



La santé publique – L'affaire de tous



Rapport annuel du médecin hygiéniste en chef 2009

Table des matières

Lettre d'accompagnement	1
Introduction	2
L'année 2009 en santé publique	3
La prévention – La prochaine étape des soins de santé	6
Introduction	6
Grippe H1N1 et conditions antérieures	7
La prévention ne date pas d'hier	8
Le fondement économique de la prévention	9
Une société plus saine	11
On ne peut se permettre d'ignorer la lutte contre l'obésité et la sédentarité	15
On ne peut se permettre d'ignorer l'importance d'investir dans le développement de l'enfant	16
On ne peut se permettre d'ignorer la prévention des blessures	17
On ne peut se permettre d'ignorer la lutte contre les inégalités en matière de santé	18
On ne peut se permettre d'ignorer les efforts de lutte contre le tabagisme	21
Conclusion	25
Annexe	26
Références	27

Lettre d'accompagnement

**Ministry of Health
and Long-Term Care**

Chief Medical Officer of Health
Public Health Division
11th Floor, Hepburn Block
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Telephone: (416) 212-3831
Facsimile: (416) 325-8412

**Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée**

Médecin hygiéniste en chef
Division de la santé publique
Édifice Hepburn, 11^e étage
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Téléphone: (416) 212-3831
Télécopieur: (416) 325-8412



Décembre 2010

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative de l'Ontario
Édifice de l'Assemblée législative, bureau 180
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1A2



Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de présenter le Rapport annuel de 2009 du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario en vue de son dépôt devant l'Assemblée, conformément aux dispositions du paragraphe 81 (4) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Original signé par Arlene King

Arlene King, MD, MHSc, FRCPC
Médecin hygiéniste en chef

Pièce jointe

Introduction

« N'oublions pas que le but ultime du régime d'assurance-maladie doit être de veiller au bien-être des gens plutôt que de les remettre sur pied lorsqu'ils tombent malades¹. »

Tommy Douglas

L'année 2009 a été l'année de la grippe H1N1, en Ontario comme partout au monde. C'est d'ailleurs le sujet qui a été le plus couvert pendant l'année. En effet, on en a parlé dès le début du printemps, lorsque ce qui semblait être une nouvelle souche de grippe a fait son apparition au Mexique, puis au début de l'été lorsqu'elle s'est propagée à l'échelle mondiale à un point tel que l'Organisation mondiale de la Santé l'a considérée comme une pandémie mondiale au début de l'été, et à l'automne alors que la situation atteignait son point culminant par la mise sur pied d'un programme de vaccination. Il a même souvent semblé que c'était là le seul sujet de discussion en santé publique.

Ce n'est pourtant pas la seule chose qui s'est passée en santé publique en Ontario. Bien que la grippe H1N1 ait pris beaucoup de temps et monopolisé un nombre incroyable de ressources, le travail de santé publique s'est poursuivi, chaque jour, dans toute la province. Le présent rapport annuel constitue une récapitulation d'une année extrêmement occupée. Il commence, évidemment, par la grippe H1N1, mais porte aussi sur d'autres événements importants en santé publique, notamment la mise en place de normes de santé publique en Ontario², l'expansion du Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE)³, la mise en œuvre d'un plan d'action complet favorisant les stratégies de développement et d'apprentissage de la petite enfance⁴, ainsi que le *Rapport initial sur la santé publique 2009*⁵.

La récapitulation de l'année 2009 n'est cependant que le point de départ du présent rapport. Je crois que la santé publique doit viser bien plus que la gestion des programmes officiels de santé publique. Elle englobe la personne ou l'organisation qui identifie les enjeux et porte ceux-ci à l'attention du public et du gouvernement, tout en établissant une marche à suivre et en donnant une rétroaction sur ce qui a été accompli jusque-là. En tant que médecin hygiéniste en chef, ma principale préoccupation est de tracer la voie et d'établir un plan pour les années à venir. Sur ce point, l'événement marquant de 2009 – la pandémie de grippe H1N1 – a été important non seulement en raison de ses conséquences immédiates, mais aussi en raison de ses répercussions sur la santé publique.

Le présent rapport annuel a été rédigé à la fin de l'année 2010, donc bien des mois après les remous de l'année 2009. La perspective que nous a apportée le temps écoulé n'a fait que renforcer les leçons tirées de la pandémie. Nous avons notamment appris que nous devons, en tant que communauté, mettre non seulement l'accent sur les soins aux malades, mais également sur la prévention, et que la santé publique est l'affaire de tous. Le présent rapport analyse ces leçons apprises et les nombreuses raisons d'en tenir compte et il établit le fondement des recommandations pour une stratégie complète globale que je prévois mettre en place en 2011.

L'année 2009 en santé publique

Grippe H1N1

Comme je l'ai mentionné dans mon introduction, le principal sujet de santé publique en 2009 a été la grippe H1N1. Cette pandémie a fait toutes les manchettes, consommé le temps, les ressources et l'énergie des responsables de la santé publique, des fournisseurs de soins de santé et des politiciens, et a déclenché une vague d'inquiétude et d'anxiété au sein de la population.

Beaucoup d'encre a coulé au sujet de cette grippe. De nombreux rapports ont été rédigés, dont un émanant de notre service⁶. Il y a encore trois points, cependant, que je tiens à préciser. Premièrement, la réponse de l'Ontario – et du pays – à la grippe H1N1 a été caractérisée par une grande collaboration et coopération, des bureaux de santé publique aux fournisseurs de soins primaires, en passant par les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. La grippe H1N1 est devenue l'affaire de tous, chacun collaborant pour y faire face. Cette collaboration a été cruciale pendant la pandémie, et je crois qu'elle le restera à l'avenir en santé publique, tant à l'échelle provinciale que nationale.

Deuxièmement, les efforts continus en formation en matière de santé nous ont rapporté. Les Ontariens et les Ontariennes ont compris l'importance de l'hygiène des mains, de la façon de tousser et d'éternuer et de ne pas sortir de chez soi en cas de maladie. Ce changement de perception et de comportement, appuyé par le public ainsi que des organisations sans but lucratif et du secteur privé dans toute la province, s'annonce prometteur pour prévenir le nombre important d'infections dans les établissements de santé et dans la communauté.

Enfin, le dernier point – qui est l'un des fils conducteurs du présent rapport annuel – a trait aux répercussions de la pandémie pour la santé publique en général. La grippe H1N1 nous a rappelé très clairement le lien étroit entre la mauvaise santé, les facteurs de risque d'une mauvaise santé et la vulnérabilité aux maladies graves. Je reviendrai là-dessus plus en détail dans la prochaine section.

Normes de santé publique de l'Ontario

Le premier événement important de 2009 en matière de santé publique en Ontario a eu lieu moins d'un jour après le début de la nouvelle année, lorsque les Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO) et protocoles ont remplacé les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, 1997². Cet événement a marqué une réussite clé du changement en santé publique en Ontario, car il a instauré un mouvement vers un système à jour, informé par les sources les plus valables et centré sur les besoins des Ontariens et des Ontariennes dans toute la province.

Le remplacement des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires par les Normes de santé publique de l'Ontario et protocoles s'inscrivait dans l'*Opération Protection de la santé*, plan d'action en santé publique mis au point à la suite

du SRAS⁷. Les NSPO établissent des critères de base aux programmes et services de santé publique fondamentaux, qui comprennent l'évaluation et la surveillance, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des lésions, la protection de la santé et la préparation en vue d'urgences en santé publique. Les NSPO définissent les attentes auxquelles doivent se conformer les 36 conseils de santé de l'Ontario, chargés d'offrir des programmes et services de santé publique qui favorisent la santé et le bien-être physique, mental et émotionnel des Ontariens et des Ontariennes.

Programme de soins dentaires pour enfants

Un autre événement important non lié à la grippe H1N1 est survenu en janvier 2009 : l'expansion du Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE). Le PSDE vise à ce que les enfants et les jeunes reçoivent les soins dentaires urgents dont ils ont besoin. Le 1^{er} janvier 2009, le PSDE, qui cessait auparavant de couvrir les soins des enfants en huitième année à l'école ou à leur 14^e anniversaire de naissance (soit la date la plus lointaine), a été étendu pour couvrir maintenant les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans³. Le programme, administré par les bureaux de santé publique de l'Ontario, offre de l'aide aux familles à faible revenu qui n'ont aucune assurance-soins dentaires et qui auraient de la difficulté à défrayer le coût de soins dentaires.

En 2009, le PSDE a payé les frais de soins dentaires de 50 779 enfants et jeunes ayant un urgent besoin de soins et qui n'auraient sans doute jamais pu être traités autrement. Parmi eux, 3 816 jeunes ont pu recevoir des soins grâce à l'expansion du programme⁸.

Rapport *With Our Best Future in Mind*

En juin 2009, le premier ministre Dalton McGuinty a reçu et rendu public le rapport de son conseiller en apprentissage préscolaire, le docteur Charles Pascal. Le rapport *With Our Best Future in Mind* offre un aperçu complet du bien-être nécessaire au développement sain d'un être humain, de la période prénatale à l'âge de 12 ans⁴. Ce plan de santé publique, s'il est entièrement mis en œuvre, permettra d'améliorer la santé des enfants, de réaliser un excellent rendement économique et de réduire la pauvreté et la violence chez les jeunes. Nous devons féliciter le gouvernement d'avoir répondu si rapidement au projet central défini dans ce rapport – la journée complète d'apprentissage pour les enfants de quatre et cinq ans.

