (Données probantes sur les facteurs de risque et les maladies)*

**Beth Theis, MSc**  
*Gestionnaire, Surveillance, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario (Recommandations sur les facteurs de risque et les données probantes portant sur les maladies, l'activité physique et l'alcool)*

**Rebecca Truscott, MScS, RD**  
*Spécialiste de la promotion de la santé, Nutrition, Prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario (Recommandations sur l'alimentation santé)*

**Nous remercions spécialement les groupes d'experts sur le tabac, l'alcool, l'activité physique, l'alimentation santé et la capacité de changement. Leur composition figure à l'annexe 2.**

---

## Contributeurs

### Santé publique Ontario

**Marlon Drayton**, MSc, MSA, *analyste principal de politique*

**Phat Ha**, MHP, *coordonnateur de la recherche*

**Karin Hohenadel**, MSc, *épidémiologiste*

**Juliana Jackson**, MHA, *analyste principale de politique*

**Alexandra Kyriakos**, MA, *directrice, Affaires extérieures*

**Allison McArthur**, MIST, *spécialiste de l'information et des bibliothèques*

**Christiane Mitchell**, MAP, *attachée de recherche*

**Jennifer Modica**, MA, *spécialiste en communications*

**Michelle Murti**, MD, CCMF, MHP, *résidente en santé publique et médecine préventive*

**Jennifer Robertson**, Ph. D., *évaluatrice principale*

**Beate Sander**, Ph. D., *scientifique, Économiste de la santé*

**Anne Simard**, MScS, *chef des Affaires publiques*

**Peter Tanuseputro**, MScS, MD, CCMF, *résident en santé publique et médecine préventive*

### Action Cancer Ontario

**Dafna Carr**, directrice, Politique, Planification et AEC

**Elisa Candido**, MHP *attachée de recherche (épidémiologie)*

**Maria Chu**, MA, MIST, *spécialiste de l'information sur la santé*

**Stephanie Ryan-Coe**, BA Hons, *spécialisé, stratège principale en communications*

**Steven Savvaidis**, MScS, *gestionnaire, Centre de formation et de consultation*

**Suriya Veerappan**, MA (candidate), *conseillère en affaires publiques*

### Liaison avec le Conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario (Secrétariat)

**Rebecca Anas**, MBA, *directrice*


**Christine Chan**, PGDipPH (Distinction), MHP *Épidémiologie (candidate), conseillère principale en politiques*

**Jennifer Stiff**, MRes, *conseillère principale en politiques*

**Responsable du projet** : Melissa Tamblin, MPA

**Rédactrice** : Christine Mercer, BA, Adhawk Communications Inc.

---



**Action Cancer Ontario**—organisme du gouvernement de l'Ontario – dicte la qualité et l'amélioration continue de la prévention et du dépistage des maladies, de la prestation des soins et de l'expérience vécue par les patients dans la lutte contre le cancer, les maladies rénales chroniques et l'accès aux soins dans le cas de services de santé clés.

Reconnu pour son innovation et ses démarches dictées par les résultats, Action Cancer Ontario dirige la planification systémique pluriannuelle, passe des marchés de services avec des hôpitaux et des fournisseurs, crée et déploie des systèmes d'information, établit des lignes directrices et des normes et suit les objectifs de rendement pour assurer dans tout le réseau des améliorations de la lutte contre le cancer et les maladies rénales chroniques, ainsi que de l'accès aux soins.

---

**Cancer Care Ontario**  
**Action Cancer Ontario**

# Table des matières

---

<b>Sommaire</b> . . . . .	<b>1</b>
Interventions recommandées au niveau de la population . . . . .	2
<b>Introduction</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>1. Agir pour prévenir les maladies chroniques</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>3. Description des données probantes</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>4. Interventions au niveau de la population</b> . . . . .	<b>25</b>
Recommandations sur le tabagisme . . . . .	25
Recommandations sur la consommation d'alcool . . . . .	30
Recommandations sur l'activité physique . . . . .	34
Recommandations sur l'alimentation santé . . . . .	40
<b>5. Renforcer notre capacité de changer</b> . . . . .	<b>49</b>
Faciliter les interventions éclairées par des données probantes . . . . .	53
Communications coordonnées sur la santé . . . . .	58
<b>6. Équité en santé</b> . . . . .	<b>61</b>
Chercher à instaurer l'équité . . . . .	61
Maladies chroniques et membres des Premières nations, Inuits et Métis . . . . .	62
Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé . . . . .	65
<b>Conclusion</b> . . . . .	<b>69</b>
<b>Annexe 1 : Méthodologie</b> . . . . .	<b>71</b>
Auteurs et experts . . . . .	71
Annexe technique . . . . .	72
Le lien entre les facteurs de risque et le fardeau morbide . . . . .	72
Fardeau économique des facteurs de risque . . . . .	75
<b>Annexe 2 : Membres des groupes d'experts consultés</b> . . . . .	<b>77</b>
<b>Références</b> . . . . .	<b>81</b>
<b>Annexe technique d'accompagnement</b> <a href="http://www.oahpp.ca/fr/agirpourprevenir">www.oahpp.ca/fr/agirpourprevenir</a> et <a href="http://www.fr.cancercare.on.ca/agirpourprevenir">www.fr.cancercare.on.ca/agirpourprevenir</a>	

# Sommaire

Les maladies chroniques sont la principale cause de mortalité en Ontario. En 2007, les maladies chroniques, comprenant le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, ont causé 79 % du total des décès dans la province. Ces maladies en grande partie évitables touchent notre qualité de vie, notre économie et nos collectivités. À mesure que la population de l'Ontario augmente et vieillit aussi, le fardeau de plus en plus lourd imposé par les maladies chroniques au système de soins de santé deviendra aussi insoutenable.

## Obligation commune de réduire l'exposition

L'incidence accrue des maladies chroniques, le fardeau qu'elles nous imposent et les coûts qui en découlent ne sont pas inévitables. Une analyse des données probantes connexes confirme l'existence de liens solides entre quatre facteurs de risque sous-jacents et modifiables (tabagisme, consommation d'alcool, inactivité physique et mauvaises habitudes alimentaires) et les maladies chroniques les plus courantes.

Des interventions éclairées par des données probantes visant avant tout à réduire l'exposition à ces facteurs de risque allégeraient le fardeau imposé par les maladies chroniques en Ontario. Il faut rendre ces interventions obligatoires au moyen de politiques claires à appliquer au niveau de la population.

L'Ontario fait du bon travail en gestion des maladies chroniques. Le moment est maintenant venu de mieux faire pour les prévenir. La responsabilité à cet égard est partagée entre le fédéral, les provinces et les municipalités en collaboration avec des partenaires non gouvernementaux. Il existe tellement de leviers

de changement à l'extérieur du secteur de la santé qu'il faut mobiliser tous les secteurs de la société et du gouvernement dans une stratégie complète, intégrée et soutenue de prévention des maladies chroniques.

Ce rapport complète les priorités établies dans le *Plan d'action de l'Ontario en matière de santé*, où il est question aussi du besoin d'une approche intégrée avec des partenaires de tout le système de soins de santé de l'Ontario. Les éléments du plan d'action qui ont trait à la prévention des maladies chroniques comprennent la création d'un groupe d'étude qui se penchera sur l'obésité chez les enfants, ainsi que l'expansion des efforts visant à réduire les taux de tabagisme (p. ex., en accroissant l'accès aux thérapies de remplacement de la nicotine)<sup>1</sup>.

Ce rapport intitulé *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* présente 22 recommandations portant sur des interventions éclairées par des données probantes qui guideront une stratégie provinciale visant à :

- réduire l'exposition de la population à quatre facteurs de risque clés;
- renforcer la capacité en prévention des maladies chroniques;
- instaurer l'équité en santé.

*Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* est le fruit des efforts du Groupe de travail sur la prévention (GTP), collaboration entre Santé publique Ontario et Action Cancer Ontario qui a bénéficié de l'appui de groupes de spécialistes et d'intervenants en santé publique.

*L'Ontario fait du bon travail en gestion des maladies chroniques. Le moment est maintenant venu de mieux faire pour les prévenir.*



## Sommaire

### Un besoin urgent

#### Critères de sélection des recommandations

#### Annexe technique

### Interventions recommandées au niveau de la population

#### Recommandations sur le tabagisme

*Il existe une occasion importante d'amélioration en réduisant l'exposition de la population ontarienne au risque.*

## Un besoin urgent

Le GTP a analysé les données probantes sur la prévention des quatre principales maladies chroniques par la réduction de l'exposition au tabac, de la consommation d'alcool, de l'inactivité physique et des habitudes alimentaires malsaines. Le groupe a conclu qu'il existe une occasion importante d'amélioration en réduisant l'exposition de la population ontarienne au risque.

**Tabagisme continu** : 20,3 % des Ontariens de 20 ans et plus fument toujours.

**Consommation d'alcool à la hausse** : 21,7 % des adultes de l'Ontario âgés de 18 ans ou plus boivent plus que les quantités recommandées.

**Niveaux élevés d'inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines** : 49,2 % des Ontariens de 12 ans ou plus déclarent être inactifs pendant leurs loisirs et plus de la moitié ne mangent pas suffisamment de légumes et de fruits.

**Embonpoint et obésité à la hausse** : 60 % des hommes et 45 % des femmes de l'Ontario font de l'embonpoint ou sont obèses.

**Iniquité persistante en santé** : Les Ontariens vivant dans les quartiers les plus pauvres ou en région rurale, qui n'ont pas fini leurs études secondaires ou qui se déclarent membres des Premières nations, Inuits ou Métis sont plus susceptibles de fumer et/ou d'être obèses.

## Critères de sélection des recommandations

Le GTP a tenu compte des interventions décrites par le Groupe d'action contre les MNT Lancet et l'Alliance des MNT<sup>2</sup> dans le contexte de l'Ontario, et a attribué à ces interventions et à d'autres encore une priorité basée sur les critères suivants :

- respecter le champ de compétence du

gouvernement de l'Ontario (même si nous reconnaissons qu'il faut collaborer avec d'autres ordres de gouvernement pour mettre en œuvre certaines interventions stratégiques couronnées de succès);

- être appuyées par des données probantes;
- refléter le niveau de développement des interventions stratégiques dans le domaine des facteurs de risque (dans le cas de certaines interventions stratégiques, les données probantes peuvent être émergentes ou porteuses de promesses);
- être définies dans des rapports et des énoncés de consensus d'experts antérieurs;
- être limitées à quatre recommandations par domaine clé de facteur de risque plus des recommandations générales (convergentes sur les interventions prioritaires).

## Annexe technique

L'annexe technique d'accompagnement, disponible en ligne à [www.oahpp.ca/fr/agirpourprevenir](http://www.oahpp.ca/fr/agirpourprevenir) et [fr.cancercare.on.ca/agirpourprevenir](http://fr.cancercare.on.ca/agirpourprevenir), contient d'autres détails sur les données probantes et la méthodologie du rapport.

## Interventions recommandées au niveau de la population

### Recommandations sur le tabagisme

**Recommandation 1 : Augmenter la taxe sur les produits du tabac.**

Augmenter sur-le-champ la taxe sur tous les produits du tabac vendus en Ontario. Cette taxe sera égale (ou supérieure) au taux moyen de la taxe sur les produits du tabac imposée par les autres provinces ou territoires du Canada et indexée sur l'inflation (ou plus). Il est recommandé que le minimum de la taxe spéciale sur



le tabac (TST) demeure fixé à un pourcentage constant du total, que ce pourcentage puisse augmenter et que le produit de la TST serve à financer le programme provincial de lutte contre le tabac.

**Recommandation 2 : Élargir et étendre le système intégré d'abandon du tabac.**

Élargir et étendre les efforts déployés pour créer en Ontario un système intégré et coordonné d'abandon du tabac qui s'appuie sur les ressources existantes dans les hôpitaux, les contextes de soins primaires et de soins communautaires, afin d'accroître l'accès aux services de traitement pour tous les fumeurs, sans égard à l'âge ou au contexte.

**Recommandation 3 : Lancer une campagne soutenue de marketing social.**

Lancer une campagne soutenue de marketing social qui incite les usagers du tabac à abandonner et les informe des dangers de tous les types d'usage du tabac, ainsi que des options et des ressources différentes disponibles en Ontario pour s'affranchir du tabac.

**Recommandation 4 : Interdire le tabac sur les terrasses des bars et des restaurants.**

Modifier la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* pour y interdire le tabac sur les terrasses ouvertes des bars et des restaurants (y compris une zone tampon de 9 mètres à partir du périmètre de la terrasse).

## Recommandations sur la consommation d'alcool

**Recommandation 5 : Maintenir et renforcer l'établissement de prix socialement responsables.**

Maintenir et renforcer l'établissement de prix socialement responsables de l'alcool en :

- a) fixant un prix minimum par consommation

standard de toutes les boissons alcoolisées, indexé sur l'inflation;

- b) maintenant les prix moyens au niveau ou au dessus de l'indice des prix à la consommation;
- c) adoptant des politiques d'établissement de prix dissuasifs pour les boissons à plus forte teneur en alcool afin de dissuader la production et la consommation de boissons alcoolisées plus fortes et de réduire la consommation globale d'alcool éthylique par habitant.

**Recommandation 6 : Appliquer des mesures efficaces de contrôle de la disponibilité de l'alcool.**

Contrôler le risque global d'exposition à l'alcool en :

- a) veillant à ce que les heures de vente n'augmentent pas;
- b) veillant à ce que la densité globale des clients dans les points de vente pour consommation sur les lieux et ailleurs n'augmente pas par habitant;
- c) évitant de privatiser davantage les ventes au détail d'alcool pour consommation « hors lieux » en Ontario.

**Recommandation 7 : Renforcer les mesures de contrôle ciblées portant sur la commercialisation et la promotion de l'alcool.**

Adopter des politiques ciblées de contrôle de la publicité et de la commercialisation portant sur l'alcool, et en particulier des stratégies de commercialisation axées sur la « promotion d'habitudes de vie » pour ce qui est de la consommation d'alcool, de la commercialisation visant les jeunes ou les consommateurs à risque élevé ou qui encourage la consommation d'alcool à risque élevé.

## Sommaire

### Interventions recommandées au niveau de la population

#### Recommandations sur la consommation d'alcool

**Interventions recommandées au niveau de la population**

Recommandations sur l'activité physique

Recommandations sur une alimentation santé

Recommandations sur le renforcement des capacités

**Recommandation 8 : Accroître l'accès à de brèves interventions de conseil.**

Accroître l'accès à de brèves interventions de conseil pour les consommateurs modérés ou à risque élevé, y compris ceux qui n'ont pas l'âge légal, dans les cliniques, les services de soins de santé primaires, les hôpitaux, les services de santé universitaires, les lieux de travail et sur Internet.

**Recommandations sur l'activité physique**

**Recommandation 9 : Exiger des crédits d'éducation physique.**

Obliger les étudiants à obtenir un crédit d'éducation physique chaque année, de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, pour pouvoir obtenir leur diplôme d'études secondaires.

**Recommandation 10 : Évaluer l'activité physique quotidienne.**

Évaluer l'application, la faisabilité et la qualité de la politique sur l'activité physique quotidienne dans les écoles primaires de l'Ontario et répondre au besoin de mise en œuvre continue.

**Recommandation 11 : Appuyer le transport actif.**

Renforcer la déclaration de principes provinciale sur le transport actif dans le contexte de la *Loi sur l'aménagement du territoire* et fournir aux municipalités du financement réservé à la construction d'infrastructures servant à la marche et à la bicyclette.

**Recommandation 12 : Faire preuve de leadership dans la politique sur l'activité physique en milieu de travail.**

Faire preuve de leadership à titre d'employeur exemplaire en élaborant, appliquant et évaluant une politique basée sur les milieux de travail afin d'accroître l'activité physique chez ses employés.

**Recommandations sur une alimentation santé**

**Recommandation 13 : Créer une stratégie ontarienne sur l'alimentation et la nutrition.**

Mettre en œuvre en Ontario une stratégie pangouvernementale coordonnée et intégrée sur l'alimentation et la nutrition.

**Recommandation 14 : Inclure dans les programmes d'études des compétences alimentaires obligatoires.**

Inclure l'acquisition de compétences alimentaires comme volet obligatoire des programmes d'études primaires et secondaires pour développer les compétences des enfants et des adolescents à préparer des aliments.

**Recommandation 15 : Appuyer l'alimentation santé dans les établissements subventionnés par le Trésor.**

Mettre en œuvre des politiques sur l'alimentation et la nutrition éclairées par des données probantes qui préconisent une alimentation santé dans les milieux de travail provinciaux et les établissements subventionnés par la province.

**Recommandation 16 : Mettre en œuvre l'étiquetage obligatoire des menus dans les services d'alimentation.**

Exiger que l'étiquetage obligatoire des aliments et boissons soit visible au point d'achat dans tous les services d'alimentation d'envergure en Ontario.

**Recommandations sur le renforcement des capacités**

**Recommandation 17 : Adopter une approche pangouvernementale.**

Adopter une approche pangouvernementale pour la prévention primaire des maladies chroniques. Cette approche guiderait l'établissement des buts et des objectifs, la planification des politiques et des programmes, la surveillance du rendement et

l'obligation de rendre compte, ainsi que la coordination et la gestion des relations avec les partenaires, et consisterait notamment à :

- a) trouver un responsable spécialisé du Ministère et de la haute fonction publique qui a suffisamment d'autorité pour coordonner les activités d'amélioration de la santé entre les secteurs et les ordres de gouvernement<sup>3</sup>;
- b) élaborer une stratégie intégrée et multilatérale de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques en Ontario qui comporte des buts, des objectifs et des résultats quantifiables;
- c) étudier la possibilité de légiférer pour obliger l'ensemble des lois et des règlements à prévoir des évaluations des incidences sur la santé;
- d) appuyer l'innovation et l'intervention à l'échelle locale et diffuser des leçons apprises dans toute la province;
- e) participer de façon proactive aux activités de groupes fédéraux, provinciaux et territoriaux pour appuyer l'application d'interventions éclairées par des données probantes à l'échelon fédéral et d'un bout à l'autre du Canada.

***Recommandation 18 : Améliorer la mesure et accroître la responsabilisation.***

Créer un système panprovincial coordonné d'évaluation et de surveillance de la santé de la population qui produira les données complètes, opportunes, continues et exactes essentielles à la planification, à l'application et à l'évaluation de politiques et de programmes visant à alléger le fardeau imposé par les maladies chroniques et les facteurs de risque connexes.

***Recommandation 19 : Relier le savoir à la pratique.***

Créer une capacité d'intervention efficace en prévention des maladies chroniques.

***Recommandation 20 : Lancer une campagne coordonnée de communications sur la santé.***

Lancer et maintenir une campagne factuelle, complète, intégrée et coordonnée de communications sur la prévention des maladies chroniques qui s'appuie sur les campagnes existantes en Ontario.

**Recommandations sur l'équité en santé**

***Recommandation 21 : Réduire les iniquités en santé.***

Réduire les iniquités en santé en veillant à ce que les mesures prises pour lutter contre les maladies chroniques et leurs facteurs de risque connexes reconnaissent certains sous-groupes de l'Ontario qui doivent supporter un fardeau morbide plus lourd. Pour que cette recommandation porte fruit, il faut :

- a) veiller à ce que les systèmes provinciaux de collecte de données repèrent et évaluent adéquatement les disparités aux niveaux de l'exposition aux facteurs de risque et du fardeau morbide entre les sous-groupes de l'Ontario;
- b) accorder davantage d'attention aux déterminants de la santé qui se trouvent en amont dans le cas de ces groupes;
- c) procéder à des évaluations de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) avant de mettre en œuvre un programme et une politique pour saisir les effets différentiels d'interventions sur des sous-populations et pour permettre de les atténuer par la planification.

***Recommandation 22 : Se pencher sur la santé des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.***

Veiller à ce que les mesures prises pour s'attaquer aux facteurs de risque associés aux maladies chroniques tiennent compte des obstacles à la santé auxquels font face les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis en Ontario.

Sommaire

**Interventions recommandées au niveau de la population**

Recommandations sur l'équité en santé

## Introduction

Ce rapport, *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne*, constitue l'aboutissement d'un partenariat d'une année entre Action Cancer Ontario (CCO) et Santé publique Ontario (SPO).

Il présente au gouvernement de l'Ontario des données probantes qui guideront les interventions de lutte contre les maladies chroniques par la prévention primaire à l'échelon de la population. Guidé par les données probantes et par des experts, le rapport recommande 22 politiques et d'autres interventions sur la façon dont l'Ontario doit s'y prendre pour :

**Réduire l'exposition, au niveau de la population, aux quatre principaux facteurs de risque :** Conformément au rapport du secrétaire général des Nations Unies, *Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles*<sup>4</sup>, ce rapport analyse les données probantes à l'appui du « meilleur rapport qualité-prix » en santé publique pour réduire l'exposition aux quatre principaux facteurs de maladies chroniques : tabagisme, consommation nuisible d'alcool, inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines.

**Renforcer la capacité de prévention des maladies chroniques :** Le prix qu'il en coûte pour vivre avec une maladie et la traiter est de plus en plus insoutenable. Le système de santé contribue beaucoup à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques, mais il existe des moyens cruciaux de prévention primaire des maladies chroniques en dehors du domaine des soins de santé. C'est pourquoi le rapport passe en revue des données probantes portant sur des stratégies multisectorielles et pangouvernementales d'intervention au

niveau de la population au complet, y compris des interventions factuelles au sein d'organismes du secteur de la santé. Conformément à la déclaration du Sommet des Nations Unies<sup>5</sup>, le rapport présente aussi des recommandations sur un système habilitant et efficace de prévention primaire des maladies chroniques.

### **Chercher à instaurer l'équité en santé :**

Reconnaissant que certaines sous-populations font face à un fardeau plus lourd imposé par les maladies chroniques et les facteurs de risque connexes, nous analysons dans ce rapport les données probantes sur la répartition inégale du risque dans la population de l'Ontario et proposons des mesures pour améliorer l'équité en santé. Compte tenu de la mobilisation et de consultations initiales d'interlocuteurs, le rapport met particulièrement l'accent sur la nécessité de supprimer les obstacles structurels qui contribuent à l'iniquité en matière de santé chez les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis de l'Ontario.

Si elles sont mises en œuvre dans le contexte d'une stratégie intégrée qui met à contribution tous les ordres de gouvernement et la société civile et qui adopte aussi l'équité en matière de santé, ces interventions aideront à réduire à la fois la prévalence des maladies chroniques et les fardeaux socioéconomiques connexes. L'Ontario peut relever le défi posé par la prévention des maladies chroniques. *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* décrit les prochaines étapes à suivre pour alléger le fardeau imposé par les maladies chroniques et améliorer ainsi la santé, le mieux-être et la qualité de vie de toute la population de l'Ontario.

L'Ontario peut relever le défi posé par la prévention des maladies chroniques.

## Un projet concerté

*Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* est l'aboutissement des efforts du Groupe de travail sur la prévention (GTP), collaboration entre Santé publique Ontario et Action Cancer Ontario qui a bénéficié de l'appui de groupes de spécialistes et de la contribution des interlocuteurs suivants :

- Partenariat canadien contre le cancer
- Conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario – Événement exclusif
- Conseil des médecins hygiénistes de l'Ontario
- Alliance pour la prévention des maladies chroniques en Ontario
- Groupe de collaboration de l'Ontario sur l'alimentation santé et l'activité physique
- Stratégie intégrée de l'Ontario sur la santé vasculaire
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Association pour la santé publique de l'Ontario
- Parcs et Loisirs Ontario
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Le GTP a suivi l'évolution du rapport depuis l'étude des données probantes jusqu'à la formulation de recommandations. Ce processus de collaboration a comporté beaucoup de discussions et de débats et les résultats sont maintenant prêts à être diffusés.





# 1. Agir pour prévenir les maladies chroniques

## Défis pour la capacité de gestion des maladies chroniques de l'Ontario

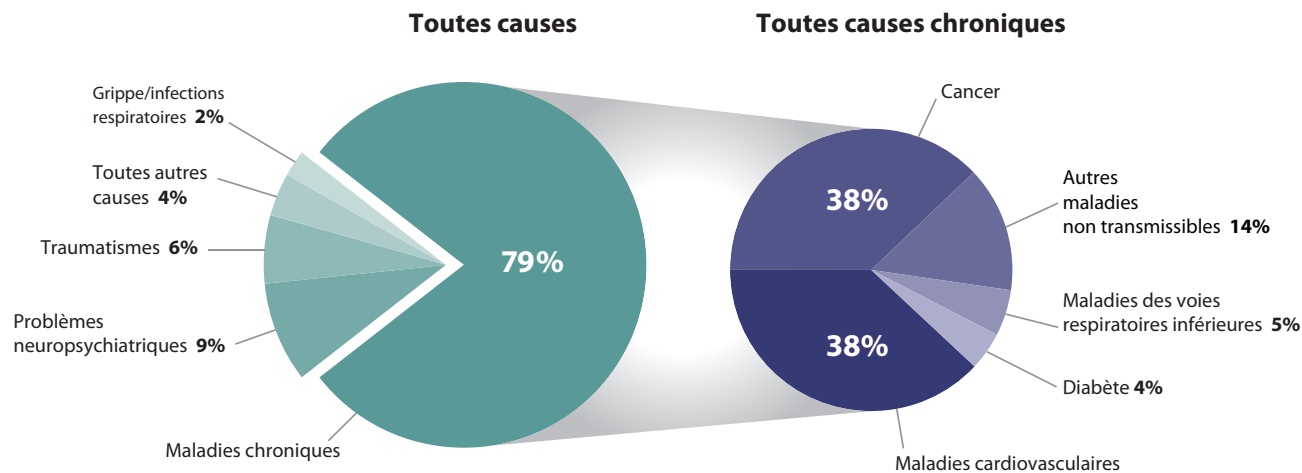
Les maladies chroniques posent un défi de taille. Aussi appelées maladies non transmissibles (MNT), les plus courantes sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. À l'échelle internationale, les maladies chroniques causent plus de décès que toutes les autres causes combinées : 63 % des 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008<sup>6</sup>. En 2007, elles ont causé 79 % du total des décès en Ontario, où la plupart des décès attribuables aux maladies chroniques sont causés par le cancer et les maladies cardiovasculaires (voir figure 1).

Les maladies chroniques ne font pas que causer des décès prématurés : elles ont aussi une incidence négative sur la qualité de vie, de même que sur l'économie, les collectivités et la société en général<sup>7</sup>. Elles exacerbent les iniquités, car elles ont tendance à avoir un effet disproportionné sur les sous-populations désavantagées sur le plan socioéconomique et elles sont reliées fermement à l'âge<sup>8</sup>.

## Fardeau des maladies chroniques

La population de l'Ontario devrait continuer de vieillir et d'augmenter pour atteindre 16,9 millions d'habitants en 2031, lorsque presque 25 % des Ontariens auront 65 ans et plus<sup>9</sup>.

Figure 1 : Causes de décès, population de l'Ontario, 2007



Source de données : Mortalité, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, IntelliHealth Ontario ONTARIO, données mises à jour pour la dernière fois en octobre 2011.

Note : Catégories CIM10 tirées de : Organisation mondiale de la Santé. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results (revised February 2004) [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2004 [cité le 12 septembre 2011]. Disponible à : <http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>.

## RÉSUMÉ



Les maladies chroniques, y compris les cancers, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires chroniques et le diabète, posent un défi de taille pour la santé et le mieux-être de la population ontarienne. Il est possible d'alléger le fardeau imposé par ces maladies en s'attaquant à des facteurs de risque modifiables clés : tabagisme, consommation d'alcool, inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines. Des interventions stratégiques visant avant tout à réduire ou éviter l'exposition aux facteurs de risque au niveau de la population constituent la façon efficace d'appuyer la prévention primaire des maladies chroniques.



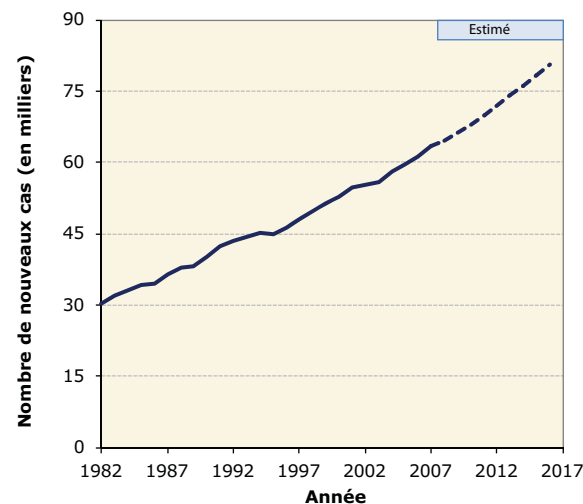
## 1. Agir pour prévenir les maladies chroniques

### Changer l'environnement des risques

Les conditions de vie des gens peuvent en outre accroître le risque de maladie chronique.

Les maladies chroniques prennent du temps à faire leur apparition, car il leur faut souvent des années ou des décennies pour se manifester. Étant donné l'augmentation de la population, son vieillissement et l'exposition continue aux facteurs de risque, le fardeau imposé par les maladies chroniques demeurera une préoccupation sanitaire de premier plan pendant des années encore. Les taux de cancer, par exemple, grimpent en flèche à compter de 50 ans environ et l'on prévoit que le nombre de cas de cancer augmentera encore à mesure que la population vieillira proportionnellement (figure 2)<sup>10</sup>. La prévalence du diabète en Ontario a augmenté de 69 % de 1995 à 2005<sup>11</sup> et en 2017, on calcule que 777 000 cas de diabète de plus auront été diagnostiqués<sup>12</sup>. Le diabète augmente en retour le risque d'autres maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires et le cancer colorectal<sup>13,14</sup>.

**Figure 2: Augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer en Ontario, 1982–2016**



Date : septembre 2011

Source de données : Action Cancer Ontario (Registre du cancer de l'Ontario, 2010)

Produit par : Action Cancer Ontario, Prévention et lutte contre le cancer (Surveillance)

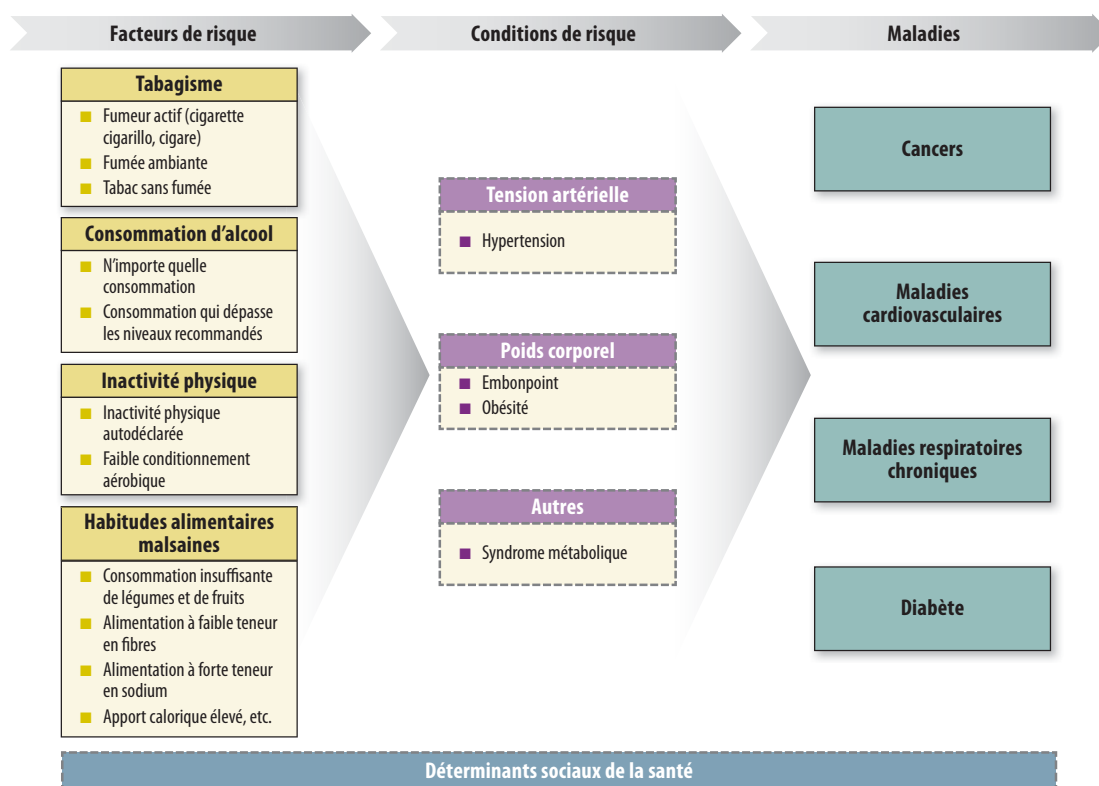
## Changer l'environnement des risques

Même si la population augmente et vieillit, le fardeau important qu'imposent les maladies chroniques n'est pas inévitable : un pourcentage important d'entre elles est évitable. Les maladies chroniques ont en commun des facteurs de risque modifiables qui les sous-tendent : tabagisme, consommation d'alcool, inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines. En modifiant l'« environnement » où la population fait des choix quant à ses habitudes de vie, ou peut aider à réduire l'exposition à ces risques. (Par exemple, les lois interdisant le tabac dans les restaurants y éliminent l'exposition de la population à la fumée ambiante).

Les déterminants sociaux de la santé – les conditions de vie des gens – peuvent en outre accroître le risque de maladie chronique. Les déterminants sociaux de la santé, y compris le revenu et le niveau d'instruction, contribuent aux iniquités en matière de santé et sous-tendent la prévalence et la répartition des facteurs de risque et des maladies chroniques. La figure 3 illustre le lien entre les déterminants sociaux de la santé, certains facteurs de risque, des conditions de risque et des maladies chroniques.

La prévention primaire des maladies chroniques vise avant tout à réduire ou éviter l'exposition aux facteurs de risque. L'application de politiques publiques de promotion de la santé peut entraîner des améliorations à long terme de la santé de la population en modifiant les environnements économique, physique et social qui jouent sur les comportements reliés à la santé<sup>15</sup>. Les données indiquent que les interventions stratégiques sont plus efficaces que les interventions individuelles lorsqu'il s'agit d'instaurer des changements au niveau de la population<sup>16,17</sup>.

Figure 3 : Liens de cause à effet entre certains facteurs de risque et les maladies chroniques



Adapté de : Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, inactivity physical, and obesity : health effects and cost-effectiveness. Lancet. 20 novembre 2010; 376(9754):1775-84.

### Une approche basée sur la santé de la population

La santé de la population constitue une approche de la santé qui vise à améliorer l'état de santé de toute la population et à réduire les iniquités en matière de santé entre des sous-groupes. Afin d'atteindre ces objectifs, la santé de la population porte sur un vaste éventail de facteurs et de conditions qui ont un effet important sur la santé et y donne suite<sup>18</sup>.

Une approche basée sur la santé de la population prend des mesures fondées sur des analyses et la compréhension des déterminants de la santé. Elle utilise toutes sortes de stratégies et de contextes pour agir sur les déterminants de la santé en partenariat avec des secteurs autres que le système ou le secteur de la santé traditionnel. Par exemple, une stratégie intégrée sur l'alimentation et la nutrition guidée par une approche basée sur la santé obligerait à mettre à contribution les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation, les milieux de travail et l'industrie alimentaire.

### 1. Agir pour prévenir les maladies chroniques

Changer l'environnement des risques

*Ce rapport recommande 22 politiques sur la façon dont l'Ontario peut prévenir les maladies chroniques.*



## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

### Exposition aux facteurs de risque

Il y a un lien de cause à effet entre le tabagisme, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires malsaines et l'inactivité physique, d'une part, et beaucoup de maladies chroniques, et en particulier le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, de l'autre. (Le tableau 1 présente la prévalence de certains facteurs de risque modifiables en Ontario.) Ces maladies ont une incidence importante sur la population de l'Ontario en réduisant sa qualité de vie et faisant grimper les taux de décès prématurés. Leurs répercussions économiques incluent non seulement les coûts directs en soins de santé, mais aussi des coûts indirects comme le temps de travail perdu pour cause de maladie et d'incapacité et les années de vie perdues à cause d'un décès prématuré<sup>7</sup>.

**Tabagisme continu :** Les taux de tabagisme chez les adultes de 12 ans ou plus ont dégringolé entre 2003 et

2010 (figure 4), ce qui a maintenu une tendance des taux de tabagisme en Ontario qui dure depuis des décennies<sup>19</sup>. En dépit de ces améliorations, un adulte de l'Ontario sur cinq (20,3 %) âgé de 20 ans ou plus fume toujours et chez les jeunes de la 10<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, plus d'un sur dix (11,9 %) fume actuellement tous les jours ou à l'occasion. De plus, 27,8 % des jeunes du secondaire ont peu confiance dans leur capacité de demeurer sans tabac à l'avenir<sup>20</sup>.

Une tranche supplémentaire de 6 % des Ontariens non fumeurs âgés de 12 ans ou plus sont exposés à la fumée ambiante à la maison et 8 % des travailleurs adultes le sont au travail<sup>21</sup>.

