



Santé et Bien-être social
Canada

Health and Welfare
Canada

Retourner à [L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire](#) | [Première page](#)

L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire

une politique
en mouvement

*Promotion de la santé,
Volume 30, Numéro 4, 1992*

Canada



L'INITIATIVE CANADIENNE EN SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE
une politique
en mouvement

Table des matières

Le cadre conceptuel	3
Enjeux et objectifs	4
Stratégies	7
 Le plan d'action	10
Création de bases de données	10
Programmes pilotes provinciaux	13
 La clé de la réussite	15
Collaboration	15
Liens internationaux	17
Le rôle fédéral	18
 Les perspectives d'avenir	19

Le cadre conceptuel

***L*a démarche qu'a choisi le Canada pour la prévention des maladies cardio-vasculaires tire son origine d'un rapport intitulé *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*. Ce document est l'œuvre d'un groupe de travail**

chargé d'examiner les grands enjeux de la prévention des maladies cardio-vasculaires et de proposer des objectifs et approches pour l'élaboration de programmes de prévention à l'échelle du pays.

Dans l'introduction de ce rapport, les auteurs soulignent que deux des défis en matière de santé mentionnés dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (document de réflexion du gouvernement fédéral publié en 1986) sont particulièrement pertinents en matière de santé cardio-vasculaire : la prévention des maladies chroniques et la réduction des inégalités sur le plan de la santé. *La santé pour tous* avait créé des attentes face à une action du gouvernement fédéral; celle-ci s'articulait autour des trois volets suivants : coordination des politiques publiques favorisant la santé, amélioration des services de santé communautaire et encouragement de la participation du public. Selon le rapport, une approche nationale efficace de la prévention des maladies cardio-vasculaires contribuerait grandement à la réalisation de ces défis et attentes. Les auteurs concluent essentiellement que le plan d'ensemble de *La santé pour tous* fournirait le contexte approprié pour assurer que les programmes communautaires de prévention des maladies cardio-vasculaires soient un succès et permettre au Canada de se rapprocher de l'objectif de «la santé pour tous d'ici l'an 2000».

Le document *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada* recommande «une approche multifactorielle intégrée» de la prévention des cardiopathies, démarche centrée sur les principaux facteurs de risque pouvant être réduits ou éliminés (notamment une cholestérolémie élevée, le tabagisme et l'hypertension artérielle). Conscients de l'incidence des milieux social, économique et culturel sur le comportement des gens, les auteurs du rapport recommandent que le Canada oriente ses efforts dans le domaine de la santé cardio-vasculaire sur l'ensemble de la population avant tout, qu'il se concentre sur la réalisation de changements environnementaux susceptibles d'encourager l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé cardio-vasculaire.

On a dit que *La santé pour tous* et la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* de 1986 avaient ouvert la voie au renouvellement de la santé publique au Canada. Dans son rapport, le groupe de travail recommande l'adoption d'une stratégie globale en matière de santé cardio-vasculaire s'inspirant d'une approche de santé publique articulée autour des caractéristiques suivantes :

-
- ◇ elle prend pour cible *autant* la population dans son ensemble *que* les personnes à risque élevé ou les personnes déjà malades;
 - ◇ elle vise à provoquer le genre de changements environnementaux qui permettra aux gens de faire des choix favorables à la santé;
 - ◇ elle facilite l'accès tant à des services de santé appropriés qu'aux organismes communautaires pertinents, permettant de repérer rapidement les personnes à risque ou celles qui sont atteintes de maladies cardio-vasculaires, pour les aider à se prendre en main;
 - ◇ elle requiert la coordination des activités et politiques des secteurs public, privé et bénévole.

Dans leur dimension la plus large, les mesures de santé publique englobent les politiques publiques axées sur *les causes premières* de la mauvaise santé, telles que la pauvreté, l'analphabétisme et l'absence de soutien social. Conscient de la nécessité d'agir aussi bien de l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé, le groupe de travail souscrit à un principe fondamental de la promotion de la santé.

En 1988, soit environ un an après la publication de *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*, on adopte officiellement l'approche de santé publique comme pierre angulaire de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire et des politiques sur lesquelles elle se fonde. Cette décision fut prise à la suite d'un long processus de consultation auprès des dix provinces, des territoires et de plusieurs organismes bénévoles, professionnels et communautaires de toutes les régions du pays. La consultation a révélé un vaste consensus national autour des enjeux de la prévention des maladies cardio-vasculaires auxquels le Canada fait face ainsi qu'autour des stratégies et objectifs établis pour l'Initiative en santé cardio-vasculaire. Elle a également permis de déterminer les secteurs propices à une action conjointe fédérale-provinciale.