Rapport initial sur la santé publique

En août 2009, la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a diffusé son tout premier rapport sur le statut de la santé publique en Ontario⁵. Ce rapport donne un aperçu du secteur de santé publique de l'Ontario, offrant un survol du champ d'application de la santé publique et une analyse de la réalisation des programmes et services locaux.

Depuis la tragédie de Walkerton et la propagation du SRAS, l'Ontario a cherché à établir un système de gestion du rendement de santé publique afin de permettre au secteur de santé

publique de montrer sa pleine capacité à améliorer les résultats et les services au fil du temps. Le *Rapport initial sur la santé publique 2009* était une étape importante dans la mise au point de ce système.

Bureaux de santé publique

Un rapport annuel du médecin hygiéniste en chef ne serait pas complet ni valable s'il ne mentionnait pas le travail extraordinaire qui a été accompli, jour et nuit, par les 36 bureaux de santé publique qui desservent les communautés partout en Ontario.

De la livraison de vaccins contre la grippe saisonnière à la planification de la lutte contre la pandémie, de la prévention des blessures à la santé environnementale, des programmes de santé des bébés et des enfants à la prévention de maladies chroniques, les hommes et les femmes qui œuvrent dans nos bureaux de santé publique sont à l'avant-poste de la prévention des maladies et la promotion de la santé.

En 2009, en plus des services décrits ci-dessus, les intervenants en santé publique de l'Ontario ont aussi dû gérer la pression exercée par la nécessité de répondre à la pandémie de grippe H1N1. Ils ont accompli cette lourde tâche, comme toujours, avec professionnalisme, compétence et humilité.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS)

En plus de remercier les bureaux de santé publique de l'Ontario de leur dur labeur, je tiens à souligner le travail de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. L'AOPPS a été mise en place à la suite de l'écllosion de SRAS^{9,10} afin de protéger et de promouvoir la santé de tous les Ontariens et Ontariennes et de réduire les inégalités en matière de santé. L'AOPPS permet aux professionnels de la santé publique, aux travailleurs de la santé de première intention et aux chercheurs d'avoir accès aux renseignements scientifiques, données probantes et connaissances les plus pertinents de partout au monde, et elle offre un service inestimable au gouvernement de l'Ontario, aux Ontariens et aux Ontariennes ainsi qu'à nos services.



La prévention – La prochaine étape des soins de santé

Introduction

L'Agence de la santé publique du Canada donne la définition suivante de la santé publique : « La plupart des Canadiens connaissent bien notre système de *soins* de santé – celui des hôpitaux, des médecins, du personnel infirmier et des autres professionnels vers lesquels nous nous tournons lorsque nous sommes malades ou blessés. Le système de santé *publique* joue un rôle différent : il est chargé d'aider à protéger les Canadiens et Canadiennes des lésions et des maladies et à veiller à leur bonne santé. Un système de *santé publique* est efficace lorsque peu de gens sont malades ou blessés – et que les gens sont plus nombreux à vivre plus longtemps et en meilleure santé¹² ».

La santé publique existe depuis au moins 100 ans au Canada et partout au monde. Les triomphes de la santé publique du XX^e siècle comprennent une plus grande salubrité des aliments, de l'eau et du lait, la planification des naissances, les politiques environnementales mises en place pour améliorer la qualité de l'air et de l'eau, les mesures de contrôle du tabagisme, les milieux de travail plus sains, les véhicules plus sécuritaires, la réduction du taux de mortalité due à une maladie cardiovasculaire ou à un accident vasculaire cérébral et les politiques universelles comme le régime d'assurance-maladie et la sécurité de la vieillesse. La variole a été éradiquée de la surface de la Terre, la polio a été éliminée de l'hémisphère occidental et, grâce aux programmes de vaccination, les maladies infectieuses qui étaient la principale cause de décès à l'échelle mondiale il y a 100 ans entraînent maintenant moins de cinq pour cent des décès au pays¹¹.

De plus, au début des années 1900, la mauvaise santé des mères et des nourrissons était un problème important. Depuis lors, le taux de mortalité de ces populations a chuté dramatiquement grâce aux améliorations en matière d'hygiène, d'alimentation, de mode de vie et d'éducation¹¹.

Fait

La durée de vie moyenne des Canadiens a augmenté de plus de 30 ans depuis le début des années 1900. De ces années gagnées, 25 sont attribuables à des percées dans le domaine de la santé publique¹¹.

Ces accomplissements sont intéressants en ce qu'ils aident à souligner les principaux thèmes traités dans le présent rapport. Nous pouvons voir que la prévention est un élément clé et qu'un grand nombre de ces réussites viennent du secteur de la santé publique. La santé publique est vraiment l'affaire de tous.

Grippe H1N1 et conditions antérieures

Bien qu'il ne faille en aucun cas minimiser les répercussions de la grippe H1N1 ni faire fi de sa gravité, force est tout de même d'admettre que, d'une certaine façon, la pandémie qui a causé tant d'émoi s'est révélée être moins grave que la grippe saisonnière habituelle. Moins de personnes sont mortes des suites de la grippe H1N1 qu'il n'en meure chaque année de la grippe saisonnière⁶.

Là où la pandémie de grippe H1N1 prend toute son importance sur le plan de la santé publique, cependant, est dans le lien entre la mauvaise santé, les facteurs de risque de mauvaise santé et la vulnérabilité au virus de la grippe H1N1. En Ontario, le risque de maladie grave nécessitant une hospitalisation à l'unité des soins intensifs (USI) ou une ventilation artificielle était plus élevé chez les patients hospitalisés qui ont présenté au moins une affection sous-jacente (telle que le diabète, une maladie pulmonaire, une cardiopathie et le cancer) que chez les patients hospitalisés qui n'ont pas présenté d'affection sous-jacente¹³.

Des personnes qui sont mortes pendant la pandémie, 88 pour cent présentaient au moins une affection sous-jacente. Il y avait une forte corrélation entre la pneumonie et la mort, le risque de décès étant cinq fois plus élevé chez les personnes hospitalisées atteintes de pneumonie¹³.

La même chose était vraie à l'échelle nationale. En tout, 47,5 pour cent des patients hospitalisés et 60,2 pour cent des patients admis à l'USI au cours de la première vague de la pandémie présentaient une affection sous-jacente. Des patients qui sont morts, 73,3 pour cent présentaient une affection sous-jacente. Au cours de la deuxième vague de la pandémie, ces pourcentages se sont élevés respectivement à 59,7 pour cent, 73,9 pour cent et 85,5 pour cent¹⁴.

Faits sur la grippe H1N1

- En Ontario, pendant la première vague de la maladie, les personnes hospitalisées étaient cinq fois plus susceptibles de présenter une affection chronique préalablement signalée que les personnes qui restaient à domicile en raison de la grippe.
- Les personnes qui ont signalé vivre avec de nombreuses autres personnes présentaient un risque 44 pour cent plus élevé d'hospitalisation.
- Les personnes ayant un poids insuffisant présentaient un risque 67 pour cent plus élevé d'hospitalisation, et les personnes ayant un surplus de poids, un risque 117 pour cent plus élevé.
- Les fumeurs présentaient un risque 90 pour cent plus élevé d'hospitalisation¹⁵.

Ces résultats sont particulièrement frappants parce qu'ils renforcent clairement ce que nous savons probablement en tant que société, mais que nous ne mettons que trop rarement en application, c'est-à-dire que les habitudes et les conditions de vie malsaines entraînent une mauvaise santé, et qu'une mauvaise santé entraîne de pires conséquences pour la santé. Que ce soit une vulnérabilité à un nouveau virus de grippe ou un plus grand risque de diabète ou de cancer – le fait est que nous savons qu'il existe des facteurs externes (comme la pauvreté) qui affectent la santé, des facteurs prédictifs d'une mauvaise santé (p. ex., l'inactivité) et des indices d'une vulnérabilité à un moins bon état de santé (p. ex., une tension artérielle élevée). Tous ces facteurs peuvent être influencés par une meilleure prévention des maladies. C'est là plus que tout ce que le présent rapport cherche à préciser.

La prévention ne date pas d'hier

Le présent rapport est loin d'être le premier à insister sur le besoin de recentrer les soins sur la prévention. Tommy Douglas, connu comme étant le père du régime d'assurance-maladie, croyait que la prévention était un élément primordial des soins de santé, comme l'indique la citation (traduite librement) qui figure au début du présent rapport.

En 1974, un document de politique diffusé par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de cette époque, Marc Lalonde, a catapulté le Canada au premier rang de cette croisade. L'article, intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: Un document de travail*, a été connu sous le nom de « rapport Lalonde¹⁶ ». Ce document a été le premier à reconnaître le fait que les interventions biomédicales, telles que les services médicaux et hospitaliers, n'étaient pas les seules responsables du bien-être des personnes et de l'amélioration de la santé de la population¹⁷. Le rapport Lalonde a présenté le concept de domaine de la santé, selon lequel la santé était le produit du mode de vie, de la biologie humaine, de l'environnement et des organisations de soins de santé.

Vingt-deux ans plus tard, le Canada a une fois de plus joué un rôle déterminant dans la sensibilisation à la prévention. En 1986, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Jake Epp, a diffusé un rapport intitulé *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Le travail de M. Epp a été présenté à la toute première Conférence internationale pour la promotion de la santé, tenue par l'Organisation mondiale de la santé à Ottawa. Cette conférence a donné la *Charte d'Ottawa*, qui a défini la promotion de la santé comme étant ce qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Elle portait principalement sur la population dans son ensemble dans le contexte de la vie quotidienne et décrivait les cinq éléments clés de la promotion de la santé – élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.