**Consommation accrue d'alcool :** Environ un adulte de l'Ontario sur cinq (21,7 %) âgé de 18 ans ou plus consomme plus d'alcool que ne le recommandent les lignes directrices de l'Ontario sur la consommation à faible risque produites par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (c.-à-d. plus de 2 consommations

**Tableau 1 : Pourcentage des Ontariens qui présentent certains facteurs de risque modifiables**

Facteur de risque	Années	Groupe d'âge	Pourcentage (IC à 95 %)
Actuellement fumeur (adultes)*	2009–2010	20+	20,3 (19,6–21,1)
Actuellement fumeur (jeunes) <sup>†</sup>	2008–2009	Grades 10–12	11,9 (10,9–12,9)
Consommation d'alcool > lignes directrices sur les faibles risques <sup>‡</sup>	2009	18+	21,7 (19,5–24,0)
Inactivité physique*	2009–2010	12+	49,2 (48,4–50,0)
Obésité*	2009–2010	18+	18,2 (17,5–18,9)
Consommation insuffisante de légumes et de fruits*	2009–2010	12+	57,4 (56,5–58,3)

#### Source de données

\* Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier partagé 2009–2010

<sup>†</sup> Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), 2008–2009

<sup>‡</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTS) L'Indicateur de CAMH de 2009

CI = intervalle de confiance

### RÉSUMÉ



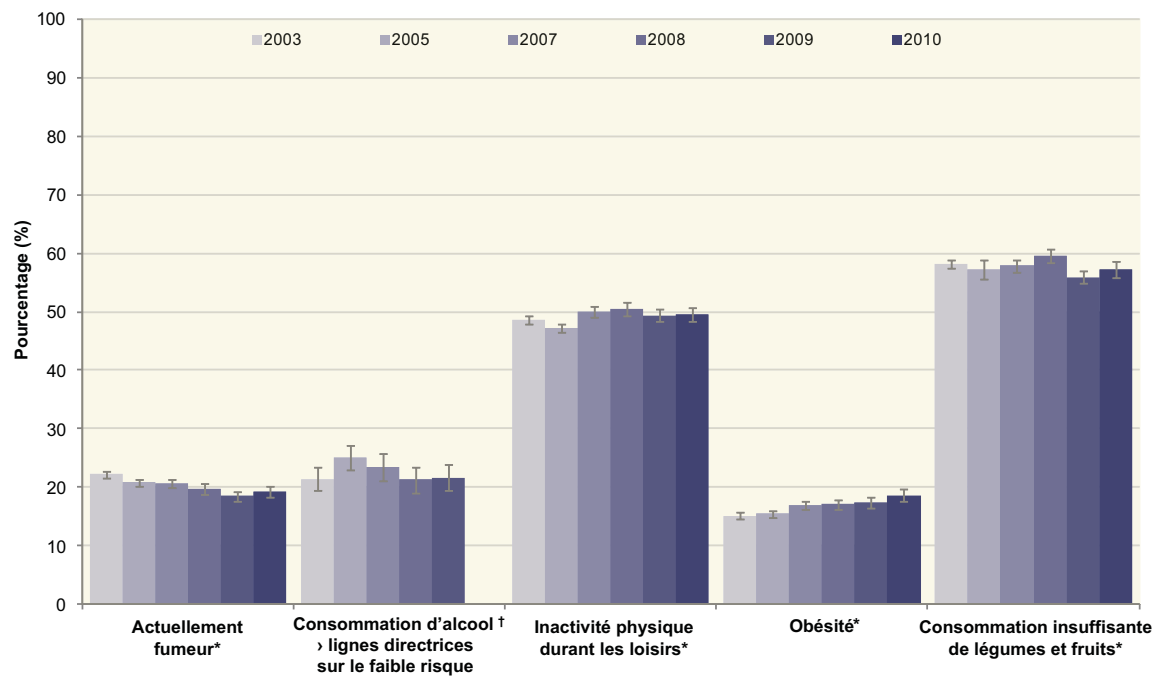
Les principales maladies chroniques ont en commun quatre facteurs de risque modifiables : tabagisme, consommation d'alcool, inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines. Ces facteurs de risque sont communs dans la population de l'Ontario, mais ils ne sont pas répartis également entre tous les sous-groupes. Des facteurs comme le revenu, l'instruction, l'emplacement et l'immigration ou l'origine ethnique ont une incidence sur la prévalence de plusieurs facteurs de risque de maladies chroniques.

## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

### Exposition aux facteurs de risque

standard un jour donné ou plus de 14 consommations par semaine chez les hommes, ou de 9 consommations par semaine chez les femmes)<sup>19</sup>. Ce chiffre n'a essentiellement pas changé au cours des dernières années (figure 4). Le pourcentage des buveurs quotidiens et le nombre moyen de consommations par jour chez ceux qui ont bu de l'alcool au cours de l'année écoulée a toutefois augmenté entre 1996 et 2009<sup>19</sup>.

Figure 4 : Pourcentage des Ontariens qui présentent des facteurs de risque modifiables choisis, tendances récentes, 2003–2010



#### Source de données

\* Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Tendances de la santé. Ottawa : Statistique Canada; 25 octobre 2011 [cité le 22 décembre 2011]. No 82-213-WXF au catalogue. Disponible à : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/index.cfm?Lang=fra>

† Ialomiteanu AR, Adlaf EM, Mann RE, Rehm J. CAMH monitor eReport : addiction and mental health indicators among Ontario adults, 1977-2009 (série de documents de recherche de CTSM n° 31) [Internet]. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2011 [cité le 9 novembre 2011]. Disponible à : [http://www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/CTSM\\_Monitor/CM2009\\_eReport\\_Final.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/CTSM_Monitor/CM2009_eReport_Final.pdf)

Note : Âges 12 ans et plus (actuellement fumeur, inactivité physique, consommation insuffisante de légumes et de fruits) ou 18 ans et plus (consommation d'alcool, obésité).

Chez les jeunes de l'Ontario (7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années), 65,3 % signalent avoir déjà consommé de l'alcool et plus d'un sur quatre (26,9 %) signale avoir pris cinq consommations ou plus au cours de la même occasion pendant le dernier mois<sup>22</sup>.

**Taux élevés d'inactivité physique et d'habitudes alimentaires malsaines :** La moitié (49,2 %) des Ontariens âgés de 12 ans ou plus signalent être inactifs durant leurs loisirs (tableau 1) et plus de la moitié ne mangent pas suffisamment de légumes et de fruits. C'est le cas depuis plusieurs années (figure 4). Le pourcentage réel des personnes inactives est probablement beaucoup plus élevé que ne l'indiquent ces autodéclarations sur les temps de loisirs et peut montrer une tendance différente de celle que révèlent les données autodéclarées<sup>23</sup>. Même si le fait de manger au moins cinq portions de légumes et de fruits par jour constitue un bon indicateur de la qualité générale de l'alimentation<sup>24</sup>, moins de la moitié (42,6 %) des Ontariens déclarent manger de légumes et de fruits au moins cinq fois par jour. Ces facteurs augmentent de façon indépendante le risque de maladie chronique auquel est exposée une personne. Ils contribuent aussi à la prévalence de l'obésité, condition qui entraîne un risque de maladie chronique (voir figure 3).

**Augmentation de l'embonpoint et de l'obésité :** Le pourcentage des adultes obèses est à la hausse depuis au moins deux décennies<sup>25</sup> et continue d'augmenter (figure 4). La taille et le poids mesurés augmentent le pourcentage réel des adultes obèses d'environ 8 points de plus que les données indiquées ici, qui reposent sur des autodéclarations<sup>26</sup>. On estime que 60 % des hommes et 45 % des femmes de l'Ontario font de l'embonpoint ou sont obèses. L'incidence importante de l'embonpoint et de l'obésité chez les enfants et les jeunes alourdit l'incidence de la situation sur les maladies chroniques à venir<sup>25,27</sup>.

## Facteurs de risque liés aux maladies chroniques

Il existe un lien de cause à effet entre les facteurs de risque et les maladies chroniques connexes, et un facteur de risque peut contribuer à plus d'une maladie chronique. Il y a, par exemple, un lien entre

le tabagisme et les maladies cardiaques, l'accident vasculaire cérébral, la maladie pulmonaire obstructive chronique et toutes sortes de cancers<sup>28</sup>. Le tableau 2 résume les liens de cause à effet entre certains facteurs de risque clés et des maladies chroniques.

## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

### Facteurs de risque liés aux maladies chroniques

Tableau 2 : Liens de cause à effet entre des facteurs de risque modifiables et des maladies chroniques

Maladies/sites précis	Tabagisme			Alcool	Inactivité physique		Habitudes alimentaires malsaines			
	Actuellement fumeur	Fumée ambiante	Sans fumée	Consommation d'alcool	Inactivité physique	Obésité	Consommation insuffisante de légumes et de fruits	Alimentation à faible teneur en fibres	Alimentation à forte teneur en sodium	Gras trans
<b>Cancer</b>										
Sein	↑			↑	↑	↑				
Poumon	↑	↑					↑			
Colorectal	↑			↑	↑	↑		↑		
Leucémie	↑									
Vessie	↑									
Corps de l'utérus	↓				↑					
Rein	↑					↑				
Cavité buccale, pharynx	↑	↑	↑	↑			↑			
<b>Maladies cardiovasculaire</b>										
IC	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
AVC	↑	↑	↑	↑						
<b>Maladies respiratoires chroniques</b>										
Asthme										
MPOC	↑	↑								
<b>Diabète</b>										
Diabète type 2	↑			↑	↑	↑		↑		

Notes: CI = ischémie cardiaque; MPOC = maladie pulmonaire obstructive chronique; ↑ = risque accru convaincant; ↑ = risque accru probable; ↓ = risque réduit convaincant; ↓ = risque réduit probable; ↑ = risque en J ou en U convaincant; ↑ = risque en J ou en U probable.

Le tableau 2 est basé sur des évaluations d'experts effectuées par l'Organisation mondiale de la Santé, le Centre international de recherche sur le cancer, le Chirurgien général des États-Unis et le Fonds mondial pour la recherche sur le cancer. Ce tableau inclut seulement certains facteurs de risque et les maladies les plus courantes qui y sont associées. Le groupe d'experts a ajouté des flèches directionnelles lorsqu'il a jugé « probable » ou mieux la puissance des données probantes sur le lien de cause à effet entre le facteur de risque et la maladie. L'Organisation mondiale de la Santé a évalué les indicateurs d'habitudes alimentaires malsaines en ce qui concerne l'ensemble des maladies cardiovasculaires et n'a pas établi de distinction entre l'IC et l'AVC.



## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

### Tabagisme

### Alcool

## Tabagisme

### Maladies chroniques reliées au tabagisme :

La fumée de tabac cause le cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de l'appareil urinaire, de l'œsophage, de l'estomac, du côlon et du rectum, du foie, du pancréas, du col de l'utérus, de l'ovaire et de la moelle osseuse (leucémie myéloïde)<sup>29</sup>. Il cause aussi des maladies cardiovasculaires comme l'ischémie cardiaque, la maladie cérébro-vasculaire et l'athérosclérose, ainsi que des maladies respiratoires chroniques comme la maladie pulmonaire obstructive chronique<sup>30</sup>. La plupart de ces liens persistent quelle que soit la façon de fumer le tabac (c.-à-d. sous forme de cigarettes, cigarillos ou cigares), même si les tendances de la consommation diffèrent<sup>31</sup>.

Il y a un lien entre l'exposition à la fumée ambiante, le cancer du poumon<sup>29</sup> et l'ischémie cardiaque<sup>30</sup>. Des données limitées indiquent l'existence d'un lien entre la fumée ambiante et l'accident vasculaire cérébral<sup>30</sup>, de même que le cancer du larynx et du pharynx<sup>29</sup>. Le tabac sans fumée (c.-à-d. tabac à chiquer ou à priser) cause le cancer de la cavité buccale, de l'œsophage et du pancréas, et peut aggraver le risque de maladies cardiovasculaires<sup>32</sup>.

Comparativement aux personnes qui n'ont jamais fumé, celles qui fument actuellement sont exposées à un risque beaucoup plus élevé de maladies chroniques :

- Cancer du larynx : environ 7 fois le risque<sup>33,34</sup>
- Cancer du poumon : de 9 à 20 fois le risque<sup>33,34</sup>
- Infarctus aigu du myocarde : 3 fois le risque<sup>35</sup>
- Accident vasculaire cérébral : de 3 à 4 fois le risque<sup>35</sup>

Les fumeurs qui consomment aussi de l'alcool<sup>34</sup>, qui ont aussi des infections comme l'hépatite B ou C<sup>36</sup> qui ont certains facteurs génétiques<sup>29</sup> peuvent être encore plus exposés à certains cancers.

**Incidence du tabagisme sur l'économie :** Cinq études signalent que le tabagisme a un coût direct et indirect basé sur la prévalence<sup>37-41</sup>. Les estimations du total annuel

des coûts en soins de santé associés au tabagisme dans les pays occidentaux industrialisés varient de 62 \$ à 202 \$ par habitant en dollars canadiens de 2011, même si la plupart des coûts se situent entre 121 \$ et 202 \$. Au Canada, les estimations s'établissent en moyenne à 165 \$ par habitant. Les coûts indirects attribuables à la perte de productivité ont été estimés en Suède seulement (à 147 \$, ce qui est probablement inférieur à la moyenne) et au Canada (à 398 \$ par habitant) en dollars canadiens de 2011.

Compte tenu des données canadiennes, les dépenses attribuées au tabagisme ont coûté à l'Ontario quelque 2,2 milliards de dollars en coûts directs des soins de santé et 5,3 milliards en coûts indirects en 2011, ce qui représente un total de 7,5 milliards (basé sur Rehm et al. 2007)<sup>40</sup>.

## Alcool

### Maladies chroniques reliées à la consommation

**d'alcool :** Les boissons alcoolisées sont classées comme « cancérogènes pour les êtres humains » dans le cas de certains cancers et constituent une cause convaincante de cancer de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du foie et du sein chez la femme<sup>42</sup>. Il n'y a pas de niveau de consommation d'alcool assez sécuritaire pour éviter le risque de cancer<sup>43</sup>. Des méta-analyses estiment que deux consommations en moyenne par jour augmentent de 75 à 85 % le risque de cancer de la cavité buccale et du pharynx, de 40 à 50 % celui des cancers du larynx et de l'œsophage, de 25 à 30 % celui du cancer du sein et de 5 à 9 % celui du cancer colorectal, comparativement aux statistiques chez les non-buveurs<sup>43</sup>. Le fait de boire plus que quatre boissons alcoolisées par jour alourdit encore davantage les risques<sup>44,45</sup> et, dans le cas de certains sites de cancer, le risque grimpe en flèche chez les personnes qui fument aussi<sup>42,46</sup>.

Il y a aussi un lien de cause à effet entre la consommation importante et régulière d'alcool et le diabète type 2 et des résultats cardiovasculaires indésirables, y compris la cardiomyopathie, l'hypertension systémique, l'accident



vasculaire cérébral hémorragique, certaines formes d'insuffisance cardiaque et la mortalité cardiovasculaire globale<sup>47-49</sup>. Il y a aussi un lien entre la consommation importante occasionnelle chez les personnes qui boivent de peu à modérément et les maladies cardiovasculaires<sup>50</sup>.

Il est possible d'établir un lien entre la consommation d'alcool variant de faible à modérée sans consommation excessive et les *diminutions* de la mortalité générale attribuable aux maladies cardiovasculaires et des risques d'ischémie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ischémique et de diabète type 2<sup>47,49-51</sup>. Il y a toutefois aussi un lien entre la consommation de plus de quatre boissons alcoolisées par jour et un risque accru de 69 % d'accident vasculaire cérébral ischémique, ainsi qu'un risque plus de deux fois plus élevé d'accident vasculaire cérébral hémorragique comparativement aux personnes qui ne boivent pas d'alcool<sup>52</sup>. Chez les buveurs modérés qui signalent une forte consommation à l'occasion, le risque d'ischémie cardiaque augmente d'environ 45 % comparativement à ceux qui signalent une consommation modérée régulière<sup>53</sup>.

**Incidence de la consommation d'alcool sur l'économie :** Neuf études attribuent à la consommation d'alcool des coûts directs et indirects basés sur la prévalence<sup>38,40,54-60</sup>. Les estimations du total des coûts des soins de santé dans les pays occidentaux industrialisés dépendent de la mesure de la consommation d'alcool utilisée. La consommation modérée, qui a été mesurée en Allemagne seulement<sup>56</sup>, entraîne un coût total estimatif de 21 \$ par habitant en dollars canadiens de 2011 et de 0,6 \$ de plus par habitant en coûts indirects attribuables aux pertes de productivité.

On a calculé que l'abus de l'alcool coûte de 14 \$ à 129 \$ par habitant en dollars canadiens de 2011 en coûts directs des soins de santé (126 \$ au Canada) et de 126 \$ à 703 \$ en coûts indirects (272 \$ au Canada) attribuables à la perte de productivité. Pour l'ensemble de la consommation d'alcool, les estimations des coûts en soins de

santé dans les pays occidentaux industrialisés variaient de 47 \$ à 125 \$ par habitant en dollars canadiens de 2011 et les estimations des coûts indirects attribuables à la perte de productivité, de 221 \$ à 702 \$.

Compte tenu des données canadiennes, on estime que les dépenses attribuées à la consommation d'alcool ont coûté au total à l'Ontario 1,7 milliard de dollars en coûts directs des soins de santé et 3,6 milliards en coûts indirects en 2011, ce qui représente au total 5,3 milliards de dollars (basé sur Rehm et al. 2007)<sup>40</sup>.

## Inactivité physique

### Maladies chroniques reliées à l'inactivité physique :

Tout comme l'inactivité physique peut accroître le risque de maladies chroniques, l'activité physique le diminue<sup>43,61,62</sup>. L'activité physique accrue réduit le risque de diabète type 2, d'ischémie cardiaque et de maladies cardiovasculaires en général<sup>61,62</sup>. Des données convaincantes indiquent que l'activité physique réduit le risque de cancer du côlon et protège probablement contre les cancers du sein et de l'endomètre<sup>43,63</sup>.

L'activité physique régulière fait baisser la tension artérielle, réduit l'inflammation et augmente la sensibilité à l'insuline<sup>43,61</sup>. Elle prévient directement l'obésité et favorise une répartition plus saine du gras corporel<sup>61,63,64</sup>. L'activité physique réduit en moyenne le risque de diabète type 2 de 42 % et de maladies cardiovasculaires, de 33 %. Les estimations de la réduction du risque atteignent 50 % ou plus dans le cadre d'études utilisant une mesure objective du conditionnement aérobique<sup>62</sup>. On a constaté que la réduction du risque atteint en moyenne 31 % dans le cas de l'accident vasculaire cérébral ischémique et hémorragique<sup>62</sup>, même si le lien précis entre l'activité physique et les sous-types d'accidents vasculaires cérébraux reste à déterminer<sup>61</sup>. On associe l'activité physique à une réduction de 20 à 25 % du risque de cancer du côlon<sup>65,66</sup>.

**Incidences de l'inactivité physique sur l'économie :** On a trouvé une étude sur les coûts de l'inactivité physique

## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

### Inactivité physique

*Le tabagisme coûte chaque année aux Ontariens 7,5 milliards de dollars.*

## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

Habitudes alimentaires malsaines  
Manque d'équité en santé

*Les Ontariens vivant dans les quartiers les plus pauvres et ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles de fumer actuellement, d'être inactifs physiquement ou obèses.*

entre 2006 et 2011<sup>38,67</sup>. Il a été calculé que l'inactivité physique coûte au Service national de la santé du Royaume-Uni 35 \$ par habitant en dollars canadiens de 2011 en coûts directs des soins de santé (les coûts indirects n'ont pas été estimés). Dans le cadre d'une étude canadienne réalisée en 2004 repérée à la suite d'une recherche documentaire poussée<sup>67</sup>, les chercheurs ont estimé les dépenses directes en soins de santé à 67 \$ par habitant par année en dollars canadiens de 2011 et à 152 \$ de plus en coûts indirects attribuables à des pertes de productivité.

À partir des données canadiennes, on a estimé que les dépenses attribuées à l'inactivité physique ont coûté à l'Ontario quelque 0,9 milliard de dollars en coûts directs pour les soins de santé et 2 milliards en coûts indirects en 2011, pour un total de 2,9 milliards de dollars (basé sur Katzmarzyk et Janssen, 2004)<sup>67</sup>.

### Habitudes alimentaires malsaines

**Maladies chroniques reliées aux habitudes alimentaires malsaines :** Une alimentation saine peut protéger contre les maladies chroniques et avoir un effet clair sur des facteurs de risque intermédiaires comme l'embonpoint, l'obésité et l'hypertension artérielle<sup>27</sup>. Les habitudes alimentaires malsaines, y compris l'apport élevé en sodium et en gras alimentaire, peuvent accroître le risque de maladies chroniques<sup>27,43,68</sup>. Il y a un lien entre l'apport élevé d'aliments salés et l'hypertension artérielle<sup>69</sup> et l'on a aussi établi un lien avec un risque accru de cancer de l'estomac<sup>43</sup>.

La consommation de légumes et de fruits constitue un facteur indépendant de modification des risques de maladie chronique et un bon indicateur de la qualité globale de l'alimentation<sup>24</sup>. Elle réduit l'incidence des maladies cardiovasculaires et, probablement aussi, des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac et du poumon<sup>43</sup>. La consommation d'aliments contenant des fibres alimentaires réduit le risque de cancer colorectal<sup>70</sup> et peut aussi protéger contre les maladies cardiovasculaires et le diabète type 2<sup>27</sup>. Des études récentes ont signalé que chaque augmentation

de 10 grammes par jour de l'apport en fibres<sup>68</sup> réduisait de 10 % le risque de cancer colorectal<sup>70</sup>, de 12 % le risque d'infarctus aigu du myocarde et de 19 % la mortalité connexe.

**Incidences des habitudes alimentaires malsaines sur l'économie :** Une recherche documentaire portant sur les communications publiées de 2006 à 2011 n'a révélé aucune étude sur le coût des habitudes alimentaires malsaines au Canada. Dans une étude révélée par la recherche documentaire effectuée au Royaume-Uni, les chercheurs ont toutefois estimé que les habitudes alimentaires malsaines coûtaient au Service national de la santé 217 \$ par habitant par année en dollars canadiens de 2011<sup>38</sup>. Les coûts indirects n'ont pas été estimés. Si l'on se base sur cette estimation<sup>38</sup>, il se peut que les habitudes alimentaires malsaines aient entraîné des dépenses directes en soins de santé de quelque 2,9 milliards de dollars en Ontario en 2011.

### Manque d'équité en santé

La prévalence des facteurs de risque qui contribuent aux maladies chroniques n'est pas répartie également dans toute la population. L'exposition à certains risques est concentrée dans des sous-populations sociales, économiques ou géographiques en particulier<sup>71,72</sup>. Cette répartition inéquitable entre des sous-populations reflète les inégalités structurelles de la société qui limitent la capacité individuelle de parvenir à une santé optimale<sup>72</sup>.

Le revenu, l'éducation et la géographie (c.-à-d. le fait de vivre en région urbaine plutôt qu'en milieu rural ou éloigné) ont un effet bien établi sur la santé et sont aussi associés à la prévalence de facteurs de risque<sup>71,72</sup>. En général, les Ontariens vivant dans les quartiers les plus pauvres et ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles de fumer actuellement, d'être inactifs physiquement ou obèses (tableau 3). L'obésité, le statut de fumeur et la consommation de plus de deux boissons alcoolisées par jour sont aussi plus courants chez les adultes vivant en région rurale que chez leurs homologues

qui vivent en milieu urbain. Plusieurs facteurs de risque et problèmes chroniques connexes sont aussi plus prévalents chez les personnes qui ont une maladie mentale<sup>73</sup>.

Les déterminants de la santé agissent aussi ensemble dans des populations précises, ce qui alourdit le fardeau. Par exemple, beaucoup de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis vivant en Ontario qui supportent un fardeau plus lourd de risque de maladies chroniques ont aussi des difficultés à avoir accès à des soins primaires culturellement adaptés et à des conseils sur les facteurs de risque, le dépistage et la prise en charge des maladies<sup>74</sup>.

Les adultes qui ont une identité autochtone (hors réserve) sont plus que deux fois plus susceptibles de fumer actuellement que les Ontariens qui n'ont pas

d'identité autochtone. L'obésité et le fait de prendre plus de deux consommations alcoolisées par jour sont aussi plus courants chez les personnes qui ont une identité autochtone (tableau 3).

Chez les nouveaux immigrants (qui habitent en Ontario), la prévalence de plusieurs facteurs de risque de maladies chroniques, y compris la consommation d'alcool, l'obésité et le statut de fumeur, est beaucoup *moins élevée* que chez les Ontariens d'origine canadienne. La prévalence des facteurs de risque augmente en fonction de la durée de vie de ces immigrants au Canada même si elle demeure beaucoup moins élevée chez les immigrants qui vivent au Canada depuis 10 ans ou plus que dans la population d'origine canadienne.

## 2. Liens entre les facteurs de risque et les maladies chroniques

### Manque d'équité en santé

**Tableau 3 : Pourcentage des adultes de l'Ontario (âgés de 30 ans et plus) qui ont certains facteurs de risque modifiables, selon des facteurs sociodémographiques, 2007–2008**

Indicateur sociodémographique	Catégorie	Actuellement fumeur (%)	Alcool > 2 par jour (%)	Inactif (%)	Obèse (%)
Identité autochtone (hors réserve)	Identité autochtone	<b>41,5</b>	<b>31,7</b>	46,6	<b>30,6</b>
	Identité non autochtone*	19,5	23,4	53,0	18,2
Immigration	<10 ans au Canada	<b>11,0</b>	<b>15,1<sup>†</sup></b>	<b>66,2</b>	<b>8,5<sup>†</sup></b>
	≥10 ans au Canada	<b>15,2</b>	<b>15,9</b>	<b>59,3</b>	<b>15,3</b>
	Origine canadienne*	23,1	26,6	49,0	20,9
Quintile de revenu du quartier	Quartier le plus pauvre	<b>25,4</b>	22,7	<b>61,1</b>	<b>21,3</b>
	Quartier le plus riche*	15,0	25,5	47,5	16,4
Éducation	Études secondaires non terminées	<b>23,6</b>	<b>20,6</b>	<b>66,3</b>	<b>23,5</b>
	Quelques études postsecondaires	<b>25,2</b>	24,6	<b>55,9</b>	<b>20,1</b>
	Grade postsecondaire*	17,3	23,8	48,5	16,8
Résidence en milieu urbain/rural	Rural	<b>23,6</b>	<b>26,1</b>	50,8	<b>24,0</b>
	Urbain*	19,5	23,3	53,4	17,9

**Source de donnée :**

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2007-2008

**Notes**

Le texte en **caractères gras** indique que l'estimation est très différente de la référence (les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchent pas)

\* Catégorie de référence

† Interpréter avec prudence à cause de la variation importante (coefficient de variation s'établissant entre 16,6 et 33,3)





### 3. Description des données probantes

Les données probantes démontrent clairement qu'il y a un lien important entre les quatre principaux facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool, inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines) et les maladies chroniques et leur prévention. Il est plus difficile de répondre à la grande question posée dans ce rapport : Quelles interventions s'imposent pour prévenir ou atténuer ces facteurs de risque et leurs déterminants?

#### Critères de sélection des interventions prioritaires

Dans le passé, les efforts de prévention visant à réduire des facteurs de risque modifiables de maladies chroniques ont essayé de modifier au niveau de la personne les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements par des stratégies comme l'éducation et les conseils sur la santé. Plus récemment, des progrès de la lutte antitabac intégrée ont démontré l'importance d'approches interventionnelles à orientation stratégique.

Les approches actuelles de la prévention visent avant tout les incidences directes ou indirectes que les facteurs environnementaux et sociaux, physiques et économiques ont sur les décisions reliées au risque<sup>75</sup>. Des approches au niveau stratégique comme celles qui sont recommandées dans le présent rapport tiennent compte de ces influences de l'environnement sur les comportements reliés à la santé. La politique gouvernementale et la législation, par exemple, exercent une forte influence sur l'accès aux aliments santé et aux possibilités de faire de l'activité physique<sup>76</sup>. De même, les mesures législatives interdisant le tabac

dans les véhicules à moteur où il y a des enfants peuvent réduire leur exposition à la fumée ambiante.

Le GTP a passé en revue les critères utilisés par le Groupe d'intervention sur les MNT Lancet et l'Alliance sur les MNT. Ces groupes ont affirmé que les interventions doivent satisfaire à « des critères factuels rigoureux : avoir un effet important sur la santé; démontrer solidement leur rentabilité; être peu coûteuses à appliquer et présenter des possibilités politiques et financières d'expansion<sup>2</sup>. » Le GTP s'est penché sur les interventions définies par ces groupes dans le contexte de l'Ontario et leur a attribué, ainsi qu'à d'autres interventions, des priorités basées sur les critères suivants :

- respecter le champ de compétence du gouvernement de l'Ontario (même si nous reconnaissons qu'il faut collaborer avec d'autres ordres de gouvernement pour mettre en œuvre certaines interventions stratégiques couronnées de succès);
- être appuyées par des données probantes;
- refléter le niveau de développement des interventions stratégiques dans le domaine des facteurs de risque (dans le cas de certaines interventions stratégiques, il se peut que les données probantes soient émergentes ou porteuses de promesses);
- être définies dans des rapports et des énoncés de consensus d'experts antérieurs;
- être limitées à quatre recommandations par domaine clé de facteur de risque plus les recommandations générales (convergentes sur les interventions prioritaires).

#### RÉSUMÉ



Des approches stratégiques comme celles que recommande le présent rapport visent les influences de l'environnement sur les comportements reliés à la santé. Le Groupe de travail sur la prévention (GTP) s'est penché sur les interventions décrites par le Groupe d'intervention sur les MNT Lancet et l'Alliance sur les MNT<sup>2</sup> dans le contexte de l'Ontario et a attribué à ces interventions et à d'autres des priorités basées sur cinq critères. Reconnaisant l'importance à la fois de la recherche et de la pratique, le GTP a cherché les données probantes disponibles les plus solides pour appuyer les interventions recommandées.

### 3. Description des données probantes

#### Approche des données probantes

Le GTP a évalué l'effet des recommandations proposées sur l'équité en matière de santé au moyen de l'outil Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)<sup>77</sup>. Les membres des collectivités des Premières nations, Inuits et Métis (PNIM) qui ont siégé aux groupes d'experts ont en outre fourni des commentaires au sujet des défis à relever et des obstacles à surmonter pour donner suite aux recommandations dans un contexte PNIM.

#### Approche des données probantes

Pour ce rapport, nous voulions présenter au gouvernement provincial des recommandations éclairées par des données probantes et portant sur des interventions aux niveaux des politiques, de la population et de la santé publique en Ontario. Comme l'ont dit Sweet et Moynihan, les approches de la santé publique qui placent les données probantes dans le contexte plus général des facteurs sociaux, culturels et politiques constituent de meilleures balises pour des politiques et des programmes efficaces sur la santé publique et la santé des populations<sup>78-80</sup>.

Une santé publique éclairée par des données probantes fonde des décisions « sur les meilleures données scientifiques disponibles en utilisant systématiquement des données et des systèmes d'information, appliquant des cadres de planification de programmes, faisant participer la collectivité à la prise des décisions, procédant à des évaluations saines et diffusant les leçons apprises<sup>81</sup>. »

Le GTP a reconnu l'importance de ces activités et de ces facteurs plus généraux et a cherché les données probantes disponibles les plus solides pour appuyer les interventions recommandées.

Nous nous sommes conformés en principe aux typologies établies de la preuve et nous avons tenu compte de cet enjeu en adoptant le guide du continuum de la preuve de l'efficacité des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui reconnaît trois types de preuve : les données de recherche, les données contextuelles et les données expérientielles<sup>82</sup>.

Les données tirées de critiques systématiques (y compris celles qui ont été effectuées par le Collectif Cochrane, le groupe d'étude sur les services de prévention communautaire (le Guide communautaire) aux États-Unis et health-evidence.ca ont été jugées très crédibles. La recherche documentaire, les études uniques critiquées par des pairs et la littérature grise (rapports gouvernementaux ou autres) ont constitué d'autres sources de données. L'envergure du projet et le temps ne nous ont pas permis de procéder à nos propres critiques systématiques des données probantes.

Les membres des groupes d'experts ont fourni des sources éclairées d'information et d'opinions (données expérientielles) qui ont appuyé énormément d'autres sources de données et contribué à raffiner les recommandations.

Enfin, les premières analyses d'administrations ont produit d'importantes sources d'information (données contextuelles). Ces analyses ont été utiles à deux égards, soit en :

- 1) fournissant des recommandations reliées au rapport (p. ex., la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles);
- 2) indiquant d'autres endroits qui ont mis en œuvre des recommandations stratégiques semblables (p. ex., lois d'États américains au sujet de l'éducation physique obligatoire dans les écoles).

Même si notre approche a consisté à appuyer nos recommandations sur les données probantes les plus solides, nous avons aussi reconnu que les données devaient être pertinentes à notre convergence sur les interventions au niveau des politiques provinciales afin d'améliorer la santé de la population en Ontario.

Il se peut que les concepts de recherche habituellement considérés comme les plus robustes pour des études cliniques, comme les essais contrôlés randomisés, ne soient pas toujours pertinents pour les politiques portant sur la santé publique (ou sur l'éducation)<sup>81,83,84</sup>. Il faut un éventail plus large de concepts et d'approches (comme les études communautaires, les concepts quasi expérimentaux et les études d'observation) pour de telles études<sup>83</sup>. En tenant compte de ce point de vue sur l'importance de la pertinence, nous avons adopté une approche plus inclusive des données probantes et de la conception des études sur lesquelles appuyer les recommandations.

Prière de consulter le tableau sur le *continuum des preuves d'efficacité* des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) qui a guidé notre évaluation des meilleures données de recherche disponibles sur l'efficacité<sup>82</sup>.

### 3. Description des données probantes

#### Approche des données probantes

Le GTP a cherché les données probantes disponibles les plus solides pour appuyer les interventions recommandées.







## 4. Interventions au niveau de la population

Basée sur les meilleures données probantes disponibles (y compris d'autres rapports factuels de l'Ontario<sup>28,85</sup> et des recommandations qui ont précédé le présent document), cette partie du rapport présente des recommandations sur des politiques et d'autres interventions au niveau de la population afin de réduire l'exposition aux quatre facteurs de risque modifiables.

La spécificité de ces recommandations correspond à l'importance de l'infrastructure réglementaire en place pour lutter contre les facteurs de risque. Les recommandations portant sur l'alcool et le tabac s'inspirent en grande partie d'un système bien développé de moyens de contrôle réglementaires. Les recommandations sur la nutrition et l'activité physique reflètent par contre la complexité de ces enjeux. Il existe une pénurie comparative de politiques et de systèmes réglementaires axés sur la prévention primaire des maladies chroniques attribuables aux habitudes alimentaires malsaines et au sédentarisme.

Ces interventions constituent un premier pas essentiel vers la prise de décisions bien éclairées sur la meilleure façon de prévenir les maladies chroniques et d'appuyer la viabilité du système de santé. Elles rendront le processus décisionnel plus systématique, rigoureux et transparent et aideront à instaurer une synergie entre tous les ministères et les ordres de gouvernement afin de prévenir les maladies chroniques et d'améliorer la santé de la population de l'Ontario dans un contexte de ressources limitées.

### Recommandations sur le tabagisme

#### Le contexte de l'Ontario

Comme en témoigne le succès qu'ont connu la Stratégie

antitabac de l'Ontario (SAO) de 1992 et la stratégie Ontario sans fumée (OSF) de 2004<sup>21</sup>, l'Ontario est un chef de file au niveau des programmes intégrés de lutte antitabac. En dépit de nos réalisations importantes, y compris le recul impressionnant de la prévalence du tabagisme chez les adultes et la mise en œuvre de mesures innovatrices afin de protéger le public contre l'exposition à la fumée de tabac, 20,3 % des Ontariens de 20 ans et plus, soit 1,96 million d'Ontariens, fument toujours. Les programmes et les politiques comportent toujours d'importantes lacunes qu'il faut combler si nous voulons que l'Ontario fasse reculer encore davantage le tabagisme<sup>85,86</sup>.

En 2011, la stratégie Ontario sans fumée a été renouvelée sur les conseils du Groupe consultatif de la Stratégie antitabac (GCSA), qui s'est fondé sur les données probantes produites par le Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-OSF). Le gouvernement a reçu plus de 50 recommandations qui sont en train d'être mises en œuvre<sup>85,87</sup>.

Les quatre recommandations qui suivent correspondent aux recommandations formulées dans ces rapports et les appuient. Elles visent à mettre en évidence et à renforcer le besoin d'intervenir pour combler des lacunes critiques de la stratégie. Certaines recommandations mettent en évidence des domaines où il ne s'est rien fait récemment (c.-à-d. augmentation des taxes) ou s'appuient sur les réalisations des stratégies existantes et les prolongent (c.-à-d. application aux endroits publics et extérieurs de la protection contre l'exposition à la fumée de tabac) ou renforcent des activités déjà commencées mais qu'il faut pousser plus loin (p. ex., création d'un système d'abandon pour la province).