Enjeux et objectifs

Les six grands enjeux (et les objectifs s'y rattachant) qu'énumère le rapport de 1987 ont aidé à orienter le processus de consultation nationale et ont servi de base pour l'élaboration de stratégies et d'activités dans le cadre de l'Initiative en santé cardio-vasculaire. Ces enjeux étaient les suivants : la qualité de vie et l'incidence sociale des maladies cardio-vasculaires; la fréquence élevée des facteurs de risque; l'apparition précoce des facteurs de risque dans la vie des gens; l'importance du régime alimentaire; les différences socio-économiques et régionales; et les personnes à risque élevé.

L'approche adoptée pour le rapport consistait à analyser chacun de ces aspects en tenant compte des possibilités de prévention (d'après les données scientifiques dont on disposait), puis à proposer un objectif général à atteindre pour chacun des enjeux. Les pages qui suivent donnent un résumé des principaux enjeux en prévention des maladies cardio-vasculaires auxquels le Canada fait face et un aperçu des objectifs qui se rattachent à chacun de ces enjeux, objectifs qui orientent dorénavant l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire.

Coûts élevés

La maladie cardio-vasculaire est la principale cause de mortalité au Canada, responsable actuellement de 43 p. 100 de tous les décès. Au sein du groupe d'âge considéré le plus à risque (les personnes âgées de 35 à 64), le taux annuel de décès dus à des maladies cardio-vasculaires et aux attaques d'apoplexie se situe à plus de 10 000. En outre, même si les progrès dans le domaine médical ont amélioré les chances de survie à court terme pour les victimes de crise cardiaque parvenant à l'hôpital, la mortalité dans ce groupe demeure élevée (environ 5 p. 100 par année). Par ailleurs, il arrive souvent qu'une maladie cardio-vasculaire entraîne un handicap; or, ce handicap peut avoir un effet profond tant sur la victime que sur sa famille. Sur le plan économique aussi, les coûts sont élevés — au Canada, les maladies cardio-vasculaires sont une cause importante d'hospitalisation et les traitements font de plus en plus appel à une technologie complexe et coûteuse.

Somme toute, l'approche axée sur la prévention semble la plus susceptible d'améliorer la qualité de vie de millions de Canadiens victimes de maladies cardio-vasculaires. Pour déterminer le mérite potentiel d'une telle approche, il est intéressant d'établir des comparaisons entre les taux de mortalité du Canada et ceux d'autres pays. Si les taux de cardiopathies ischémiques du Canada étaient les mêmes qu'au Japon, le nombre de décès dus à ces maladies dans notre pays chuterait de 80 p. 100!

Compte tenu des connaissances acquises en ce qui concerne les cardiopathies au Canada, le groupe de travail a proposé l'objectif global suivant :

Réduire le taux de morbidité, d'invalidité et de mortalité prématurée au Canada dues à des maladies cardio-vasculaires.

Fréquence des facteurs de risque

Les enquêtes cardio-vasculaires effectuées dans les dix provinces canadiennes montrent que plus de deux Canadiens adultes sur trois présentent un ou plusieurs facteurs de risque importants de maladie cardio-vasculaire (c.-à-d., ils fument, font de l'hypertension artérielle ou ont une cholestérolémie élevée, ou encore ils présentent une combinaison de ces facteurs). Cependant, il est encourageant de constater que, contrairement à d'autres facteurs de risque (comme l'âge, les antécédents familiaux et le fait d'être du sexe masculin), ces facteurs de risque majeurs peuvent tous être réduits sinon éliminés.

L'objectif?

Permettre aux Canadiens d'améliorer leur santé cardio-vasculaire en éliminant ou en réduisant les risques auxquels ils s'exposent et améliorer les environnements dans lesquels ils vivent et travaillent — notamment leurs communautés.

Facteurs précoces

L'hypertension artérielle, un taux de lipides élevé dans le sang, et l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence sont des conditions qui ont tendance à persister jusqu'à l'âge adulte. Donc, les jeunes qui présentent aujourd'hui des facteurs de risque sont peut-être les candidats de demain aux maladies cardio-vasculaires. Si on ajoute à cela le fait que le tabagisme commence souvent durant l'enfance, il devient évident que la prévention doit commencer très tôt dans la vie.

L'objectif?

Amener les enfants et leurs familles à adopter de bonnes habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique et à s'abstenir de fumer.