En 1987, trois rapports publiés en Ontario ont lancé la province sur sa nouvelle voie de promotion de la santé. Les documents *La Santé en Ontario: vers une orientation commune*, *La santé pour tout l'Ontario* et *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario* ont tous mis de l'avant une vision commune d'amélioration de la santé des Ontariens et des Ontariennes. Ils ont sensibilisé à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

En 1991, le Conseil du premier ministre sur la santé a continué de mettre l'accent sur la promotion de la santé par son rapport, *Prendre soin de la santé: document de travail sur les facteurs déterminants en matière de santé*¹⁸.

Le rapport Romanow déterminant de 2002 a mis l'accent sur l'intégration des initiatives de prévention et de promotion comme point central des soins primaires au Canada. Romanow l'a décrit très simplement: «L'un des grands objectifs des soins de santé primaires consiste à prévenir les maladies et les accidents et à améliorer la santé globale des Canadiens. On reconnaît de plus en plus qu'il est possible de prévenir de nombreuses maladies par une meilleure prise en charge de sa santé¹⁹».

Plus récemment, en septembre 2010, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains du Canada ont adopté la *Déclaration sur la prévention et la promotion*²⁰. Cette déclaration publique écrite a établi le besoin de travailler de concert pour faire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, de l'invalidité et des blessures une priorité à l'échelle nationale.

Le fondement économique de la prévention

«À long terme, il sera essentiel de limiter la croissance des dépenses en soins de santé pour arriver à une stabilité économique. Comme de nombreux pays avancés, le Canada fait face aux deux enjeux interreliés à long terme du vieillissement de la population et de la hausse des coûts des soins de santé. Si les dépenses en soins de santé continuent d'augmenter, elles mettront une pression grandissante et insupportable sur les positions économiques des gouvernements canadiens.»

Évaluation du Canada par le Fonds monétaire international (FMI)
dans le sillage de la récession mondiale²¹

Les arguments en faveur de la prévention remontent à plus de 50 ans, lors de la mise en place du régime d'assurance-maladie au Canada. Ils ont été reconnus et répétés à l'échelle mondiale. Et pourtant, dans cette province, ce pays et à peu près partout dans le monde, nous sommes toujours portés en premier lieu à traiter les gens une fois qu'ils sont malades, au lieu de les aider à ne pas tomber malades.

La priorité accordée aux soins plutôt qu'à la prévention est peut-être due en partie aux considérations économiques des soins de santé et à la dure réalité de l'économie actuelle. Les soins de santé coûtent de plus en plus cher. Ici, en Ontario, les dépenses en soins de santé représentent déjà 46 pour cent des dépenses totales et, si la tendance se maintient, ce chiffre continuera de croître au détriment de tous les autres programmes, tels que l'éducation²². Il n'est donc pas étonnant que les gouvernements de partout au monde recherchent un rendement du capital investi dans les soins de santé qui constituent une si grande part de leur budget d'exploitation.

Cependant, de plus en plus d'études donnent à penser qu'il est nécessaire de se concentrer sur la prévention pour réduire l'augmentation des dépenses en soins de santé, que tous

perçoivent comme étant une menace à la stabilité économique du pays. Plusieurs rapports récents présentent très bien cet argument.

En mai 2009, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a diffusé un rapport intitulé *Investir en prévention: la perspective économique*. Le fondement du rapport a été expliqué comme suit :

« Une meilleure compréhension des avantages économiques et des coûts des interventions préventives en santé permet aux responsables de l'élaboration des politiques et aux gestionnaires de programme de prendre des décisions éclairées quant aux investissements à réaliser pour améliorer la santé de la population. Bien que l'aspect économique ne constitue que l'un des nombreux points à prendre en considération lors de l'examen des bienfaits d'une intervention, l'acquisition de telles connaissances permet un processus décisionnel plus rigoureux, systématique et transparent dans un contexte où les ressources sont limitées.²³»

Le rapport de l'ASPC conclut qu'il existe effectivement de nombreuses interventions en santé publique qui pourraient être rentables, allant des programmes de vaccination au contrôle du tabagisme, en passant par le dépistage du cancer colorectal.

En mars 2010, le premier vice-président et économiste en chef du Groupe Financier Banque TD, Don Drummond, a diffusé un rapport intitulé *Charting a Path to Sustainable Health Care in Ontario: 10 Proposals to Restrain Cost Growth without Compromising Quality of Care*. Dans ce rapport, M. Drummond écrit que la durabilité des soins de santé vient d'une réussite dans trois secteurs : la qualité et l'accessibilité, l'efficacité ainsi que la prévention.

Pour ce qui est de la prévention, il est d'avis que l'Ontario devrait en faire plus, et il incite la province à avoir une perception élargie de la réforme des soins de santé et de ses contributions potentielles à la structure socio-économique de l'Ontario. Le but serait de maximiser la « qualité de vie » des Ontariens et des Ontariennes. Une telle approche élargirait les champs d'intervention de la politique publique pour y inclure les « efforts extraordinaires pour améliorer la santé et les habitudes en matière de santé de ses citoyens²⁴».

En septembre 2010, le médecin en chef de la Colombie-Britannique, le docteur Perry Kendall, a diffusé un rapport spécial sur la prévention, intitulé *Investing in Prevention – Improving Health and Creating Sustainability*. Ce rapport donne un aperçu de la prévention, allant des répercussions des interventions en santé publique aux diverses stratégies d'investissement offertes. Il préconise une stratégie de vie saine en Colombie-Britannique qui comprendrait le contrôle du tabagisme, une saine alimentation, l'activité physique, la prévention des blessures, les programmes de développement des jeunes enfants, les actions sur les déterminants sociaux de la santé et la réduction des inégalités en matière de santé.

Le docteur Kendall fait aussi cinq recommandations au gouvernement de la C.-B. :

1. Tirer parti de l'approche du gouvernement dans son ensemble et veiller à ce que le choix le plus sain soit le choix le plus facile.
2. S'engager de nouveau envers le développement des jeunes enfants.
3. S'inspirer d'autres provinces qui se sont engagées à réduire la pauvreté pour établir un programme propre à la C.-B.

4. Renforcer les services de santé publique offerts par les organismes de santé de la C.-B.
5. Mettre en place un système de soins primaires qui offrira des services de prévention à long terme efficaces fondés sur des données probantes et qui intégrera la prévention à la prise en charge des maladies chroniques²⁵.

En 2010, un rapport sur l'obésité et les économies réalisées par la prévention, rédigé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), intitulé *L'obésité et l'économie de la prévention: Objectif santé*, a évalué les avantages potentiels connus comme des interventions (par exemple, les campagnes médiatiques, les révisions de prix des aliments santé, les consultations auprès de médecins, etc.) dans cinq pays – le Canada, l'Angleterre, l'Italie, le Japon et le Mexique. Les résultats sont impressionnants.

«La plupart des interventions qui ont fait l'objet de l'évaluation peuvent entraîner une augmentation de 40 000 à 140 000 années de vie sans invalidité dans les cinq pays ensemble, l'une de ces interventions, le fait de prodiguer des conseils aux personnes risquant de nécessiter des soins primaires, entraînant une augmentation pouvant atteindre un demi-million d'années de vie sans invalidité.²⁶»

Il est de plus en plus reconnu que la prévention peut être un outil rentable d'amélioration de la santé de la population, comme l'établissent tous ces rapports et de nombreuses études de ce domaine. Cette rentabilité n'est jamais présentée comme une fin en soi, mais il est de plus en plus clair qu'il n'y a plus d'argument économique valide contre la prévention et la promotion de la santé. Nous savons que c'est la bonne chose à faire – la question à laquelle il faut maintenant répondre est la suivante : «Quelle est la meilleure façon d'y arriver?»

Une société plus saine

«En outre, il est de plus en plus admis que les grands déterminants de la santé, comme les habitudes de vie, les conditions de logement, la salubrité de l'environnement et une saine alimentation, ont une incidence marquée sur la santé des individus et des collectivités et laissent entrevoir des perspectives très prometteuses sur le plan de l'amélioration de la santé et de la prévention de la maladie. Les organisations et les dispensateurs de soins de santé primaires doivent tenir compte davantage des répercussions possibles de ces grands déterminants de la santé sur les individus et les collectivités.¹⁹»

Rapport Romanow

Les «grands déterminants de la santé» mentionnés dans le rapport Romanow sont aussi souvent appelés «déterminants sociaux de la santé» et sont au cœur du fondement de la santé publique comme étant l'affaire de tous. Si, par exemple, vous vivez dans une communauté où presque tout le monde fume et où l'accès à des fruits et légumes frais et abordables est limité, il y a bien des chances que vous finissiez par fumer et par adopter une mauvaise alimentation. La solution – veiller à ce qu'il y ait un meilleur accès aux aliments sains et à ce que des programmes de contrôle du tabagisme soient en place dans cette communauté – ne peut être mise de l'avant par les intervenants en santé publique seuls. Tant que les divers paliers du gouvernement et les secteurs commerciaux et sociaux n'auront pas commencé à collaborer

pour se préoccuper de ce que nous appelons les déterminants de la santé, nous ne pourrions progresser dans certains secteurs, et nous ne pourrions répondre aux besoins d'un grand nombre de gens.