## RÉSUMÉ



La prévention primaire des maladies chroniques consiste à réduire l'exposition aux quatre facteurs de risque modifiables : tabagisme, consommation d'alcool, inactivité physique et habitudes alimentaires malsaines. Pour réduire l'exposition à ces risques, il faut modifier le comportement humain – ce qui n'est pas facile. Au lieu d'essayer d'agir sur des choix individuels qui portent sur les habitudes de vie, les interventions au niveau de la population modifient l'environnement en général<sup>16,17</sup>, ce qui réduit l'exposition aux risques négatifs que comportent les choix santé et augmente les possibilités en la matière.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur le tabagisme

#### Le contexte de l'Ontario

#### Recommandation 1

### Le tabac et les maladies chroniques : Qu'est ce que nous savons?

Le tabagisme (le fait de fumer activement la cigarette, le cigare et le cigarillo, l'exposition à la fumée ambiante et le tabac sans fumée) constitue une importante cause évitable de morbidité et de mortalité.

- Des données convaincantes indiquent que le tabagisme actif cause plusieurs cancers, y compris ceux du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de l'appareil urinaire, de l'œsophage, de l'estomac, du côlon et du rectum, du foie, du pancréas, du col de l'utérus, de l'ovaire et de la moelle osseuse.
- Le tabagisme actif est aussi une cause de maladies cardiovasculaires.

- L'exposition à la fumée ambiante est une cause de cancer du poumon et d'ischémie cardiaque et, peut-être, d'accidents vasculaires cérébraux et de cancer du larynx et du pharynx.
- On estime que 20,3 % des adultes de l'Ontario âgés de 20 ans et plus et 11,9 % des jeunes de la 10<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année fument actuellement.
- Basées sur les données canadiennes, les dépenses attribuées au tabagisme ont coûté à l'Ontario un total estimatif de 2,2 milliards de dollars en coûts directs de soins de santé et 5,3 milliards en coûts indirects en 2011, pour un total de 7,5 milliards de dollars.

Voir les références et les sources de données au chapitre 2

Le présent rapport reconnaît le rôle crucial que les gouvernements fédéral et provinciaux jouent dans le contrôle de l'approvisionnement en tabac de contrebande. En 2008, le gouvernement fédéral a annoncé la Stratégie de lutte contre le tabac de contrebande et en 2011, l'Ontario a modifié la *Loi de la taxe sur le tabac* pour y inclure des dispositions qui aideront à réduire l'offre de tabac de contrebande. Le présent rapport appuie ces initiatives et d'autres efforts visant à réduire la disponibilité du tabac de contrebande.

L'Ontario a maintenant une occasion de bâtir sur les succès que nous avons déjà connus dans la lutte intégrée contre le tabac et de les généraliser pour créer un environnement intégré, à niveaux multiples, complet, coordonné et, le plus important, appuyé par les multiples ministères du gouvernement de l'Ontario.

### Recommandation 1

#### **Augmenter la taxe sur les produits du tabac.**

Augmenter sur-le-champ la taxe sur tous les produits du tabac vendus en Ontario. Cette taxe sera égale (ou supérieure) au taux moyen de la taxe sur les produits du tabac imposée par les autres provinces ou territoires du Canada et indexée sur l'inflation (ou plus). Il est recommandé que le minimum de la taxe spéciale sur le tabac (TST) demeure fixé à un pourcentage constant du total, que ce pourcentage puisse augmenter et que le produit de la TST serve à financer le programme provincial de lutte contre le tabac.

Les interventions positives sous forme d'augmentation des taxes sur le tabac et d'une taxe spéciale sur le tabac pour appuyer un programme provincial de lutte antitabac disposant d'un financement solide réduiront



encore davantage les taux de tabagisme et les coûts qui en découlent pour l'économie<sup>88</sup>.

Une augmentation de certaines taxes en particulier constitue le moyen le plus approprié de protéger la santé du public et de réduire l'exposition aux produits du tabac. La recherche démontre clairement que beaucoup de jeunes fumeurs de l'Ontario choisissent leur marque de cigarettes en fonction du prix<sup>89-91</sup>. L'augmentation de la taxe d'accise spécifique imposée sur les produits du tabac fera grimper les prix de tous les produits, réduira l'écart de prix entre les marques haut de gamme et les marques à rabais et finira par faire reculer le tabagisme<sup>92</sup>. Les taxes spécifiques au tabac n'ont pas augmenté en Ontario depuis 2006. Le prix d'une cartouche de cigarettes en Ontario vient à l'avant-dernier rang au Canada<sup>93</sup>. De plus, la disparité des taxes sur le tabac entre les provinces et les territoires du Canada crée aussi une possibilité d'achats transfrontaliers et de contrebande de cigarettes moins taxées.

#### Appui en faveur d'une augmentation des taxes sur le tabac

L'OMS affirme que « *Le meilleur moyen de diminuer la consommation de tabac et d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer est d'augmenter le prix du tabac en majorant les taxes*<sup>92</sup>. »

La recherche montre constamment qu'une augmentation de 10 % des prix du tabac réduit la consommation d'environ 4 %<sup>94</sup>. Des taxes plus élevées sur les produits du tabac découragent les adultes de fumer, mais elles sont encore plus efficaces lorsqu'il s'agit de réduire le tabagisme chez les jeunes<sup>95-97</sup> et les pauvres<sup>98,99</sup>.

Dans son rapport intitulé *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation*, l'Institute of Medicine des États-Unis a recommandé d'indexer sur l'inflation les taux de la taxe d'accise sur le tabac<sup>100</sup>.

#### Appui en faveur d'une taxe spéciale sur le tabac

L'Ontario pourrait être un chef de file au Canada en mettant en œuvre une taxe spéciale sur le tabac. Il est démontré qu'une telle taxe est un moyen très efficace de financer les programmes intégrés de lutte antitabac dans une administration. Le *programme antitabac de la Californie*, par exemple, qui connaît beaucoup de succès s'appuie sur un amendement apporté en 1988 à la *California Tobacco Health Protection Act* (Proposition 99), qui a augmenté de 25 cents le paquet la taxe de l'État sur les cigarettes (et d'un montant équivalent la taxe sur d'autres produits du tabac). Les nouveaux revenus ont été réservés à des programmes visant à réduire le tabagisme, à appuyer la recherche sur le tabac et à financer des programmes de lutte antitabac.

#### Recommandation 2

##### *Élargir et étendre le système intégré d'abandon du tabac*

Élargir et étendre les efforts déployés pour créer en Ontario un système intégré et coordonné d'abandon du tabac qui s'appuie sur les ressources existantes dans les hôpitaux, les contextes de soins primaires et de soins communautaires, afin d'accroître l'accès aux services de traitement pour tous les fumeurs, sans égard à l'âge ou au contexte.

Quels que soient leur âge, leurs antécédents de fumeur ou leur état de santé, les personnes qui cessent de fumer voient leurs risques diminuer considérablement en quelques années<sup>30</sup>. La plupart des utilisateurs de produits du tabac en Ontario veulent abandonner et beaucoup essaieront de le faire au cours de la prochaine année<sup>21</sup>. Quelques-uns seulement y réussiront toutefois du premier coup. Les données probantes démontrent que des moyens structurés d'appuyer les efforts d'abandon augmenteraient considérablement leurs chances de réussir<sup>85,101,102</sup>.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur le tabagisme

#### Recommandation 2



En Ontario, 20,3 % des adultes et 11,9 % des jeunes de la 10<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année fument toujours.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur le tabagisme

#### Recommandation 2

*En renouvelant la stratégie Ontario sans fumée en 2011, le gouvernement de l'Ontario a démontré qu'il était déterminé à aider les fumeurs à cesser de fumer.*

Pour être efficaces, les stratégies antitabac doivent inclure un investissement considérable dans les mesures d'abandon<sup>92,103,104</sup>. Même si l'on ne recrutait jamais de nouveaux utilisateurs de produits du tabac, l'Ontario compterait toujours 2 million de fumeurs, tous exposés à des conséquences qui entraîneront des coûts en soins de santé.

En renouvelant la stratégie Ontario sans fumée en 2011, le gouvernement de l'Ontario a démontré qu'il était déterminé à aider les fumeurs à cesser de fumer. L'Ontario a lancé récemment des initiatives importantes, qui consistent notamment à accroître l'accès aux médicaments favorisant l'abandon du tabac pour les fumeurs bénéficiant de l'aide sociale et pour les plus de 65 ans dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), sans oublier les moyens d'aide au renoncement fournis par les pharmaciens de l'Ontario. D'autres initiatives consistent notamment à donner des médicaments et des conseils sur l'abandon du tabac aux fumeurs qui sont traités pour d'autres toxicomanies.

Le gouvernement a aussi annoncé qu'il avait l'intention de généraliser l'aide au renoncement dans les hôpitaux pour les fumeurs qui ont une maladie chronique et ceux qui ont une profession à risque plus élevé. Dans tous ces cas, il s'agit d'initiatives importantes qu'il faut élargir et étendre afin d'accroître l'accès aux traitements et aux services d'abandon pour tous les utilisateurs de produits du tabac, sans égard à leur âge ou à leurs antécédents.

Il faut créer et appuyer un système intégré d'abandon du tabac qui offre aux fumeurs de l'Ontario une stratégie d'abandon « sans mauvaise solution ». Il faudrait offrir à tous les fumeurs qui souhaitent cesser de fumer de nombreux points différents d'accès au système d'abandon qui existe actuellement en Ontario et, au besoin, des stratégies efficaces de renoncement pour tous les efforts qu'ils déploient à cette fin.

Les systèmes d'abandon fondés sur les pratiques

exemplaires sont intégrés et incluent (au moins) les quatre éléments suivants pour améliorer les résultats des efforts de renoncement des fumeurs<sup>85,92</sup>. L'Ontario a réalisé des progrès dans chacun de ces quatre volets, mais il faut quand même redoubler d'efforts.

#### **1. Programmes de renoncement offerts dans tous les contextes hospitaliers**

La prestation constante de traitements d'abandon du tabac à tous les fumeurs au cours de l'hospitalisation répond aux besoins des patients et offre une bonne occasion de nous attaquer avec succès au tabagisme<sup>105</sup>.

#### **2. Intégration de conseils sur l'abandon dans les services de soins de santé primaires**

Des conseils uniformes sur l'abandon offerts à tous les fumeurs peuvent être intégrés à peu de frais dans les services de soins de santé primaires, sont habituellement bien accueillis et les plus efficaces lorsque l'on conseille clairement, fortement et personnellement aux intéressés de cesser de fumer<sup>103</sup>.

#### **3. Accès à des médicaments gratuits ou peu coûteux qui favorisent l'abandon**

Il faut donner à tous les fumeurs accès à des médicaments abordables qui favorisent l'abandon du tabac, comme la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Les fumeurs qui suivent une TRN lorsqu'ils essaient d'abandonner ont deux fois plus de chances de réussir et ce pourcentage augmente encore davantage lorsque la thérapie est jumelée à des conseils sur l'abandon<sup>103,104</sup>. La couverture de la TRN est actuellement limitée aux bénéficiaires du programme de médicaments gratuits de l'Ontario (MGO).

#### **4. Services de téléassistance faciles d'accès et gratuits**

Tous les fumeurs ont besoin d'avoir accès à des conseils personnels sur l'abandon offerts par des services de téléassistance gratuits qui devraient être accessibles à des heures commodes<sup>106</sup>.

### Appui en faveur d'un système intégré d'abandon du tabac

L'OMS affirme que « *Le traitement de la dépendance du tabac aide les fumeurs à arrêter et soutient les autres initiatives de lutte antitabac. Les services d'aide au sevrage tabagique sont le plus efficace lorsqu'ils font partie d'un programme coordonné de lutte antitabac*<sup>92</sup>. » Le traitement du tabagisme peut avoir un effet important sur la santé et est très rentable comparativement à d'autres activités du système de santé<sup>104</sup>.

La 16<sup>e</sup> liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels inclut la TRN parce que des preuves de grande qualité en démontrent l'innocuité acceptable et la rentabilité<sup>107</sup>. Même si elle n'est pas recommandée dans leur cas, 5 % des jeunes fumeurs de l'Ontario utilisaient déjà la TRN en 2008<sup>108</sup>.

#### Recommandation 3

##### ***Lancer une campagne soutenue de marketing social.***

Lancer une campagne soutenue de marketing social qui incite les usagers du tabac à abandonner et les informe des dangers de tous les types d'usage du tabac, ainsi que des options et des ressources différentes disponibles en Ontario pour s'affranchir du tabac.

On entend par marketing social le recours stratégique aux médias pour instaurer un changement social planifié et il sous-tend toute campagne antitabac fructueuse<sup>109</sup>. Étant donné que les gens affirment de plus en plus vouloir cesser de fumer et que de moins en moins essaient vraiment d'arrêter, le moment est venu de recourir au marketing social stratégique pour passer avec succès de la parole à l'acte<sup>85,110,111</sup>.

### Appui en faveur de communications soutenues

Dans la lutte antitabac, les campagnes de marketing social ont un effet positif sur les fumeurs au niveau de la population. Les campagnes ciblées stimulent l'intention de cesser de fumer, réduisent la consommation de tabac, font grimper les taux d'abandon et baisser la prévalence du tabagisme<sup>112-115</sup>. Elles aident à informer les utilisateurs des produits du tabac sur des services d'aide comme les services de téléassistance pour fumeurs<sup>113,116,117</sup> qui étendent le rayonnement et l'effet des programmes.

Pour être efficaces, les campagnes de marketing social doivent durer<sup>112</sup>. Il faut établir un équilibre entre les efforts déployés pour atteindre la population en général et les campagnes qui visent les populations à risque élevé<sup>118</sup>. Les campagnes efficaces passent par une recherche rigoureuse, des essais, une évaluation périodique et l'indépendance des pressions politiques<sup>85,119</sup>.

#### Recommandation 4

##### ***Interdire le tabac sur les terrasses des bars et des restaurants.***

Modifier la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* pour y interdire le tabac sur les terrasses ouvertes des bars et des restaurants (y compris une zone tampon de 9 mètres à partir du périmètre de la terrasse).

Il y a longtemps que l'Ontario adopte des règlements municipaux et des lois provinciales pour protéger la population contre l'exposition à la fumée de tabac et pour lutter contre le tabagisme. En 2006, les amendements apportés à la *Loi favorisant l'Ontario sans fumée* (LOSF) ont interdit le tabac dans les lieux de travail et les endroits publics fermés et l'affichage de produits du tabac avant l'achat<sup>121</sup>. En 2009, la loi a été modifiée de nouveau de façon à interdire de fumer dans les

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur le tabagisme

#### Recommandation 3

#### Recommandation 4

*Le marketing social s'entend de la planification et de la mise en œuvre de programmes conçus pour instaurer un changement social à l'aide de concepts tirés du marketing commercial<sup>120</sup>.*

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur la consommation d'alcool

#### Le contexte de l'Ontario

véhicules à moteur en présence d'enfants de moins de 16 ans<sup>121</sup>. Afin de protéger encore davantage la santé publique, l'Ontario peut modifier la LOSF pour interdire le tabac sur les terrasses ouvertes de bars et de restaurants et autour de celles-ci (à moins de 9 mètres).

La législation a réduit considérablement l'exposition des travailleurs à la fumée de tabac. Les études démontrent constamment que l'exposition à la fumée ambiante diminue de 80 % à 90 %, même dans les endroits à risque élevé comme les restaurants et les bars<sup>122</sup>.

La qualité de l'air sur les terrasses extérieures atteint toutefois les concentrations en particules de fumée à l'intérieur qui sont à l'origine de l'interdiction de fumer à l'intérieur des bars et des restaurants<sup>123</sup>.

Le tabac constitue un risque à la fois pour les autres clients et pour les travailleurs de la restauration qui peuvent passer des heures à moins d'un mètre des fumeurs à l'extérieur<sup>122,123</sup>. À l'intérieur, les restaurants et les bars peuvent être contaminés par la fumée provenant des terrasses qui passe par les portes, les fenêtres et les événements, ainsi que par les émissions toxiques provenant de vêtements contaminés par la fumée de tabac<sup>30,123-125</sup>.

#### Appui en faveur de l'interdiction du tabac sur les terrasses

Le public appuie fermement l'expansion de la LOSF afin d'y inclure les terrasses ouvertes des bars et des restaurants, étant donné qu'un pourcentage important des clients des restaurants (48 %) et des bars (74 %) sont toujours exposés à la fumée de tabac sur les terrasses extérieures<sup>21</sup>. En 2009, 80 % des adultes de l'Ontario ont convenu qu'il faudrait interdire le tabac sur toutes les terrasses des restaurants et des bars<sup>21</sup>.

La recherche a démontré l'efficacité des interdictions du tabac et des restrictions proposées dans le cas du tabagisme<sup>126-130</sup>. L'Alberta, le Yukon, la Nouvelle-Écosse,

Terre-Neuve-et-Labrador et des municipalités de l'Ontario ont interdit de fumer sur les terrasses ouvertes des restaurants et des bars ou à proximité de celles-ci. Ottawa, Kingston, Thunder Bay, Woodstock, Brighton et des localités plus petites ont interdit de fumer sur les terrasses ouvertes<sup>131</sup>.

### Recommandations sur la consommation d'alcool

#### Le contexte de l'Ontario

En Ontario, la liste des intervenants qui jouent un rôle dans la politique sur l'alcool est longue. Deux entités gouvernementales jouent un rôle pivot dans la réglementation de la disponibilité de l'alcool.

- La Commission des alcools et des jeux de l'Ontario (CAJO) surveille l'autorisation de vendre de l'alcool pour consommation sur les lieux dans des établissements (p. ex., bars et restaurants) et pour consommation immédiate au cours d'événements.
- La Régie des alcools de l'Ontario (RAO) maintient un monopole gouvernemental partiel sur les ventes d'alcool hors lieux (pour consommation ailleurs). Son réseau panprovincial inclut les magasins de la RAO et des agences, ainsi que les magasins de bière et de vin de l'Ontario qui sont administrés par des brasseurs et des négociants privés de la province.

Les municipalités de l'Ontario ont le choix de vendre ou non de l'alcool à l'intérieur de leur territoire en adoptant un règlement local. En établissant des politiques municipales sur l'alcool, les administrations locales peuvent en outre réglementer la vente d'alcool dans les lieux qui leur appartiennent. Trente-six services de santé publique de l'Ontario exercent aussi leur influence sur les politiques relatives à l'alcool, car ils



## Consommation d'alcool et maladies chroniques : Qu'est ce que nous savons?

- Les boissons alcoolisées sont reconnues comme cancérogènes pour l'être humain et causent le cancer de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du foie et du sein chez la femme.
- Il y a un lien de cause à effet entre la consommation importante et régulière d'alcool et le diabète type 2, ainsi que des résultats cardiovasculaires indésirables comme la cardiomyopathie, l'accident vasculaire cérébral hémorragique et la mortalité cardiovasculaire globale.
- On estime que 21,7 % des adultes de l'Ontario âgés de 18 ans et plus dépassent les lignes directrices sur la

consommation à faible risque : 65,3 % des jeunes de l'Ontario déclarent avoir déjà but de l'alcool, 26,9 % des jeunes signalent avoir pris cinq consommations ou plus au cours d'une même occasion pendant le mois précédent.

- Compte tenu des données canadiennes, les dépenses attribuées à la consommation d'alcool ont coûté à l'Ontario quelque 1,7 milliard de dollars en coûts directs pour les soins de santé et 3,6 milliards en coûts indirects, pour un total de 5,3 milliards de dollars en 2011.

*Voir les références et les sources de données au chapitre 2*

sont chargés en vertu des *Normes de santé publique de l'Ontario* (2008) de collaborer avec des partenaires communautaires pour orienter l'élaboration de politiques et de programmes en fonction d'une approche intégrée de la promotion de la santé<sup>132</sup>.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) est une société de la Couronne de l'Ontario chargée d'effectuer des recherches, de donner de l'éducation, de promouvoir la santé et d'élaborer des politiques portant sur l'alcool. Les centres de ressources en promotion de la santé de Santé publique Ontario, soit le Alcohol Policy Network donnent aussi de la formation et de l'aide technique pour l'élaboration de politiques visant à prévenir des problèmes reliés à l'alcool. Tous ces interlocuteurs, ainsi que des organisations non-gouvernementales nationales et provinciales importantes comme Mothers Against Drunk Driving (MADD), ont un rôle important à jouer dans la prévention primaire, à l'échelle de la population, des problèmes reliés à l'alcool. Les quatre recommandations qui suivent représentent l'éventail des politiques établies au niveau de la population et éclairées par des données probantes

qui sont nécessaires pour alléger le fardeau des maladies chroniques reliées à l'alcool.

### Recommandation 5

#### ***Maintenir et renforcer l'établissement de prix socialement responsables.***

Maintenir et renforcer l'établissement de prix socialement responsables de l'alcool en :

- a) fixant un prix minimum par consommation standard de toutes les boissons alcoolisées, indexé sur l'inflation;
- b) maintenant les prix moyens au niveau ou au dessus de l'indice des prix à la consommation;
- c) adoptant des politiques d'établissement de prix dissuasifs pour les boissons à plus forte teneur en alcool afin de dissuader la production et la consommation de boissons alcoolisées plus fortes et de réduire la consommation globale d'alcool éthylique par habitant.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur la consommation d'alcool

#### Recommandation 5

#### 4. Interventions au niveau de la population

##### Recommandations sur la consommation d'alcool

###### Recommandation 6

*Chaque assouplissement successif des mesures de contrôle de l'alcool peut certes être relativement mineur, mais l'effet cumulatif pourrait alourdir les préjudices liés à l'alcool.*

Comme dans le cas du tabac, on peut soutenir que les prix et les taxes constituent les contre-mesures stratégiques les plus puissantes à appliquer pour lutter contre la consommation d'alcool. Pour être efficace, le prix des boissons alcoolisées doit être structuré de façon à augmenter en fonction de la teneur en alcool. Il faut aussi indexer les prix des boissons alcoolisées sur l'inflation et éviter qu'ils tombent au dessous des prix de détail minimaux indexés sur le coût de la vie<sup>133,134</sup>.

##### Appui en faveur de l'établissement de prix responsables

Une masse importante de résultats de recherche révèle l'efficacité de taxes élevées et de prix minimum pour l'alcool comme moyens de dissuasion des problèmes liés à l'alcool, y compris les maladies chroniques. On établit des liens précis entre l'établissement de prix dissuasifs et la diminution de la consommation d'alcool, ainsi que des réductions des traumatismes, des problèmes sociaux et des maladies chroniques associés à la consommation d'alcool<sup>135</sup>.

L'effet du prix sur la consommation d'alcool a fait l'objet de recherches plus poussées que toute autre mesure de contrôle et des examens systématiques récents confirment l'effet du prix sur la demande<sup>136-139</sup>. Il est démontré que les prix dissuasifs ont un effet positif sur la consommation chez les gros buveurs qui peuvent avoir des problèmes liés à l'alcool<sup>140</sup>.

Wagenaar et al., par exemple, ont passé en revue 112 études portant sur le lien entre les taxes sur l'alcool, les prix et la consommation globale. Ils ont découvert des données statistiquement convaincantes de l'existence d'un rapport inverse entre les prix des alcools et les tendances de la consommation dans toute la population de buveurs légers à gros buveurs. La solidité des résultats a incité les auteurs à conclure que « *Nous ne connaissons pas d'autres mesures préventives pour réduire*

*la consommation qui ont fait l'objet d'autant d'études et qui ont eu des effets aussi uniformes constatés dans les publications au sujet des taxes imposées sur l'alcool et des prix*<sup>139</sup>. » Reconnaisant l'effet positif du prix comme moyen de dissuasion face aux problèmes liés à l'alcool, des administrations comme l'Écosse<sup>141</sup> et la Saskatchewan<sup>142</sup> ont adopté au cours des dernières années des politiques sur l'établissement de prix minimaux dans le cas des boissons alcoolisées.

##### Recommandation 6

##### ***Appliquer des mesures efficaces de contrôle de la disponibilité de l'alcool.***

Contrôler le risque global d'exposition à l'alcool en :

- veillant à ce que les heures de vente n'augmentent pas;
- veillant à ce que la densité globale des clients dans les points de vente pour consommation sur les lieux et ailleurs n'augmente pas par habitant;
- évitant de privatiser davantage les ventes au détail d'alcool pour consommation « hors lieux » en Ontario.

Il y a un lien entre la facilité d'accès à l'alcool et l'augmentation de la consommation et des problèmes de santé<sup>133,143</sup>. Les politiques visant à limiter la disponibilité et l'accès constituent un élément crucial de toute stratégie visant à alléger le fardeau des maladies chroniques attribuables à l'alcool.

L'Ontario restreint les heures de vente et aussi la densité géographique des points de vente pour consommation sur place et hors lieux. Les restrictions se sont toutefois relâchées graduellement depuis 15 ans. Mentionnons, par exemple, l'heure de la « dernière tournée » qui permet de servir de l'alcool dans les lieux titulaires d'un

permis, qui est passée de 1 h à 2 h du matin en 1996, l'autorisation accordée aux magasins de bière et de vin de la RAO d'ouvrir le dimanche et l'élimination, en mai 2011, des obstacles à la disponibilité de l'alcool au cours d'événements spéciaux, de festivals et dans les établissements titulaires d'un permis. Chaque assouplissement successif des mesures de contrôle de l'alcool peut certes être relativement mineur, mais l'effet cumulatif pourrait alourdir les préjudices reliés à l'alcool<sup>144</sup>.

#### **Appui en faveur de la limitation de la disponibilité**

Une masse importante de données tirées de recherches effectuées à l'étranger démontre qu'il y a un lien entre la densité géographique par habitant plus forte aux points de vente d'alcool et les heures ou les jours prolongés de vente, d'une part, et la consommation d'alcool à risque élevé et les problèmes reliés à l'alcool, de l'autre<sup>135,143,145</sup>. Compte tenu de l'accès croissant à l'alcool constaté au cours des dernières années, y compris d'une augmentation spectaculaire dans certaines administrations canadiennes<sup>146</sup>, le contrôle de la disponibilité physique de l'alcool constitue une contre-mesure importante.

#### **Appui en faveur du monopole continu sur les ventes d'alcool**

Même s'ils ne sont pas sans avoir leurs limites, les systèmes et les monopoles gouvernementaux de vente au détail aident à assurer la disponibilité socialement responsable de l'alcool de nombreuses façons, soit en : (1) limitant le nombre de points de vente; (2) restreignant les heures de vente; (3) supprimant l'incitation du profit qui pourra augmenter les ventes. Des données probantes solides indiquent que les monopoles hors lieux limitent à la fois la consommation d'alcool et les problèmes reliés à l'alcool<sup>133,143,147</sup>.

La privatisation réduirait-elle la consommation? La recherche semble indiquer que non. D'abondantes

données probantes indiquent que la consommation d'alcool a augmenté dans les administrations qui ont effectué un virage vers la privatisation totale ou partielle des systèmes de vente au détail d'alcool<sup>135</sup>. Wagenaar et Holder (1995) ont constaté, par exemple, qu'on établissait un lien entre la privatisation de la distribution du vin dans cinq États américains et des augmentations des ventes variant de 13 % à 150 %<sup>148</sup>. Au Canada, la privatisation partielle du système de vente au détail d'alcool de la Colombie-Britannique a démontré l'existence d'un lien entre une augmentation de la densité des points de vente privés et une augmentation correspondante du total des ventes<sup>146</sup>.

#### **Recommandation 7**

##### ***Renforcer les mesures de contrôle ciblées portant sur la commercialisation et la promotion de l'alcool.***

Adopter des politiques ciblées de contrôle de la publicité et de la commercialisation portant sur l'alcool, et en particulier des stratégies de commercialisation axées sur la « promotion d'habitudes de vie » pour ce qui est de la consommation d'alcool, de la commercialisation visant les jeunes ou les consommateurs à risque élevé ou qui encourage la consommation d'alcool à risque élevé.

Les activités de publicité, de commercialisation et de commandite sur l'alcool des systèmes de vente au détail dirigés par l'État et les producteurs d'alcool constituent une tendance inquiétante qui a probablement contribué à la montée du taux de consommation depuis 13 ans<sup>133</sup>. Le volume et la diversité des activités de commercialisation et de promotion de l'alcool contribuent énormément à la montée des taux de consommation et des problèmes qui en découlent<sup>135,149,150</sup>.

#### **4. Interventions au niveau de la population**

##### **Recommandations sur la consommation d'alcool**

###### **Recommandation 7**



**21,7 % des adultes de l'Ontario âgés de 18 ans et plus dépassent les lignes directrices sur la consommation à faible risque.**

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur la consommation d'alcool

#### Recommandation 8

### Recommandations sur l'activité physique

#### Le contexte de l'Ontario

Presque tous les règlements canadiens existants sur la publicité contrôlent actuellement le contenu de la publicité sur l'alcool. Ils ne contrôlent pas la fréquence de diffusion des publicités. L'industrie de l'alcool signale des recherches indiquant que la fréquence accrue de la publicité n'a pas d'effet sur les ventes totales. L'industrie affirme que la concurrence vise la demande existante et ne cherche pas à promouvoir la consommation d'alcool. La courbe de fonction publicité-réponse révèle toutefois qu'il y a presque saturation de la publicité sur l'alcool. Des réductions importantes des activités publicitaires s'imposeraient pour qu'en découlent des baisses importantes de la demande globale<sup>144</sup>.

Des contrôles plus rigoureux de la publicité, de la promotion et des commandites reliées à l'alcool aideraient à contrôler les préjudices causés par l'alcool, y compris les maladies chroniques.

#### Appui en faveur d'une publicité et d'une commercialisation ciblées

L'exposition des jeunes à l'alcool en pousse certains à commencer à boire plus jeunes et augmente la consommation chez ceux qui boivent déjà<sup>135,150,151</sup>. Les études sur le lien entre l'exposition des jeunes à la publicité sur l'alcool, leur réponse à la publicité et leur consommation révèlent que ces activités ont un effet sur leur consommation autodéclarée<sup>152</sup>.

#### Recommandation 8

##### ***Accroître l'accès à de brèves interventions de conseil.***

Accroître l'accès à de brèves interventions de conseil pour les consommateurs modérés ou à risque élevé, y compris ceux qui n'ont pas l'âge légal, dans les cliniques, les services de soins de santé primaires, les hôpitaux, les services de santé universitaires, les lieux de travail et sur Internet.

Le système de santé a une capacité importante qu'il serait possible d'exploiter pour appuyer la réduction des facteurs de risque. Même si elles échappent, par exemple, au domaine des stratégies de prévention primaire, les brèves interventions de conseil réussissent à réduire la consommation à risque élevé. Les brèves interventions auprès de personnes à risque de problèmes reliés à la consommation d'alcool font partie d'une stratégie intégrée de réduction des préjudices reliés à l'alcool<sup>133,135,145</sup>. Ces interventions s'adressent à des gens à risque mais qui n'ont pas encore de trouble établi de consommation d'alcool.

Les brèves interventions s'inspirent des étapes décrites dans le *Guide clinique sur la réduction des risques et méfaits de l'alcool*<sup>53</sup>. Outre de brèves interventions de professionnels de la santé, des versions autodidactiques en ligne sont aussi disponibles<sup>154</sup>. Cette recommandation renforce l'importance de l'intervention rapide et fait partie des buts directeurs de la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario<sup>155</sup>.

#### Appui en faveur de brèves interventions

Au cours de la dernière décennie, plus de 100 essais contrôlés randomisés ont montré que des réductions statistiquement significatives de la consommation d'alcool et des problèmes reliés à l'alcool peuvent suivre de brèves interventions de conseil<sup>156,157</sup>. Les brèves interventions peuvent aussi réduire la demande de soins de santé reliés à l'alcool et les coûts qui en découlent<sup>145</sup>.

De plus en plus de preuves indiquent aussi que des « interventions minimales », qui peuvent durer encore moins longtemps que les brèves interventions, peuvent aussi inciter les consommateurs modérés à réduire leur consommation<sup>144</sup>.

## Recommandations sur l'activité physique

### Le contexte de l'Ontario

Même si les données probantes indiquent que l'inactivité

## L'inactivité physique et les maladies chroniques : Qu'est ce que nous savons?

- L'activité physique protège contre le diabète type 2, l'ischémie cardiaque, les maladies cardiovasculaires en général et le cancer du côlon. L'activité physique protège aussi probablement contre les cancers du sein et de l'endomètre.
- Presque la moitié (49,2 %) des Ontariens âgés de 12 ans et plus déclarent avoir été inactifs durant leurs loisirs en 2009-2010.

- Compte tenu des données canadiennes, les dépenses attribuées à l'inactivité physique ont coûté à l'Ontario environ 0,9 milliard de dollars en coûts directs de soins de santé et 2 milliards en coûts indirects en 2011, pour un total de 2,9 milliards de dollars.

Voir les références et les sources de données au chapitre 2

physique constitue un facteur de risque clé de maladies chroniques et même si les niveaux signalés d'inactivité physique sont élevés, l'Ontario n'a pas actuellement de stratégie provinciale intégrée sur l'activité physique. Les interventions provinciales recommandées ci-dessous au niveau des politiques portent sur des interventions prioritaires précises que nous avons définies. Elles ne répondent toutefois pas au besoin d'une stratégie provinciale plus complète sur l'activité physique.

Il existe déjà en Ontario des initiatives importantes qui établissent le paysage contextuel de nos recommandations sur l'activité physique. L'Ontario contribue à l'élaboration d'un cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé chez les enfants et les jeunes. Le gouvernement de l'Ontario finance aussi la promotion de l'activité physique par l'intermédiaire du Fonds pour les communautés en santé dans le cadre de l'initiative d'activités après l'école. Le ministère de l'Éducation a jeté les Fondements d'une école saine qui établit une assise conceptuelle sur laquelle fonder la définition des éléments constitutifs clés (y compris des possibilités d'activité physique structurée) et s'appuyer pour démontrer les liens existant entre ces éléments. La note Politique/programmes n° 138 du ministère de l'Éducation de l'Ontario exige en outre que les élèves du primaire (1<sup>ère</sup> à la 8<sup>e</sup> année) « fassent au minimum vingt minutes d'activité physique soutenue,

*d'intensité modérée à vigoureuse chaque jour de classe durant les heures d'enseignement<sup>158</sup>. »*

D'autres organisations provinciales jouent aussi un rôle actif dans les politiques sur l'activité physique. L'Association pour la santé publique de l'Ontario et l'Institut des planificateurs professionnels de l'Ontario s'intéressent tous deux aux politiques sur les milieux bâtis et le transport actif. Des efforts de collaboration visant à promouvoir l'activité physique réunissent des groupes comme l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario (APMCO), le Groupe de collaboration de l'Ontario sur l'alimentation santé et l'activité physique (OCGHEPA), la Société ontarienne des professionnel(le)s de l'activité physique en santé publique (OSPAPPH), Parcs et Loisirs Ontario (PLO) et l'Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario (ASEPO). En outre, des interventions régionales et locales individuelles et collectives de groupe (comme les services de santé publique, les conseils scolaires et les ONG) instaurent des changements par des initiatives stratégiques portant sur le transport actif et d'autres aspects du milieu bâti qui ont une incidence sur l'activité physique, et par des initiatives de programme types dans des écoles.

Toutes ces activités provinciales et locales préparent le terrain pour les recommandations particulières portant sur les interventions stratégiques qui suivent.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'activité physique

#### Le contexte de l'Ontario

*Même si les données probantes indiquent que l'inactivité physique constitue un facteur de risque clé de maladies chroniques et même si les niveaux signalés d'inactivité physique sont élevés, l'Ontario n'a pas actuellement de stratégie provinciale intégrée sur l'activité physique.*



## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'activité physique

#### Recommandation 9

#### Recommandation 10

### Recommandation 9

#### *Exiger des crédits d'éducation physique.*

Obliger les étudiants à obtenir un crédit d'éducation physique chaque année, de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, pour pouvoir obtenir leur diplôme d'études secondaires.

Les enfants actifs physiquement ne sont pas seulement en meilleure santé : il se peut aussi qu'ils apprennent mieux<sup>159</sup>. En dépit des avantages bien connus qu'offre l'activité physique, on estime que 7 % seulement des enfants et des jeunes du Canada font 60 minutes d'exercice par jour, six jours par semaine<sup>160</sup>. Au cours de l'adolescence, lorsque les jeunes acquièrent des habitudes pour toute la vie<sup>161-163</sup>, l'activité physique diminue en fait<sup>164,165</sup>. En outre, l'inscription aux cours d'éducation physique au secondaire est aussi à la baisse en Ontario<sup>166</sup>.

Les écoles constituent un milieu important pour aider les enfants et les jeunes à acquérir les connaissances générales et spécialisées, ainsi que les habitudes, qui leur permettront de demeurer actifs durant toute leur vie. C'est pourquoi nous recommandons que le ministère de l'Éducation oblige les élèves à obtenir un crédit d'éducation physique chaque année, de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, pour être admissibles au diplôme de fin d'études secondaires. (Les élèves du secondaire en Ontario ont besoin actuellement d'un seul crédit d'éducation physique – obtenu au cours de n'importe quelle année – pour terminer leurs études).