Habitudes alimentaires

Parmi tous les facteurs qui influent sur la cholestérolémie, le plus facile à modifier est le régime alimentaire. En termes simples, plus le taux de cholestérol est bas, plus le risque de crise cardiaque est faible. En moyenne, les Canadiens consomment quotidiennement 25 p. 100 plus de matières grasses que le conseillent les Recommandations alimentaires. Il est vrai que l'intérêt du public pour l'alimentation augmente. Toutefois, il existe encore une grande confusion chez les consommateurs quant à ce qui constitue une alimentation saine, étant donné que les médias et autres sources d'information véhiculent souvent des messages ambigus. Le principal défi consiste à proposer au consommateur les moyens d'agir en lui fournissant une information pratique sur la façon de choisir une alimentation équilibrée. Il existe plusieurs obstacles à une alimentation saine, entre autres le fait que les aliments disponibles ne sont pas toujours les plus sains et le fait que les aliments «plus sains» — notamment les produits à faible teneur en lipides et en sodium — coûtent parfois plus cher.

L'objectif?

Faire en sorte que les Canadiens puissent se procurer facilement et à des prix abordables des aliments sains.

Disparités régionales et socio-économiques

Les taux de mortalité due à des maladies cardio-vasculaires sont beaucoup plus élevés chez les groupes à faible revenu. Ceci correspond à certains résultats de recherches : d'abord, certains facteurs de risque (p. ex., tabagisme et surpoids) sont plus fréquents chez les personnes qui ont un faible niveau de scolarité; puis, les niveaux de connaissances et de sensibilisation en matière de comportements «favorables à la santé cardio-vasculaire» sont moins élevés dans les groupes défavorisés sur le plan socio-économique.

Mais les différences ne s'arrêtent pas là. On relève, en effet, des écarts importants dans les taux de mortalité dus à des cardiopathies entre les diverses régions du Canada (par exemple, dans les Maritimes, les taux sont nettement plus élevés que dans les provinces de l'Ouest). De plus, on a constaté des écarts entre plusieurs communautés à l'intérieur d'une province donnée et même entre des sous-groupes dans une population donnée.

L'objectif?

***Réduire les inégalités sur le plan de la santé
cardio-vasculaire qui sont imputables à des différences
socio-économiques ou régionales.***

Personnes à risque élevé

C'est un fait établi que le risque de maladie cardio-vasculaire augmente nettement chez les personnes exposées à plusieurs facteurs. Par exemple, le risque associé à une cholestérolémie élevée double si, en plus, la personne fume. Si elle fait également de l'hypertension, ce risque quadruple. En outre, s'il se produit une hausse, si faible soit-elle, de plusieurs facteurs de risque, le risque global de cardiopathie augmente de façon notable.

Cette situation est inquiétante si l'on tient compte de certains faits : environ 15 p. 100 des Canadiens (un sur sept environ) ont un taux de cholestérol très élevé, 18 p. 100 font de l'hypertension, plus de 25 p. 100 (un sur quatre) sont fumeurs et plus de 5 p. 100 (un sur 20) des adultes font du diabète, un autre facteur de risque important. Il est donc alarmant de constater que deux Canadiens sur trois présentent au moins un de ces facteurs de risque.

La prévention peut se faire de différentes façons. Par exemple, les médecins peuvent repérer parmi leurs patients les personnes présentant un facteur de risque et les mettre en garde contre les autres facteurs de risque. Ainsi, ils peuvent inciter un fumeur souffrant d'hypertension à cesser de fumer. De même, les régimes et activités physiques que les médecins prescrivent à leurs patients ayant un taux de cholestérol élevé ou souffrant de diabète, d'obésité ou encore d'hypertension

profitent également à l'ensemble de la population. De sorte que des programmes d'éducation et de sensibilisation destinés à la population en général peuvent renforcer les messages de santé cardio-vasculaire transmis aux personnes à risque élevé.

L'objectif?

Dépister le plus tôt possible, afin de les traiter ou de les réadapter, les personnes à risque élevé ou présentant des manifestations cliniques de maladie cardio-vasculaire.

Voilà donc les six grands objectifs sur lesquels portera à long terme l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire.

Stratégies

Le document *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada* propose plusieurs options stratégiques, c'est-à-dire des moyens d'action que le groupe de travail considérait comme appropriés lorsqu'il a recommandé que le Canada adopte un programme global et intégré en vue de promouvoir la santé cardio-vasculaire. Ces options stratégiques avaient pour objectif de fournir une base d'action aux divers paliers de gouvernement, organismes bénévoles, organisations professionnelles, chercheurs et intervenants du secteur privé participant au processus de consultation nationale sur les politiques. Le rapport mettait en évidence les rôles particuliers que pouvaient jouer ces partenaires; il traitait des niveaux de participation et de la nécessité de consacrer des ressources. Le rapport a également servi à susciter dans le grand public des idées et suggestions concernant les activités de prévention appropriées. Ce qu'on considérait, en 1987, comme des «options stratégiques» sont maintenant des stratégies officielles de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire; en tant que telles, elles servent de balises pour les activités de prévention des maladies cardio-vasculaires à l'échelle du pays.