Jusqu'à tout récemment, les facteurs considérés comme des déterminants sociaux de la santé n'ont suscité d'intérêt réel que des universitaires. Les Canadiens en général ont porté peu d'attention au fait que leur état de santé et celui de leurs enfants est influencé, au point d'en être contrôlé, par le milieu dans lequel ils vivent. Dans *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Juha Mikkonen et Dennis Raphael résument ce fait de la façon suivante :

« De nombreux Canadiens ignorent que notre état de santé est dû en grande partie à la distribution des revenus et de la richesse, au fait que l'on travaille ou pas et, le cas échéant, aux conditions de travail. Notre santé est aussi déterminée par les services de santé et les services sociaux que nous recevons ainsi que par nos moyens de réussir à avoir une éducation, une alimentation et un logement de qualité, entre autres. Et, contrairement à l'hypothèse selon laquelle les Canadiens ont un contrôle sur ces facteurs, dans la plupart des cas ces conditions de vie nous sont – pour le meilleur et pour le pire – imposées par la qualité des communautés, des situations d'hébergement, des milieux de travail, des agences de services de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement avec lesquels nous traitons. Pour améliorer la santé des Canadiens, nous devons percevoir la santé et ses déterminants de façon plus sophistiquée que nous l'avons fait dernièrement.²⁷ »

Dans ce contexte, la prévention devient subitement un défi qui relève moins du secteur de la santé publique que d'autres secteurs – c'est l'affaire de tous. Le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada cité plus haut distingue quatre « facettes » de la prévention, utiles pour montrer à quel point une approche fondée sur un système est nécessaire pour prévenir les maladies et les blessures et pour faire la promotion d'une population plus en santé et d'un meilleur système de santé général. Ces quatre facettes sont les suivantes :

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont des conditions économiques et sociales connues pour grandement influencer l'état de santé. Voici quelques-uns des facteurs les plus connus sur le plan de la santé :

- Revenu et distribution du revenu
- Éducation
- Chômage et sécurité d'emploi
- Emploi et conditions de travail
- Développement des jeunes enfants
- Insécurité alimentaire
- Logement
- Exclusion sociale
- Réseau de sécurité sociale
- Services de santé
- Autochtones
- Sexe
- Race
- Invalidité

1. La prévention clinique – comprend des soins « personnalisés » prodigués par un fournisseur de soins à un receveur de soins (patient ou client), qui peut accepter ou refuser le service ou l'action de santé recommandée; par exemple, la consultation individuelle pour cesser de fumer ou le dépistage du cancer colorectal.
2. La promotion de la santé – comprend les interventions ciblant les populations au sein de communautés, de la province ou du pays, qui encouragent les comportements individuels qui ont des répercussions positives sur la santé et qui découragent ceux qui ont des répercussions négatives sur la santé; par exemple, la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique et les éléments moins liés à la réglementation de la lutte contre le tabagisme.
3. La protection de la santé – comprend les interventions offertes à l'échelle organisationnelle, locale, provinciale, nationale ou internationale qui réduisent les risques pour la santé, telles que le rôle des bénéficiaires des interventions de protection de la santé qui est soit passif ou limité à la conformité aux lois ou règlements; par exemple, le port de la ceinture de sécurité ou du casque de vélo ou encore l'utilisation d'un téléphone cellulaire à mains libres et le respect des lois antitabac.
4. La politique de santé publique – comprend les interventions qui agissent sur les grands déterminants de la santé. Ces interventions sont en dehors du secteur de la santé et entraînent des bienfaits pour la santé; par exemple, les projets de développement des jeunes enfants.

Pour œuvrer efficacement en santé publique, la dernière « facette » – la politique de santé publique – doit être à la source de toutes nos interventions. Chaque politique que nous mettons en œuvre, chaque service que nous offrons et chaque programme que nous concevons doit être évalué de façon à maximiser les bienfaits potentiels pour la santé. Il faudra donc que tous s'y mettent, les trois échelons du gouvernement, les secteurs de la santé, de l'éducation, des finances et social, ainsi que les Ontariens et les Ontariennes eux-mêmes.

L'agenda de l'Ontario en matière de santé publique est très chargé, et le sera toujours. Tout au haut de la liste se trouvent cependant certains points que nous ne pouvons tout simplement pas nous permettre d'ignorer. Chaque année au Canada, plus des deux tiers des décès sont attribuables à des maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète de type 2 et les affections respiratoires²⁹. Le coût total des maladies, des invalidités et des décès imputables aux maladies chroniques est estimé à plus de 80 milliards de dollars annuellement²⁹. Du point de vue de la santé publique, l'aspect le plus exaspérant de ces maladies est le fait que, souvent, elles sont évitables. Elles partagent les mêmes facteurs de risque évitables : sédentarité, alimentation malsaine et tabagisme. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, plus de 90 pour cent des cas de diabète de type 2 et 80 pour cent des maladies coronariennes pourraient être évités ou repoussés grâce à une alimentation saine, la pratique régulière d'activités physiques, l'abandon du tabagisme et une gestion efficace du stress³⁰.

L'indice de développement sain de la région de Peel

Une initiative prise dans la région de Peel illustre l'importance de la prise en considération des facteurs susceptibles d'influer sur la santé et présents dans notre environnement quotidien et de la mise à contribution de plusieurs secteurs dans l'atténuation de ces facteurs.

Reconnaissant que l'étalement urbain et le développement axé sur l'automobile entraînent de faibles niveaux d'activité physique et des taux d'obésité et de maladies chroniques élevés, le Bureau de santé de la région de Peel a consacré les cinq dernières années à élaborer des initiatives visant à promouvoir les mesures favorables à la santé de l'environnement construit. Le Bureau de la santé de la région de Peel est le premier en Amérique du Nord à prendre une telle initiative.

Le travail du Bureau de santé de la région de Peel visant à atténuer les effets de l'environnement construit sur la santé, reposant entre autres sur des initiatives telles l'Indice de développement sain («IDS»), a pour but d'influer sur les politiques à tous les niveaux de gouvernement et dans de nombreux secteurs. Concrètement, on a déjà effectué les amendements des politiques favorisant la santé suivants :

- amendement au Plan officiel du Bureau de la santé de la région de Peel stipulant que des études d'impact sur la santé publique peuvent maintenant être requises dans le cadre d'une demande de développement complète (adopté en février 2010);
- amendement au Plan officiel du Bureau de la région de Peel visant à élaborer des indicateurs de santé servant à analyser l'efficacité des politiques du Plan officiel et à servir de base aux modifications à apporter aux politiques (adopté en février 2010);
- amendements au Plan officiel du Bureau de santé de la région de Peel visant à favoriser la santé publique au moyen de partenariats public-privé (adoptés en avril 2010);
- amendements aux Plans officiels municipaux visant un alignement stratégique sur la direction fixée par le Plan officiel du Bureau de la santé de la région de Peel;
- amendements proposés aux normes techniques, par exemple la largeur médiane de la route qui augmente le potentiel piétonnier de la communauté;
- amendements proposés aux normes techniques visant à inclure des voies à utilisateurs multiples à l'écart des routes plutôt qu'à aménager des pistes cyclables sur la chaussée dans le but d'accroître le transport actif;
- soumission détaillée pour les changements proposés à la Déclaration de principes provinciale de l'Ontario, avec des recommandations comprenant le besoin d'évaluations de santé devant faire partie du processus de demande d'aménagement municipal (soumis au ministère des Affaires municipales et du Logement, septembre 2010);
- élaboration des mandats (p. ex., modèles) en vue d'une étude de contexte sanitaire qui ferait partie d'une application de développement complète²⁸.

Considérant ces réalités, voici quelques mesures qu'on ne peut se permettre d'ignorer :



On ne peut se permettre d'ignorer la lutte contre l'obésité et la sédentarité

« Notre société a perdu le sens de l'équilibre entre la quantité de calories ingérées et la quantité de calories dépensées, équilibre pourtant essentiel au maintien d'un poids santé. Alors que les Ontariens et les Ontariennes ont de plus en plus de choix en matière d'aliments, qu'ils ont un accès de plus en plus facile à des aliments industrialisés et qu'ils consomment des portions de plus en plus généreuses, nous éliminons, grâce au « progrès technique », l'activité physique de nos vies pour la remplacer par des télécommandes, des ordinateurs et des jeux vidéo. Notre génération est devenue la génération la plus sédentaire de l'histoire.³¹ »

D^{re} Sheela Basrur,
médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, de 2004 à 2006

Cet avertissement, c'est le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario de l'époque, la docteure Sheela Basrur, qui l'a fait entendre dans son rapport de 2004 intitulé *Poids santé, vie saine*. Ses observations sont aussi vraies maintenant qu'à l'époque de la rédaction du rapport. Il est triste de constater qu'en tant que population, nous omettons souvent de faire les choses qui seraient salutaires et que trop souvent, nous faisons les choses qui risquent de compromettre notre santé. Au cours des 25 dernières années, le nombre de Canadiens souffrant d'embonpoint ou d'obésité a augmenté constamment. Aujourd'hui, près de 60 pour cent des adultes ontariens font de l'embonpoint ou sont obèses³². En 2008, seulement la moitié des Ontariens et des Ontariennes ont affirmé être physiquement actifs ou modérément actifs dans leurs loisirs³³. Fait encore plus préoccupant, 26 pour cent des enfants et adolescents canadiens âgés de deux à dix-sept ans font de l'embonpoint ou sont obèses, et on prévoit que ce nombre augmentera à cause du nombre croissant d'heures passées devant la télévision, l'ordinateur et les jeux vidéo³⁴.