- Pour avoir un effet bénéfique, les cours d'éducation physique doivent inclure des activités physiques d'intensité modérée à vigoureuse au cours de chaque séance<sup>167</sup>.
- L'uniformité et la qualité sont des éléments importants des activités d'éducation physique fournies et l'application de ce principe devrait garantir l'égalité des chances.

### Appui en faveur d'un crédit d'éducation physique

Plusieurs rapports appuient fermement les interventions en milieu scolaire<sup>75,167-171</sup>. Un examen Cochrane a révélé « *de bonnes données probantes indiquant que les interventions en milieu scolaire qui visent l'activité physique réussissent à accroître la durée de l'activité physique, à faire baisser le taux de cholestérol dans le sang et à réduire le temps passé à regarder la télévision, tout en augmentant la VO<sub>2</sub> de pointe*<sup>169</sup>. »

Sans compter qu'elle améliore la santé des élèves, l'éducation physique peut aussi améliorer les résultats scolaires. Dans un rapport publié en 2010, les Centers for Disease Control and Prevention ont indiqué que 11 des 14 études analysées ont révélé l'existence d'au moins un lien positif entre l'éducation physique à l'école et les indicateurs de rendement scolaire. Les trois autres études n'ont constaté aucun lien important entre l'éducation physique et le rendement scolaire<sup>159</sup>.

L'activité physique peut certes se dérouler dans des contextes et des formats différents, mais le cours d'éducation physique est particulièrement important. Le groupe de travail sur les services de prévention communautaires a constaté qu'on appuyait fermement l'éducation physique en milieu scolaire « *à cause de son efficacité lorsqu'il s'agit d'augmenter l'activité physique et d'améliorer le conditionnement physique des adolescents et des enfants*<sup>167</sup>. » Des études portant sur les types particuliers d'activité physique jusqu'à l'âge adulte ont révélé que la participation aux activités d'éducation physique offre un des meilleurs outils de prédiction<sup>172,173</sup>.

### Recommandation 10

#### *Évaluer l'activité physique quotidienne.*

Évaluer l'application, la faisabilité et la qualité de la politique sur l'activité physique quotidienne dans les écoles primaires de l'Ontario et répondre au besoin de mise en œuvre continue.



L'activité physique chez les enfants et les adolescents est importante pour la santé (fonction cardiorespiratoire, baisse de la lipidémie, contrôle du poids) et offre d'importants avantages cognitivo-affectifs possibles (meilleure concentration, gestion du stress, résultats scolaires)<sup>159,174</sup>.

Comme les habitudes relatives à l'activité (et à l'inactivité) physique sont acquises au cours de l'enfance et de l'adolescence<sup>165,175</sup> et peuvent durer jusqu'à l'âge adulte<sup>176-178</sup>, l'école constitue un milieu optimal où offrir des possibilités structurées d'activité physique<sup>159,169,179,180</sup>.

Comme on l'a déjà indiqué, dans sa note Politique/programmes no 138, le ministère de l'Éducation de l'Ontario exige que les élèves de l'élémentaire (1<sup>re</sup> à 8<sup>e</sup> année) « fassent au minimum vingt minutes d'activité physique soutenue, d'intensité modérée à vigoureuse, chaque jour de classe durant les heures d'enseignement<sup>158</sup>. » L'activité physique quotidienne (APQ) doit faire partie de l'éducation physique, mais elle doit la remplacer les jours où il n'y a pas de cours d'éducation physique à l'horaire, ou lorsque le cours d'éducation physique n'inclut pas d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse.

L'activité physique quotidienne régulière contribuerait beaucoup à atteindre l'objectif de 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse recommandé dans la version révisée des lignes directrices canadiennes à l'intention des enfants et des jeunes<sup>181</sup>. Comme il se peut que l'APQ ait été mise en œuvre de façon inégale dans les écoles primaires de l'Ontario<sup>182,183</sup>, il est recommandé de déterminer les éléments suivants :

- Facteurs précis qui jouent sur les tendances de la mise en œuvre
- Obstacles à la mise en œuvre
- Types et qualité des interventions mises en œuvre
- Efficacité de l'APQ sur les plans de la durée de l'activité physique, du conditionnement physique,

de la concentration et des résultats scolaires (on reconnaît qu'il n'y a pas de données de référence)

- Meilleure façon d'utiliser les résultats de l'évaluation pour améliorer la qualité et la mise en œuvre de l'APQ.

#### Appui en faveur de l'évaluation de l'APQ

De solides données probantes appuient l'efficacité des interventions en milieu scolaire qui portent sur l'éducation physique et l'activité physique et visent à promouvoir l'activité physique, le conditionnement physique et d'autres résultats<sup>75,167,169-171</sup>.

L'évaluation joue aussi un rôle essentiel dans la reddition de comptes au public et la pratique éclairée par des données probantes<sup>75,184,185</sup>. La surveillance et l'évaluation, par exemple, jouent un rôle pivot dans les politiques sur l'activité physique et la prévention de l'obésité du modèle du Texas et de la Virginie occidentale (ce qui inclut le secteur de l'éducation). Ces initiatives d'État sont fondées sur le plan national relatif à l'activité physique (NPAP) dévoilé en mai 2010. On a examiné plus tôt une évaluation des conditions préalables essentielles à la mise en œuvre réussie de l'APQ en Ontario<sup>182</sup>, mais il n'y a pas encore eu d'évaluation détaillée de la mise en œuvre, de la faisabilité et de la qualité.

#### Recommandation 11

##### *Appuyer le transport actif.*

Renforcer la déclaration de principes provinciale sur le transport actif dans le contexte de la *Loi sur l'aménagement du territoire* et fournir aux municipalités du financement réservé à la construction d'infrastructures servant à la marche et à la bicyclette.

On a établi un lien entre chaque heure passée dans une automobile chaque jour et une augmentation de 6 % de la probabilité d'obésité et, par contre, un lien entre

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'activité physique

#### Recommandation 11



49,2 % des Ontariens âgés de 12 ans et plus sont inactifs.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'activité physique

#### Recommandation 11

L'Ontario est très bien placé pour faire preuve de leadership dans ce domaine en établissant ses propres politiques et programmes sur l'activité physique.

chaque kilomètre de marche par jour et une diminution de 4,8 % de probabilité d'obésité. Les populations où les taux de transport actif sont plus élevés affichent des taux d'obésité moins élevés<sup>188-190</sup>.

Le transport actif inclut la marche, la bicyclette et les autres moyens de transport non motorisé. Une politique intégrée sur le transport actif impose l'aménagement de réseaux commodes et sécuritaires pour les piétons et les cyclistes comme élément du réseau de transport d'une municipalité. Cette politique aiderait à intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne des gens.

Des trottoirs et des voies cyclables bien éclairés, reliés et réservés constituent l'assise de cette politique dont la mise en œuvre nécessite une infrastructure complète, y compris des points de franchissement routier sécuritaires, des supports à bicyclettes et des liaisons accessibles vers les transports publics.

En vertu de la *Loi sur l'aménagement du territoire*, les municipalités doivent veiller à ce que « leurs décisions et leurs documents en matière d'aménagement soient conformes à la Déclaration de principes provinciale (DPP) ainsi qu'aux plans provinciaux ou au moins compatibles avec eux<sup>191</sup>. »

La DPP (2005) n'inclut pas actuellement d'allées pour piétons ni de voies cyclables dans son article sur les réseaux de transport (DPP, 2005, article 1.6.5). La DPP vise avant tout la promotion des déplacements pédestres et non motorisés dans les espaces publics, les parcs et les espaces ouverts (DPP, 2005, article 1.5). Une politique renforcée sur le transport actif mettra l'accent sur le besoin de connectivité pour les piétons et les cyclistes dans le cadre du réseau de transport d'une municipalité, afin d'accroître le nombre de déplacements quotidiens effectués à pied ou à bicyclette.

La détermination du besoin de transport actif au niveau du réseau dans la DPP aurait un effet direct sur l'aménagement local. La province devrait aussi financer l'aménagement et l'amélioration de l'infrastructure

réservée aux piétons et aux cyclistes. (La DPP est en train d'être mise à jour).

#### Appui en faveur du transport actif

Les personnes qui utilisent des moyens de transport actif comme la marche ou la bicyclette sont susceptibles d'être en meilleure santé cardiovasculaire et respiratoire<sup>192-194</sup>. L'activité physique modérée (comme 30 minutes de marche par jour, cinq fois par semaine) contribue à satisfaire aux directives canadiennes en matière d'activité physique pour les adultes de 18 à 64 ans<sup>181</sup>. Les environnements physiques et sociaux actuels ont toutefois une incidence sur les choix relatifs au transport et, dans certains cas, créent des obstacles à l'activité physique.

Des stratégies intégrées favorisant le transport actif augmenteraient le nombre de personnes qui font ce choix<sup>195-197</sup>. En 2010, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont diffusé des recommandations sur les politiques relatives aux transports qui incluaient la promotion du transport actif par l'aménagement de l'infrastructure nécessaire<sup>198</sup>.

Des politiques sur le transport actif ont été adoptées à l'étranger, y compris à Copenhague qui veut être la principale ville cycliste au monde, et par de nombreux États américains qui ont adopté une politique complète sur les rues<sup>199</sup>. Au Canada, la Colombie-Britannique est à l'avant-garde à l'échelon des provinces<sup>200</sup>. En Ontario, au moins 10 municipalités ont déjà adopté leurs propres politiques en la matière<sup>201</sup>.

Dans une analyse des administrations qui ont une politique relative au transport actif effectuée en 2010, le ministère de la Santé du Royaume-Uni a calculé que les interventions visant la marche et la bicyclette produisaient des retombées économiques importantes représentant en moyenne 13 fois l'argent dépensé<sup>199</sup>.

Cette recommandation en complète une qu'a proposée l'Association pour la santé publique de l'Ontario

## Programme des employés en bonne santé

Johnson & Johnson est une organisation modèle qui offre des programmes établis et fructueux sur la santé et le mieux-être des employés. La société considère la promotion de la santé et du mieux-être des employés comme une saine décision d'affaires qui augmente la productivité et l'engagement tout en réduisant les coûts des soins de santé et améliorant l'état de santé personnelle de ses employés<sup>211,212</sup>.

Son Programme des employés en bonne santé qui connaît un franc succès repose sur des buts et des résultats en santé, y compris un volet activité physique qui vise la santé cardiovasculaire, respiratoire et affective. La démarche de Johnson & Johnson a une force importante : elle suit le profil de santé de chaque employé dans le temps afin de documenter l'efficacité du programme. La recherche effectuée sur le programme de Johnson & Johnson confirme qu'il y a un lien entre éviter de prendre ou de perdre du poids et une réduction possible des coûts des soins de santé<sup>212</sup>.

(ASPO) afin d'inclure dans la Déclaration de principes provinciale une formulation plus ferme au sujet de la protection et de la promotion de la santé humaine<sup>201</sup>. Dans son rapport contextuel sur la santé publique et la planification de l'utilisation des terres, l'ASPO cite aussi des données probantes sur l'amélioration de la qualité de l'air et les bienfaits connexes pour la santé qui découlent du remplacement de l'automobile par d'autres moyens de transport<sup>201</sup>.

### Recommandation 12

#### ***Faire preuve de leadership dans la politique sur l'activité physique en milieu de travail.***

Modifier la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* pour y interdire le tabac sur les terrasses ouvertes des bars et des restaurants (y compris une zone tampon de 9 mètres à partir du périmètre de la terrasse).

Le milieu de travail est un contexte possible important où promouvoir la santé et augmenter le nombre de possibilités de faire de l'activité physique. Beaucoup d'emplois d'aujourd'hui sont sédentaires. On a calculé

que les adultes canadiens consacrent en moyenne plus de la moitié de leurs heures de veille à des activités sédentaires qui consistent principalement à rester assis pendant des périodes prolongées<sup>202</sup>. Le sédentarisme devient un indicateur qui représente plus que le manque d'activité physique et un facteur de risque indépendant pour au moins un type de cancer<sup>203</sup>.

En jouant un rôle de premier plan dans l'activité en milieu de travail, l'Ontario peut aider à démontrer que l'activité physique améliore la santé et la productivité des employés, réduit les coûts de l'assurance-maladie, de même que l'absentéisme. Une politique et un programme d'activité physique bien conçus pourraient aussi inspirer d'autres organisations des secteurs public et privé<sup>204</sup>.

Des normes obligatoires sur la santé publique en Ontario obligent à augmenter la capacité de promotion de la santé en milieu de travail<sup>132</sup>. L'Ontario est très bien placé pour faire preuve de leadership dans ce domaine en établissant ses propres politiques et programmes sur l'activité physique.

#### **Appui en faveur de l'activité physique au travail**

Selon Sallis et Glanz, « *les politiques de l'employeur déterminent les ressources, les incitations ou les éléments de*

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'activité physique

#### Recommandation 12

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'alimentation santé

#### Le contexte de l'Ontario

*dissuasion qui ont trait... aux habitudes de vie active dans les organisations où... les adultes passent la majeure partie de leur temps<sup>76</sup>. »*

Le Groupe de travail sur les services de prévention communautaire a procédé à un examen systématique pour déterminer si des interventions portant sur l'activité physique et la nutrition au travail contrôlaient l'embonpoint et l'obésité chez les employés<sup>205</sup> et a conclu qu'il y avait « *de solides données probantes indiquant que des interventions portant sur l'activité physique avaient un effet constant, quoique modeste, sur le poids et l'obésité* ». Le groupe de travail a recommandé de s'inspirer des programmes les plus efficaces pour lancer des programmes de promotion de la santé en milieu de travail.

Il y a un lien étroit entre l'accès aux installations et les possibilités d'entreprendre des programmes, d'une part, et l'activité physique chez les adultes, de l'autre. Une analyse de 19 études a indiqué qu'il y avait « *un lien constant entre l'accessibilité aux installations récréatives, les possibilités de faire de l'activité et les qualités esthétiques, d'une part, et l'activité physique, de l'autre<sup>75</sup>. »*

Un article paru récemment dans le Harvard Business Review met en évidence les aspects intéressants des programmes de mieux-être des employés pour les employeurs des secteurs public et privé. Sans compter qu'elles améliorent la santé, les interventions visant à lutter contre l'inactivité physique et d'autres facteurs de risque importants ont un effet positif sur la réduction des coûts, l'augmentation de la productivité et l'amélioration du moral<sup>206</sup>. Des examens systématiques appuient eux aussi le lien entre les programmes de promotion de la santé et de mieux-être au travail et des résultats comme une diminution des coûts et des taux d'absentéisme et de « *présentéisme* » (le fait d'être présent au travail mais de donner un rendement limité à cause d'un problème de santé)<sup>207-209</sup>.

Comme employeur modèle, l'Ontario peut élaborer « *des programmes intégrés dans la structure organisationnelle*

*et qui seront donc considérés non pas comme des interventions, mais plutôt comme un élément de la culture ordinaire du milieu de travail<sup>184</sup>. »* On pourrait utiliser la théorie de la diffusion de l'innovation pour évaluer la propagation de cette politique dans les organisations des secteurs public et privé<sup>210</sup>.

## Recommandations sur l'alimentation santé

### Le contexte de l'Ontario

En Ontario, plusieurs secteurs et de nombreux intervenants participent à l'élaboration de programmes, de services et de politiques sur l'alimentation santé, les aliments et la nutrition. Le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales, par exemple, vise à garantir et promouvoir un secteur alimentaire sain, sécuritaire et qui connaît du succès. Beaucoup d'autres ministères et organismes ont un intérêt acquis dans l'alimentation et la nutrition, y compris les suivants :

- Le ministère de l'Éducation a publié sa note Politique/programmes no 150, Politique concernant les aliments et boissons dans les écoles.
- Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse appuie le Programme de bonne nutrition pour les élèves de l'Ontario afin de fournir dans le milieu scolaire des petits déjeuners, des collations et des déjeuners santé.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit, en vertu de la version 2008 des Normes de santé publique de l'Ontario, appuyer les programmes portant sur ces aspects, y compris le Programme de distribution de fruits et de légumes dans le nord de l'Ontario.
- Les Diététistes du Canada administrent le programme Saine Alimentation Ontario, financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui donne accès à de l'information fiable sur



## Alimentation santé et maladies chroniques : Qu'est ce que nous savons?

L'alimentation santé peut protéger contre les maladies chroniques. Par exemple :

- La consommation de légumes et de fruits réduit le risque de maladies cardiovasculaires et peut protéger contre le cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac et du poumon.
- La consommation d'aliments contenant des fibres alimentaires réduit le risque de cancer colorectal et peut aussi protéger contre les maladies cardiovasculaires et le diabète type 2.
- La majorité (57,4 %) des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré manger des légumes et fruits moins de cinq fois par jour (cinq fois ou plus constitue un bon indicateur de la qualité de

l'alimentation générale).

- La consommation d'aliments à forte teneur en sodium augmente le risque de maladies cardiovasculaires, y compris des conditions de risque indéterminées comme l'hypertension, et peut aussi alourdir le risque de cancer de l'estomac.
- En 2004, 8,4 % des ménages ontariens vivaient dans l'insécurité alimentaire.
- Si l'on se base sur une estimation provenant du Royaume-Uni, il se peut que les habitudes alimentaires malsaines aient entraîné des dépenses directes en soins de santé de quelque 2,9 milliards de dollars en Ontario en 2011. On ne connaît pas le coût indirect des habitudes alimentaires malsaines.

Voir les références et les sources de données au chapitre 2

la nutrition produite par des diététistes autorisés.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est chargé de la Stratégie de lutte contre le diabète et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, de la Stratégie de réduction de la pauvreté, qui jouent toutes deux un rôle important dans la réussite de plusieurs initiatives sur l'alimentation et la nutrition.
- Le Centre des ressources en nutrition de l'Association pour la santé publique de l'Ontario assure une coordination et un appui panprovinciaux aux initiatives sur l'alimentation santé.
- À votre santé Ontario, collaboration financée par l'Ontario et dirigée par l'Association pour la santé publique de l'Ontario, la Fondation des maladies du cœur et la Société canadienne du cancer, appuie actuellement l'alimentation santé dans les milieux de travail et les centres récréatifs.

À l'échelon fédéral, Santé Canada préconise une saine nutrition par Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, l'étiquetage nutritionnel et la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada (Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire), notamment.

Aux échelons municipal et régional, les services de santé publique doivent, en vertu des Normes de santé publique de 2008, fournir des programmes, des services (p. ex., l'inspection des aliments) et des politiques qui contribuent à la santé et au mieux-être physiques, mentaux et affectifs de toute la population ontarienne.

Les recommandations qui suivent illustrent comment ces groupes d'intervenants peuvent contribuer à l'élaboration et à l'application d'interventions factuelles visant à réduire les maladies chroniques associées à des habitudes alimentaires malsaines.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'alimentation santé

Le contexte de l'Ontario



57,4 % des Ontariens âgés de 12 ans et plus mangent des légumes et des fruits moins de cinq fois par jour.



## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'alimentation santé

#### Recommandation 13

*La Stratégie sur l'alimentation et la nutrition de l'Ontario reconnaîtra l'interdépendance des activités et des politiques dans l'agriculture, l'alimentation, la santé, la culture et le développement social et économique.*

### Recommandation 13

#### *Créer une stratégie ontarienne sur l'alimentation et la nutrition.*

Mettre en œuvre en Ontario une stratégie pangouvernementale coordonnée et intégrée sur l'alimentation et la nutrition.

En dépit de la participation de beaucoup de secteurs et d'intervenants, l'Ontario n'a pas actuellement de stratégie coordonnée sur l'alimentation et la nutrition. Une stratégie factuelle sur l'alimentation et la nutrition en Ontario guiderait les interventions, les décisions et l'affectation des ressources portant sur la nutrition et l'alimentation santé dans la province. L'Ontario a présenté des initiatives porteuses de promesses sur l'alimentation santé, comme la note Politique/programmes n° 150, Politique concernant les aliments et les boissons dans les écoles, et Saine Alimentation Ontario. D'autres programmes porteurs de promesses comme le Programme de distribution de légumes et de fruits dans le nord de l'Ontario, sont souvent des investissements à court terme et la portée en est rarement étendue à toute la province. De plus, beaucoup de personnes font face à des obstacles comme le faible revenu ou le fait de vivre en régions éloignées, qui rendent l'alimentation santé inabordable ou inaccessible. La prévalence de l'insécurité alimentaire dans les ménages de l'Ontario atteignait 8,4 % en 2004 (2,7 % vivaient dans une insécurité alimentaire grave et 5,6 %, dans une insécurité modérée)<sup>213</sup>.

Une stratégie pangouvernementale sur l'alimentation et la nutrition :

- donnerait de l'impulsion à une approche coordonnée visant à l'élaboration d'une politique sur l'alimentation pour l'Ontario en assurant que tous les aspects d'une telle stratégie sont abordés de façon intégrée, y compris la sécurité alimentaire, l'alimentation santé et des systèmes d'alimentation durables;

- fournirait orientation, appui et coordination aux secteurs en cause et un financement durable à long terme;
- mobiliserait des intervenants du gouvernement, de l'industrie et de la société civile afin qu'ils travaillent ensemble à assurer une population ontarienne en santé et un système alimentaire sain et durable.

### Appui en faveur d'une stratégie sur l'alimentation et la nutrition

Comme il n'y a pas de stratégie nationale, la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ont produit leur propre stratégie sur l'alimentation et la nutrition. L'Ontario a l'occasion de faire preuve de leadership et d'innovation en s'inspirant de leur démarche<sup>25</sup>.

La stratégie de la Nouvelle-Écosse sur l'alimentation et la nutrition santé décrit quatre domaines d'intervention prioritaires : allaitement, enfants et hygiène, consommation de légumes et de fruits et sécurité alimentaire. Il y a sécurité alimentaire lorsque toutes les personnes ont en tout temps un accès physique et économique à des aliments suffisants, salubres et nutritifs pour satisfaire à leurs besoins alimentaires et à leurs préférences en la matière afin de mener une vie active et en santé<sup>214</sup>. La stratégie de la Nouvelle-Écosse a été créée par un partenariat actif réunissant des organismes gouvernementaux et des organisations non gouvernementales, des entreprises privées et des associations professionnelles, qui consultent la collectivité en général<sup>215</sup>.

La Colombie-Britannique a harmonisé sa stratégie sur l'alimentation santé avec les buts d'ActNow BC, programme intégré établi par le gouvernement pour s'attaquer aux facteurs de risque associés aux maladies chroniques. La stratégie recommande des interventions factuelles pour atteindre les objectifs suivants :

- Renforcer les connaissances générales et spécialisées du public afin d'augmenter la consommation de légumes et de fruits.

Figure 5 : Projet de modèle logique d'une stratégie ontarienne sur l'alimentation et la nutrition<sup>217</sup>

Intrants	Capacités	Extrants	Résultats à court terme	Résultats à moyen terme	Résultats à long terme
<p>Gouvernement provincial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>SANO appartenant à la société civile et aux interlocuteurs</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Industrie, agriculture, interlocuteurs</p> <p>Recherche</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planification et gestion (d'organisations, de partenariats et de relations)</li> <li>2. Recherche et innovation</li> <li>3. Échange de connaissances et renforcement des capacités</li> <li>4. Établissement de buts et d'objectifs</li> <li>5. Représentation et élaboration de politiques</li> <li>6. Élaboration de programmes</li> <li>7. Communications</li> <li>8. Virements financiers</li> <li>9. Évaluation et apprentissage</li> <li>10. Surveillance</li> <li>11. Contrôle du rendement et responsabilité</li> </ol>	<p>Nouveau mécanisme provincial sur le système alimentaire complexe</p> <p>Indicateurs, données, information, analyse et diffusion</p> <p>Politiques, législation, réglementation, programmes, recommandations pour appuyer un système alimentaire prospère et sain</p> <p>Coordination entre la santé, l'industrie de la production alimentaire, l'agriculture et les systèmes sociaux</p> <p>Considérations relatives à l'équité et au parcours de la vie</p>	<p>Politiques provinciales revues sur le plan de leurs effets sur le système alimentaire, y compris l'alimentation</p> <p>Législation provinciale, changements réglementaires et programmes pour améliorer le contenu, la salubrité, la disponibilité, l'accessibilité, la production et la durabilité des aliments</p> <p>Recommandations portant sur des politiques municipales et fédérales</p>	<p>Coordination systématisée entre le gouvernement et les intervenants pour produire des résultats sur le plan alimentaire</p> <p>Réduction de la disponibilité du marketing d'aliments mauvais pour la santé et augmentation de celle des aliments santé</p> <p>Législation et réglementation pour appuyer la production d'aliments sains et durables</p> <p>Réduire la dépendance des systèmes de sauvetage</p>	<p>Aliments sains, nutritifs, abordables et accessibles pour tous les Ontariens</p> <p>Compétences alimentaires et développement communautaire</p> <p>Alimentation saine durant toute la vie</p> <p>Secteurs de l'alimentation et de l'agriculture locaux durables</p> <p>Amélioration de l'économie de la santé, de l'équité, de la durabilité de l'environnement</p>
Surveillance, mesure et évaluation continues					

- Améliorer l'accès aux légumes et aux fruits pour tous.
- Réduire l'accès aux choix malsains d'aliments et de boissons et leur consommation<sup>216</sup>.

En Ontario, le Groupe de collaboration sur l'alimentation saine et l'activité physique a produit un projet de modèle logique (figure 5) portant sur les éléments d'une stratégie intégrée sur l'alimentation et la nutrition.

La Stratégie sur l'alimentation et la nutrition de l'Ontario reconnaîtra l'interdépendance des activités et des politiques dans l'agriculture, l'alimentation, la santé, la culture et le développement social et économique<sup>218</sup>. La stratégie portera sur l'accès aux aliments et la sécurité alimentaire dans un système de santé et d'agroalimentation durable

et placera le gouvernement de l'Ontario en position de profiter au maximum de l'avantage qu'il tire de la collaboration interministérielle en produisant des résultats bénéfiques pour la santé de toute la population ontarienne. Les ministères essentiels incluent les suivants : Santé, Éducation, Services à l'enfance et à la jeunesse, Affaires autochtones, Agriculture, Alimentation et Affaires rurales, Développement économique et Innovation, Environnement, Tourisme et Culture.

Une Stratégie sur l'alimentation et la nutrition de l'Ontario mettra aussi la table pour l'élaboration d'une stratégie nationale sur l'alimentation et le resserrement des liens avec d'autres administrations.

#### 4. Interventions au niveau de la population

##### Recommandations sur l'alimentation saine

###### Recommandation 13

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'alimentation santé

#### Recommandation 14

#### Recommandation 14

##### ***Inclure dans les programmes d'études des compétences alimentaires obligatoires.***

Inclure l'acquisition de compétences alimentaires comme volet obligatoire des programmes d'études primaires et secondaires pour développer les compétences des enfants et des adolescents à préparer des aliments.

Comme l'indique le document sur le cadre de planification des compétences alimentaires du Service de santé publique de la Région de Waterloo, « *Au niveau de la personne et du ménage, les compétences alimentaires constituent un ensemble complexe, interdépendant et axé sur la personne d'habiletés nécessaires pour fournir et préparer des repas salubres, nutritifs et acceptables sur le plan culturel pour tous les membres d'un ménage*<sup>219</sup>. » Les compétences alimentaires comprennent les suivantes :

**Connaissances** : des aliments, de la nutrition, de la lecture des étiquettes, de la salubrité des aliments et de la substitution des ingrédients

**Planification** : organisation des repas, établissement du budget alimentaire, enseignement des compétences alimentaires aux enfants

**Conceptualisation des aliments** : utilisation créatrice des restes, adaptation des recettes

**Techniques manuelles** : préparation de repas, hachage/mélange, cuisson, observation des recettes

**Perception des aliments** : utilisation de ses sens – texture, goûter – au cours de la cuisson des aliments<sup>219</sup>.

Il faut apprendre à manger santé. Or, les familles mangent de plus en plus à l'extérieur et s'en remettent aux aliments minute et préparés. Les enfants ratent la chance d'aider à préparer les repas et n'acquièrent pas les compétences alimentaires cruciales à une alimentation santé<sup>220,221</sup>.

On a établi un lien entre cette tendance et une baisse de la qualité de l'alimentation chez les enfants et les adolescents<sup>222-224</sup>. La plupart des jeunes adultes ne préparent pas d'aliments même une fois par semaine. Ceux qui cuisinent mangent toutefois aussi des aliments minute moins souvent et ont une alimentation plus équilibrée<sup>225</sup>.

L'enseignement des compétences alimentaires dans le système d'éducation constitue la deuxième façon la plus courante d'acquérir des compétences spécialisées et des connaissances<sup>220</sup>. Il est possible d'y parvenir en :

- créant des possibilités d'acquisition de compétences alimentaires au niveau élémentaire dans le contexte des programmes de santé et d'éducation physique, de sciences et technologie et d'études sociales;
- rendant obligatoire au moins un cours d'études familiales axé sur l'acquisition de compétences alimentaires dans un programme d'études sociales et de sciences humaines au niveau secondaire.

#### **Appui en faveur de programmes d'études obligatoires sur les compétences alimentaires**

Des données probantes appuient le lien entre les compétences alimentaires et l'apport alimentaire. Oogarah-Pratap et al. ont constaté que les adolescents qui avaient suivi des cours d'économie domestique avaient de meilleures compétences alimentaires et qu'il s'agissait de leur principale source d'information sur la nutrition<sup>226</sup>. Une étude a révélé l'existence d'un lien positif entre les compétences culinaires, les taux de vitamine C et l'apport en légumes et de fruits, ainsi que d'un lien négatif entre les compétences culinaires et la consommation d'aliments prêts à servir<sup>227</sup>. Une étude interventionnelle sur les compétences alimentaires conçue pour améliorer la confiance dans la cuisine, la préparation des aliments et les choix alimentaires a augmenté considérablement la consommation de fruits chez les participants et leur confiance dans l'application des recettes<sup>228</sup>.

## Recommandation 15

### *Appuyer l'alimentation santé dans les établissements subventionnés par le Trésor.*

Mettre en œuvre des politiques sur l'alimentation et la nutrition éclairées par des données probantes qui préconisent une alimentation santé dans les milieux de travail provinciaux et les établissements subventionnés par la province.

La province d'Ontario a une occasion de faire preuve de leadership dans le domaine des politiques d'achats d'aliments. Prêcher par l'exemple catalyse le changement. En appliquant cette recommandation, la province démontrerait à la fois son leadership et un engagement envers la santé des employés, des interlocuteurs et du public.

Les universités, les centres récréatifs, les hôpitaux et les autres établissements financés par le secteur public sont les lieux idéaux pour promouvoir une alimentation santé et améliorer l'environnement alimentaire à cause du rayonnement possible de cette politique :

- plus d'un million d'étudiants fréquentent les universités et les collèges de l'Ontario<sup>229,230</sup>;
- plus de 10 000 professionnels et bénévoles travaillent dans des centres récréatifs et des édifices publics où il se vend des aliments<sup>231</sup>;
- des milliers de personnes visitent des hôpitaux, des centres de santé et d'autres établissements de santé financés par le secteur public chaque année.

Cette recommandation :

- établirait des normes nutritionnelles obligatoires sur

les aliments et boissons vendus ou fournis dans des lieux provinciaux et limiterait notamment la teneur en sodium, en gras trans et en gras saturés, en sucre raffiné et en calories; elle améliorerait aussi la disponibilité d'options meilleures pour la santé;

- favoriserait la consommation d'eau potable municipale au lieu de boissons à la caféine et au sucre;
- adopterait l'initiative Hôpitaux amis des bébés de l'OMS/UNICEF<sup>232</sup> et encouragerait l'allaitement.

L'Ontario consacre 1,8 milliard de dollars aux ventes d'aliments et de boissons dans ses institutions du secteur public en général et chez des traiteurs contractuels<sup>233</sup>. Cette recommandation s'appuie sur la note Politique/programmes no 150 de la province d'Ontario relative à la Politique concernant les aliments et boissons dans les écoles. Elle appuie aussi les buts de la Stratégie sur l'alimentation et la nutrition de l'Ontario et des Normes de santé publique de l'Ontario de 2008 qui obligent les municipalités à créer des environnements positifs favorables à l'alimentation santé<sup>132</sup>. Elle est aussi harmonisée avec la nouvelle Loi de 2010 sur l'achat d'aliments locaux proposée par le gouvernement provincial afin d'encourager davantage l'achat d'aliments ontariens dans les établissements publics et appuiera les transformateurs qui veulent leur fournir des aliments locaux.

### **Appui en faveur de politiques sur l'alimentation et la nutrition dans les établissements financés par le secteur public**

Les données empiriques servant aux normes sur la nutrition en milieu de travail en ce qui concerne le contenu

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'alimentation santé

#### Recommandation 15

*La plupart des jeunes adultes ne préparent pas d'aliments même une fois par semaine. Ceux qui cuisinent mangent toutefois aussi des aliments minute moins souvent et ont une alimentation plus équilibrée.*

## De la place pour le changement

En 2004, 22 % des calories consommées par les Ontariens provenaient d'aliments désignés comme « aliments à consommer en quantité limitée » dans *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*<sup>251</sup>. La consommation régulière de ces aliments signifie que des aliments nutritifs sont déplacés de l'alimentation ou que les personnes en cause mangent trop d'aliments à forte teneur en calories, en sel, en sucre ou en gras, ce qui peut contribuer à l'apparition de maladies chroniques.

#### 4. Interventions au niveau de la population

##### Recommandations sur l'alimentation santé

###### Recommandation 16

L'étiquetage obligatoire des menus pourrait aussi inciter les restaurants et les traiteurs à reformuler leurs recettes ou modifier leurs menus pour y inclure des choix santé.

et la grosseur des portions d'aliments sont convaincantes. Les recommandations du Groupe de travail sur le sodium et du Groupe d'étude sur les gras trans indiquent qu'il faut réduire la teneur en sodium et en gras dans les aliments préparés<sup>234,235</sup>.

L'édition 2009–2010 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* a révélé que 57,4 % des Ontariens âgés de 12 ans ou plus déclarent ne pas manger suffisamment de légumes et de fruits (voir le chapitre 2, tableau 2). Une étude des interventions en milieu de travail visant à augmenter la consommation de légumes et de fruits a révélé que l'appui de la direction s'impose pour renforcer les normes sociales liées à l'alimentation santé en offrant des choix nutritifs<sup>236</sup>. Il a aussi été démontré qu'en offrant des portions plus petites d'aliments moins denses en énergie, on réduit la consommation de calories sans que la satiété ou l'apport énergétique global diminuent<sup>237</sup>.

Plusieurs rapports de premier plan ont recommandé la promotion de l'alimentation santé et d'un environnement sain au travail et dans les établissements publics.

Dans son rapport de 2004 intitulé *Poids santé, vie saine*, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario préconisait une alimentation santé au travail et de veiller à ce que les distributrices et les cafétérias offrent des choix santé<sup>25</sup>.

En 2009, le Fonds mondial de recherche contre le cancer a suggéré de limiter l'accès aux aliments, aux boissons et aux collations mauvais pour la santé dans les écoles, dans d'autres établissements et dans les milieux de travail<sup>238</sup>.

L'American Heart Association et le groupe de travail sur les services de prévention communautaire des États-Unis ont tous deux recommandé des choix plus sains dans les cafétérias et les distributrices comme éléments de programmes généraux de nutrition au travail<sup>205</sup>. L'Institute of Medicine et le Conseil national de recherches des États-Unis ont recommandé de veiller à ce que « les agences des administrations locales qui exploitent des cafétérias et des distributrices appliquent de solides normes sur la nutrition partout où des aliments et des boissons sont vendus ou disponibles<sup>239</sup>. »

#### Recommandation 16

##### ***Mettre en œuvre l'étiquetage obligatoire des menus dans les services d'alimentation.***

Exiger que l'étiquetage obligatoire des aliments et boissons soit visible au point d'achat dans tous les services d'alimentation d'envergure en Ontario.

L'étiquetage nutritionnel obligatoire sur les aliments emballés est en vigueur depuis 2003, mais il n'est pas obligatoire que ces renseignements vitaux soient disponibles au point d'achat d'aliments servis dans des restaurants. Lorsque les plats au menu sont normalisés (comme dans les grands services d'alimentation), il est recommandé d'inclure dans les menus l'étiquetage nutritionnel sur tous les aliments et boissons. Les services d'alimentation d'envergure s'entendent des chaînes qui comptent 15 points de vente ou plus à l'échelon national<sup>240</sup>.

Le nombre total de calories consommées à l'extérieur de la maison a augmenté depuis 30 ans<sup>241</sup>. Les aliments disponibles dans les restaurants à service rapide ont tendance à contenir davantage de calories et de gras et sont assez souvent présentés en plus grosses portions comparativement aux aliments mangés à la maison, ce qui peut contribuer à l'augmentation de l'apport en calories<sup>242</sup>. Il s'agit là d'une préoccupation parce l'on établit un lien entre la consommation d'aliments minute, la prise de poids et la résistance à l'insuline<sup>243</sup> (précurseur du diabète type 2). Étant donné que la plupart des consommateurs sous-estiment le nombre de calories qu'ils consomment dans les aliments mangés à l'extérieur<sup>244</sup>, l'étiquetage sur le menu les aiderait à faire des choix plus sains.