En Ontario, les coûts directs et indirects associés à l'obésité étaient estimés à 1,6 milliard de dollars en 2001³⁵. Le ministère de la Promotion

Fait

Si la tendance actuelle se maintient, les enfants de la prochaine génération jouiront d'une espérance de vie inférieure à celle de leurs parents³⁶. Une telle tendance n'a pas été observée au Canada depuis plusieurs générations³⁷.

de la santé et du Sport s'attaque à ce problème de différentes façons, entre autres par le Programme de distribution de fruits et de légumes dans le Nord de l'Ontario, par le programme Saine alimentation Ontario et par le Plan d'action de l'Ontario pour la promotion de la saine alimentation et de la vie active. Il s'agit d'initiatives valables et importantes, mais il faut faire davantage.



On ne peut se permettre d'ignorer l'importance d'investir dans le développement de l'enfant

«La meilleure chose que nous puissions faire maintenant pour apporter une contribution marquante à l'avenir de l'Ontario serait de s'assurer que tous les enfants ontariens jouissent de chances égales de réussir à l'école, de parfaire continuellement leurs connaissances et de réaliser leurs rêves. C'est notre avenir à nous tous qui en dépend!⁴»

Charles E. Pascal

Nous savons que les signes révélant le niveau de santé dont jouira l'individu une fois devenu adulte sont détectables dès le début de la vie. Les conditions entourant la petite enfance déterminent dans une large mesure la santé future de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra. Certains facteurs sont du ressort des parents, mais beaucoup leur échappent. Des écoles de qualité, des communautés sécuritaires, de l'eau salubre, voilà des facteurs parmi bien d'autres qui sont essentiels au développement de la santé humaine. Les gouvernements doivent être conscients du rôle qu'ils ont à jouer et veiller à ce que les enfants démarrent dans la vie du bon pied.

Cette citation est tirée d'un rapport rédigé par Charles Pascal intitulé *Avec notre meilleur avenir à l'esprit*. Outre le fait de préconiser l'école à temps plein pour les enfants âgés de quatre à cinq ans, M. Pascal recommande une série de mesures visant à promouvoir le développement de jeunes en bonne santé. Le temps dira si d'autres recommandations – interdépendantes et qui porteront à conséquence – seront mises en œuvre.

Fait

Environ 25 pour cent des enfants ontariens qui entrent à l'école présentent des «vulnérabilités» sur les plans physique, émotif, cognitif ou langagier³⁸. Les deux tiers de ces vulnérabilités pourraient être corrigées en offrant à l'enfant des possibilités et des expériences de qualité, dès le début de sa vie³⁹.



On ne peut se permettre d'ignorer la prévention des blessures

Les blessures sont la principale cause de décès chez les Canadiens et Canadiennes âgés de moins de 45 ans, et elles sont la quatrième cause de décès en importance chez les Canadiens et Canadiennes, tous âges confondus⁴⁰. Un des aspects les plus pénibles des blessures, du point de vue de la santé publique, c'est que la grande majorité d'entre elles sont prévisibles et évitables.

Si elles souhaitent réduire le nombre et la gravité des blessures, les autorités de la province doivent agir sur le large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur leur survenue.

En 2007, le ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS) a lancé la Stratégie ontarienne de prévention des traumatismes, qui se veut un plan global visant à réduire la fréquence, la gravité et les conséquences des blessures évitables en Ontario. S'appuyant sur une bonne compréhension des déterminants de la santé, la stratégie offre un cadre délimitant les principes, approches, paramètres, leviers et directions stratégiques permettant de prévenir les blessures de façon efficace.

De plus, les 36 bureaux de santé publique de la province soutiennent la prévention des blessures à travers la norme de santé publique de l'Ontario nommée Prévention des blessures et du mésusage de substances. L'objectif de cette norme de santé publique est de réduire la fréquence, la gravité et les conséquences des blessures évitables et du mésusage de substances, notamment l'alcool et les autres substances. La norme vise tous les âges de la vie, la sécurité sur la route et hors route et les autres domaines de besoins locaux.

Même si ce projet et des initiatives semblables contribuent à prévenir les blessures évitables, bien trop de gens, année après année, se blessent ou se tuent. La prévention des blessures doit demeurer une priorité, et non seulement pour la santé publique. Elle doit être l'affaire de tous.

Prévention des blessures

Les arguments économiques plaidant en faveur de la prévention sont très convaincants, lorsqu'il s'agit de blessures :

- les blessures coûtent au Canada 19,8 milliards de dollars, et elles ont fauché 13 667 vies en 2004⁴¹;
- les blessures coûtent en Ontario 6,8 milliards de dollars, et elles ont fauché 4 643 vies en 2004⁴¹.



Photographie autochtone : cattroll.com

On ne peut se permettre d'ignorer la lutte contre les inégalités en matière de santé

Au début de l'épidémie de grippe H1N1, la vulnérabilité des communautés éloignées et septentrionales était source de vives préoccupations. De fait, la question de la santé publique dans ces communautés est source de préoccupations graves pour nous. Il en est ainsi parce que souvent, les communautés des Premières nations, éloignées et isolées, réunissent, contiennent et concentrent les différents déterminants sous-jacents d'une santé déficiente.

Les effets des déterminants sociaux de la santé peuvent bien entendu être observés et sentis dans de nombreuses régions de la province. S'agissant des communautés autochtones, les déterminants de la santé contribuent

à un état de santé précaire, et ce, que ce soit dans les réserves ou à l'extérieur, dans le nord comme dans le sud de la province. Cependant, dans de nombreuses communautés autochtones septentrionales éloignées, la pauvreté, l'isolement et les problèmes de juridiction convergent pour créer une situation catastrophique du point de vue de la santé publique.

Il s'agit de communautés caractérisées par la présence d'une volonté et d'une détermination extraordinaires pour créer un environnement sain pour leurs résidents, notamment pour les jeunes, mais trop souvent, les ressources manquent. Si vous vivez dans un lieu où deux litres de lait coûtent près de 10 \$, n'êtes-vous pas tenté de choisir la cannette de cola à un dollar? Si les fruits et légumes frais ne sont pas disponibles, ou s'ils sont hors de prix, est-il surprenant que vos enfants acquièrent de mauvaises habitudes alimentaires? Si votre communauté est très isolée et que vos enfants vivent dans l'oisiveté, il est plutôt difficile de les éloigner du tabac, de l'alcool et des drogues.

Plus tôt cette année, je me suis rendu dans plusieurs communautés autochtones du Nord de l'Ontario.

Inégalités en matière de santé

- Les peuples autochtones ont le pire état de santé de tous les groupes humains reconnaissables en Ontario.
- Ils ont une espérance de vie moindre, des taux de mortalité infantile plus élevés, des taux d'embonpoint et d'obésité élevés, des taux de maladies chroniques élevés et des taux de blessures plus élevés, y compris les automutilations.
- Les Autochtones des deux sexes, peu importe qu'ils vivent dans les réserves ou à l'extérieur, dans le nord ou le sud de l'Ontario, ont des indicateurs de santé moins favorables que leurs concitoyens non autochtones⁴².

Voici des extraits d'une lettre que m'ont présentée les médecins de l'autorité sanitaire de la région de Weeneebayko de Moose Factory. En tant qu'illustration des déterminants sociaux et qu'argument pour travailler à leur prise en charge, ils sont plus puissants que tout ce que j'aurais pu écrire pour ce rapport.

Cher docteur King,

Merci d'avoir visité Moose Factory et de vous intéresser aux questions de santé publique de notre région.

Bien peu de gens sont au fait du sort des Autochtones de cette province. En tant que médecins, nous sommes privilégiés à cet égard. Nous travaillons avec les communautés des Premières nations à tous les niveaux. Nous sommes présents à la naissance de leurs enfants. Nous les assistons quand ils sont malades et nous veillons à leur santé. Nous sommes à leurs côtés quand ils meurent, trop souvent prématurément. Nous sommes témoins de leurs souffrances sans fin. [...]

Nous ne pouvons plus nous contenter d'adopter une attitude passive et détachée. En tant que défenseurs des patients, nous éprouvons le besoin d'un changement profond et rapide. Il n'est pas acceptable d'avoir en Ontario deux types de normes pour les services publics, des normes valables pour les Premières nations et d'autres, de niveau élevé, valables pour le reste des Ontariens et des Ontariennes. [...]

De nombreux Autochtones vivant dans les réserves du Nord de l'Ontario sont analphabètes fonctionnels. Dans certaines communautés, les taux de chômage atteignent les 90 à 95 pour cent, soit les plus élevés du pays. Soixante-dix pour cent des enfants autochtones ne terminent pas l'école secondaire. Vingt à vingt-cinq pour cent des enfants présentent des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et exigent des soins particuliers. La qualité de l'instruction publique se détériore rapidement, et de nombreux enfants autochtones ne fréquentent même pas l'école. À Kashechewan, une école s'est trouvée contaminée par des moisissures, abandonnée et par la suite incendiée. Les enfants du primaire et du secondaire se partagent maintenant une seule et même école, à des heures différentes. De plus, à cause d'un problème grave de surpopulation, il est impossible pour bien des élèves de faire leurs devoirs à la maison. [...]

La plupart des enfants autochtones ne fréquentent pas d'établissements scolaires postsecondaires. Ceux qui auraient la possibilité d'y accéder ne peuvent être admis en raison des exigences strictes et des handicaps qu'ils traînent à cause de la qualité médiocre de l'éducation dispensée dans le système actuel. [...]

Lorsque j'ai demandé à une jeune Autochtone pourquoi il y avait tellement de suicides parmi les jeunes de sa réserve, elle ma répondu: « Tout simplement parce qu'il n'y a pas d'emplois, pas d'avenir et pas d'espoir ». Tant que nous ne nous serons pas penchés sérieusement sur le problème de l'éducation, il n'y aura ni emplois, ni avenir et ni espoir, et cette triste saga se poursuivra. Le suicide et les automutilations sont les principales causes de décès chez les Autochtones, jeunes et adultes. En 2000, les suicides

comptaient pour 22 pour cent de tous les décès chez les jeunes Autochtones âgés de 10 à 19 ans. [...]