L'étiquetage obligatoire des menus pourrait aussi inciter les restaurants et les traiteurs à reformuler leurs recettes ou modifier leurs menus pour y inclure des choix santé. Une chaîne de cafés de premier plan, par exemple, a remplacé le lait homogénéisé habituel par du lait à 2 %



## La Grosse pomme compte les calories

La Ville de New York a imposé l'étiquetage calorique sur les menus dans les chaînes d'alimentation rapide en 2008. Depuis le début de l'application du règlement, environ 1 million d'adultes de New York voient l'information sur la teneur en calories chaque jour.

La Ville a étudié la sensibilisation des consommateurs à l'information sur la teneur en calories contenue dans les menus à 45 restaurants trois mois avant et trois mois après l'entrée en vigueur. Avant l'application du règlement, 25 % des clients déclaraient voir l'information sur la teneur en calories. Après l'application, leur pourcentage a grimpé à 64 %. Chez les clients qui voyaient l'information sur la teneur en calories après l'application du règlement, 27 % ont déclaré l'utiliser<sup>248</sup>.

afin de réduire la teneur en calories de ses boissons à base de lait<sup>245</sup>.

L'étiquetage nutritionnel doit être clairement visible et facile à comprendre dans le contexte des exigences quotidiennes d'une alimentation saine. Les détails devraient inclure le contenu en gras, en sucre et en sodium de chaque article. Le succès du programme dépendrait de la sensibilisation des consommateurs au moyen d'une campagne de communication et d'éducation portant sur l'étiquetage des menus. L'information nutritionnelle symbolique (p. ex., feux de circulation) est plus efficace que l'affichage numérique<sup>246</sup>.

### Appui en faveur de l'étiquetage obligatoire des menus

Les clients qui ont vu et utilisé de l'information au sujet de l'apport quotidien recommandé de calories ont acheté moins de calories que ceux qui n'ont pas remarqué l'étiquetage nutritionnel ou ne l'ont pas utilisé<sup>247</sup>, ce qui corrobore l'analyse effectuée par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, soit que les consommateurs doivent voir l'étiquetage nutritionnel et le comprendre<sup>246</sup>. Au cours d'une étude d'évaluation de l'effet sur la santé visant à déterminer si l'affichage des calories sur les menus des services d'alimentation d'envergure pourrait réduire la prise de poids dans la population, on a posé en hypothèse que si 10 % des clients réduisaient leur consommation de 100 calories par repas commandé, il serait alors possible d'éviter 40 % de la prise de poids dans la population<sup>246</sup>.

Dans plusieurs chaînes de restauration rapide de premier plan à New York, les clients sondés ont déclaré qu'ils utilisaient l'information affichée au sujet des calories dans leurs décisions d'achat d'aliments. Ces clients ont acheté 106 calories de moins que ceux qui n'ont pas vu l'information sur les calories ou qui ne l'ont pas utilisée<sup>248</sup>.

Dans son Plan d'action de 2008–2013, l'OMS affirme que les consommateurs ont besoin d'information exacte et équilibrée pour faire des choix sains bien éclairés<sup>249</sup>. Dans un rapport de 2009 intitulé *Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity*, l'Institute of Medicine des États-Unis a continué d'exiger l'étiquetage nutritionnel des menus des chaînes de restaurants et a aussi encouragé les restaurants n'appartenant pas à une chaîne à fournir aux consommateurs de l'information sur la teneur en calories<sup>239</sup>. Des règlements fédéraux américains qui seront mis en œuvre en 2012 auront un effet sur la majorité des entreprises de l'Ontario qui appartiennent à des intérêts américains, car elles seront assujetties à la réglementation des États-Unis<sup>250</sup>.

En juin 2010, l'Assemblée législative de l'Ontario a approuvé en première lecture le projet de loi 90, soit la Loi de 2010 favorisant des choix sains pour une alimentation saine, ce qui obligerait les entreprises comptant six restaurants ou plus à afficher la teneur en calories sur les menus. Ce projet de loi d'initiative parlementaire n'a pas dépassé le stade de la première lecture même s'il bénéficiait de l'appui des milieux des soins de santé.

## 4. Interventions au niveau de la population

### Recommandations sur l'alimentation saine

#### Recommandation 16



## 5. Renforcer notre capacité de changer

L'allègement du fardeau imposé par les maladies chroniques en Ontario passe par une stratégie de prévention complète, intégrée et soutenue dirigée par le gouvernement en collaboration avec des partenaires non gouvernementaux qui créent une synergie et améliorent les résultats. L'APMCC a décrit un tel cadre dans *Primary Prevention of Chronic Disease: A Framework for Action*<sup>252</sup>, que Santé publique Ontario a adapté par la suite. Une stratégie efficace de prévention en Ontario comporterait donc les éléments suivants :

1. Leadership, coordination et collaboration :
  - a) planification et gestion des relations avec les partenaires
  - b) surveillance du rendement et reddition de comptes en la matière
  - c) établissement de buts et d'objectifs
2. Échange de connaissances, renforcement des capacités et aménagement d'infrastructures
3. Surveillance, évaluation et recherche
4. Élaboration de programmes et interventions
5. Élaboration de politiques
6. Communications, y compris marketing social
7. Virements financiers
8. Ressources humaines

Ces catégories et le cadre de travail en général ont constitué une référence importante pour le présent rapport. L'application d'un tel cadre aide à garantir que l'élaboration d'une stratégie de PMC pour l'Ontario est

logique et cohérente. De plus, le travail commence à peine toutefois et c'est pourquoi le présent rapport ne traite pas de toutes les catégories. Pour être complète, la stratégie sur la PMC devra éventuellement aborder toutes les catégories et tous les éléments constitutifs dans le cadre de travail.

Dans ce chapitre, nous abordons la catégorie 1 – leadership, coordination et collaboration, y compris la planification et la gestion des relations avec les partenaires – dans notre première recommandation sur une approche pangouvernementale.

Les catégories 2 et 3 sont abordées dans les deux recommandations suivantes qui portent sur la mesure servant à l'action et à la responsabilisation, et sur l'échange de connaissances et le renforcement des capacités.

Les catégories 4 et 5 sont abordées dans le chapitre précédent et les recommandations relatives aux interventions au niveau de la population dans le cas des quatre principaux facteurs de risque.

La catégorie 6, soit celle des communications, y compris le marketing social, est abordée dans la quatrième recommandation.

Les catégories 7 et 8, soit celles des virements financiers et des ressources humaines, sont pertinentes aux phases subséquentes de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie de prévention des maladies chroniques et il n'en est pas question dans le présent rapport.

### RÉSUMÉ



Des capacités systémiques s'imposent pour mettre en œuvre la prévention intégrée et à niveaux multiples des maladies chroniques et pour alléger vraiment le fardeau que les maladies chroniques imposent à la santé et aux soins de santé en Ontario. L'analyse reposait sur le cadre de prévention primaire de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC), une analyse de documents canadiens et étrangers portant sur la prévention des maladies chroniques (PMC), les commentaires d'un groupe consultatif d'experts et des critiques documentaires jointes.



## 5. Renforcer notre capacité de changer

### Recommandation 17

#### Recommandation 17

##### *Adopter une approche pangouvernementale.*

Adopter une approche pangouvernementale pour la prévention primaire des maladies chroniques. Cette approche guiderait l'établissement des buts et des objectifs, la planification des politiques et des programmes, la surveillance du rendement et l'obligation de rendre compte, ainsi que la coordination et la gestion des relations avec les partenaires, et consisterait notamment à :

- a) trouver un responsable spécialisé du Ministère et de la haute fonction publique qui a suffisamment d'autorité pour coordonner les activités d'amélioration de la santé entre les secteurs et les ordres de gouvernement<sup>3</sup>;
- b) élaborer une stratégie intégrée et multilatérale de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques en Ontario qui comporte des buts, des objectifs et des résultats quantifiables;
- c) étudier la possibilité de légiférer pour obliger l'ensemble des lois et des règlements à prévoir des évaluations des incidences sur la santé;
- d) appuyer l'innovation et l'intervention à l'échelle locale et diffuser des leçons apprises dans toute la province;
- e) participer de façon proactive aux activités de groupes fédéraux, provinciaux et territoriaux pour appuyer l'application d'interventions éclairées par des données probantes à l'échelon fédéral et d'un bout à l'autre du Canada.

Beaucoup des politiques gouvernementales qui ont une incidence sur la santé, voire la plupart, proviennent de l'extérieur du secteur de la santé. Par exemple, un sondage récent mené en Alberta a recensé 23 organismes et ministères fédéraux et 21 provinciaux qui, en plus des municipalités, ont contribué au programme de la santé publique<sup>254</sup>. Les politiques portant sur l'immatriculation des véhicules à moteur (p. ex., sièges de bébé, alcoolémie maximale, port de la ceinture de sécurité) ou sur la sécurité au travail (p. ex., utilisation d'appareils de protection personnelle, formation obligatoire) peuvent avoir un effet sur l'incidence et la gravité des traumatismes. De même, des politiques qui jouent sur l'emploi, le revenu, le logement, l'alimentation, le transport, l'éducation et l'environnement ont toutes une incidence sur la santé des personnes et leur risque d'avoir une maladie chronique.

Les ministères chargés de la santé et ceux qui sont responsables d'autres secteurs jouent certes un rôle dans la prévention des maladies et des traumatismes. Comme il n'y a pas de coordination centrale ni de stratégie globale de promotion de la santé et de prévention des maladies, il y a toutefois des lacunes et des chevauchements entre les politiques. Il se peut que des ministères travaillent à contre-courant au détriement de la santé publique.

#### **Leadership**

L'Organisation mondiale de la Santé considère l'initiative ActNow BC de la Colombie-Britannique comme une approche intersectorielle porteuse de promesses pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé. Cette approche pangouvernementale a établi un partenariat entre des ministères provinciaux et des administrations locales, des écoles, des entreprises, des organisations non

## Approche pangouvernementale

Une approche pangouvernementale coordonne les politiques, les programmes et les services afin d'atteindre un but commun grâce à des collaborations horizontales entre les ministères et à l'intégration verticale entre tous les ordres de gouvernement<sup>253</sup>. L'obligation de suivre une approche multisectorielle est enchâssée dans les lois et les règlements de l'Ontario. Elle peut aussi mettre à contribution le public, la société civile, le secteur privé, les milieux universitaires, notamment<sup>2</sup>. Le secteur de la santé a certes un rôle important à jouer dans la prévention, mais les leviers critiques pour la réduction de l'exposition à des facteurs de risque aux fins de la prévention primaire des maladies chroniques se trouvent en grande partie à l'extérieur du secteur de la santé et entre différents ordres de gouvernement. L'adoption d'une approche pangouvernementale constitue une évolution logique qui améliorera la capacité de l'Ontario de prévenir les maladies chroniques dans toute la population.

gouvernementales et le public. L'aval donné au niveau du premier ministre de la Colombie-Britannique et le travail effectué par le Comité interministériel de sous-ministres adjoints a joué un rôle crucial dans la réussite de l'initiative<sup>255</sup>.

Une évaluation récente de l'initiative ActNow BC a révélé des progrès prometteurs dans l'atteinte des objectifs, y compris les objectifs numériques portant sur la réduction de l'embonpoint et de l'obésité, l'alimentation santé, l'activité physique et le tabagisme<sup>256</sup>.

Un autre exemple d'approche pangouvernementale met en vedette l'importance d'un leadership efficace et innovateur. Le Haut commissariat au Portugal coordonne l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan national sur la santé<sup>257</sup>. Le bureau a présenté des rapports périodiques au Parlement et cherche à réduire la fragmentation et à accroître la participation interministérielle et régionale dans le secteur de santé afin d'essayer d'atteindre une série d'indicateurs de rendement. Le bureau a rendu le système de santé plus redditionnel

et a créé une boucle de contrôle et d'intervention afin d'améliorer le rendement.

### Évaluations de l'impact sur la santé

Outre la création de nouvelles structures pour promouvoir le travail intersectoriel, d'autres administrations ont eu recours à la loi pour mettre en œuvre des évaluations de l'impact sur la santé (EIS). En vertu de la *Loi sur la santé publique* du Québec (et en particulier de l'article 54 qui est entré en vigueur en juin 2002), par exemple, tous les paliers du gouvernement doivent tenir compte de l'effet possible de politiques sur la santé de la population et les déterminants de la santé avant de les mettre en œuvre<sup>258</sup>. Des données indiquent que la mise en œuvre de l'article 54 augmente le succès<sup>259</sup>, ce qui laisse entendre l'existence d'une tendance à la reconnaissance, à l'approbation et à l'intégration du processus<sup>259</sup>. D'autres données probantes montrent que les EIS peuvent modifier les résultats de politiques et les attitudes des stratèges en ce qui concerne la nécessité de tenir compte de la santé dans toutes les politiques<sup>260</sup>.

## 5. Renforcer notre capacité de changer

### Recommandation 17

*Des politiques qui jouent sur l'emploi, le revenu, le logement, l'alimentation, le transport, l'éducation et l'environnement ont toutes une incidence sur la santé des personnes et leur risque d'avoir une maladie chronique.*



## Possibilités d'intégration verticale et horizontale

Il est possible d'appliquer une approche pangouvernementale pour donner suite aux recommandations présentées dans ce rapport. Le texte qui suit illustre les éléments constitutifs d'une initiative pangouvernementale de l'Ontario sur la prévention des maladies chroniques attribuables à la consommation d'alcool, à l'inactivité physique et à des habitudes alimentaires malsaines.

### **Tabac**

L'histoire de la lutte antitabac en Ontario démontre le rôle important que les administrations locales et les intervenants jouent pour agir sur les politiques provinciales relatives à la santé publique. Il est crucial d'intervenir sur la scène locale si l'on veut atteindre les gens là où ils vivent, travaillent et se divertissent. Des municipalités comme Peel et la Ville de Toronto ont été parmi les premières administrations à interdire le tabagisme au travail, dans les endroits publics, dans les bars et sur les terrasses de nombreuses années avant que de telles interdictions s'étendent à toute la province. Les services locaux de santé publique ont aussi lancé de façon routinière des initiatives innovatrices sur la prévention et l'abandon du tabac.

### **Alcool**

La recommandation 6 porte sur le besoin de moyens de contrôler la disponibilité de l'alcool. Le gouvernement de l'Ontario peut collaborer avec des administrations locales pour appuyer l'élaboration et la surveillance de politiques municipales sur l'alcool afin de réglementer la vente de boissons alcoolisées dans les propriétés appartenant à la municipalité (p. ex., arénas, centres récréatifs, salles de banquet) ou au cours d'événements parrainés par elle.

L'Ontario peut aussi collaborer avec le gouvernement fédéral, ce qui peut avoir une incidence sur l'établissement des prix de l'alcool (recommandation 5) par l'augmentation de la taxe d'accise qui n'a à peu près pas changé depuis des décennies<sup>266</sup>. L'omission de rajuster la taxe d'accise en fonction de l'indice des prix à la consommation a contribué à la tendance à la baisse du prix réel de l'alcool<sup>267</sup>. Les gouvernements provinciaux et fédéral doivent aussi collaborer de plus près pour resserrer les mesures existantes de contrôle de la publicité et de la promotion portant sur l'alcool (recommandation 7). La publicité sur l'alcool au Canada est actuellement réglementée principalement en vertu d'un

code de pratiques d'application volontaire établi par le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) en 1996.

### **Activité physique**

La mise en œuvre de la recommandation 12 sur le transport actif fournirait une orientation stratégique provinciale et des incitatifs aux administrations municipales. Les recommandations visant à réviser l'énoncé de politique de la province afin d'y inclure des lignes directrices précisant qu'il faut planifier à l'échelon local l'infrastructure de transport actif (marche et bicyclette) devraient être coordonnées entre ces deux ordres de gouvernement.

La mise en œuvre de la recommandation 9 portant sur le crédit d'éducation physique obligerait au moins deux ministères du gouvernement de l'Ontario (ministère de la Santé et des Soins de longue durée et ministère de l'Éducation) à s'entendre sur l'importance de cette politique pour la santé et à reconnaître qu'il est possible de la mettre en œuvre dans le contexte du système provincial d'exigences auxquelles il faut satisfaire pour obtenir un diplôme d'études secondaires, et ensuite à collaborer à la planification et à la coordination.

### **Alimentation santé**

La mise en œuvre de la recommandation 16 (étiquetage des menus dans les services d'alimentation) exigerait une collaboration entre le gouvernement provincial et le fédéral pour créer des mesures afin de limiter et de surveiller les quantités de sodium et de gras trans dans les services de restauration rapide et les produits alimentaires transformés. En outre, le gouvernement provincial pourrait collaborer de près avec le fédéral pour réglementer la publicité et le marketing des aliments malsains auprès des enfants dans les services de restauration rapide et les restaurants.

La recommandation 15 propose d'appuyer l'alimentation santé dans tous les établissements financés par l'Ontario. Des normes sur la nutrition d'application obligatoire dans les services d'alimentation offerts dans les édifices financés par la Province (y compris des politiques sur les achats locaux) pourraient aussi être adoptées à des centres subventionnés par les municipalités comme les centres récréatifs, les parcs et les autres édifices administrés par les municipalités. Les normes sur la nutrition d'application obligatoire encourageraient aussi l'industrie alimentaire à offrir des produits conformes par l'autoréglementation ou la réglementation fédérale.

### **Stratégie intégrée de prévention des maladies chroniques**

Le présent rapport recommande que l'Ontario mette en œuvre une stratégie globale de lutte contre le fardeau imposé par les maladies chroniques en suivant une approche pangouvernementale. Sur les quatre facteurs de risque abordés dans le rapport, seul le tabagisme est visé par une stratégie intégrée en vigueur<sup>85</sup>. L'élaboration d'une stratégie globale de prévention des maladies chroniques exigerait un solide leadership politique pour mettre à contribution tous les ministères et différents paliers de gouvernement et inclure la participation de la société civile et d'autres partenaires du secteur de la santé publique<sup>2,255,257</sup>. Il est possible de tirer des exemples de stratégies efficaces de la lutte antitabac intégrée, y compris des programmes lancés en Californie, au Massachusetts et à New York<sup>261-265</sup>.

### **Appui en faveur de l'approche pangouvernementale**

Des appels en faveur d'approches pangouvernementales à suivre pour s'attaquer à des problèmes qui « défient les frontières administratives » ont été lancés par le gouvernement de l'Australie dans *Connecting Government*, 2004<sup>268</sup>, la *Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*<sup>269</sup> de l'OMS et du gouvernement de l'Australie australe, le *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010* de l'OMS et le rapport que le Conseil canadien de la santé a publié en décembre 2010, *Changement de vitesse : Cibler non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*<sup>3</sup>. Cette approche concorde avec le *Plan d'action 2008-2013 de l'OMS pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*<sup>249</sup> qui a maintenant été adoptée dans la déclaration politique du Sommet des Nations Unies<sup>4,5</sup>.

Dans un rapport récent de l'Ontario intitulé *What Does it Take to Make a Healthy Province*, on recommande un leadership solide mettant à contribution les gouvernements et la société civile qui guideront des solutions santé<sup>12</sup>. Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a aussi reconnu le besoin d'une intervention « intersectorielle, pangouvernementale et panontarienne » dans son rapport de 2009 intitulé *La santé publique – L'affaire de tous*<sup>270</sup>. Dans son rapport de 2010 intitulé *Parlons de santé et non plus de soins de santé*, ou pousse plus loin l'argumentaire en faveur de l'intégration entre les trois ordres de gouvernement et les dirigeants communautaires, le secteur privé et le public<sup>271</sup>.

Un rapport du Conseil canadien de la santé présente des exemples d'initiatives pangouvernementales provinciales et étrangères au Canada et met en évidence l'appui solide reçu de hauts fonctionnaires variant de sous-ministres aux médecins hygiénistes et à des universitaires de premier plan<sup>3</sup>. Ce rapport s'appuie sur des rapports précédents du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population qui favorise l'action intersectorielle<sup>272,273</sup>.

### **Faciliter les interventions éclairées par des données probantes**

Les deux recommandations qui suivent facilitent l'amélioration continue de la prévention des maladies chroniques par l'échange intégré du savoir, le renforcement des capacités, l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, le contrôle du rendement, la recherche et l'évaluation.

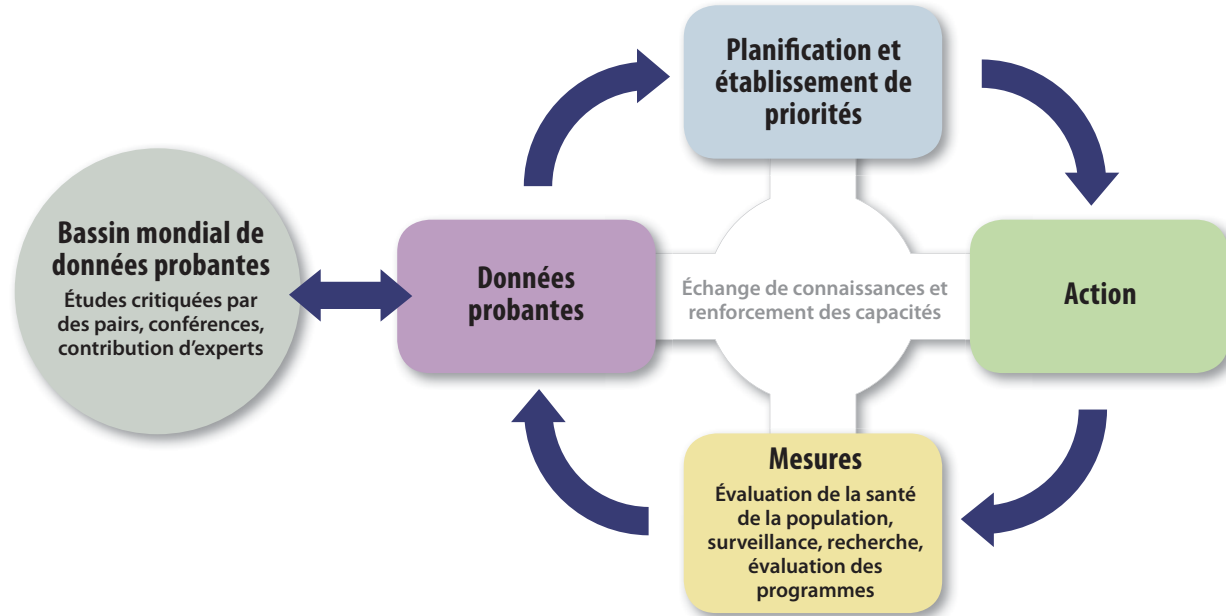
Idéalement, la création de savoir est intégrée avec l'échange de connaissances et appuyée par le renforcement des capacités, ce qui garantit que la planification, la prise de décisions et les interventions sont éclairées

## **5. Renforcer notre capacité de changer**

### **Faciliter les interventions éclairées par des données probantes**

*Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a aussi reconnu le besoin d'une intervention « intersectorielle, pangouvernementale et panontarienne » dans son rapport de 2009.*

Figure 6 : Modèle conceptuel pour l'amélioration continue de la qualité des interventions visant la population et la santé publique par l'intégration de divers éléments constitutifs de la santé publique



Créé avec la contribution du Groupe de travail sur la prévention, des membres des groupes d'experts et à partir de modèles conceptuels<sup>274-276</sup>

par des données probantes de façon à mettre le savoir en pratique. En retour, la pratique peut être une source précieuse pour l'assise du savoir plus générale.

Lorsque les résultats de la pratique sont surveillés, évalués et étudiés, ils éclairent les données probantes et contribuent à l'amélioration continue. À long terme, ce cycle de création de savoir et d'interventions éclairées par les données probantes (illustré à la figure 6) permet aux dirigeants de la santé publique et à d'autres intervenants de tirer des leçons d'interventions antérieures (p. ex., politiques, programmes, leadership gouvernemental) et de mieux planifier et d'améliorer les politiques et les programmes existants.

### Recommandation 18

#### *Améliorer la mesure et accroître la responsabilisation.*

Créer un système panprovincial coordonné d'évaluation et de surveillance de la santé de la population qui produira les données complètes, opportunes, continues et exactes essentielles à la planification, à l'application et à l'évaluation de politiques et de programmes visant à alléger le fardeau imposé par les maladies chroniques et les facteurs de risque connexes.

Il est impossible de gérer ce qu'on ne peut mesurer. C'est aussi vrai pour la santé de la population et la

prévention des maladies chroniques que pour toute autre activité. Un système de surveillance mesure les répercussions au niveau de la population, y compris l'efficacité des interventions, le rayonnement et l'éventail des programmes<sup>252</sup>. Il est possible d'évaluer ces répercussions en fonction de mesures de référence pour comprendre et améliorer le rendement global du système et l'affectation des ressources sur le plan d'une efficacité et d'une responsabilisation plus grandes.

Même si l'Ontario dispose d'une foule de sources de données, celles-ci ne sont pas nécessairement intégrées, connectées, complètes, valides ou accessibles, ce qui nuit à notre capacité de les utiliser aux fins de la planification de la promotion de la santé de la population.

### 1. Système intégré

Un système intégré et panprovincial d'évaluation et de surveillance de la santé de la population refléterait les déterminants multilatéraux des maladies chroniques et des expositions aux facteurs de risque pendant toute la vie<sup>277,278</sup>. Si l'on refermait les lacunes au niveau de la collecte des données, l'Ontario serait plus en mesure de déterminer les tendances émergentes, d'établir des priorités pour répondre aux besoins locaux, d'évaluer les résultats et les répercussions et de s'attaquer aux iniquités en matière de santé.

Établir et mettre en œuvre un système d'évaluation coordonnée de la santé de la population et de surveillance des facteurs de risque, des conditions de risque et des maladies chroniques en Ontario. Il s'agirait d'un système permanent et continu qui réunirait des données durant toute la vie, dans des sous-populations d'intérêt et à des niveaux multiples (p. ex., personnes, programmes, politiques et échelon communautaire).

### 2. Système branché

Les données sur les facteurs de risque et les comportements en Ontario sont saisies en partie par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé et, dans le cas de certains services locaux de santé publique, le Système rapide de surveillance des facteurs de risque (SRSFR). D'autres enquêtes comme le Système de surveillance des jeunes (SSJ) et le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des étudiants de l'Ontario (SCDSEO) portent avant tout sur des facteurs et des conditions de risque différents dans les populations prioritaires. Ce système de surveillance constitue toutefois une courtepointe sans cadre unificateur qui assure une couverture incomplète (sur le plan géographique et entre les populations prioritaires), dont le contenu est incomplet ou mal conceptualisé et qui est mal harmonisé avec les besoins reliés à la prise de décisions<sup>279</sup>. Un système d'évaluation de la santé entièrement branché :

- garantirait une collecte de données coordonnée entre les enquêtes sur la santé actuellement réalisées dans la province;
- définirait des facteurs de mesure et des indicateurs communs et étudiés attentivement;
- intégrerait des données provenant de toutes les sources (systèmes de surveillance des risques et des comportements, registres des maladies, ensembles de données administratives, recensements, enquêtes sur la santé et études de cohorte longitudinales).

### 5. Renforcer notre capacité de changer

#### Recommandation 18

*Même si l'Ontario dispose d'une foule de sources de données, celles-ci ne sont pas nécessairement intégrées, connectées, complètes, valides ou accessibles.*

## 5. Renforcer notre capacité de changer

### Recommandation 18

### 3. Système complet

Les maladies chroniques et les facteurs de risque connexes ne font pas l'objet de rapports constants en Ontario, ce qui joue contre notre capacité de mesurer systématiquement le fardeau morbide et d'y faire face. Le manque de données fondamentales a compliqué même la rédaction du présent rapport. Par exemple, les estimations de l'incidence de la majorité des maladies chroniques, y compris les maladies cardiovasculaires (p. ex., crise cardiaque et accident vasculaire cérébral) et les maladies respiratoires chroniques (p. ex., asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique), ne sont pas complètes.

- Étendre les systèmes actuels de surveillance afin de répondre aux besoins en données du nouveau cadre, y compris créer de nouveaux indicateurs et de nouvelles sources de données.

### 4. Système valide

Il se peut que les données disponibles et les méthodes courantes d'analyse de la prévalence des facteurs de risque ne constituent pas une base solide sur laquelle fonder l'estimation de ce qu'elles prétendent mesurer et qu'elles puissent donc mal orienter des efforts de prévention ciblés. Les données sur l'activité physique tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ne reflètent pas tous les aspects et les domaines de l'activité physique, ne sont pas faciles à relier à des mesures objectives et peuvent produire des données tellement erronées qu'elles sont trompeuses<sup>23,280,281</sup>. On utilise actuellement plusieurs méthodes d'analyse sociodémographique, qui peuvent expliquer ou non l'interaction entre des aspects distincts comme l'éducation, le revenu et le

statut d'immigrant et combiner des aspects sociodémographiques de façons différentes.

- Appuyer la recherche d'instruments de collecte de données plus valides (autodéclarées et objectives) et portant aussi sur la validité de différentes méthodes d'analyse, y compris l'analyse des facteurs de risque et de la prévalence des maladies en fonction de facteurs sociodémographiques.

### 5. Système accessible et à l'écoute

Un système coordonné portant sur la santé de la population et la surveillance devrait être continuellement à l'écoute des besoins en données en pleine évolution de ceux qui interviennent (p. ex., planificateurs et exécutants de programmes et de politiques). Les décideurs locaux et provinciaux ont besoin de données valides pour cerner des tendances, entreprendre des évaluations situationnelles, déterminer des populations prioritaires et planifier et évaluer des interventions. Un tel système peut aussi servir à contrôler le rendement afin de garantir la reddition de comptes.

- Implanter l'analyse centrale et la diffusion de rapports d'évaluation et de surveillance de la santé de la population portant sur les facteurs de risque, les conditions de risque et les maladies chroniques.
- Fournir aux décideurs locaux les données dont ils ont besoin pour faciliter la planification à l'échelon local.



## Appui en faveur de la mesure

L'évaluation et la surveillance de la santé de la population sont décrites comme des éléments pivots de la Norme fondamentale dans les Normes de santé publique de l'Ontario<sup>282</sup>. Elles font partie intégrante de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes à tous les niveaux des soins de santé et de la santé publique en Ontario<sup>132</sup>.

On a affirmé à maintes reprises qu'il fallait améliorer les systèmes de mesure des maladies chroniques. Dans *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles, 2010*<sup>6</sup> et *Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*<sup>249</sup>, l'OMS insiste sur l'importance d'améliorer les systèmes de mesure dans le cas des maladies chroniques. Un rapport sur la surveillance des maladies chroniques au Canada décrit les lacunes existantes aux niveaux de l'organisation, des ressources humaines, des processus, de l'information, de la technologie et des normes<sup>283</sup>.

Dans son récent Livre blanc, l'Alliance mondiale sur la surveillance des facteurs de risque décrit aussi la nécessité d'un système de surveillance viable et continu qui vise avant tout à réunir des données en continu. L'Alliance signale l'exemple d'enquêtes annuelles réalisées dans les pays baltes depuis 1978, qui contribuent à appuyer et à évaluer les programmes de promotion de la santé et les politiques gouvernementales<sup>284</sup>. L'annexe technique d'accompagnement présente des exemples de lacunes au niveau des données de surveillance des facteurs de risque en Ontario.

## Recommandation 19

### *Relier le savoir à la pratique.*

Créer une capacité d'intervention efficace en prévention des maladies chroniques.

Les données probantes et les interventions sont finalement jugées en fonction de l'atteinte ou de l'amélioration de résultats<sup>285</sup>. Il est essentiel autant pour les stratégies que pour les professionnels de savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Issu d'activités de surveillance, de recherche et d'évaluation, ce savoir doit être transmis rapidement et efficacement aux praticiens. De même, le savoir tiré d'innovations basées sur la pratique doit réintégrer le cycle de la preuve à l'action. Nous pouvons confirmer et mettre en œuvre rapidement des découvertes et tirer des leçons de ce qui fonctionne dans la pratique en renforçant notre capacité d'échange de connaissances.

L'**échange de connaissances** peut s'entendre de la solution de problèmes en collaboration entre les chercheurs et ceux qui réalisent des interventions (p. ex., praticiens et responsables des politiques)<sup>286,287</sup>. Les produits du savoir et la possibilité d'échanger des connaissances sont des moyens importants d'éclairer les décisions fondées sur les politiques et la pratique<sup>252</sup>. Souvent, les données ne sont toutefois pas accessibles, ne sont pas disponibles lorsqu'on en a besoin ou sont mal présentées pour utilisation.

Le **renforcement des capacités** améliore la santé à trois niveaux : l'évolution du savoir et des compétences spécialisées des praticiens; l'expansion de l'appui et de l'infrastructure servant à la promotion de la santé dans les organisations; et l'établissement de partenariats communautaires pour la santé<sup>288</sup>. La formation, la consultation et l'aide technique, de même que l'appui accordé à des réseaux d'acquisition du savoir entre professionnels, sont au nombre des activités connexes.

## 5. Renforcer notre capacité de changer

### Recommandation 19

## 5. Renforcer notre capacité de changer

### Communications coordonnées sur la santé

#### Recommandation 20

#### Appui en faveur de l'établissement de liens entre le savoir et la pratique

L'échange de connaissances et le renforcement des capacités constituent des pratiques exemplaires établies dans les milieux de la santé publique en Ontario. L'Agence de la santé publique du Canada, les centres nationaux de collaboration en santé publique, le Réseau de transfert de la recherche sur la santé des personnes âgées et le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la diffusion et l'adoption de pratiques éclairées dans le traitement du tabagisme sont au nombre des chefs de file nationaux.

L'Ontario a un système de centres de ressources en promotion de la santé qui regroupe les éléments suivants (pertinents au présent rapport) : La Health Communication Unit (THCU), le Alcohol Policy Network (APN), le Centre de ressources d'activités physiques (CRAP), le Centre des ressources en nutrition (CRN), le Centre de formation et de consultation (CFC) et l'OPHEA, notamment.

Le CFC appuie la stratégie Ontario sans fumée par la création et l'échange de connaissances, les collectifs de pratique, la description des pratiques locales et la recherche appliquée<sup>289</sup>.

Il y a aussi d'autres organismes provinciaux comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), qui héberge aussi le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la diffusion et l'adoption de pratiques éclairées dans le traitement du tabagisme (CAN-ADDAPT), et le Projet d'amélioration de la formation en counselling appliqué sur le renoncement du tabagisme (TEACH).

## Communications coordonnées sur la santé

### Recommandation 20

#### *Lancer une campagne coordonnée de communications sur la santé.*

Lancer et maintenir une campagne factuelle, complète, intégrée et coordonnée de communications sur la prévention des maladies chroniques qui s'appuie sur les campagnes existantes en Ontario.

Les communications sur la santé consistent à utiliser des voies et des stratégies de communications afin d'éclairer et d'orienter le comportement et des décisions individuelles et d'améliorer en bout de ligne les résultats pour la santé<sup>291</sup>. Ces activités peuvent être universelles ou ciblées et exigent un effort soutenu.

Le marketing social, qui consiste à utiliser les principes du marketing définis de façon générale pour orienter des comportements et instaurer un changement social (en l'occurrence, répandre les comportements santé pour prévenir les maladies chroniques) constitue un aspect important des communications sur la santé. Une campagne intégrée de communications sur la santé peut avoir de nombreux objectifs comme les suivants :

- promouvoir la santé et les comportements santé;
- créer des ressources et des outils personnalisés pour l'autoprise en charge;
- produire de l'information sur la santé qui est ciblée, accessible, et applicable;
- favoriser l'autodétermination et la participation du public dans de grands dossiers de la santé;

## Rayonnement élargi grâce au projet TEACH

Il y a toujours beaucoup de fumeurs en Ontario qui souhaiteraient écraser. Certains essaieront de cesser de fumer, mais pour toutes sortes de raisons, il y en aura toutefois peu qui réussiront. Les fumeurs ont maintenant plus de possibilités de recevoir des conseils qui peuvent les aider à arrêter. Dans le contexte d'une stratégie intégrée de renoncement, le projet TEACH donne à des professionnels de la santé des secteurs public, privé et sans but lucratif de la formation pour leur permettre d'offrir de brefs services de conseil intensif aux personnes qui font usage de tabac<sup>290</sup>.

Le projet TEACH est agréé par le programme Main-Pro C du Collège des médecins de famille du Canada, la Fédération canadienne d'agrément des conseillers en toxicomanie et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

- créer des réseaux d'entraide sociale;
- accroître les techniques de littératie, y compris les compétences alimentaires;
- établir des contacts avec des populations difficiles à atteindre et diverses sur le plan culturel<sup>292,293</sup>.

Pour porter fruit, les campagnes de communications sur la santé doivent être stratégiques : elles doivent avoir des buts clairs et atteignables, viser la clientèle prévue ou le groupe prioritaire prévu et les mobiliser, et exécuter tout un éventail de tactiques de communication par des voies pertinentes pour la population visée (éducation, milieu de travail, médias sociaux, etc.).

### Appui en faveur des communications sur la santé

Les communications sur la santé, qui comportent une approche du marketing social basée sur le changement social, constituent un mandat opérationnel important décrit dans la plupart des rapports stratégiques<sup>294</sup> et adapté universellement par les autorités et les programmes de santé publique au Canada et à l'étranger. Il s'agit d'une activité fonctionnelle cruciale du cadre de l'APMCC pour la prévention primaire des maladies chroniques<sup>252</sup> et le Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles<sup>5</sup> en a reconnu l'importance.

## 5. Renforcer notre capacité de changer

### Communications coordonnées sur la santé

#### Recommandation 20

*Pour porter fruit, les campagnes de communications sur la santé doivent être stratégiques : elles doivent avoir des buts clairs et atteignables, viser la clientèle prévue ou le groupe prioritaire prévu.*





## 6. Équité en santé

Les personnes qui vivent dans des situations moins avantageuses – qu’elles soient mesurées en fonction du revenu, de la situation socioéconomique, de la scolarité, du sexe ou de l’origine ethno-raciale – ont tendance à connaître des résultats moins bons sur le plan de la santé<sup>295</sup>.

Les iniquités en santé s’entendent des différences au niveau des résultats pour la santé entre des groupes définis, différences qui sont évitables, systématiquement injustes et reliées au désavantage social<sup>296</sup>.

Un corpus important de résultats de recherches montre que les iniquités en santé sont enracinées dans les déterminants sociaux plus généraux de la santé. L’effet du développement de la petite enfance, de l’éducation, de l’emploi, des conditions de travail, de la répartition du revenu et du logement sur des résultats négatifs pour la santé, y compris les maladies chroniques, est bien documenté<sup>297</sup>. D’autres déterminants comme le sexe, la race et la géographie convergent avec ces facteurs, ce qui exacerbe les iniquités en santé. Les immigrants non européens, et particulièrement les immigrants de couleur, par exemple, sont deux fois plus susceptibles que les personnes nées au Canada de signaler une dégradation de leur état de santé en huit ans même s’ils sont arrivés au Canada en bénéficiant d’un avantage comparatif sur le plan de la santé par rapport à la population d’origine canadienne<sup>296</sup>.

L’impact collectif des déterminants sociaux sur la santé de la population est important. Dans un rapport dévoilé en 2009, le Sous-comité de la santé des populations du Sénat canadien affirme qu’environ 50 % des résultats pour la santé sont attribuables à des facteurs socioéconomiques<sup>298</sup>. Les mesures visant à niveler

les iniquités en santé constituent donc des éléments importants de la prévention des maladies chroniques au niveau de la population.

### Chercher à instaurer l’équité

#### Recommandation 21

##### *Réduire les iniquités en santé.*

Réduire les iniquités en santé en veillant à ce que les mesures prises pour lutter contre les maladies chroniques et leurs facteurs de risque connexes reconnaissent certains sous-groupes de l’Ontario qui doivent supporter un fardeau morbide plus lourd. Pour que cette recommandation porte fruit, il faut :

- veiller à ce que les systèmes provinciaux de collecte de données repèrent et évaluent adéquatement les disparités aux niveaux de l’exposition aux facteurs de risque et du fardeau morbide entre les sous-groupes de l’Ontario;
- accorder davantage d’attention aux déterminants de la santé qui se trouvent en amont dans le cas de ces groupes;
- procéder à des évaluations de l’impact sur l’équité en matière de santé (EIES) avant de mettre en œuvre un programme et une politique pour saisir les effets différentiels d’interventions sur des sous-populations et pour permettre de les atténuer par la planification.

## RÉSUMÉ



La distribution des maladies chroniques et le fardeau qu’elles imposent sont inégaux dans la population de l’Ontario. Pour niveler ces iniquités, il faut commencer par mobiliser les sous-groupes en cause, y compris les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis de l’Ontario, afin d’attaquer les obstacles systémiques auxquels ces groupes font face dans la lutte contre les facteurs de risque clés de maladies chroniques.



## 6. Équité en santé

### Maladies chroniques et membres des Premières nations, Inuits et Métis

#### Recommandation 22

**Systèmes provinciaux de collecte de données :** Pour permettre d'évaluer les iniquités en santé, les systèmes de collecte de données et les grandes études provinciales de cohorte doivent fournir de l'information sur la santé qu'il est possible de stratifier en fonction des différentes sous-populations d'intérêt. Par exemple, il faudrait recueillir des données sur l'état de santé et les comportements santé de populations sans égard à la situation socioéconomique, aux groupes ethno-raciaux et aux frontières géographiques. Beaucoup de sources de données n'incluent pas actuellement cette information ou ne sont pas assez robustes pour permettre d'analyser des sous-groupes.

**Déterminants en amont de la santé :** Comme on l'a déjà signalé, les politiques et les interventions visant à prévenir les maladies chroniques doivent tenir compte de l'effet des déterminants sociaux de la santé et des obstacles à la santé auxquels font face les groupes désavantagés de l'Ontario. Les interventions en santé peuvent améliorer les résultats lorsqu'elles sont évaluées au niveau de la population. Si l'intervention n'est pas bénéfique pour tous également, il se peut toutefois que le fardeau imposé par la maladie et ses facteurs de risque deviennent de plus en plus concentrés dans les populations vulnérables<sup>298</sup>.

Par exemple, même si le tabagisme au Canada a dégringolé depuis 30 ans, il persiste à un niveau élevé dans certains groupes comme les personnes à faible revenu ou peu instruites, les membres des groupes PNIM, les personnes qui ont une maladie mentale et une toxicomanie<sup>299</sup>. Il faut tenir compte attentivement de l'équilibre entre les interventions universelles et les interventions ciblées. Dans certains cas, des interventions ciblées sont appropriées et dans d'autres, il faut conjuguer la mise en œuvre d'interventions

universelles et des moyens d'appui ciblés (p. ex., subventions au transport et aux services de garde à l'enfance) afin d'accroître l'accès pour les populations désavantagées.

**Évaluations de l'impact sur l'équité en santé :** Afin de guider l'élaboration de mesures qui servent à niveler les iniquités, il est possible d'appliquer une évaluation de l'impact sur l'équité en santé (EIES) aux interventions au niveau des politiques et des programmes de prévention des maladies chroniques – à la fois dans le secteur de la santé et à l'extérieur de celui-ci. L'outil d'aide à la décision EIES créé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario peut servir à déterminer l'effet éventuel d'un programme ou d'une politique sur différents groupes démographiques<sup>300</sup>. L'objectif consiste à maximiser les incidences qui réduisent les disparités au niveau de la santé et à minimiser celles qui les creusent.

### Maladies chroniques et membres des Premières nations, Inuits et Métis

#### Recommandation 22

##### *Se pencher sur la santé des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.*

Veiller à ce que les mesures prises pour s'attaquer aux facteurs de risque associés aux maladies chroniques tiennent compte des obstacles à la santé auxquels font face les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis en Ontario.

Les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM) de partout au Canada ont de nombreux défis à relever sur le plan de la santé et vivent avec un fardeau extrêmement lourd de maladies chroniques. L'inégalité de l'accès aux déterminants sociaux fondamentaux de la santé (p. ex., revenu, sécurité alimentaire, logement, eau potable salubre) pour les collectivités PNIM contribue à raccourcir l'espérance de vie<sup>301</sup> et à faire grimper les taux de maladies chroniques<sup>302,303</sup>.

La santé des peuples PNIM partout au Canada est reliée inextricablement à l'histoire de la colonisation et de l'oppression<sup>303</sup>. Les populations PNIM risquent plus que toute la population canadienne d'avoir plusieurs maladies chroniques importantes<sup>302,303</sup>. Les Indiens inscrits sont trois fois plus susceptibles que les non-Autochtones de mourir du diabète. Les Métis et les Indiens inscrits sont environ 30 % plus susceptibles de mourir de maladies cardiovasculaires et 46 % et 63 % respectivement plus susceptibles de mourir de maladies respiratoires<sup>304</sup>.

Par contre, les Métis et les Indiens inscrits sont 6 % et 13 % respectivement moins susceptibles de mourir du cancer<sup>304</sup>. Les écarts au niveau de l'incidence des principaux cancers entre les Premières nations de l'Ontario et la population générale se referment toutefois<sup>305</sup>. Leur taux d'incidence du cancer colorectal a cependant dépassé ceux de la population générale<sup>306</sup>. Des données indiquent aussi que les femmes des Premières nations de l'Ontario sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein à un stade plus avancé et d'avoir un pronostic plus médiocre<sup>307</sup>.

Compte tenu des problèmes particuliers auxquels font face les collectivités PNIM lorsqu'il s'agit de prévenir et de gérer les maladies chroniques, on a cherché à dégager un point de vue PNIM. Des représentants PNIM possédant du savoir-faire au niveau des facteurs de

risque étudiés ont été invités à participer aux travaux des groupes d'experts réunis. Dans leurs commentaires, les membres PNIM des groupes d'experts ont insisté sur la nécessité de tenir compte des obstacles à la santé et au mieux-être chez les PNIM. Ces obstacles découlent en partie de l'iniquité de l'accès aux déterminants de la santé fondamentaux, ainsi que des limites aux interventions recommandées axées sur la population. Les membres PNIM des groupes d'experts ont dégagé des préoccupations comme les suivantes :

- Les décideurs doivent comprendre à fond l'effet des 500 dernières années d'histoire (p. ex., colonisation, pensionnats) sur le vécu actuel des PNIM.
- Il faut tenir compte d'une approche holistique de la prévention des maladies chroniques en ciblant et intégrant des interventions portant sur la santé mentale, physique, affective et spirituelle.
- Il faut tenir compte des défis posés par la conception et la mise en œuvre de modèles de gouvernance optimaux compte tenu des défis administratifs que pose la prestation de services de santé aux PNIM.
- Il faut adapter une approche multigouvernementale pour tenir compte des formes de gouvernance, de la représentation (p. ex., les chefs de l'Ontario) et des relations avec tous les ordres de gouvernement qui sont particulières aux PNIM. Cette approche devrait mettre à contribution les dirigeants des PNIM, les collectivités et leurs homologues provinciaux et fédéraux pertinents.

## 6. Équité en santé

### Maladies chroniques et membres des Premières nations, Inuits et Métis

#### Recommandation 22

*Les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM) de partout au Canada ont de nombreux défis à relever sur le plan de la santé et vivent avec un fardeau extrêmement lourd de maladies chroniques.*

## 6. Équité en santé

### Maladies chroniques et membres des Premières nations, Inuits et Métis

#### Recommandation 22

- Le manque de données adéquates sur lesquelles s'appuyer pour concevoir et lancer des interventions particulières aux PNIM. Il faut étendre et améliorer considérablement la collecte des données sur la santé dans les collectivités des Premières nations et essayer d'étendre les données réunies sur les PNIM qui vivent en dehors des collectivités des Premières nations.
- Il n'y a pas de recherche communautaire permettant d'évaluer l'efficacité des interventions dans le contexte particulier aux PNIM.
- On craint que l'augmentation des taxes sur le tabac n'entraîne une augmentation de la contrebande et des ventes de tabac de contrebande dans les collectivités des Premières nations. C'est ce qu'on a observé au milieu des années 1990 lorsque les taxes sur le tabac ont augmenté, ce qui a abouti à des confrontations entre les services d'application de la loi et les membres des collectivités qui se livraient à des activités de contrebande au détriment de toute la collectivité.
- Il y a des obstacles financiers et autres à l'aménagement d'installations et à la participation à des programmes d'activité physique et de loisirs chez les enfants PNIM vivant dans la pauvreté.
- Les préoccupations liées à la sécurité alimentaire portent sur l'accès, la disponibilité et le caractère abordable de choix d'aliments sains comme les légumes et les fruits frais.
- On a davantage besoin de centres de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies et de désintoxication plutôt que de mesures de prévention axées sur les politiques.

Le rapport *Agir pour prévenir les maladies chroniques* reconnaît que la meilleure façon d'aborder les enjeux reliés aux maladies chroniques chez les PNIM réside dans un exercice de mobilisation lancé et contrôlé par eux. Entre-temps, toutefois, SPO et ACO sont déterminés à bâtir sur les liens établis avec les groupes PNIM en Ontario par l'entremise du Service de lutte contre le cancer chez les Autochtones d'ACO. SPO et ACO poursuivront leurs efforts de prévention du cancer auprès des groupes PNIM au moyen d'initiatives comme le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières nations (CTHFSPN) qui est hébergé conjointement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Santé Canada et le Comité sur la santé des chefs de l'Ontario.

On prévoit que les recommandations présentées dans ce rapport serviront à lancer un dialogue sur la prévention des maladies chroniques, mais il est entendu que les groupes PNIM pourront trouver d'autres recommandations qui peuvent être plus pertinentes et efficaces pour répondre à leurs problèmes et à leurs besoins particuliers.

## Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé

Pour déterminer comment les recommandations proposées dans *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* pourraient avoir une incidence inégale sur la population, on a procédé à une deuxième évaluation au moyen de l'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO)<sup>77</sup>. Le Ministère décrit l'outil EIES comme « un outil d'évaluation pratique et souple qui peut servir à recenser les impacts positifs ou négatifs involontaires d'un plan, d'une politique ou d'un programme sur la santé de groupes vulnérables ou marginalisés au sein de la population en général ». Idéalement, l'outil est utilisé par les intervenants chargés d'élaborer des recommandations stratégiques et les décideurs devraient l'utiliser pour la mise en œuvre<sup>308</sup>.

Afin d'appliquer l'outil EIES au présent rapport, on a procédé à des entrevues auprès de personnes-ressources clés, soit les responsables des facteurs de risque du GTP, et saisi l'information dans un outil EIES. L'annexe technique distincte présente une discussion plus détaillée des résultats, résumée ci-dessous.

### Fiscalité

**Recommandation 1 : Augmenter la taxe sur les produits du tabac.**

**Recommandation 5 : Maintenir et renforcer l'établissement de prix socialement responsables.**

L'augmentation des prix du tabac<sup>98</sup> et de l'alcool<sup>309</sup> par la fiscalité constitue le moyen le plus efficace de réduire la consommation chez les jeunes et les personnes à faible revenu. Si les personnes en cause continuent de fumer autant, il se peut toutefois que l'augmentation des taxes sur le tabac entraîne une réduction des fonds disponibles pour les nécessités du ménage dans le cas des personnes vivant dans la pauvreté. La solution pourrait consister en une augmentation des prestations versées aux populations désavantagées sur le plan économique en plus de l'augmentation des prix des cigarettes, ce qui décourage de fumer sans avoir d'effet nuisible sur le niveau de vie<sup>310</sup>. Le revenu produit par une taxe spéciale sur le tabac pourrait aussi servir à appuyer des programmes d'abandon visant les groupes désavantagés. La contrebande et l'exacerbation des marchés de contrebande préoccupent aussi, mais la Banque mondiale affirme que même si les taux de contrebande sont élevés, les augmentations de taxe réduisent quand même la consommation de cigarettes<sup>311</sup>.

### Restrictions au niveau de la vente au détail

**Recommandation 4 : Interdire le tabac sur les terrasses des bars et des restaurants.**

**Recommandation 6 : Appliquer des mesures efficaces de contrôle de la disponibilité de l'alcool.**

**Recommandation 15 : Appuyer l'alimentation saine dans les établissements subventionnés par le Trésor.**

L'imposition de restrictions de la vente au détail et de la disponibilité d'alcool, d'aliments malsains et de produits du tabac peut constituer un moyen efficace de promouvoir l'équité en santé entre les populations. Le contrôle de la disponibilité physique de l'alcool évite une densité excessivement élevée de détaillants d'alcool dans les régions à risque élevé. Il a été démontré, par exemple, qu'il y a des liens entre une densité plus élevée d'entreprises privées de vente d'alcool en milieu urbain et la pauvreté, le taux plus faible de scolarité et la race et l'origine ethnique dans la partie continentale des États-Unis<sup>312</sup>.

Dans le cas des restrictions imposées sur la consommation de produits du tabac, les données indiquent que l'interdiction du tabac dans les restaurants et dans d'autres endroits publics a un effet sur la population qui utilise ces endroits également. Il n'y a pas d'impact différentiel clair en fonction du revenu, du niveau de scolarité, de l'origine ethnique, de l'âge ou du sexe<sup>98,99</sup>.

### Publicité et marketing

**Recommandation 7 : Renforcer les mesures de contrôle ciblées portant sur la commercialisation et la promotion de l'alcool.**

**Recommandation 16 : Mettre en œuvre l'étiquetage obligatoire des menus dans les services d'alimentation.**

Des données probantes importantes indiquent que la publicité et le marketing ont un effet différent sur des groupes différents<sup>313</sup>. L'imposition de restrictions de la publicité en particulier peut avoir un effet positif sur les jeunes s'ils sont excessivement exposés et sensibles à la publicité et au marketing<sup>150,314,315</sup>. De plus en plus de documents indiquent que le marketing de l'alcool a un effet sur la consommation chez les jeunes, car les adolescents peuvent être particulièrement attirés par les produits dont la marque est diffusée par des campagnes axées sur les « habitudes de vie » qui relient leur consommation à une satisfaction, une excitation et un statut social immédiats<sup>150</sup>.

L'augmentation de la communication avec les consommateurs par l'étiquetage nutritionnel peut avoir un effet positif sur les populations désavantagées sur le plan social et économique en fournissant de l'information sur la nutrition et donnant accès à des choix santé, mais ces choix santé peuvent demeurer d'un coût prohibitif et pour choisir des options santé, il faut un certain niveau de littératie en santé<sup>316</sup>. Le savoir acquis constitue un important prédicteur de compréhension de l'information sur la nutrition, effet qui est composé chez les personnes âgées<sup>317</sup>. Il est possible d'atténuer cet effet en choisissant des façons d'afficher l'information sur la santé qui tiennent compte de niveaux variables de littératie en santé<sup>316</sup>.

## Communications

**Recommandation 3 : Lancer une campagne soutenue de marketing social.**

**Recommandation 20 : Lancer une campagne coordonnée de communications sur la santé.**

Le lancement d'une campagne coordonnée de communications sur la santé peut sensibiliser les populations désavantagées aux messages de promotion de la santé<sup>313</sup>, même si des stratégies antérieures ont connu un succès mitigé dans le nivellement des disparités. Par exemple, on ne sait pas clairement si des campagnes médiatiques de promotion de l'abandon du tabac referment, creusent ou maintiennent l'écart entre les populations désavantagées dans le cas de facteurs de risque comme le tabagisme. Un examen systématique des campagnes médiatiques de promotion de l'abandon du tabac a révélé que le tiers des campagnes médiatiques analysées réussissaient à promouvoir l'abandon du tabac autant chez les fumeurs dans une situation économique privilégiée que chez ceux qui sont désavantagés<sup>118</sup> sur le plan socioéconomique. Les messages ciblés qui visent les populations désavantagées peuvent constituer une stratégie efficace d'atténuation pour promouvoir la mise en œuvre équitable de cette recommandation<sup>318,319</sup>, même si le même examen systématique a révélé que dans les études visant spécifiquement les fumeurs vivant dans une situation socioéconomique désavantagée, il n'y avait pas de données probantes claires indiquant qu'une campagne médiatique avait favorisé un abandon soutenu<sup>118</sup>.

## Accès aux connaissances et aux services

**Recommandation 2 : Élargir et étendre le système intégré d'abandon du tabac.**

**Recommandation 8 : Accroître l'accès à de brèves interventions de conseil.**

**Recommandation 19 : Relier le savoir à la pratique.**

L'accès aux services de santé est un déterminant de la santé<sup>320</sup>. Les recommandations sur l'amélioration de l'accès aux services devraient donc accroître l'utilisation et être bénéfiques pour plus de gens. Les recherches montrent néanmoins que même les services d'accès universel comportent des obstacles comme la disponibilité des services (c.-à-d. la proximité), des obstacles financiers (p. ex., stationnement, transport et services de garde à l'enfance), des obstacles non financiers (c.-à-d. pertinence linguistique et culturelle) et l'équité du traitement. Les populations qui se butent de façon excessive à ces obstacles sont les itinérants, les immigrants, les réfugiés, les groupes divers sur le plan ethnique ou racial, les personnes handicapées, les groupes PNIM et les personnes à faible revenu, notamment<sup>74</sup>. Il importe à la fois de supprimer les obstacles qui empêchent d'avoir accès au savoir et aux services (p. ex., en renforçant les capacités et partageant mieux l'information)<sup>74</sup> et de lancer des stratégies en amont qui s'attaquent aux disparités socioéconomiques sous-jacentes<sup>321</sup>.

## Interventions en milieu scolaire et de travail

**Recommandation 9 : Exiger des crédits d'éducation physique.**

**Recommandation 12 : Faire preuve de leadership dans la politique sur l'activité physique en milieu de travail.**

**Recommandation 14 : Inclure dans les programmes d'études des compétences alimentaires obligatoires.**

Des données probantes indiquent que les enfants qui ont de l'embonpoint et sont obligés de participer à des activités physiques rigoureuses à l'école peuvent être victimes de stigmatisation<sup>169</sup>. En général, les interventions scolaires ciblées basées sur l'éducation physique augmentent toutefois la participation à ces activités chez les groupes qui affichent des niveaux excessivement bas d'activité physique comme les adolescentes<sup>322-324</sup> et les groupes à faible revenu<sup>325</sup>.

On indique qu'il y a un lien limité mais positif entre des interventions communautaires visant les adultes privés socialement et des choix santé en alimentation<sup>228</sup>. Des données probantes contradictoires montrent toutefois qu'à cause des ressources limitées, les groupes à faible revenu sont moins susceptibles d'adopter les modifications recommandées de leur alimentation, même après un programme communautaire d'éducation en nutrition<sup>326,327</sup>.

Il est impératif de reconnaître aussi que les collectivités éloignées ont des obstacles à surmonter, comme le manque de ressources et d'installations, qui nuisent à l'adoption d'interventions scolaires saines<sup>328</sup>. De même, les interventions saines en milieu de travail ont aussi des obstacles à surmonter comme



le manque de ressources, la concurrence que livre le travail, le manque de participation, le manque de temps<sup>329,330</sup> et la taille du milieu de travail<sup>330</sup>. Ces interventions ont tendance à attirer des employés déjà actifs<sup>331</sup>. Essentiellement, les interventions dans des écoles et des milieux de travail sains doivent tenir compte des déterminants de comportements santé et viser les populations désavantagées<sup>332</sup>.

## Mesure et évaluation

**Recommandation 10 : Évaluer l'activité physique quotidienne.**

**Recommandation 18 : Améliorer la mesure et accroître la responsabilisation.**

Les évaluations de programmes et de politiques peuvent avoir un effet bénéfique sur les populations désavantagées si elles dégagent des domaines où des politiques ont été mises en œuvre de façon inégale (p. ex., contrôler la mise en œuvre de l'activité physique obligatoire quotidienne dans des écoles rurales ou de quartiers plus pauvres). Pour que les évaluations aient une incidence sur le nivellement des inégalités, il faudra qu'elles tiennent compte du contexte qui a été décrit comme « les circonstances ou les événements constituant l'environnement où quelque chose existe ou se produit<sup>333</sup>. »

L'amélioration des mesures peut aussi promouvoir l'équité en garantissant que l'on déterminera avec précision les groupes qui peuvent être désavantagés. Par exemple, les chercheurs considèrent que les systèmes de mesure du rendement des soins de santé à l'échelon local chez les Autochtones du Canada sont sous-développés et donc inadéquats pour appuyer la mise en valeur des services sur la scène locale<sup>334</sup>. Les responsables des politiques des Premières nations, Inuits et Métis ont besoin de mesures intégrées et fiables d'évaluation de la santé qui reflètent les besoins, les priorités et les compréhensions de la santé dans leurs administrations locales et régionales. Il est crucial de participer à fond avec des groupes PNIM pour créer des systèmes qui amélioreront la collecte de données pertinentes et significatives sur le plan culturel<sup>335</sup>.

## Milieu bâti

**Recommandation 11 : Appuyer le transport actif.**

Les données probantes montrent que la planification et la construction de milieux sains peuvent accroître l'activité physique chez les groupes à faible revenu en région rurale<sup>336</sup>. L'Organisation mondiale de la Santé affirme toutefois

que seuls ceux qui sont déjà physiquement actifs<sup>337</sup> profitent des possibilités d'activité physique dans les quartiers. C'est pourquoi il faut insister particulièrement pour chercher à atteindre les groupes les moins actifs comme les enfants et les adolescents, les personnes âgées et les groupes socialement désavantagés et leur offrir des interventions personnalisées<sup>337</sup>.

## Stratégies intégrées

**Recommandation 13 : Créer une stratégie ontarienne sur l'alimentation et la nutrition.**

Il est difficile de déterminer les répercussions inégales sur les populations désavantagées lorsque les détails d'une stratégie n'ont pas été arrêtés. Il faudra toutefois réfléchir à la possibilité pour un programme intégré et universel de promotion de la santé d'accroître les disparités. Il se peut que les interventions ne soient pas adoptées par les personnes les plus à risque et les disparités peuvent s'accroître en réalité si les retombées sont concentrées chez les groupes dont la situation socioéconomique est plus favorable<sup>99,338,339</sup>. Il est possible d'atténuer cet effet en concentrant les interventions sur le contexte social à l'origine de comportements nuisibles pour la santé plutôt que sur les comportements mêmes<sup>339</sup>.

## Renforcement des capacités

**Recommandation 17 : Adopter une approche pangouvernementale.**

Dans son rapport intitulé Un Canada en santé et productif : Une approche axée sur les déterminants de la santé, le Sous-comité sénatorial affirme que « ce défi de taille ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en santé dans tous les secteurs d'intervention<sup>298</sup>. » Des pays comme l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède ont tous pris des mesures audacieuses pour implanter une approche pangouvernementale afin de réduire l'écart que constitue l'iniquité en santé<sup>340</sup>. L'approche pangouvernementale passera obligatoirement par une intervention intersectorielle entre les gouvernements, les milieux d'affaires, les organismes communautaires, ainsi que par le leadership du premier ministre et de ses homologues, des maires, des dirigeants municipaux, des dirigeants communautaires et des chefs de file des PNIM<sup>298</sup>.



# Conclusion

*Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* recommande des interventions au niveau de la population et une approche pangouvernementale en ce qui concerne la prévention primaire des quatre maladies chroniques les plus répandues : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chroniques.

La population ontarienne vit dans un paysage de risque déterminé par les politiques et influencé par un vaste éventail de variables socioéconomiques. Notre exposition au risque et les interventions et les comportements relatifs à la santé qui en découlent peuvent accroître ou réduire la probabilité d'avoir ces maladies chroniques. Les interventions visant à réduire l'exposition à quatre facteurs de risque clés – tabagisme, consommation d'alcool, alimentation malsaine et inactivité physique – réduiront notre risque d'avoir une maladie chronique. Comme les maladies chroniques entraînent des coûts importants pour l'être humain et l'économie, les stratégies de prévention portant sur le tabagisme, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires malsaines et

l'inactivité physique auront un effet positif sur la santé globale de la population ontarienne.

Il est crucial que la province élabore une approche proactive et intégrée des maladies chroniques. Dans ce rapport, nous suivons une approche de prévention primaire, sachant très bien qu'il est possible de prévenir des maladies chroniques. La nature évitable des maladies chroniques justifie donc des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies qui visent la population au complet, mais qui sont aussi bénéfiques pour les sous-groupes plus à risque<sup>28</sup>.

L'allègement du fardeau imposé par les maladies chroniques et la réduction des facteurs de risque qui les causent ne constituent toutefois pas la préoccupation exclusive des ministères provinciaux de la santé. Il faut aussi agir en dehors du domaine de la santé. Le succès que connaîtront nos efforts dépendra donc d'une collaboration rapprochée entre tous les secteurs et tous les ordres de gouvernement, les groupes communautaires, les milieux d'affaires, les établissements d'enseignement et les médias<sup>341</sup>.

## Antécédents au niveau des interventions

Le présent rapport s'inspire de l'impulsion créée par le récent Sommet des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) et est guidé par le *Plan d'action 2008-2013 de l'OMS pour la Stratégie mondiale de prévention et de contrôle des MNT*<sup>249</sup> et par des articles du Groupe d'action contre les MNT du *Lancet* et de l'Alliance des MNT qui ont tous traité des quatre principaux facteurs de risque de maladies chroniques.

Le Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques de l'Ontario<sup>28</sup> décrit les principaux éléments d'une stratégie intégrée de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Ce rapport porte en particulier sur des politiques publiques saines et des moyens d'appui environnementaux, ainsi que sur une possibilité d'agir dans le contexte du cadre.

Conformément à des documents phares sur la prévention comme la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et des documents de consensus plus récents comme la *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*<sup>269</sup>, *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* reconnaît que l'élaboration de politiques publiques saines et la prestation de moyens de soutien environnementaux jouent un rôle essentiel dans la prévention des maladies chroniques attribuables à des facteurs de risque modifiables.





# Annexe 1 : Méthodologie

## Auteurs et experts

### Groupe de travail sur la prévention des maladies chroniques

Créé au printemps 2011, le Groupe de travail sur la prévention (GTP) a réuni des experts d'ACO et de SPO dans chacun des domaines abordés dans le rapport *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne* (y compris les quatre domaines de facteurs de risque), ainsi que de la gestion de projets, des communications et des relations gouvernementales. Le GTP s'est chargé de la coordination globale de l'initiative, y compris de l'étude et de la révision des recommandations proposées par les responsables désignés des facteurs de risque.

Les équipes de travail de projet ont été chargées de produire l'information suivante :

- Résumés des données probantes reliant les facteurs de risque aux quatre catégories de maladies chroniques
- Analyses du fardeau économique attribuable aux maladies chroniques et des facteurs de risque connexes
- Analyses contextuelles, y compris examens des données issues de politiques d'autres administrations afin d'appuyer les recommandations
- Plan de communications pour diffuser les recommandations et mobiliser le gouvernement et d'autres intervenants

Des membres du GTP ont fait fonction de responsable de chacune des cinq priorités déterminées (tabac, consommation d'alcool, habitudes alimentaires malsaines, inactivité physique et prévention globale des maladies chroniques). Ces personnes ont été chargées de formuler des recommandations à soumettre aux membres de groupes d'experts et à l'ensemble du GTP. Les responsables des facteurs de risque ont proposé des recommandations et le groupe de travail les a étudiées en fonction des critères suivants :

- 1. Mise en œuvre de la recommandation relevant du champ de compétence du gouvernement de l'Ontario (c.-à-d. pouvoir administratif) :**  
Les recommandations dont la mise en œuvre relève directement du champ de compétence du gouvernement de l'Ontario ont reçu la

priorité. Des interventions exigeant un dialogue ou une compréhension entre gouvernements ont toutefois été maintenues comme domaines méritant de l'attention.

- 2. Solidité des données probantes :** Voir la discussion détaillée au chapitre 3.
- 3. Avoir déjà été déterminée :** Dans la mesure du possible, les recommandations reposent sur des rapports et des documents présentant les meilleurs conseils produits par des chercheurs, des réseaux et des professionnels du domaine de la prévention des maladies chroniques, tant au Canada qu'à l'étranger.
- 4. Tenir compte du niveau d'évolution des interventions pour le domaine de facteurs de risque :** Les facteurs de risque abordés dans ce rapport varient en fonction de l'envergure des politiques et de l'infrastructure établie pour s'y attaquer. C'est pourquoi les recommandations portant sur certains facteurs de risque se situent plus au niveau du développement que celles qui visent les facteurs de risque déjà régis par des contrôles stratégiques et réglementaires détaillés. C'est le cas, par exemple, du domaine de l'alimentation santé où des interventions porteuses de promesses sont déjà mises en œuvre par l'administration et fondées sur un effet présumé solide.
- 5. Limitée à quatre recommandations portant sur chaque domaine de facteurs de risque clés, plus des recommandations générales**

Il a été tenu compte aussi de la façon dont les recommandations traitent de l'enjeu que constitue l'équité et de leur incidence générale possible sur de multiples maladies ou facteurs de risque.

### Les groupes d'experts

Le responsable de chaque facteur de risque a collaboré avec le GTP afin de trouver des experts actifs dans chaque domaine qui formuleraient des commentaires sur la liste initiale de recommandations. Avec la collaboration de la directrice de la Lutte contre le cancer chez les Autochtones d'ACO, ils ont aussi trouvé des personnes qui pourraient présenter le point de vue des PNIM pour qu'elles siègent à chacun des groupes d'experts.



Le GTP a obtenu la version finale de la liste des experts de chacun des groupes. On cherchait un éventail de points de vue du Canada et de l'étranger. Les groupes sont constitués notamment de chercheurs universitaires, de responsables de politiques, de cadres supérieurs chargés de l'élaboration et de l'application d'initiatives de prévention des maladies chroniques et de professionnels de la santé publique.

Les groupes de travail sur les facteurs de risque ont présenté la liste initiale des recommandations à chaque groupe d'experts et sollicité leurs commentaires par des moyens électroniques, des entrevues, des téléconférences et des réunions en personne.

### Contribution du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario et des intervenants

La version préliminaire des recommandations et des données probantes a été présentée aux interlocuteurs et aux experts au cours d'un événement exclusif du Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario en décembre 2011. Par la suite, le GTP a consulté des organismes d'interlocuteurs et évalué les commentaires et les suggestions afin de possiblement les intégrer dans le document.

### Annexe technique

Une annexe technique d'accompagnement disponible inclut d'autres données sur les facteurs de risque, des détails sur le fardeau des maladies chroniques; des renseignements supplémentaires sur les recommandations et les références d'appui; et une analyse des incidences sur l'équité en matière de santé.

### Le lien entre les facteurs de risque et le fardeau morbide

**Prévalence des facteurs de risque.** Un sous-groupe du Groupe de travail sur la prévention a extrait les estimations établies par l'Ontario au sujet du fardeau imposé par le tabagisme et la consommation d'alcool, l'inactivité physique et les habitudes alimentaires malsaines du dossier partagé le plus récent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) via l'infobase Maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada. La prévalence du tabagisme chez les adultes, l'inactivité physique, l'obésité et une consommation de légumes et de fruits de moins de cinq fois par jour ont constitué les indicateurs disponibles pertinents. L'estimation de la consommation d'alcool dépassant les lignes directrices sur le faible risque provient de

l'Indicateur de la consommation d'alcool du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) et de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes.

Les estimations de la prévalence des facteurs de risque selon les facteurs sociodémographiques reposaient sur une analyse du fichier maître de l'ESCC pour 2007–2008.

**Fardeau morbide.** Les estimations du fardeau morbide ont été calculées à partir de la base de données sur la mortalité de l'Ontario et des codes de la Classification internationale des maladies (CIM) recommandés par l'Association des épidémiologistes en santé publique de l'Ontario (AESPO) et d'autres organismes (c.-à-d., maladies cardiovasculaires : CIM 10 : I00-I99; cancer : CIM 10 : C00–D48; diabète : CIM 10 : E10-E14; maladies chroniques des voies respiratoires [inférieures] : CIM 10 : J40-J47). Les estimations des incidences du fardeau morbide ont été calculées à partir du Registre du cancer de l'Ontario et, dans le cas du diabète, tirées de publications récentes basées sur des données du Canada et de l'Ontario.

**Lien entre les facteurs de risque et les maladies.** Une recherche documentaire sur les liens entre les facteurs de risque choisis et les maladies chroniques a commencé par les critiques de groupes d'experts connus ou des monographies (p. ex., monographie du Centre international de recherche sur le cancer, Rapports du Chirurgien général des États-Unis). On a ensuite utilisé les rubriques médicales (MeSH) pour effectuer dans la base de données PubMed des recherches de critiques systématiques publiées à la suite de critiques d'experts. On a accordé la priorité aux grandes critiques systématiques et aux méta-analyses, aux journaux à facteur d'impact élevé et à des groupes de recherche bien connus.

### Définitions et sources de données

#### Codes CIM pour l'extraction de données sur la mortalité causée par les maladies chroniques

- Maladies cardiovasculaires : CIM-10 : I00-I99 (ou CIM-9 : 390–459) (c.-à-d. le bloc « I » au complet)
- Cancer : CIM-10 : C00–D48
- Diabète : CIM-10 : E10-E14 (ou CIM 9 : 250)

- Maladies chroniques des voies respiratoires (inférieures) : CIM-10 : J40–J47 (ou CIM 9 : 490–494, 496)
- Note : À compter de la révision CIM-10 le code 495 [alvéolite allergique extrinsèque] de la CIM-9 n'est plus inclus, ce qui a un effet sur quelques rares décès par année s'il en est.

#### Indicateur de la prévalence des facteurs de risque – sources de données

- Tabagisme actif (adultes), obésité, inactivité physique, consommation insuffisante de légumes et de fruits : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier partagé 2009 2010 (exclut les non-réponses), tiré du site Web de l'Infobase des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada 2010. Extrait le 21 septembre 2011 de <http://www.infobase.phac-aspc.gc.ca> (note : l'estimation relative à l'âge actuel des fumeurs de 20 ans et plus a été calculée séparément par les membres du personnel de l'ASPC)
- Tabagisme chez les jeunes : Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), 2008–2009, Tableaux supplémentaires de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2008 2009. Extrait le 15 septembre 2001 du site Web de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes [http://www.yss.uwaterloo.ca/results/YSS2008-2009\\_supplementary\\_tables\\_fr.pdf](http://www.yss.uwaterloo.ca/results/YSS2008-2009_supplementary_tables_fr.pdf)
- Consommation d'alcool : L'Indicateur de CAMH 2009. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Monitor eReport de l'ACSM : Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2009 (série de documents de recherche de l'ACSM n° 31)

#### Indicateur de prévalence des facteurs de risque – définitions

- Tabagisme actif : pourcentage de la population de 20 ans et plus qui a déclaré fumer actuellement (c.-à-d. fumer tous les jours ou à l'occasion). Fichier partagé de l'ESCC 2009 2010, question SMK\_Q202, exclut les non-réponses.
- Consommation d'alcool : pourcentage des membres de la population de 18 ans et plus qui ont dépassé les lignes directrices sur la consommation à faible risque recommandées par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) (c.-à-d. 14 consommations standard par semaine chez les hommes et 9 consommations standard chez les femmes ou plus de 2 consommations le même jour).