Contrairement à la plupart des communautés de l'Ontario, les réserves n'ont pas accès à une assiette d'impôts fonciers. La raison de cela est simple. En général, les Autochtones ne possèdent pas de propriété. De plus, ils vivent dans une grande pauvreté. Il y a donc peu d'argent disponible pour les routes, les égouts, les trottoirs, les espaces récréatifs, l'enlèvement des ordures et les programmes de recyclage. Il en résulte des chaussées poussiéreuses, pleines de nids de poule l'été et de gadoue au printemps et à l'automne. Cette situation entraîne des conséquences défavorables importantes sur l'incidence de l'asthme, de la sinusite, de la fibrose pulmonaire et de la MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique). De plus, se déplacer à pied dans la communauté est extrêmement difficile, situation qui entraîne un mode de vie encore plus sédentaire et des taux de diabète et d'obésité encore plus élevés.

Le nom du territoire Mushkegowuk signifie « terre marécageuse ». Nous vivons dans un climat maritime, sur les côtes de la baie James et de la baie d'Hudson. En plus d'une surabondance d'eau souterraine, les conditions côtières amènent de hauts taux d'humidité et des précipitations abondantes. Malgré les conditions aquatiques qui sévissent dans la région, on y a construit et on continue d'y construire des habitations dotées de caves en contre-plaqué, sans ventilation. Quelques mois après leur construction, ces habitations sont envahies par l'humidité et contaminées par la moisissure. Selon le site Web de l'Assemblée des Premières Nations, 50 pour cent des habitations des réserves sont contaminées par la moisissure. Ces conditions sont associées à une incidence plus élevée d'affections respiratoires réactionnelles et de tuberculose.

Affaires indiennes et du Nord Canada signale que 44,2 pour cent des demeures des réserves sont inadéquates, que 15,7 % nécessitent des rénovations majeures et que 5,3 pour cent ne sont plus habitables ou ont été déclarées non sécuritaires ou impropres à l'habitation. [...]

En octobre 2005, le public canadien a été mis au courant des terribles problèmes d'approvisionnement en eau qui affligeaient les Autochtones vivant dans les réserves. Dans cent réserves, on recommandait de faire bouillir l'eau, et cinquante de ces communautés se trouvaient en Ontario. Kashechewan est un exemple de la façon dont le système actuel est un échec pour les personnes vivant dans les réserves, car les normes provinciales relatives au traitement des eaux ne s'y appliquent pas. Rappelons que les Autochtones constituent le seul segment de la population civile auquel cette exception s'applique. [...]

Ceci n'est pas une question de juridiction, c'est une question de droits en tant que citoyen du Canada et de résident à demeure de l'Ontario. Nous tous, y compris les hommes, femmes et enfants autochtones vivant dans les réserves, avons droit à un traitement équitable. La plupart de ces gens n'ont pas de voix sur le plan politique. **Près de cinquante pour cent d'entre eux sont des enfants.**



On ne peut se permettre d'ignorer les efforts de lutte contre le tabagisme

« Les cigarettes sont des assassines qui se présentent par paquets. »

Anonyme



Pour les responsables de la santé publique, le tabac est l'ennemi le plus exaspérant, et ce, depuis des années. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'au XX^e siècle, le tabac a tué cent millions de personnes⁴³. De plus, si la tendance se maintient, il en aura tué encore un milliard d'ici la fin du siècle en cours. On compte en Ontario plus de deux millions de fumeurs⁴⁴. Le tabagisme est la première cause de maladies et de

décès évitables, et il coûte la vie à quelque 13 000 Ontariens et Ontariennes chaque année⁴⁵. Toutes les quarante minutes en moyenne, quelqu'un dans cette province meurt des causes du tabagisme⁴⁶.

Nous savons depuis au moins un demi-siècle que le tabac cause le cancer du poumon, une maladie mortelle dont le taux de survie à cinq ans n'est que de 15 pour cent⁴⁸. Quand ce n'est pas le cancer du poumon qu'il cause, il contribue à 18 autres types de cancer, dont ceux du pancréas, de l'estomac, du col de l'utérus, du sein, et la leucémie⁴⁹. Outre le cancer, le tabac contribue à l'apparition de maladies cardio vasculaires et cause la maladie pulmonaire obstructive chronique, qui comprend l'emphysème et la bronchite chronique. Le tabagisme nuit aussi à de nombreux aspects de la reproduction et à toutes ses phases, par exemple la croissance et le développement de l'enfant à naître.

Les aspects économiques de la lutte au tabagisme sont aussi convaincants que les aspects humains, même s'ils ne sont pas aussi spectaculaires. En Ontario, les maladies associées au tabagisme coûtent annuellement à l'économie provinciale 1,9 milliard de dollars en soins de santé directs et elles entraînent des pertes de productivité équivalant à 5,8 milliards de dollars⁴⁵. Chaque année aussi, le tabagisme est à l'origine de 500 000 journées d'hospitalisation⁵⁰.

Il y a deux ans, une étude a révélé qu'en Californie, le programme de lutte contre le tabagisme avait permis à cet État d'économiser pendant les quinze premières années 86 milliards de dollars en soins de santé. L'étude a montré qu'entre 1989 et

Fait

Environ 13 000 Ontariens et Ontariennes sont décédés des suites du tabagisme en 2002 (ce qui représente 184 304 années de vie potentielle perdues). La fumée secondaire est liée à 1 100 à 7 800 décès au Canada chaque année (dont un tiers en Ontario)⁴⁷.

2004, chaque dollar dépensé par l'État dans la lutte au tabagisme s'est rentabilisé cinquante fois sous forme d'économies de soins de santé⁵⁰.

Le dossier du tabagisme est véritablement accablant. Le tabac tue, il rend malade, il constitue un fardeau pour le système de soins de santé et coûte de l'argent à tout le monde. L'Ontario reconnaît ces réalités et mène depuis de nombreuses années un combat en vue d'amener les gens à réduire leur consommation de tabac. On peut être fier de ce qui a été accompli, mais il reste encore beaucoup à faire. Il est temps de franchir l'étape suivante dans la lutte au tabac en Ontario.

Dans ce but, le gouvernement de l'Ontario détient actuellement deux excellents rapports sur le sujet, l'un rédigé par le Comité consultatif scientifique réuni par l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, l'autre, produit par le Groupe consultatif de la Stratégie antitabac (GCSA) mis sur pied par le ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS).

Il s'agit de rapports extrêmement stimulants et riches en réflexions qui contiennent des recommandations et des objectifs à la fois raisonnables et audacieux, par exemple la réduction de cinq pour cent par année du nombre d'Ontariens et d'Ontariennes qui font l'usage du tabac, la prise de mesures contre l'industrie du tabac et la fixation d'un objectif Ontario sans tabac d'ici 2030.

Notre organisme ne s'avance pas à commenter plus avant les recommandations contenues dans ces rapports. Le gouvernement est en train de se pencher sur ces rapports, qui peuvent être consultés par tout Ontarien ou Ontarienne qui souhaite le faire. Je considère comme faisant partie de mon rôle de médecin hygiéniste en chef de l'Ontario de faire jouer mon soutien et mon influence pour faire valoir l'idée que nous devons poursuivre le combat, car baisser les bras équivaldrait à céder du terrain et en définitive à perdre la guerre. Les recommandations que je souhaite formuler sont de nature extrêmement générale et répondent à trois impératifs globaux:

1. Nous ne pouvons gagner la guerre si nous ne mettons pas les sommes nécessaires

Très peu de mesures antitabac réputées efficaces n'exigeraient pas au départ un certain investissement. Les coûts associés à un financement déficient de la lutte au tabac sont cependant beaucoup plus élevés, et ce, à un point qu'on ne saurait imaginer. Le tabac coûte à la province près de 8 milliards de dollars par année en soins de santé et en perte de productivité⁴⁵, et, pour chaque Ontarien et Ontarienne qui fume pour la première fois ou qui tente d'abandonner et échoue pour la vingtième fois, ces coûts ne cessent d'augmenter. Pourtant, il semble que

Fait

En 2009-2010, l'Ontario s'est engagé à investir au total 42,8 millions de dollars dans la lutte au tabagisme, comparativement à 52,6 millions en 2008-2009 et à 56,7 millions en 2007-2008⁵¹.

nous reculons devant les sommes à investir. À 3,28 \$ par personne, le financement ontarien en vue des mesures antitabac est de 0,26 \$ inférieur aux dépenses des autres provinces et territoires dans le domaine⁵¹.

Durant les périodes économiques difficiles, il est aisé – et c’est bien compréhensible – pour les gouvernements de choisir de comprimer le financement de programmes, surtout le financement d’un programme qui semble avoir fait son temps et qui n’obtient plus les résultats qu’il devrait obtenir. Dans le cas de la lutte au tabac en Ontario, cette réaction est erronée. Nous devons renouveler le programme et augmenter son financement, redoubler nos efforts pour réduire la prévalence du tabagisme en diminuant le nombre de nouveaux fumeurs et en augmentant le nombre de personnes qui abandonnent cette habitude. En fin de compte, nous constaterons que l’investissement s’est rentabilisé en se traduisant par une réduction des coûts des soins de santé, une augmentation de la productivité et une baisse des décès causés par des maladies évitables chez les Ontariens et les Ontariennes.