- Obésité : pourcentage des membres de la population de 18 ans et plus qui ont un indice de masse corporelle (IMC) de 30,0 ou plus, basé sur la taille et le poids autodéclarés. Fichier partagé de l'ESCC 2009 2010, variable dérivée HWTDISW, exclut les non-réponses.
- Inactivité physique : pourcentage des membres de la population âgés de 12 ans et plus qui sont inactifs (dépense d'énergie <1,5 kcal/kg/jour) durant leurs loisirs, basé sur un indice d'activité physique quotidienne moyenne (mesurée par la dépense d'énergie) au cours des trois derniers mois. Fichier partagé 2009 2010 de l'ESCC, variable PACDPAI, exclut les non-réponses.
- Consommation insuffisante de légumes et de fruits : pourcentage des membres de la population de 12 ans et plus qui ont déclaré manger des légumes et de fruits des moins de cinq fois par jour. Fichier partagé 2009–2010 de l'ESCC, variable dérivée FVCGTOT, exclut les non-réponses.

#### Indicateurs de prévalence des facteurs de risque selon des facteurs sociodémographiques—sources de données

Source de données : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), fichier maître 2007-2008

Produit par : Action Cancer Ontario, Prévention et lutte contre le cancer (Surveillance)

#### Indicateurs de la prévalence des facteurs de risque selon les facteurs sociodémographiques – définitions

- Tabagisme actif : pourcentage des 30 ans et plus qui ont déclaré fumer (c.-à-d. fumer tous les jours ou à l'occasion).
- Consommation d'alcool : proportion des répondants de 30 ans et plus qui ont bu plus de 30 grammes (2 consommations) d'alcool n'importe quel jour de la semaine qui a précédé l'entrevue. Note : Ont été exclues les femmes enceintes ou qui allaitaient, les femmes qui n'ont pas répondu aux questions sur la grossesse ou l'allaitement, mais non celles qui ont déclaré ne pas savoir si elles étaient enceintes, et les répondants qui n'ont pas répondu à une ou plus des questions obligatoires sur la consommation d'alcool.

- **Obésité** : pourcentage des 30 ans et plus qui ont un indice de masse corporelle (IMC) de 30,0 ou plus, basé sur la taille et le poids auto-déclarés. Note : ont été exclues les femmes enceintes ou qui allaitaient; les femmes qui n'ont pas répondu aux questions sur la grossesse ou l'allaitement mais non celles qui ont déclaré ne pas savoir si elles étaient enceintes; les répondants dont la taille était inférieure à 3 pi ou supérieure à 7 pi; et ceux dont la taille ou le poids étaient inconnus.
- **Inactivité physique** : pourcentage des répondants âgés de 30 ans et plus qui étaient inactifs ( $EE \leq 1,5$  kcal/kg/jour) pendant leurs loisirs et transport actif au cours des trois derniers mois, basée sur la dépense estimative d'énergie (DE) quotidienne mesurée en kilocalories par kilogramme par jour. On entend par transport actif aller à l'école ou au travail et en revenir à pied ou à bicyclette.
- **Quintile de revenu du quartier** : reflète la situation socioéconomique des quartiers où vivaient les répondants. Cet indicateur subdivise les aires de diffusion (AD) en quintiles selon le revenu par équivalent personne (RPEP) du quartier. Le RPEP est une mesure de suffisance du revenu corrigée de la taille du ménage et basée sur les données sommaires du recensement au niveau de l'AD et utilisant les équivalents-personnes sous-entendus par les seuils de faible revenu (SFR). On a calculé le RPEP en divisant le revenu total de l'AD (revenu moyen des ménages multiplié par le nombre de ménages) par le nombre total d'équivalents de célibataire. On a construit les quintiles de la population selon le RPEP du quartier à l'intérieur de chaque région métropolitaine de recensement (RMR), agglomération de recensement (AR) ou région résiduelle non incluse dans une RMR ou une AR et ensuite regroupés selon les régions. Les quintiles de revenu ainsi construits tiennent compte des différences au niveau des coûts du logement au Canada à l'intérieur de chaque province, y compris l'Ontario.
- **Résidence en milieu urbain/rural** : les répondants vivant dans une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) étaient considérés comme des « résidents en milieu urbain » et ceux qui vivaient en dehors de toute RMR ou AR, comme « résidents en milieu rural ». La population rurale incluait donc les personnes vivant dans des villes et des municipalités rurales en dehors de la zone de navette des grandes agglomérations urbaines (celles qui comptent 10 000 habitants

ou plus dans la zone de navette). Toutes les autres régions ont été considérées comme urbaines.

- **Éducation** : reflète le niveau d'instruction le plus élevé atteint par les répondants. On a utilisé trois catégories : études secondaires non terminées; diplôme d'études secondaires et quelques études postsecondaires; grade postsecondaire.
- **Immigration** : distingue les immigrants à différentes périodes depuis leur arrivée de la population d'origine canadienne. On a utilisé trois catégories de statut d'immigrant : originaire du Canada; immigré depuis moins de 10 ans au Canada, immigré depuis 10 ans ou plus au Canada.
- **Identité autochtone** : distingue les répondants qui s'autodéclarent Autochtones (Indien Nord-Américain, Métis ou Inuit) de ceux qui ne se considèrent pas comme Autochtones; basée sur la variable dérivée SDCDABT.

#### **Notes supplémentaires sur la prévalence des indicateurs de facteurs de risque selon des facteurs sociodémographiques.**

- À noter que le groupe d'âge qui a servi à ces analyses est celui des 30 ans et plus, ce qui est différent des groupes d'âge utilisés pour déclarer la prévalence générale des facteurs de risque. Ce choix vise à restreindre l'échantillon à ceux qui ont terminé leurs études et représentent leur propre niveau de revenu plutôt que celui du quartier de leurs parents, etc.
- À noter que l'indicateur de la consommation d'alcool utilisé dans les analyses portant sur l'équité diffère de celui qui a servi à produire le rapport sur la consommation d'alcool dans l'ensemble de l'Ontario. Les estimations relatives à la prévalence de la consommation d'alcool différeront légèrement entre les deux indicateurs, mais elles peuvent être considérées comme comparables.
- À noter que l'indicateur de l'inactivité physique utilisé dans les analyses portant sur l'équité diffère de celui qui a servi à produire le rapport sur l'activité physique pour l'ensemble de l'Ontario. L'indicateur utilisé dans les analyses sociodémographiques tient compte de l'activité physique produite à la fois par les périodes de loisirs et le transport actif plutôt que celle qui découle des périodes de loisirs seulement.

## Fardeau économique des facteurs de risque

Les estimations portant sur le fardeau économique imposé par les quatre facteurs de risque clés en Ontario ont été établies à la suite d'une série d'étapes :

1. Un scientifique spécialisé en information bibliothécaire a effectué une recherche systématique dans les publications de 2006 à 2011 contenues dans les bases de données suivantes : MEDLINE, EMBASE, CINAHL et EconLit.
2. Les études ont été triées en fonction du titre et du résumé, et incluses dans les critiques si elles :
  - constituaient un document de recherche original ou une critique systématique;
  - contenaient des estimations du fardeau économique causé par au moins un facteur de risque mais qui ne sont pas limitées à une maladie chronique en particulier;
  - portaient sur une population au complet (plutôt que sur des sous-populations comme les enfants, les personnes âgées ou les anciens combattants);
  - contenaient des estimations portant sur des régions/pays occidentaux industrialisés comme le Canada, les États-Unis, l'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.
3. Des estimations ont été extraites pour chaque facteur de risque en ce qui concerne les coûts directs en soins de santé et les coûts indirects reliés à la perte de productivité.
  - Plusieurs études ont inclus aussi d'autres coûts directs (c.-à-d. application de la loi, recherche), mais elles n'ont pas été incluses.
  - Toutes les études reposaient sur la prévalence (plutôt que sur l'incidence).
4. Les estimations habituellement présentées en coûts directs et indirects totaux ont été converties en coûts par habitant en fonction des estimations de la population au cours de l'année de l'établissement du coût.
  - Les coûts médicaux directs varient, parfois considérablement, selon la source à l'étude, mais ils incluent habituellement les coûts de base des soins de santé ou les coûts engagés par un système national de soins de santé.
  - Les coûts indirects varient légèrement, mais ils incluent habituellement la valeur monétaire associée à la perte de productivité.
5. Les estimations du coût par habitant ont été converties en dollars canadiens au cours de l'année de l'établissement des coûts et en fonction du taux de change moyen pour l'année en cause indiqué par la Banque du Canada.
6. Les estimations du coût par habitant en dollars canadiens au cours de l'année d'établissement du coût sont converties en dollars canadiens de 2011 en fonction de l'indice de l'inflation de la Banque du Canada.
7. Les estimations du coût par habitant en dollars canadiens de 2011 ont été multipliées par la population de l'Ontario en 2011 de façon à produire un fardeau estimatif pour l'Ontario.







## Annexe 2 : Membres des groupes d'experts consultés

### Recommandations sur le tabac

**Roy Cameron**, Ph. D.

*Professeur*, Ecole de sante publique et des systemes de sante, Universite de Waterloo  
*Directeur général*, Centre Propel pour l'impact sur la santé de la population, Université de Waterloo

**Frank Chaloupka**, Ph. D.

*Professeur distingué d'économique*, Université de l'Illinois à Chicago  
*Directeur*, Institut de recherche et de politique sur la santé, Centre des politiques sur la santé, Université de l'Illinois à Chicago

**Roberta Ferrence**, Ph. D.

*Chercheuse principale et directrice adjointe*, Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario  
*Scientifique principale*, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
*Professeure*, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto

**John Garcia**, Ph. D.

*Professeur agrégé et chef de programme*, Maîtrise en santé publique, Département des études sur la santé et de gérontologie, Faculté des sciences de la santé appliquées, Université de Waterloo

**Stephen (Steve) Manske**, EdD

*Scientifique principale*, Centre Propel pour l'impact sur la santé de la population, Université de Waterloo  
*Professeur agrégé de recherche*, Ecole de sante publique et des systemes de sante, Université de Waterloo

**Andrew Pipe**, CM, BA, MD, LLD (Hons), DSc (Hons)

*Chef*, Division de la prévention et de la réadaptation, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa  
*Professeur*, Faculté de médecine, Université de Ottawa

**Peter Selby**, MBChB, CCMF, MscS, FASAM

*Directeur clinique*, Programme de toxicomanie et *chef*, Clinique de la dépendance à la nicotine, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
*Professeur agrégé*, Départements de médecine familiale et communautaire et de psychiatrie, et École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto  
*Chercheur principal*, Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario

### Recommandations sur la consommation d'alcool

**Robert Antone**

*Directeur général*, Loge de guérison régionale du Sud-Ouest KiiKeeWanNiiKaan

**Norman Giesbrecht**, Ph. D.

*Scientifique principale*, Section de la santé publique et des politiques de réglementation, Service de la recherche sociale, préventive et en politiques de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale

**Jürgen Rehm**, Ph. D.

*Directeur*, Service de la recherche sociale et épidémiologique (RSE), Centre de toxicomanie et de santé mentale  
*Scientifique et chef*, Groupe de recherche sur la santé de la population, Service de recherche en sociologie et épidémiologie (SRE), Centre de toxicomanie et de santé mentale  
*Professeur et président*, Politique sur les toxicomanies, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto  
*Chef*, Unité de recherche épidémiologique, psychologie clinique et psychothérapie, Université de technologie de Dresden

**Tim Stockwell**, Ph. D.

*Directeur*, Centre de recherche sur la toxicomanie de la Colombie-Britannique, Université de Victoria

**Gerald Thomas**, Ph. D.

*Analyse principale de politique*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

## Recommandations sur l'alimentation santé

**Joanne Beyers, MA, RD**

*Spécialiste en nutrition communautaire, Division de la promotion de la santé, Services de santé de Sudbury et du district*

**Erica Di Ruggiero, MScS, RD**

*Directrice associée, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada*

**Nancy C. Johnson**

*Consultante, Nancy Johnson Consulting*

**Catherine L. Mah, MD, FRCPC, Ph. D.**

*Scientifique, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Chef, Initiative sur la politique alimentaire, Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario  
Professeure adjointe, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto  
Membre, Conseil de la politique alimentaire de Toronto*

**Mary-Jo Makarchuk, MScS**

*Directrice adjointe, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada*

**Rena Mendelson, MS, DSc, RD**

*Professeure, École de nutrition, Université Ryerson*

**Judy Paisley, Ph. D.**

*Professeure agrégée, École de nutrition, Université Ryerson*

**Kim Raine, Ph. D.**

*Professeure, Centre des études en promotion de la santé, Université de l'Alberta*

**Lynn Roblin, RD**

*Coprésidente, Groupe sur l'activité physique et l'alimentation santé/la vie active de l'Ontario  
Consultante en nutrition, Eatwrite Communications*

## Recommandations sur l'activité physique

**Roger Boyer**

*Gestionnaire des soins de santé primaires, Mamaweswen, Conseil tribal de la rive Nord, Ontario*

**Ross Brownson, Ph. D.**

*Professeur, Épidémiologie, École George Warren Brown de sciences sociales, Département de chirurgie et Centre de cancérologie Siteman, Faculté de médecine de l'Université Washington, Université Washington à St. Louis  
Codirecteur, Centre de collaboration de l'OMS pour la prévention et le contrôle factuels des maladies chroniques  
Membre chercheur et codirecteur de la diffusion (-2006), Centre de cancérologie Siteman à l'Université Washington*

**John Dwyer, Ph. D.**

*Professeur agrégé, Nutrition humaine appliquée, Département des relations familiales et de la nutrition appliquée, Université de Guelph*

**Christine Friedenreich, Ph. D.**

*Chef intérimaire, Division de l'oncologie préventive, Département d'oncologie, Université de Calgary  
Chef, Recherche sur la santé de la population, Services de santé Alberta – Cancérologie  
Professeure adjointe, Département d'oncologie et de sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et Faculté de kinésiologie, Université de Calgary  
Membre du personnel scientifique, Centre de cancérologie Tom Baker, Services de santé Alberta – Cancérologie*

**Steven H. Kelder, MHP, Ph. D.**

*Professeur Beth Toby Grossman, Épidémiologie et science du comportement  
Codirecteur, Centre Michael et Susan Dell pour la promotion d'une vie saine à l'Université du Texas, Centre des sciences de la santé Houston, École de santé publique*

**Chris Markham**

*Directeur général et chef de la direction, Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario*

**Mark Tremblay, Ph. D., DLitt (Honoris Causa)**

*Directeur, Groupe de recherche en vie active saine et obésité, Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario*

## Recommandations sur la capacité de changement

**Adalsteinn Brown**, AB, DPhil

*Professeur adjoint et président*, Politique de santé publique, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto

**Graham Colditz**, MBChB, DrPH, MD

*Professeur adjoint*, Département d'épidémiologie, Faculté de médecine de l'Université Washington

*Professeur Niess-Gain de médecine*, Département de chirurgie, Faculté de médecine de l'Université Washington

*Directeur associé*, Prévention et contrôle, Centre de cancérologie Alvin J. Siteman, Université Washington

Faculté de médecine et Hôpital Barnes-Jewish, St Louis, MO

*Professeur honoraire de santé de la population*, Université du Queensland, Australie

Rédacteur associé, Cancer Causes and Control

**John Garcia**, Ph. D.

*Professeur agrégé et chef de programme*, Maîtrise en santé publique, Département des études sur la santé et de gérontologie, Faculté des sciences de la santé appliquées, Université de Waterloo

**David Hill**, Ph. D.

*Directeur (à la retraite)*, Conseil de cancérologie de Victoria (Australie)

*Professeur chercheur*, Université de Melbourne

*Officier de l'Ordre de l'Australie*

**Elaine Johnston**

*Directrice générale*, Services de santé Mnaamodzawin Inc., Première nation d'Aundeck Omni Kaning, Ontario

**Jon Kerner**, Ph. D.

*Président*, Groupe consultatif sur la prévention primaire, Partenariat canadien contre le cancer

*Conseiller scientifique principal*, Partenariat canadien contre le cancer

**Douglas Manuel**, MD, MSc, FRCPC

*Professeur adjoint*, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto  
*Scientifique principal*, Institut de recherche en services de santé

**Anthony Miller**, MD, FRCP, FRCP (C), FFPH, FACE

*Professeur émérite*, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto

**David L. Mowat**, MBChB, MHP, FRCPC

*Médecin hygiéniste*, Région de Peel

*Professeur adjoint*, École Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto

*Professeur adjoint*, Faculté des sciences infirmières, Université McMaster

*Professeur adjoint*, Santé communautaire et épidémiologie, Université Queen's



# Références

1. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario's action plan for health care: better patient care through better value from our health care dollars [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2012 [cited 2012 Feb 6]. Available from: [http://health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy\\_change/docs/rep\\_healthychange.pdf](http://health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf)
2. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1438–47.
3. Health Council of Canada. Stepping it up: moving the focus from health care in Canada to a healthier Canada [Internet]. Toronto: Health Council of Canada; 2010 [cited 2011 Sep 12]. Available from: <http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.40-HCCpromoDec2010.pdf>
4. United Nations, General Assembly. Prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Secretary-General (A/66/83) [Internet]. New York: United Nations; 2011 [cited 2011 Sep 21]. Available from: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=E)
5. United Nations, General Assembly. Draft political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/66/L.1) [Internet]. New York: United Nations; 2011. Available from: [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1)
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva Switzerland: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Sep 26]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)
7. Patra J, Popova S, Rehm J, Bondy S, Flint R, Giesbrecht N. Economic cost of chronic disease in Canada 1995-2003. Toronto: Ontario Chronic Disease Prevention Alliance; 2007.
8. National Health Priority Action Council. National chronic disease strategy [Internet]. Canberra (AU): Australian Government, Department of Health and Ageing; 2006 [cited 2011 Nov 17]. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7E7E9140A3D3A3BCCA257140007AB32B/\\$File/stratal3.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7E7E9140A3D3A3BCCA257140007AB32B/$File/stratal3.pdf)
9. Ontario, Ministry of Finance. Ontario population projections update [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2011 [cited 2011 Sep 21]. Available from: <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/projections/>
10. Cancer Care Ontario. Cancer in Ontario: overview, a statistical report [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2010 [cited 2011 Sep 21]. Available from: <http://www.cancercare.on.ca/reports>
11. Lipscombe LL, Hux JE. Trends in diabetes prevalence, incidence, and mortality in Ontario, Canada 1995-2005: a population-based study. *Lancet*. 2007 Mar 3;369(9563):750–6.
12. Manuel DG, Creatore MI, Rosella LC, Henry DA. What does it take to make a healthy province? A benchmark study of jurisdictions in Canada and around the world with the highest levels of health and the best health behaviours. ICES Investigative Report. [Internet]. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2009 [cited 2011 Sep 12]. Available from: <http://www.ices.on.ca/file/Healthy%20province%20November%20release.pdf>
13. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: an update. *Hypertension*. 2001 Apr;37(4):1053–9.
14. Giovannucci E, Harlan DM, Archer MC, Bergenstal RM, Gapstur SM, Habel LA, et al. Diabetes and cancer: a consensus report. *CA Cancer J Clin*. 2010 Aug;60(4):207–21.
15. Milio N. Priorities and strategies for promoting community-based prevention policies. *J Public Health Manag Pract*. 1998 May;4(3):14–28.
16. Brownson RC, Baker EA, Novick LF. Community-based prevention: programs that work. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers; 1999.
17. Green L, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. Boston: McGraw-Hill; 2005.
18. Public Health Agency of Canada. What is the population health approach? [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2001 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-eng.php>
19. Ialomiteanu AR, Adlaf EM, Mann RE, Rehm J. CAMH monitor eReport: addiction and mental health indicators among Ontario adults, 1977-2009 (CAMH research document series no. 31) [Internet]. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2011 [cited 2011 Nov 9]. Available from: [http://www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/CAMH\\_Monitor/CM2009\\_eReport\\_Final.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/CAMH_Monitor/CM2009_eReport_Final.pdf)
20. Yang WS, Leatherdale ST, Ahmed R. Smoking susceptibility among never-smokers: data from the 2006-07 National Youth Smoking Survey. *Can J Public Health*. 2011 Aug;102(4):254–7.
21. Ontario Tobacco Research Unit. Indicators of Smoke-Free Ontario progress. Monitoring and Evaluation Series, Vol. 14/15, No. 2 [Internet]. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit; 2010 [cited 2011 Sep 8]. Available from: [http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr\\_no2.pdf](http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf)



22. Young MM, Saewyc E, Boak A, Jahrig J, Anderson B, Doiron Y. Cross-Canada report on student alcohol and drug use: technical report [Internet]. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2011 [cited 2011 Nov 9]. Available from: [http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011\\_CCSA\\_Student\\_Alcohol\\_and\\_Drug\\_Use\\_en.pdf](http://www.ccsa.ca/2011%20CCSA%20Documents/2011_CCSA_Student_Alcohol_and_Drug_Use_en.pdf)
23. Katzmarzyk PT, Tremblay MS. Limitations of Canada's physical activity data: implications for monitoring trends. *Can J Public Health*. 2007;98 Suppl 2:S185-94.
24. Garriguet D. Diet quality in Canada. *Health Rep*. 2009 Sep;20(3):41-52.
25. Chief Medical Officer of Health of Ontario. 2004 Chief Medical Officer of Health report. Healthy weights, healthy lives [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2004 [cited 2011 Sep 22]. Available from: [http://www.mhp.gov.on.ca/en/heal/healthy\\_weights.pdf](http://www.mhp.gov.on.ca/en/heal/healthy_weights.pdf)
26. Public Health Agency of Canada, Canadian Institute for Health Information. Obesity in Canada [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2011 [cited 2011 Dec 21]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/index-eng.php>
27. World Health Organization, Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO technical report series 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
28. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Preventing and managing chronic disease: Ontario's framework [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2007 [cited 2011 Nov 9]. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cdpm/pdf/framework\\_full.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/cdpm/pdf/framework_full.pdf)
29. Secretan B, Straif K, Baan R, Grosse Y, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. A review of human carcinogens--Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009 Nov;10(11):1033-4.
30. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
31. National Cancer Institute. Cigars: health effects and trends [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health; 1998 [cited 2011 Aug 18]. Available from: [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/9/m9\\_complete.PDF](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/9/m9_complete.PDF)
32. Boffetta P, Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ*. 2009;339:b3060.
33. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008 Jan 1;122(1):155-64.
34. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, FR: IARC Press; 2004.
35. Shah RS, Cole JW. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2010 Jul;8(7):917-32.
36. Chuang S-C, Lee Y-CA, Hashibe M, Dai M, Zheng T, Boffetta P. Interaction between cigarette smoking and hepatitis B and C virus infection on the risk of liver cancer: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010 May;19(5):1261-8.
37. Bolin K, Borgman B, Gip C, Wilson K. Current and future avoidable cost of smoking--estimates for Sweden 2007. *Health Policy*. 2011 Nov;103(1):83-91.
38. Scarborough P, Bhatnagar P, Wickramasinghe KK, Allender S, Foster C, Rayner M. The economic burden of ill health due to diet, physical inactivity, smoking, alcohol and obesity in the UK: an update to 2006-07 NHS costs. *J Public Health*. 2011 Dec;33(4):527-35.
39. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, Webster P, Rayner M. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control*. 2009 Aug;18(4):262-7.
40. Rehm J, Gnam W, Popova S, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, et al. The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 Nov;68(6):886-95.
41. Callum C, Boyle S, Sandford A. Estimating the cost of smoking to the NHS in England and the impact of declining prevalence. *Health Econ Policy Law*. 2011 Oct;6(4):489-508.
42. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007 Apr;8(4):292-3.
43. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Second expert report. Washington, DC: WCRF/AICR; 2007.
44. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer*. 2001 Nov 30;85(11):1700-5.
45. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med*. 2004 May;38(5):613-9.

46. Hashibe M, Brennan P, Chuang S-C, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Feb;18(2):541–50.
47. Klatsky AL. Alcohol and cardiovascular diseases. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2009 May;7(5):499–506.
48. O’Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. *J Am Coll Cardiol.* 2007 Sep 11;50(11):1009–14.
49. World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Geneva: World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; 2004.
50. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 2010 May;105(5):817–43.
51. Pietraszek A, Gregersen S, Hermansen K. Alcohol and type 2 diabetes. A review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010 Jun;20(5):366–75.
52. Reynolds K, Lewis B, Nolen JDL, Kinney GL, Sathya B, He J, et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA.* 2003 Feb 5;289(5):579–88.
53. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2010 Mar 15;171(6):633–44.
54. Mohapatra S, Patra J, Popova S, Duhig A, Rehm J. Social cost of heavy drinking and alcohol dependence in high-income countries. *Int J Public Health.* 2010 Jun;55(3):149–57.
55. Balakrishnan R, Allender S, Scarborough P, Webster P, Rayner M. The burden of alcohol-related ill health in the United Kingdom. *J Public Health (Oxf).* 2009 Sep;31(3):366–73.
56. Konnopka A, König H-H. The health and economic consequences of moderate alcohol consumption in Germany 2002. *Value Health.* 2009 Apr;12(2):253–61.
57. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009 Jun 27;373(9682):2223–33.
58. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2009;4:20.
59. Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham U-G, Hemström O, et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *Eur J Health Econ.* 2008 Nov;9(4):351–60.
60. Rehm J, Patra J, Gnam WH, Sarnocinska-Hart A, Popova S. Avoidable cost of alcohol abuse in Canada. *Eur Addict Res.* 2011;17(2):72–9.
61. United States. Surgeon General, United States. Department of Health and Human Services. Physical activity and health : a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 1996.
62. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada’s Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:39.
63. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *Eur J Cancer.* 2010 Sep;46(14):2593–604.
64. Wang Y, Hu G. Individual and joint associations of obesity and physical activity on the risk of heart failure. *Congest Heart Fail.* 2010 Dec;16(6):292–9.
65. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee I-M. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2009 Feb 24;100(4):611–6.
66. Harriss DJ, Atkinson G, Batterham A, George K, Cable NT, Reilly T, et al. Lifestyle factors and colorectal cancer risk (2): a systematic review and meta-analysis of associations with leisure-time physical activity. *Colorectal Dis.* 2009 Sep;11(7):689–701.
67. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can J Appl Physiol.* 2004 Feb;29(1):90–115.
68. Pereira MA, O’Reilly E, Augustsson K, Fraser GE, Goldbourt U, Heitmann BL, et al. Dietary fiber and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of cohort studies. *Arch Intern Med.* 2004 Feb 23;164(4):370–6.
69. Tanase CM, Koski KG, Laffey PJ, Cooper MJ, Cockell KA. Canadians continue to consume too much sodium and not enough potassium. *Can J Public Health.* 2011 Jun;102(3):164–8.
70. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Continuous update project interim report summary. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of colorectal cancer. [Internet]. London: WCRF International; 2011 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.wcrf.org/PDFs/Colorectal%20cancer%20report%20summary%202011.pdf>
71. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health.* 1987;8:111–35.

72. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, final report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2011 Sep 21]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
73. Canadian Mental Health Association, Ontario. The relationship between mental health, mental illness and chronic physical conditions [Internet]. Toronto: Canadian Mental Health Association, Ontario; 2008 [cited 2011 Nov 18]. Available from: [http://www.ontario.cmha.ca/admin\\_ver2/maps/cmha\\_chronic\\_disease\\_backgrounder.pdf](http://www.ontario.cmha.ca/admin_ver2/maps/cmha_chronic_disease_backgrounder.pdf)
74. Health Canada. "Certain circumstances" issues in equity and responsiveness in access to health care in Canada [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2001 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/index-eng.php#p1d1a0>
75. Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. Shaping the context of health: a review of environmental and policy approaches in the prevention of chronic diseases. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:341–70.
76. Sallis JF, Glanz K. Physical activity and food environments: solutions to the obesity epidemic. *Milbank Q*. 2009 Mar;87(1):123–54.
77. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. MOHLTC Health Equity Impact Assessment (HEIA) tool [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/heaia/tool.aspx>
78. Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based public health: an evolving concept. *Am J Prev Med*. 2004 Dec;27(5):417–21.
79. Waters E, Doyle J, Jackson N, Howes F, Brunton G, Oakley A. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Apr;60(4):285–9.
80. Sweet M, Moynihan R. Improving population health: the uses of systematic reviews [Internet]. New York, NY: Milbank Memorial Fund; 2007 [cited 2012 Nov 15]. Available from: <http://www.milbank.org/reports/0712populationhealth/0712populationhealth.html>
81. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009 Apr 29;30:175–201.
82. Puddy RW, Wilkins N. Understanding evidence part 1: best available research evidence. A guide to the continuum of evidence of effectiveness [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [cited 2011 Nov 9]. Available from: [http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Understanding\\_Evidence-a.pdf](http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Understanding_Evidence-a.pdf)
83. Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. *Eval Health Prof*. 2006 Mar;29(1):126–53.
84. Swinburn B, Gill T, Kumanyika S. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obes Rev*. 2005 Feb;6(1):23–33.
85. Smoke-Free Ontario – Scientific Advisory Committee. Evidence to guide action: comprehensive tobacco control in Ontario. Toronto: Ontario Agency for Health Protection and Promotion; 2010.
86. Ontario Tobacco Research Unit. Smoke-Free Ontario Strategy evaluation report [Internet]. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit; 2011 [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.otru.org/pdf/mr2011/Strategy%20Evaluation%20Report%202011.pdf>
87. Tobacco Strategy Advisory Group. Building on our gains, taking action now: Ontario's Tobacco Control Strategy for 2011–2016. [Internet]. Toronto: Ministry of Health Promotion and Sport; 2010 [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.mhp.gov.on.ca/en/smoke-free/TSAG%20Report.pdf>
88. Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs—2007 [Internet]. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2007 [cited 2012 Feb 14]. Available from: [http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best\\_practices/pdfs/2007/BestPractices\\_Complete.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2007/BestPractices_Complete.pdf)
89. Leatherdale ST, Ahmed R, Barisic A, Murnaghan D, Manske S. Cigarette brand preference as a function of price among smoking youths in Canada: are they smoking premium, discount or native brands? *Tob Control*. 2009 Dec;18(6):466–73.
90. Leatherdale ST, Kaiserman M, Ahmed R. The roll-your-own cigarette market in Canada: a cross-sectional exploratory study. *Tob Induc Dis*. 2009;5(1):5.
91. Paglia-Boak A, Adlaf EM, Mann RE. Drug use among Ontario students, 1977–2011: Detailed OSDUHS findings. (CAMH Research Document Series No. 33) [Internet]. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2011 [cited 2011 Nov 9]. Available from: [http://www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/OSDUS/2011OSDUHS\\_Detailed\\_Drug\\_Report.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/2011OSDUHS_Detailed_Drug_Report.pdf)
92. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2011 Sep 12]. Available from: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)

93. Non-Smokers' Rights Association. Cigarette prices in Canada [Internet]. Toronto: Non-Smokers' Rights Association; 2012 [cited 2012 Feb 6]. Available from: [http://www.nsr-adnf.ca/cms/file/pdf/cigarette\\_prices\\_Canada\\_04\\_January\\_2012\\_map\\_and\\_table.pdf](http://www.nsr-adnf.ca/cms/file/pdf/cigarette_prices_Canada_04_January_2012_map_and_table.pdf)
94. Chaloupka FJ, Hu TW, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
95. Leverett M, Ashe M, Gerard S, Jenson J, Woollery T. Tobacco use: the impact of prices. *J Law Med Ethics*. 2002;30(3 Suppl):88–95.
96. Botello-Harbaum MT, Haynie DL, Iannotti RJ, Wang J, Gase L, Simons-Morton B. Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States. *Nicotine Tob Res*. 2009 Jul;11(7):875–85.
97. Liang L, Chaloupka F, Nichter M, Clayton R. Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction*. 2003 May;98 Suppl 1:105–22.
98. Main C, Thomas S, Ogilvie D, Stirk L, Petticrew M, Whitehead M, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. *BMC Public Health*. 2008;8:178.
99. Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control*. 2008 Aug;17(4):230–7.
100. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Reducing Tobacco Use Strategies. Ending the tobacco problem: a blueprint for the nation. Washington, DC: The National Academies Press; 2007.
101. Curry SJ, Keller PA, Orleans CT, Fiore MC. The role of health care systems in increased tobacco cessation. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:411–28.
102. Cummings KM, Hyland A. Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:583–99.
103. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
104. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA*. 1997 Dec 3;278(21):1759–66.
105. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008 Oct 13;168(18):1950–60.
106. Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob Control*. 2007 Dec;16 Suppl 1:i3–8.
107. World Health Organization. WHO model list of essential medicines: 16th list, March 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.
108. Lane NE, Leatherdale ST, Ahmed R. Use of nicotine replacement therapy among Canadian youth: data from the 2006-2007 National Youth Smoking Survey. *Nicotine Tob Res*. 2011 Oct;13(10):1009–14.
109. National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco control monograph no. 19. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2008.
110. Health Canada. 2008-2009 National Youth Smoking Survey [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2010 [cited 2011 Sep 15]. Available from: [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_survey-sondage\\_2008-2009/table-eng.php#tab04b](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2008-2009/table-eng.php#tab04b)
111. Health Canada. 2009 Canadian tobacco use monitoring survey [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2010 [cited 2011 Sep 15]. Available from: [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2009/ann-eng.php#t2](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/ann-eng.php#t2)
112. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD004704.
113. Biener L, Reimer RL, Wakefield M, Szczypka G, Rigotti NA, Connolly G. Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *Am J Prev Med*. 2006 Mar;30(3):217–24.
114. McAlister A, Morrison TC, Hu S, Meshack AF, Ramirez A, Gallion K, et al. Media and community campaign effects on adult tobacco use in Texas. *J Health Commun*. 2004 Apr;9(2):95–109.
115. Sowden AJ, Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001006.
116. Abrams DB, Graham AL, Levy DT, Mabry PL, Orleans CT. Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy. *Am J Prev Med*. 2010 Mar;38(3 Suppl):S351–63.
117. Sheffer MA, Redmond LA, Kobinsky KH, Keller PA, McAfee T, Fiore MC. Creating a perfect storm to increase consumer demand for Wisconsin's Tobacco Quitline. *Am J Prev Med*. 2010 Mar;38(3 Suppl):S343–6.

118. Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med*. 2008 Nov;67(9):1343–55.
119. Pechman C, Slater M. Social marketing messages that may motivate irresponsible consumption behavior. In: Ratneshwar S, Mick DB, editors. *Inside consumption: consumer motives, goals and desires*. New York: Routledge; 2005. p. 185–207.
120. Andreasen A. Social marketing [Internet]. Washington, DC: Social Marketing Institute; [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.social-marketing.org/sm.html>
121. Smoke-Free Ontario Act, S.O. 1994, c. 10. Last amendment: 2010, c. 1, Sched. 27.
122. Zhang B, Bondy S, Ferrence R. Do indoor smoke-free laws provide bar workers with adequate protection from secondhand smoke? *Prev Med*. 2009 Sep;49(2-3):245–7.
123. Klepeis NE, Ott WR, Switzer P. Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles. *J Air Waste Manag Assoc*. 2007 May;57(5):522–34.
124. Holowaty EJ, Cheong SC, Di Cori S, Garcia J, Luk R, Lyons C. Tobacco or health in Ontario: tobacco attributed cancers and deaths over the past 50 years... and the next 50. Toronto: Cancer Care Ontario; 2002.
125. Singer BC, Hodgson AT, Guevarra KS, Hawley EL, Nazaroff WW. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environ Sci Technol*. 2002 Mar 1;36(5):846–53.
126. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/index.html>
127. California Environmental Protection Agency, Air Resources Board. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. San Francisco: Surveys and Program Evaluations from Outside UCSF, Center for Tobacco Control Research and Education, UC San Francisco; 2005.
128. Hopkins DP, Razi S, Leeks KD, Priya Kalra G, Chattopadhyay SK, Soler RE. Smokefree policies to reduce tobacco use. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2010 Feb;38(2 Suppl):S275–89.
129. International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control, vol. 13: evaluating the effectiveness of smoke-free policies [Internet]. Lyon, FR: WHO Press; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/handbook13.pdf>
130. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med*. 2001 Feb;20(2 Suppl):16–66.
131. Non-Smokers' Rights Association. Compendium of smoke-free workplace and public place bylaws [Internet]. Toronto: Non-Smokers' Rights Association; 2009 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.nusra-adnf.ca/cms/files/Compendium\\_Fall\\_2009.pdf](http://www.nusra-adnf.ca/cms/files/Compendium_Fall_2009.pdf)
132. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Public Health Standards [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2008 [cited 2011 Sep 7]. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph\\_standards/ophs/index.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/index.html)
133. Giesbrecht N, Stockwell T, Kendall P, Strang R, Thomas G. Alcohol in Canada: reducing the toll through focused interventions and public health policies. *CMAJ*. 2011 Mar 8;183(4):450–5.
134. Kendall P. Public health approach to alcohol policy: an updated report from the Provincial Health Officer [Internet]. Victoria (BC): Office of the Provincial Health Officer; 2008 [cited 2011 Sep 15]. Available from: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2008/alcoholpolicyreview.pdf>
135. Babor T, Caetano R, Caswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press; 2010.
136. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Res Health*. 2002;26(1):22–34.
137. Fogarty J. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *Br Food J*. 2006 Apr 1;108(4):316–32.
138. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Aust J Agric Resour Econ*. 2007;51(2):121–35.
139. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009 Feb;104(2):179–90.