Fait

L’Ontario Tobacco Research Unit estime que pour chaque dollar investi dans la lutte au tabagisme, le gouvernement économise par la suite trois dollars en soins de santé⁵².

2. Nous devons adopter une approche intersectorielle, pangouvernementale et panontarienne

De toute évidence, si on espère remporter plus de succès dans la réduction du nombre de nouveaux cas de tabagisme et inciter les gens à «écraser», chacun doit y mettre du sien. Nous devons voir naître un partenariat entre les autorités de santé publique et les prestataires de soins de santé primaires, car ce sont eux qui sont présents sur le terrain, qui parlent aux Ontariens et aux Ontariennes et qui sont les mieux placés pour les influencer, les aider et les soutenir.

Outre le ministère de la Promotion de la santé et du Sport, de nombreux autres ministères sont appelés à jouer un rôle dans la guerre au tabagisme. Prenons, par exemple, ces organismes gouvernementaux ontariens qui s’intègrent parfaitement à la lutte antitabac.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : stratégies d’abandon du tabagisme

Ministère du Procureur général : contentieux

Ministères du Revenu, des Finances : stratégie de lutte à la contrebande, questions touchant la fiscalité

Ministère de l’Agriculture, de l’Alimentation et des Affaires rurales : conversion des tabaculteurs

Ministère du Travail : enjeux liés au milieu de travail

Ministère de l’Éducation : prévention du tabagisme auprès des jeunes

Ministère des Affaires autochtones : réduction des taux élevés de tabagisme dans les communautés autochtones

Ministère des Services gouvernementaux : services offerts aux employés de la fonction publique de l’Ontario

Lorsque nous considérons le nombre de personnes qui fument et les groupes qui sont le plus vulnérables, il est clair que nous pouvons tous contribuer à créer un environnement propice à la prévention de la consommation de tabac et à favoriser l'abandon de cette habitude. Les personnes, les familles, les communautés, les lieux de travail, les écoles, les conseils de santé et les prestataires de soins de santé ont tous un rôle à jouer. La lutte au tabagisme, comme tout autre problème de santé publique, est l'affaire de tous.

3. Nous devons déployer davantage d'efforts pour amener les fumeurs à abandonner le tabac

De toute évidence, nous avons besoin d'un programme de lutte au tabac complet qui comprend des mesures de prévention, l'application des règles et de meilleurs programmes d'information et d'abandon du tabagisme. Ce dernier point, à mon sens, est essentiel. Nous devons déployer davantage d'efforts pour amener les fumeurs à abandonner le tabac. S'agissant de la guerre au tabac, il semble plus facile de convaincre

les gens de ne pas commencer à fumer que de les persuader d'arrêter. Un fait demeure cependant : nous devons nous battre sur les deux fronts, et ce sont les victoires que nous enregistrons sur le front de l'abandon du tabagisme qui donnent le meilleur rendement sur le plan de l'argent investi dans les soins de santé.

Ce combat ne sera pas chose facile. « De 2003 à 2007, le pourcentage de fumeurs ayant sérieusement essayé de cesser de fumer au cours des 12 mois précédents est resté plus ou moins le même⁵³ ».

Malgré ces difficultés, il est essentiel de disposer de meilleurs programmes d'abandon du tabagisme. Dans les 48 heures suivant l'abandon du tabac, les risques de subir un infarctus commencent à diminuer. En un an, le risque de subir un infarctus associé au tabagisme est déjà réduit de moitié. Après 15 ans, l'ex-fumeur ne court pas plus de risque de mourir d'un infarctus que la personne n'ayant jamais fumé⁵⁴. De toute évidence alors, nous devons aider les gens à cesser de fumer et nous devons les aider à le faire le plus tôt possible.

Nous devons adopter une attitude ne permettant pas au fumeur de faire fausse route, ce qui nous ramène à l'approche intersectorielle mentionnée plus haut. Le fumeur qui souhaite cesser de fumer devrait pouvoir trouver du soutien, peu importe l'instance à laquelle il s'adresse.

Fait

Moins de 4 pour cent des fumeurs ontariens se prévalent des programmes provinciaux d'abandon du tabagisme⁵³.

Conclusion

Nous vivons dans une société dans laquelle les conditions – économiques, géographiques et éducationnelles – qui prévalent lorsqu’un enfant vient au monde influent non seulement sur l’argent dont il disposera, mais sur son état de santé futur. C’est inacceptable! Nous avons les connaissances et la compréhension nécessaires pour changer cet état de choses et, si d’autres mesures incitatives s’avèrent nécessaires, nous les trouverons dans les travaux de recherche qui nous indiquent qu’il s’agit de la démarche qu’il est économiquement raisonnable d’adopter.

L’Ontario a besoin d’une stratégie de santé publique globale qui va au-delà des programmes et services déjà en place pour l’année à venir, quelle que soit leur importance, et qui indique plutôt la direction que la province devrait prendre au cours des cinq prochaines années. Mes recommandations pour cette stratégie seront dévoilées plus tard cette année. Elle sera éclairée par les thèmes évoqués dans le présent rapport, notamment par la compréhension claire du fait que toute stratégie de santé publique dépend d’une approche qui englobe l’intégralité du système.

James S. Marks est le premier vice-président et directeur de la Robert Wood Foundation Health Group, aux États-Unis. Dans une présentation récente sur l’avenir du système de santé publique, il a affirmé qu’« aucun domaine de l’activité humaine ne s’approche autant de l’utopie que le système de santé publique⁵⁵ ». Ceci est un bel éloge et une grande responsabilité. Si nous devons réaliser ce rêve, il y a beaucoup de travail à abattre. Et ce travail est l’affaire de tous.

Annexe

Bureaux de santé ontariens ayant des postes vacants de médecins hygiénistes
Postes occupés par des médecins hygiénistes intérimaires au 1^{er} septembre 2010

Bureau de santé de Chatham-Kent
Bureau de santé d'Elgin-St.Thomas
Bureau de santé de Haldimand-Norfolk
Bureau de santé de Lambton
Bureau de santé du Nord-Ouest
Bureau de santé du comté d'Oxford et département du service des urgences
Bureau de santé du district de Perth
Bureau de santé du district de Thunder Bay
Bureau de santé de Timiskaming
Bureau de santé de Wellington-Dufferin-Guelph
Total = 10

Remarque: Les vacances ne rendent pas compte des postes occupés par des médecins qualifiés en attente d'une nomination par des conseils de santé et d'une approbation ministérielle.

Bureaux de santé publique ontariens ayant des postes vacants de médecins hygiénistes
adjoints* au 1^{er} septembre 2010

Bureau de santé de la région de Durham
Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington
Service de santé publique de la région de Niagara
Bureau de santé du comté de Windsor-Essex
Total: 4 bureaux de santé ont des vacances pour les médecins hygiénistes adjoints**

** En vertu de l'article 62. (1)(b) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, tout bureau de santé peut nommer un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints.*

*** Remarque: Les vacances peuvent comprendre moins ou plus d'un poste ETP par circonscription et ne rendent pas compte des postes occupés par des médecins qualifiés en attente d'une nomination par les conseils de santé et d'une approbation ministérielle.*

Références

- ¹ Douglas T. The future of Medicare [discours]. Accessible à : <http://www.healthcoalition.ca/archive/tommy.html>
- ² Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé publique. Normes de santé publique de l'Ontario. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2008. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/progstdsf/pdfs/ophs_2008f.pdf
- ³ Ontario. *Le gouvernement McGuinty met en oeuvre la Stratégie de réduction de la pauvreté*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 18 décembre 2010. Accessible à : <http://www.news.ontario.ca/mhp/fr/2008/12/extension-des-services-dentaires-pour-les-enfants-de-familles-a-faible-revenu.html>
- ⁴ Pascal CE., *With our best future in mind: implementing early learning in Ontario*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2009. Accessible à : http://www.ontario.ca/ontprodconsume/groups/content/@onca/@initiatives/documents/document/ont06_018899.pdf
- ⁵ Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rapport initial sur la santé publique. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; août 2009. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/pubhealthf/init_reportf/pdfs/initial_rep_on_public_health_f.pdf
- ⁶ King A., *Pandémie de grippe H1N1 – RÉPERCUSSIONS pour l'Ontario: Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; juin 2010. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/cmoh_h1n1/cmoh_h1n1_20100602.pdf
- ⁷ Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Operation health protection: an action plan to prevent threats to our health and to promote a healthy Ontario*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2004. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/consumer_04/oper_healthprotection04.pdf
- ⁸ Bennett S., *Breaking the cycle through a poverty reduction strategy in Ontario: Implications for oral health inequities*. Canadian Public Health Association Conference; 15 juin 2010; Toronto, Ontario. Accessible à : <http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Data/A10-888e.pdf>
- ⁹ Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence., *Building an innovative foundation: a plan for Ontario's new public health agency*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2005. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/agency_05/agency_05.pdf
- ¹⁰ Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence., *From vision to action: a plan for the Ontario Agency for Health Protection and Promotion*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2006. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/agency_06/agency_06.pdf
- ¹¹ Association canadienne de santé publique. *12 grandes réalisations*. Dans : *Un siècle de leadership à célébrer*. Ottawa: ACSP; 2010. Accessible à : <http://acsp100.ca/12-grandes-realizations>
- ¹² Agence de la santé publique du Canada. *La stratégie fédérale – Une nouvelle approche en santé publique au Canada*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada 2004. Accessible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/federal_strategy-fra.php
- ¹³ Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé publique. Rapport de surveillance sur la pandémie de grippe H1N1, Ontario. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 18 novembre 2010. À venir en 2011.

- ¹⁴ Helferty M, Vachon J, Tarasuk J, Rodin R, Spika J, Pelletier L., *Incidence of hospital admissions and severe outcomes during the first and second waves of pandemic (H1N1) 2009. CMAJ.* Le 8 novembre 2010. [Diffusion en ligne avant l'impression]
- ¹⁵ Rosella L, Foisy J, Crowcroft N., *Risk factors for severe H1N1 illness: a case control study* (rapport intérimaire). Toronto (Ontario): Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; 2010. Non publié.
- ¹⁶ Lalonde M., *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: document de travail.* Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 1974. Accessible à: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>
- ¹⁷ Hancock T., *Lalonde and beyond: looking back at «A New Perspective on the Health of Canadians».* *Health Promot.* Mai 1986;1(1):93-100.
- ¹⁸ Comité d'élaboration des politiques gouvernementales en faveur de la santé., *Prendre soin de la santé: document de travail sur les facteurs déterminants en matière de santé.* Toronto: Conseil du Premier ministre sur la santé; 1991.
- ¹⁹ Romanow RJ; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada., *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada.* Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2002. Accessible à: http://www.collectionscanada.gc.ca/archivesweb/20071123074503/http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/css_rapport_final.pdf
- ²⁰ *Pour un Canada plus sain: faire de la prévention une priorité.* Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2010. Accessible à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/pdf/dpp-fra.pdf>
- ²¹ Fonds monétaire international. Canada: Consultations de 2010 au titre de l'article IV, Conclusions de la mission du FMI. Washington: FMI; 2010. Accessible à: <http://www.imf.org/external/french/np/ms/2010/102710f.htm>
- ²² Ontario. Chapitre I: *Plan de l'Ontario pour la prospérité.* Dans: Budget de l'Ontario 2010. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2010. Accessible à: <http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2010/ch1b.html>
- ²³ Agence de la santé publique du Canada. *Investir en prévention – La perspective économique. Principales conclusions d'un examen des données récentes.* Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2009. Accessible à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/preveco-fra.pdf>
- ²⁴ Drummond D, Burleton D., *Charting a path to sustainable health care in Ontario: 10 proposals to restrain cost growth without compromising quality of care.* Toronto: Groupe financier Banque TD; 2010. Accessible à: http://www.td.com/economics/special/db0510_health_care.pdf
- ²⁵ Kendall PRW., *Investing in prevention: improving health and creating sustainability: the provincial health officer's special report.* Victoria (Colombie-Britannique): British Columbia Ministry of Health Services; septembre 2010.
- ²⁶ Sassi F., *L'obésité et l'économie de la prévention: Objectif santé.* Paris : Organisation de coopération et de développement économiques; 2010.
- ²⁷ Mikkonen J, Raphael D., *Social determinants of health: the Canadian facts.* Toronto: The Canadian Facts; 2010. Accessible à: http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

- ²⁸ Dunn J (Université McMaster), Creatore M (Hôpital St. Michael's), Peterson E (Hôpital St. Michael's), Weyman J (Hôpital St. Michael's), Glazier R (Hôpital St. Michael's). Final report: Peel healthy development index. Toronto: Peel Public Health; 2009. Accessible à : <http://www.peelregion.ca/health/urban/pdf/HDI-report.pdf>
- ²⁹ Agence de la santé publique du Canada., *La stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2005. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/ipchls-spimmvs-fra.pdf>
- ³⁰ Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Genève: OMS; 2002. Accessible à : <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flierFR.pdf>
- ³¹ Basrur S., *Rapport de 2004 du médecin hygiéniste en chef: Poids santé, vie saine*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2005. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/french/publicif/pubf/ministry_reportsf/cmoh04_reportf/healthy_weights_112404f.pdf
- ³² Vogt J, Tarasuk V., *Analysis of Ontario sample in Cycle 2.2 of the Canadian Community Health Survey (2004)*. Toronto: Université de Toronto; 18 décembre 2007. Accessible à : http://www.phred-redsp.on.ca/Docs/Reports/CCHSReport/CCHS%20Cycle%202%2020%20Ontario%20Nutrition%20Data%20Analysis%20Project_Full%20Report.pdf
- ³³ Statistique Canada., *Activité physique durant les loisirs*. Dans: *Gens en santé, milieux sains*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 11 janvier 2010. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/deter/lpa-fra.htm>
- ³⁴ Shields M., *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents*. Rapports sur la santé. 2006;17(3):27-42. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/2006/9277-fra.pdf>
- ³⁵ Katzmarzyk PT, Janssen I (Queen's University, School of Physical and Health Education)., *The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Ontario*. Toronto: imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2003. Commandé par le ministère du Tourisme et des Loisirs.
- ³⁶ Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB., *Forecasting the effects of obesity and smoking on U.S. life expectancy*. N Engl J Med. Le 3 décembre 2009;361(23):2252-2260.
- ³⁷ Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 26 mai 2010. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf>
- ³⁸ Butler-Jones, D., Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2009. *Grandir sainement: priorités pour un avenir en santé*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2009. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/pdf/respcacsp-cphorsphc-fra.pdf>
- ³⁹ Hertzman C., *Géographie sociale de la Santé de développement dans la petite enfance*. Healthc Q. Octobre 2010;14 no spécial :32-40. Accessible à : <http://translate.google.com/translate?u=http://www.longwoods.com/content/21981&langpair=en%7Cfr&hl=en&ie=UTF-8>
- ⁴⁰ Agence de la santé publique du Canada. Données concernant les blessures. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2006. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/facts-fra.php>
- ⁴¹ Sauve-Qui-Pense., *Le fardeau économique des blessures au Canada*. Toronto: Sauve-Qui-Pense; 2009. Accessible à : <http://www.smartrisk.ca/downloads/burden/Canada2009/EBI-Fr-Resume.pdf>
- ⁴² Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 4.1)*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2007.

- ⁴³ Organisation mondiale de la Santé. Rapport de l'OMS sur l'Épidémie Mondiale de tabagisme, 2008. Genève OMS; 2008. Accessible à: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596281_fre.pdf
- ⁴⁴ Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. *Indicators of Smoke-Free Ontario progress*. Toronto; OTRU; 2010. Accessible à: http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf
- ⁴⁵ Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée. *Données probantes permettant d'orienter les mesures de lutte globale contre le tabagisme en Ontario*. Toronto : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; 2010. Accessible à: <http://www.oahpp.ca/services/documents/evidence-to-guide-action/Evidence%20to%20Guide%20Action%20-%20CTC%20in%20Ontario%20SFO-SAC%202010E.pdf>.
- ⁴⁶ Groupe consultatif de la Stratégie antitabac., *Miser sur nos réussites, agir maintenant: Stratégie de lutte antitabac de l'Ontario 2011-2016*. Toronto : imprimeur de la Reine pour l'Ontario; le 20 octobre 2010. Accessible à: <http://www.mhp.gov.on.ca/fr/smoke-free/TSAG%20ReportFR.pdf>
- ⁴⁷ Schwartz R, O'Connor S, Minian N, Borland T, Babayan A, Ferrence R, Cohen J, Dubray J., *Evidence to inform smoking cessation policymaking in Ontario*. Toronto : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario; août 2010.
- ⁴⁸ Société canadienne du cancer; Statistique Canada; Conseil canadien des registres du cancer; Agence de santé publique du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2009*. Toronto : Société canadienne du cancer; 2009. p. 59. Accessible à: <http://www.cancer.ca/~media/CCS/Canada%20wide/Files%20List/liste%20de%20fichiers/pdf/stats%202009F%20Cdn%20Cancer.ashx>
- ⁴⁹ Société canadienne du cancer. *Pourquoi devrais-je cesser de fumer?* Toronto : Société canadienne du cancer; 2010. Accessible à: http://www.cancer.ca/Saskatchewan/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20I%20quit.aspx?sc_lang=fr-ca
- ⁵⁰ Lightwood JM, Dinno A, Glantz SA., *Effect of the California tobacco control program on personal health care expenditures*. PLoS Medicine, 2008; 5 (8): e178 DOI: 10.1371/journal.pmed.0050178. Accessible à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2522256/pdf/pmed.0050178.pdf>
- ⁵¹ Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario., *Tobacco control funding commitments: monitoring update*. Toronto: OTRU; 2010. Accessible à: http://www.otru.org/pdf/16mr/16mr_funding.pdf
- ⁵² Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario., *The fiscal impact of a comprehensive tobacco control program in Ontario*. Toronto: Université de Toronto; 2003. Accessible à: http://www.otru.org/pdf/special/special_fiscal_impact.pdf
- ⁵³ Schwartz R, O'Connor S, Minian N, Borland T, Babayan A, Ferrence R, Cohen J, Dubray J., *Evidence to inform smoking cessation policymaking in Ontario*. Toronto: Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario; août 2010. Accessible à: http://www.otru.org/pdf/special/special_CAP_august2010.pdf
- ⁵⁴ Fondation des maladies du cœur de l'Ontario. *Tabagisme, maladies du cœur et AVC*. Toronto : Fondation des maladies du cœur; 2009. Accessible à: http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pkI0L9MMJpE/b.3664771/k.CA07/Maladies_du_coeur__Tabagisme.htm
- ⁵⁵ Marks JS., *Wayne Gretzky and the future of public health leadership*. Conférence annuelle des National Network of Public Health Institutes; du 7 au 9 juin 2010; Nouvelle-Orléans (Louisiane). Accessible à: <http://nnphi.org/CMSuploads/Jim%20Marks%20NNPHI%20Final-10922.pdf>