140. Makela P, Rossow I, Tryggvesson K. Who drinks more and less when policies change. In: Room R, editor. *The effects of Nordic alcohol policies*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research; 2002. p. 17–70.
141. Christie B. Scotland will set minimum price for a unit of alcohol. *BMJ*. 2011;343:d5869.
142. Government of Saskatchewan. Beverage alcohol prices to increase [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 2]. Available from: <http://www.gov.sk.ca/news?newsId=b5617ca1-aa9f-454c-9e42-f5215af97796>
143. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2009 Oct;44(5):500–16.
144. Thomas G. Personal communication to Prevention Working Group, September 9, 2011.
145. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2234–46.
146. Stockwell T, Zhao J, Macdonald S, Vallance K, Gruenewald P, Ponicki W, et al. Impact on alcohol-related mortality of a rapid rise in the density of private liquor outlets in British Columbia: a local area multi-level analysis. *Addiction*. 2011 Apr;106(4):768–76.
147. Her M, Giesbrecht N, Room R, Rehm J. Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. *Addiction*. 1999 Aug;94(8):1125–39.
148. Wagenaar AC, Holder HD. Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: results from five U.S. states. *J Stud Alcohol*. 1995 Sep;56(5):566–72.
149. Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2247–57.
150. Jernigan D. The extent of global alcohol marketing and its impact on youth. *Contemp Drug Probl*. 2010;37:57–89.
151. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*. 2009;9:51.
152. Casswell S. Alcohol brands in young peoples' everyday lives: new developments in marketing. *Alcohol Alcohol*. 2004 Dec;39(6):471–6.
153. Canadian Centre on Substance Abuse. *Clinical guide for reduction of alcohol risks and harms*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2011.
154. Cunningham JA, Wild TC, Cordingley J, van Mierlo T, Humphreys K. A randomized controlled trial of an internet-based intervention for alcohol abusers. *Addiction*. 2009 Dec;104(12):2023–32.
155. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. *Open minds, healthy minds: Ontario's comprehensive mental health and addictions strategy* [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2011 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/mental/pdf/open\\_minds\\_healthy\\_minds\\_en.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/mental/pdf/open_minds_healthy_minds_en.pdf)
156. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004 Apr 6;140(7):557–68.
157. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009 May;28(3):301–23.
158. Ontario, Ministry of Education. *Policy/Program Memorandum No. 138: daily physical activity in elementary schools, grades 1–8* [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2005 [cited 2011 Nov 17]. Available from: <http://www.edu.gov.on.ca/extra/eng/ppm/138.html>
159. Centers for Disease Control and Prevention. *The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
160. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian children and youth: accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep*. 2011 Mar;22(1):15–23.
161. Huotari P, Nupponen H, Mikkelsen L, Laakso L, Kujala U. Adolescent physical fitness and activity as predictors of adulthood activity. *J Sports Sci*. 2011 Aug;29(11):1135–41.
162. Kjønniksen L, Anderssen N, Wold B. Organized youth sport as a predictor of physical activity in adulthood. *Scand J Med Sci Sports*. 2009 Oct;19(5):646–54.
163. Tammelin T, Näyhä S, Hills AP, Järvelin MR. Adolescent participation in sports and adult physical activity. *Am J Prev Med*. 2003 Jan;24(1):22–8.
164. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. *Kids CAN PLAY! Activity levels of children and youth in Ontario*. Bulletin 1.6 [Internet]. Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute; 2010 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://72.10.49.94/media/node/105/files/CANPLAY2009\\_Bulletin1\\_6\\_OntarioEN.pdf](http://72.10.49.94/media/node/105/files/CANPLAY2009_Bulletin1_6_OntarioEN.pdf)

165. Allison KR, Adlaf EM, Dwyer JJM, Lysy DC, Irving HM. The decline in physical activity among adolescent students: a cross-national comparison. *Can J Public Health*. 2007 Apr;98(2):97–100.
166. Faulkner G, Goodman J, Adlaf E, Irving H, Allison KR, Dwyer JJ. Participation in high school physical education—Ontario, Canada, 1999-2005. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):803–4.
167. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4 Suppl):67–72.
168. World Health Organization. Interventions on diet and physical activity: what works? Summary report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2012 Jan 31]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>
169. Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirlis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD007651.
170. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(4 Suppl):73–107.
171. Matson-Koffman DM, Brownstein JN, Neiner JA, Greaney ML. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *Am J Health Promot*. 2005 Feb;19(3):167–93.
172. Telama R, Yang X, Laakso L, Viikari J. Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *Am J Prev Med*. 1997 Aug;13(4):317–23.
173. Trudeau F, Laurencelle L, Shephard RJ. Tracking of physical activity from childhood to adulthood. *Med Sci Sports Exerc*. 2004 Nov;36(11):1937–43.
174. Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:40.
175. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc*. 2000 May;32(5):963–75.
176. Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *Am J Public Health*. 1994 Jul;84(7):1121–6.
177. Freedson PS, Rowland TW. Youth activity versus youth fitness: let's redirect our efforts. *Res Q Exerc Sport*. 1992 Jun;63(2):133–6.
178. Malina RM. Physical activity and fitness: pathways from childhood to adulthood. *Am J Hum Biol*. 2001 Apr;13(2):162–72.
179. Dwyer JJ, Allison KR, LeMoine KN, Faulkner GE, Adlaf EM, Goodman J, et al. A survey of opportunities for school-based physical activity in Ontario elementary schools. *Phys Health Educ J*. 2008;73(4):36–42.
180. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR Recomm Rep*. 2011 Sep 16;60(RR-5):1–76.
181. Tremblay MS, Warburton DER, Janssen I, Paterson DH, Latimer AE, Rhodes RE, et al. New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011 Feb;36(1):36–46; 47–58.
182. Robertson-Wilson JE, Lévesque L. Ontario's daily physical activity policy for elementary schools: is everything in place for success? *Can J Public Health*. 2009 Apr;100(2):125–9.
183. Ramanathan S, Allison KR, Faulkner G, Dwyer JJM. Challenges in assessing the implementation and effectiveness of physical activity and nutrition policy interventions as natural experiments. *Health Promot Int*. 2008 Sep;23(3):290–7.
184. Marcus BH, Williams DM, Dubbert PM, Sallis JF, King AC, Yancey AK, et al. Physical activity intervention studies: what we know and what we need to know: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); Council on Cardiovascular Disease in the Young; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation*. 2006 Dec 12;114(24):2739–52.
185. National Physical Activity Plan Coordinating Committee. National Physical Activity Plan [Internet]. Columbia (SC): National Physical Activity Plan Coordinating Committee; 2010 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.physicalactivityplan.org>
186. University of Texas. Active Texas 2020: taking action to improve health by promoting physical activity. Austin: University of Texas; 2010.
187. West Virginia University. West Virginia physical activity plan: one vision – one voice. [Charleston (WV)]: WVU College of Physical Activity & Sport Sciences; 2011.
188. Bassett DR Jr, Pucher J, Buehler R, Thompson DL, Crouter SE. Walking, cycling, and obesity rates in Europe, North America, and Australia. *J Phys Act Health*. 2008 Nov;5(6):795–814.

189. Pucher J, Buehler R, Bassett DR, Dannenberg AL. Walking and cycling to health: a comparative analysis of city, state, and international data. *Am J Public Health*. 2010 Oct;100(10):1986–92.
190. Frank LD, Andresen MA, Schmid TL. Obesity relationships with community design, physical activity, and time spent in cars. *Am J Prev Med*. 2004 Aug;27(2):87–96.
191. Ontario, Ministry of Municipal Affairs and Housing. Citizens' guides to land-use planning: 1. the Planning Act [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2010 [cited 2011 Sep 14]. Available from: <http://www.mah.gov.on.ca/Page1760.aspx>
192. Boone-Heinonen J, Evenson KR, Taber DR, Gordon-Larsen P. Walking for prevention of cardiovascular disease in men and women: a systematic review of observational studies. *Obes Rev*. 2009 Mar;10(2):204–17.
193. Lubans DR, Boreham CA, Kelly P, Foster CE. The relationship between active travel to school and health-related fitness in children and adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:5.
194. Hamer M, Chida Y. Active commuting and cardiovascular risk: a meta-analytic review. *Prev Med*. 2008 Jan;46(1):9–13.
195. Pucher J, Dill J, Handy S. Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: an international review. *Prev Med*. 2010 Jan;50 Suppl 1:S106–125.
196. Ewing R, Cervero R. Travel and the built environment. *J Am Plann Assoc*. 2010;76(3):265–94.
197. Safe Transportation Research and Education Center, University of California Berkeley. Transportation and health: policy interventions for safer, healthier people and communities [Internet]. Berkeley (CA): (SafeTREC) at UC Berkeley, Booz Allen Hamilton, the Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [cited 2011 Sep 16]. Available from: <http://www.prevent.org/data/files/transportation/transportationandhealthpolicycomplete.pdf>
198. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC recommendations for improving health through transportation policy [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2010 [cited 2011 Sep 14]. Available from: <http://www.cdc.gov/transportation/recommendation.htm>
199. Davis A. Value for money: an economic assessment of investment in walking and cycling [Internet]. Bristol, UK: Government Office for the South West, Department of Health; 2010 [cited 2011 Sep 14]. Available from: <http://www.swpho.nhs.uk/resource/view.aspx?RID=74036>
200. Canadian Partnership Against Cancer, Primary Prevention Action Group. Environmental scan of cancer prevention policy and legislation as it relates to food, physical activity, alcohol and public education in Canada [Internet]. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2009 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.2.1.9.1-CPACC\\_PP\\_Enviroscan\\_Mar2009.pdf](http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/3.2.1.9.1-CPACC_PP_Enviroscan_Mar2009.pdf)
201. Perrotta K. Public health and land use planning: how ten public health units are working to create healthy and sustainable communities. Toronto: The Clean Air Partnership (CAP) and the Ontario Public Health Association (OPHA); 2011.
202. Colley RC, Garriguet D, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay MS. Physical activity of Canadian adults: accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep*. 2011 Mar;22(1):7–14.
203. Howard RA, Freedman DM, Park Y, Hollenbeck A, Schatzkin A, Leitzmann MF. Physical activity, sedentary behavior, and the risk of colon and rectal cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Cancer Causes Control*. 2008 Nov;19(9):939–53.
204. Brownson RC, Kelly CM, Eyster AA, Carnoske C, Grost L, Handy SL, et al. Environmental and policy approaches for promoting physical activity in the United States: a research agenda. *J Phys Act Health*. 2008 Jul;5(4):488–503.
205. Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009 Oct;37(4):340–57.
206. Berry LL, Mirabito AM, Baun WB. What's the hard return on employee wellness programs? [Internet]. *Harvard Business Review*. [cited 2012 Jan 30]; Available from: <http://hbr.org/2010/12/whats-the-hard-return-on-employee-wellness-programs/ar/1>
207. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot*. 2001 Jun;15(5):296–320.
208. Chapman LS. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. *Am J Health Promot*. 2005 Aug;19(6):1–11.
209. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*. 2011;11:395.

210. Oldenburg B, Hardcastle D, Kok G. Diffusion of innovations. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997. p. 270–86.
211. Johnson & Johnson. Healthy people 2012 goals [Internet]. New Brunswick (NJ): Johnson & Johnson Services Inc.; 2011 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.jnj.com/responsibility/ESG/Social/Our\\_Employees/Health\\_and\\_wellness](http://www.jnj.com/responsibility/ESG/Social/Our_Employees/Health_and_wellness)
212. Carls GS, Goetzel RZ, Henke RM, Bruno J, Isaac F, McHugh J. The impact of weight gain or loss on health care costs for employees at the Johnson & Johnson Family of Companies. *J Occup Environ Med*. 2011 Jan;53(1):8–16.
213. Health Canada. Canadian Community Health Survey Cycle 2.2, nutrition (2004): income-related household food security in Canada [Internet]. Ottawa: Minister of Health Office of Nutrition Policy and Promotion Health Products and Food Branch, Health Canada; 2007 [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/income\\_food\\_sec-sec\\_alim-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/income_food_sec-sec_alim-eng.pdf)
214. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food and agriculture 1996 [Internet]. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 1996 [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.fao.org/docrep/003/w1358e/w1358e14.htm#P36\\_6144](http://www.fao.org/docrep/003/w1358e/w1358e14.htm#P36_6144)
215. Healthy Eating Action Group of the Nova Scotia Alliance for Healthy Eating and Physical Activity, in partnership with the Office of Health Promotion. Healthy eating Nova Scotia [Internet]. Halifax: Province of Nova Scotia; 2005 [cited 2011 Oct 11]. Available from: <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/HealthyEatingNovaScotia2005.pdf>
216. BC Healthy Living Alliance. Healthy eating strategy 2007 [Internet]. Vancouver: BC Healthy Living Alliance Secretariat; 2007 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/BCHLA\\_HealthyEatingStrategy.pdf](http://www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/BCHLA_HealthyEatingStrategy.pdf)
217. Ontario Collaborative Group on Healthy Eating and Physical Activity (OCGHEPA). Ontario Food and Nutrition Strategy: possibility conversation meeting #2, November 28, 2011 [Internet]. Toronto: Sustain Ontario; 2011 [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://sustainontario.com/initiatives/ontario-food-and-nutrition-strategy>
218. MacRae R. A joined up food policy for Canada. *J Hunger Environ Nutr*. 2011 Nov;6(4):424–57.
219. Region of Waterloo Public Health. What are food skills & who has them? Who uses our peer program? [Internet]. In: What about food skills? Toronto: The Ontario Public Health Convention; 2011 [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.tophc.ca/Documents/1.10%20-%20Wed%20Apr%206%20300P%20-%20Pier%203%20-%20Ruth%20Sanderson%20-%20What%20about%20food%20skills.pdf>
220. Health Canada. Improving cooking and food preparation skills: a synthesis of the evidence to inform program and policy development [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2010 [cited 2011 Sep 27]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/child-enfant/cfps-acc-synthes-eng.php>
221. Engler-Stringer R. Food, cooking skills, and health: a literature review. *Can J Diet Pract Res*. 2010;71(3):141–5.
222. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*. 2011 Jun;127(6):e1565–1574.
223. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2003 Mar;103(3):317–22.
224. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA Jr, Field AE, et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*. 2000 Mar;9(3):235–40.
225. Larson NI, Perry CL, Story M, Neumark-Sztainer D. Food preparation by young adults is associated with better diet quality. *J Am Diet Assoc*. 2006 Dec;106(12):2001–7.
226. Oogarah-Pratap B, Bholah R, Cyparsade M, Mathoor K. Influence of home economics on the nutrition knowledge and food skills of Mauritian school adolescents. *Nutrition & Food Science*. 2004 Dec 1;34(6):264–7.
227. Stookey JD, Barker ME. The diets of low-income women: the role of culinary knowledge. *Appetite*. 1995;24:286.
228. Wrieden WL, Anderson AS, Longbottom PJ, Valentine K, Stead M, Caraher M, et al. The impact of a community-based food skills intervention on cooking confidence, food preparation methods and dietary choices - an exploratory trial. *Public Health Nutr*. 2007 Feb;10(2):203–11.

229. Colleges Ontario. Ontario colleges' 2010 results report [Internet]. Toronto: Colleges Ontario; 2010 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.collegesontario.org/outcomes/accountability/results\\_report\\_2010\\_en.pdf](http://www.collegesontario.org/outcomes/accountability/results_report_2010_en.pdf)
230. Council of Ontario Universities. Applications and enrollment [Internet]. Toronto: Council of Ontario Universities; 2011 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.cou.on.ca/statistics/applications---enrolment.aspx>
231. Parks and Recreation Ontario. Who we are [Internet]. Toronto: Parks and Recreation Ontario; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.prontario.org/index.php?ci\\_id=3669](http://www.prontario.org/index.php?ci_id=3669)
232. Breastfeeding Committee for Canada (BCC). BFI integrated 10 steps practice outcome indicators for hospitals and community health services [Internet]. Drayton Valley (AB): Breastfeeding Committee for Canada; 2011 [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.breastfeedingcanada.ca/>
233. Broader Public Sector Investment Fund. Fund information [Internet]. Toronto: The Greenbelt Fund; n.d. [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://bpsinvestmentfund.ca/?page\\_id=78](http://bpsinvestmentfund.ca/?page_id=78)
234. Health Canada. Sodium reduction strategy for Canada [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2010 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/strateg/index-eng.php#a52>
235. Health Canada. Task force on trans fat [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2006 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tf-ge/index-eng.php>
236. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Prev Med.* 2004 Sep;39 Suppl 2:S94-100.
237. Kral TVE, Rolls BJ. Energy density and portion size: their independent and combined effects on energy intake. *Physiol Behav.* 2004 Aug;82(1):131-8.
238. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: WCRF/AICR; 2009.
239. Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies. Local government actions to prevent childhood obesity. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
240. New York City, Department of Health and Mental Hygiene, Board of Health. Notice of adoption of a resolution to repeal and reenact §81.50 of the New York City Health Code [Internet]. New York: New York City, Department of Health and Mental Hygiene; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/public/notice-adoption-hc-art81-50-0108.pdf>
241. Nielsen SJ, Siega-Riz AM, Popkin BM. Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: similar shifts seen across age groups. *Obes Res.* 2002 May;10(5):370-8.
242. Harnack LJ, French SA, Oakes JM, Story MT, Jeffery RW, Rydell SA. Effects of calorie labeling and value size pricing on fast food meal choices: results from an experimental trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;5:63.
243. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR Jr, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005 Jan 1;365(9453):36-42.
244. Chandon P, Wansink B. The biasing health halos of fast-food restaurant health claims: lower calorie estimates and higher side-dish consumption intentions. *J Consum Res.* 2007 Oct;34(3):301-14.
245. Jargon J. Restaurants begin to count calories: Applebee's, Starbucks push healthier food items to boost customer foot traffic amid federal health-care debate [Internet]. *The Wall Street Journal.* 2011 Jan 22 [cited 2011 Nov 15]; Available from: <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704381604575005530811257728.html>
246. Morestin F, Hogue MC, Jacques M, Benoit F. Public policies on nutrition labelling: effects and implementation issues - a knowledge synthesis [Internet]. Montreal: National Collaborating Centre for Health Public Policy; 2011 [cited 2012 Jan 17]. Available from: [http://www.ncchpp.ca/docs/Synthesis\\_nutrition\\_labelling\\_EN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/Synthesis_nutrition_labelling_EN.pdf)
247. Roberto CA, Larsen PD, Agnew H, Baik J, Brownell KD. Evaluating the impact of menu labeling on food choices and intake. *Am J Public Health.* 2010 Feb;100(2):312-8.
248. Dumanovsky T, Huang CY, Bassett MT, Silver LD. Consumer awareness of fast-food calorie information in New York City after implementation of a menu labeling regulation. *Am J Public Health.* 2010 Dec;100(12):2520-5.
249. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2011 Sep 12]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf)



250. U.S. Food and Drug Administration. New menu and vending machine labelling requirements [Internet]. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration; 2011 [cited 2012 Jan 18]. Available from: <http://www.fda.gov/Food/LabelingNutrition/ucm217762.htm>
251. Garriguet D. Nutrition: findings from the Canadian Community Health Survey. Overview of Canadians' Eating Habits 2004. Ottawa: Statistics Canada; 2006.
252. Riley B, Garcia J. Primary prevention of chronic diseases in Canada: a framework for action. Ottawa: Chronic Disease Prevention Alliance of Canada; 2008.
253. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. An annotated glossary of terms relating to integrated governance [Internet]. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.ncchpp.ca/docs/GouvIntGlossaireAN.pdf>
254. Jacobs P, Moffatt J, Jonsson E, Ohinmaa A, Gladwin C. Everybody's business: the cost of multi-department involvement in public health in Alberta [Internet]. Edmonton: Institute of Health Economics; 2011 [cited 2012 Jan 31]. Available from: <http://www.ihe.ca/documents/EverybodysBusinessWebReport%202.pdf>
255. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. Mobilizing intersectoral action to promote health: the case of ActNow BC in British Columbia, Canada [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2009 [cited 2011 Sep 9]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/ActNowBC/pdf/anbc-eng.pdf>
256. British Columbia. ActNow BC, measuring our success: progress report II [Internet]. Victoria (BC): ActNowBC; 2010 [cited 2011 Sep 12]. Available from: [http://www.actnowbc.ca/additional\\_resources/measuring\\_our\\_success](http://www.actnowbc.ca/additional_resources/measuring_our_success)
257. World Health Organization. WHO evaluation of the national health plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
258. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Health impact assessment in Quebec: when the law becomes a lever for action [Internet]. Montreal: Institut national de sante publique, Quebec; 2008 [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.ncchpp.ca/docs/GEPPS\\_HIAQu%C3%A9becANoct2008.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/GEPPS_HIAQu%C3%A9becANoct2008.pdf)
259. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. The Quebec Public Health Act's section 54: briefing note [Internet]. Montreal: Institut national de sante publique, Quebec; 2008 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.ncchpp.ca/docs/Section54English042008.pdf>
260. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.
261. California Department of Health Services. A model for change: the California experience in tobacco control [Internet]. Sacramento (CA): State of California; 1998 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/CTCPmodelforchange1998.pdf>
262. California Department of Public Health. California tobacco control update 2009: 20 years of tobacco control in California. [Internet]. Sacramento (CA): State of California; 2009 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/CTCPUpdate2009.pdf>
263. Massachusetts Department of Public Health. Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program [Internet]. Boston: Commonwealth of Massachusetts; 2007 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/tobacco-control/accomplishments.pdf>
264. Koh HK. Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program. *Tob Control*. 2002 Jun;11 Suppl 2:ii1-3.
265. RTI International. Fifth annual independent evaluation of New York's tobacco control problem [Internet]. Research Triangle Park (NC): RTI International; 2009 [cited 2012 Jan 23]. Available from: [http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco\\_control/docs/independent\\_evaluation\\_report\\_july\\_2009.pdf](http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/independent_evaluation_report_july_2009.pdf)
266. Alcohol Policy Network. From evidence to action: reducing harm from alcohol through taxation policies [Internet]. Toronto: Alcohol Policy Network; 2011 [cited 2012 Jan 23]. Available from: <http://www.apolnet.ca/resources/pubs/respapers/FromEvidenceToAction-Feb2011.pdf>
267. Thomas G. Alcohol-related harms and control policy in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2004.
268. Australian Public Service Commission, Management Advisory Committee. Connecting government: whole-of-government responses to Australia's priority challenges [Internet]. Philip, ACT: Commonwealth of Australia; 2004 [cited 2011 Sep 14]. Available from: <http://www.apsc.gov.au/mac/connectinggovernment.htm>
269. World Health Organization, Government of South Australia. Adelaide statement on Health in All Policies. Geneva: World Health Organization; 2010.

270. Chief Medical Officer of Health of Ontario. Public health - everyone's business. 2009 annual report of the Chief Medical Officer of Health of Ontario to the Legislative Assembly of Ontario [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2010 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ministry\\_reports/cmoh\\_09/cmoh\\_09.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ministry_reports/cmoh_09/cmoh_09.pdf)
271. Chief Medical Officer of Health of Ontario. Health, not health care – changing the conversation. 2010 annual report of the Chief Medical Officer of Health of Ontario to the Legislative Assembly of Ontario. [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2011 [cited 2012 Dec 1]. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ministry\\_reports/cmoh\\_10/cmoh\\_10.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ministry_reports/cmoh_10/cmoh_10.pdf)
272. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Strategies for population health: investing in the health of Canadians [Internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1994 [cited 2011 Dec 23]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/strateg-eng.pdf>
273. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Intersectoral action...towards population health [Internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1999 [cited 2011 Dec 23]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/inters-eng.pdf>
274. Leatherdale ST, Manske S, Wong SL, Cameron R. Integrating research, policy, and practice in school-based physical activity prevention programming: the School Health Action, Planning, and Evaluation System (SHAPES) Physical Activity Module. *Health Promot Pract*. 2009 Apr;10(2):254–61.
275. Leatherdale ST. Evaluating school-based tobacco control programs and policies: an opportunity gained and many opportunities lost. *Can J Program Eval*. Forthcoming.
276. Manske S. School health action, planning and evaluation system [Internet]. Waterloo (ON): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.; 2009 [cited 2011 Nov 18]. Available from: [http://www.shapes.uwaterloo.ca/\\_global/documents/SHAPES\\_2\\_page\\_Description\\_2009-10-30.pdf](http://www.shapes.uwaterloo.ca/_global/documents/SHAPES_2_page_Description_2009-10-30.pdf)
277. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*. 2002 Apr;31(2):285–93.
278. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001 Aug;30(4):668–77.
279. Ontario Risk and Behaviour Surveillance System Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion. Moving risk and behaviour surveillance forward in Ontario: a proposal and recommendations. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2011.
280. LeBlanc AGW, Janssen I. Difference between self-reported and accelerometer measured moderate-to-vigorous physical activity in youth. *Pediatr Exerc Sci*. 2010 Nov;22(4):523–34.
281. Theis B, Raut R, Irving H, Marrett LD. Interprovincial physical activity rankings vary with activity domain. *Am J Epidemiol*. 2011 Jun;173(suppl 11):S161.
282. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Foundational standard [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph\\_standards/ophsfoundationalstandard.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophsfoundationalstandard.html)
283. Health Canada, Health Surveillance Coordination Division, Centre for Surveillance Coordination Population and Public Health Branch. Chronic disease surveillance in Canada: a background paper. Ottawa: Health Canada; 2003.
284. International Union for Health Promotion and Education. White paper on surveillance and health promotion - draft [Internet]. St. Denis, FR: International Union for Health Promotion and Education; 2011 [cited 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific\\_Affairs/GWG/WARFS\\_white\\_paper\\_draft\\_may\\_2011.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/GWG/WARFS_white_paper_draft_may_2011.pdf)
285. Green LW, Ottoson JM, García C, Hiatt RA. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annu Rev Public Health*. 2009 Apr 29;30:151–74.
286. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Glossary of knowledge exchange terms as used by CHSRF [Internet]. Ottawa: CHSRF; n.d. [cited 2011 Sep 21]. Available from: <http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/ResourcesForResearchers/KEYS/GlossaryOfKnowledgeExchangeTerms.aspx>
287. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
288. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promot Int*. 2006 Dec 1;21(4):340–345.

289. Program Training and Consultation Centre. About Us - PTCC [Internet]. Toronto: Program Training and Consultation Centre; n.d. [cited 2011 Sep 28]. Available from: [http://www.ptcc-cfc.on.ca/about\\_us/](http://www.ptcc-cfc.on.ca/about_us/)
290. Centre for Addiction and Mental Health. The training enhancement in applied cessation counselling and health (TEACH) [Internet]. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2009 [cited 2011 Nov 17]. Available from: [http://www.camh.net/education/Classroom\\_courses\\_forums\\_events/TEACH\\_project/Welcome\\_to\\_the\\_TEACH\\_Project.html](http://www.camh.net/education/Classroom_courses_forums_events/TEACH_project/Welcome_to_the_TEACH_Project.html)
291. Centers for Disease Control and Prevention. Health communication basics - what is health communication? [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthcommunication/HealthBasics/WhatIsHC.html>
292. Healthy People 2020. Health communication and health information technology: overview [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012 [cited 2012 Jan 18]. Available from: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=18>
293. Healthy People 2020. Health communication and health information technology: objectives [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012 [cited 2012 Jan 18]. Available from: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=18>
294. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voûte J, Leeder S. Prevention of chronic diseases: a call to action. *Lancet*. 2007 Dec 22;370(9605):2152–7.
295. Gardner B. Health equity discussion paper [Internet]. Toronto: Toronto Central Local Health Integration Network; 2008 [cited 2012 Feb 6]. Available from: [http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home\\_Page/Report\\_and\\_Publications/Health%20Equity%20Discussion%20Paper%20v1.0.pdf](http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/Health%20Equity%20Discussion%20Paper%20v1.0.pdf)
296. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1992 [cited 2012 Feb 6]. Available from: [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf)
297. Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: the Canadian facts [Internet]. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010 [cited 2012 Feb 6]. Available from: [http://www.thecanadianfacts.org/The\\_Canadian\\_Facts.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf)
298. Keon WJ, Pepin L. A healthy, productive Canada: a determinant of health approach. Final report of the Senate Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Ottawa: The Senate of Canada; 2009.
299. Schwartz R, O'Connor S, Minian N, Borland T, Babayan A, Ferrence R, et al. Evidence to inform smoking cessation policymaking in Ontario: a special report by the Ontario Tobacco Research Unit. [Internet]. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit; 2010 [cited 2012 Feb 6]. Available from: [http://www.otru.org/pdf/special/special\\_CAP\\_august2010.pdf](http://www.otru.org/pdf/special/special_CAP_august2010.pdf)
300. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Health Equity Impact Assessment (HEIA) [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2008 [cited 2011 Nov 15]. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/>
301. Statistics Canada. Aboriginal peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census. Ottawa: Statistics Canada; 2008.
302. Statistics Canada. Aboriginal Peoples Survey 2001 — initial findings: well-being of the non-reserve Aboriginal population. Catalogue No.: 89-580 XIE. Ottawa: Statistics Canada; 2003.
303. Smylie J. The health of Aboriginal people. In: Raphael D, editor. Social determinants of health: Canadian perspectives. 2nd ed. Toronto: Canadian Scholars Press; 2009. p. 280–302.
304. Tjepkema M, Wilkins R, Senécal S, Guimond E, Penney C. Mortality of Métis and registered Indian adults in Canada: an 11-year follow-up study. *Health Rep*. 2009 Dec;20(4):31–51.
305. Marrett LD, Chaudhry M. Cancer incidence and mortality in Ontario First Nations, 1968-1991 (Canada). *Cancer Causes Control*. 2003 Apr;14(3):259–68.
306. Cancer Care Ontario. Cancer fact: colorectal cancer increasing in Ontario First Nations people [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2005 [cited 2011 Sep 23]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/DownloadFile.aspx?itemid=13140>
307. Sheppard AJ, Chiarelli AM, Marrett LD, Mirea L, Nishri ED, Trudeau ME. Detection of later stage breast cancer in First Nations women in Ontario, Canada. *Can J Public Health*. 2010 Feb;101(1):101–5.

308. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Health Equity Impact Assessment (HEIA) workbook: how to conduct HEIA [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2011 [cited 2011 Dec 15]. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf>
309. World Health Organization. Framework for alcohol policy in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 [cited 2012 Jan 31]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/79396/E88335.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf)
310. Townsend J. Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull.* 1996;52(1):132–42.
311. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. [Internet]. Washington (DC): The World Bank; 1999 [cited 2012 Jan 31]. Available from: <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>
312. Berke EM, Tanski SE, Demidenko E, Alford-Teaster J, Shi X, Sargent JD. Alcohol retail density and demographic predictors of health disparities: a geographic analysis. *Am J Public Health.* 2010 Oct;100(10):1967–71.
313. Grier SA, Kumanyika S. Targeted marketing and public health. *Annu Rev Public Health.* 2010 Apr 21;31:349–69.
314. Morgenstern M, Isensee B, Sargent JD, Hanewinkel R. Exposure to alcohol advertising and teen drinking. *Prev Med.* 2011 Feb 1;52(2):146–51.
315. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol.* 2009 Jun;44(3):229–43.
316. Viswanathan M, Hastak M, Gau R. Understanding and facilitating the usage of nutritional labels by low-literate consumers. *J Public Policy Mark.* 2009;28(2):135.
317. Miller LMS, Gibson TN, Applegate EA. Predictors of nutrition information comprehension in adulthood. *Patient Educ Couns.* 2010 Jul;80(1):107–12.
318. Niederdeppe J, Farrelly MC, Nonnemaker J, Davis KC, Wagner L. Socioeconomic variation in recall and perceived effectiveness of campaign advertisements to promote smoking cessation. *Soc Sci Med.* 2011 Mar;72(5):773–80.
319. Durkin SJ, Biener L, Wakefield MA. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *Am J Public Health.* 2009 Dec;99(12):2217–23.
320. World Health Organization. Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003 [cited 2012 Jan 31]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98697/E90593.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98697/E90593.pdf)
321. Rohan S. Opportunities for co-operative health provision in rural, remote, and northern Aboriginal communities [Internet]. Ottawa: Canadian Co-operative Association; 2003 [cited 2012 Jan 31]. Available from: [http://www.coopscanada.coop/assets/firefly/files/files/pdfs/Research/Co-operative\\_Health\\_in\\_Aboriginal\\_Communities1.pdf](http://www.coopscanada.coop/assets/firefly/files/files/pdfs/Research/Co-operative_Health_in_Aboriginal_Communities1.pdf)
322. Pate RR, Ward DS, Saunders RP, Felton G, Dishman RK, Dowda M. Promotion of physical activity among high-school girls: a randomized controlled trial. *Am J Public Health.* 2005 Sep;95(9):1582–7.
323. Ward DS, Saunders R, Felton GM, Williams E, Epping JN, Pate RR. Implementation of a school environment intervention to increase physical activity in high school girls. *Health Educ Res.* 2006 Dec;21(6):896–910.
324. Felton G, Saunders RP, Ward DS, Dishman RK, Dowda M, Pate RR. Promoting physical activity in girls: a case study of one school's success. *J Sch Health.* 2005 Feb;75(2):57–62.
325. Bonhauser M, Fernandez G, Püschel K, Yañez F, Montero J, Thompson B, et al. Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promot Int.* 2005 Jun;20(2):113–22.
326. Kennedy L, Ling M. Nutrition education for low-income groups – is there a role? In: Köhler BM, Feichtinger E, Barlosius E, editors. *Poverty and food in welfare societies.* Berlin: Ed. Sigma; 1997.
327. Burns C. A review of the literature describing the link between poverty, food insecurity and obesity with specific reference to Australia. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation; 2004.

328. Naylor PJ, Scott J, Drummond J, Bridgewater L, McKay HA, Panagiotopoulos C. Implementing a whole school physical activity and healthy eating model in rural and remote First Nations schools: a process evaluation of Action Schools! BC. *Rural Remote Health*. 2010;10(1296):online.
329. Bauman A, Bellew B, Vita P, Brown W, Owen N. Getting Australia active: towards better practice for the promotion of physical activity. Interventions to increase participation in physical activity in specific settings. Melbourne: National Public Health Partnership; 2002.
330. Chapman LS. Guidelines for health promotion in worksite settings. *Am J Health Promot*. 2004 Apr;18(4):6–9.
331. Dishman RK, Oldenburg B, O’Neal H, Shephard RJ. Worksite physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 1998 Nov;15(4):344–61.
332. Bauman A, Bellew B, Vita P, Brown W, Owen N. Getting Australia active: towards better practice for the promotion of physical activity. Promoting physical activity in worksites. Melbourne: National Public Health Partnership; 2002.
333. Poland B, Frolich KL, Cargo M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: Potvin L, McQueen D, editors. *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer; 2008. p. 299.
334. Smylie J, Anderson I, Ratima M, Crengle S, Anderson M. Indigenous health performance measurement systems in Canada, Australia, and New Zealand. *Lancet*. 2006 Jun 17;367(9527):2029–31.
335. Smylie J, Anderson M. Understanding the health of Indigenous peoples in Canada: key methodological and conceptual challenges. *CMAJ*. 2006 Sep 12;175(6):602.
336. Brownson RC, Housemann RA, Brown DR, Jackson-Thompson J, King AC, Malone BR, et al. Promoting physical activity in rural communities: walking trail access, use, and effects. *Am J Prev Med*. 2000 Apr;18(3):235–41.
337. World Health Organization. Tackling obesity by creating healthy residential environments [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 [cited 2012 Jan 31]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98697/E90593.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98697/E90593.pdf)
338. Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy: case study. *BMJ*. 2001 Jan 27;322(7280):222–5.
339. Rice W. Health promotion through an equity lens [Internet]. Toronto: Wellesley Institute; 2011 [cited 2012 Jan 18]. Available from: <http://www.wellesleyinstitute.com/health-care-reform/health-promotion-through-an-equity-lens/>
340. Keon WJ, Pepin L. Population health policy: international perspectives. First report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Ottawa: The Senate of Canada; 2008.
341. Mirolla M. The cost of chronic disease in Canada [Internet]. Ottawa: Chronic Disease Prevention Alliance of Canada; 2004 [cited 2011 Sep 23]. Available from: <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>