Aucune institution n'est mieux placée que le système de santé publique pour servir de catalyseur, pour assurer la continuité, et pour jouer un rôle central de coordination

Les stratégies se classent dans six grandes catégories : leadership du système de santé publique; programmes communautaires; coordination intersectorielle; services de santé appropriés; éducation et information du public; et surveillance, évaluation et recherche.

Leadership du système de santé publique

Avec l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, on a voulu éviter de créer des structures ou établissements nouveaux ou parallèles. On insiste plutôt sur les avantages d'utiliser et d'améliorer les services existants. Étant donné l'envergure d'une telle initiative, aucune institution n'est mieux placée que le système de santé publique du Canada pour servir de catalyseur afin d'assurer la continuité nécessaire et pour jouer un rôle central dans la coordination des ressources multiples à mobiliser au niveau communautaire.

Convaincus de ce fait, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, d'un bout à l'autre du Canada, ont donné à leurs réseaux respectifs de santé publique le mandat clair de promouvoir des programmes intégrés de prévention en faisant appel aux ressources nécessaires. Pour recruter des participants parmi les organisations et groupes intéressés au sein du gouvernement et des secteurs privé et bénévole, les ministères de la Santé ont misé avant tout sur les coalitions. On trouvera des explications plus détaillées sur cette stratégie dans la section intitulée «La clé de la réussite».

Programmes communautaires

Tout compte fait, c'est au niveau de la communauté que les stratégies de santé cardio-vasculaire doivent porter fruits. Cela signifie que la participation de la communauté et la mobilisation des ressources communautaires sont essentielles au succès de tout programme local. Des études effectuées dans divers pays sont là pour le prouver. Ici, au Canada, un nombre croissant de communautés ont lancé des programmes de santé cardio-vasculaire depuis le milieu des années 80.

Un partenariat entre Santé et Bien-être social Canada, les provinces et la Fondation des maladies du cœur du Canada a permis de mettre en place l'infrastructure nécessaire à l'élaboration de programmes communautaires efficaces d'un bout à l'autre du pays. Cette infrastructure comporte deux éléments : des enquêtes sur la santé cardio-vasculaire et des programmes pilotes en santé cardio-vasculaire au niveau communautaire dans les dix provinces.

On connaît déjà plusieurs résultats des enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire. Ils fournissent des données de base fondamentales pour une planification et une évaluation efficaces. Pour leur part, les projets pilotes (encore en cours) forment une base de formation utile pour l'établissement de coalitions, l'action communautaire et la tâche complexe qui consiste à élaborer des programmes multifactoriels intégrés dans les communautés. On a formulé des objectifs clairs pour ces projets pilotes et on utilisera un protocole standard pour évaluer chacun d'entre eux. Ces objectifs permettront, on l'espère, de produire des renseignements et de tirer des leçons qu'on pourra transmettre aux communautés intéressées d'un bout à l'autre du pays.

Coordination intersectorielle

On ne saurait s'attaquer aux nombreux déterminants des facteurs de risque et des cas de maladies cardio-vasculaires, sans faire appel à un vaste éventail d'intérêts et de secteurs. Prenons la nutrition par exemple. Si on veut aider le consommateur à faire des choix sains, on ne peut compter uniquement sur les efforts des éducateurs sanitaires, des professionnels de la santé ou d'un groupe quelconque. Il faut tenir compte d'autres aspects de la question, dont les aliments disponibles, les prix et la demande des consommateurs.

Le même principe s'applique dans le cas des mesures réglementaires ou législatives nécessaires pour mettre en œuvre des politiques publiques favorisant la santé (c.-à-d., celles permettant de créer des environnements sains et d'encourager des choix sains). En pareil cas, on doit pouvoir compter sur une vaste gamme d'intervenants. Deux exemples s'imposent. D'abord, l'élaboration et l'adoption de règlements sur l'étiquetage des aliments (donnant aux consommateurs canadiens des renseignements quantitatifs utiles sur les éléments nutritifs) ont nécessité une grande collaboration entre le secteur de la santé, l'industrie alimentaire, les scientifiques et les ministères fédéraux. Deuxièmement, l'adoption au Canada de lois visant à créer des aires pour non-fumeurs a servi de modèle pour coordonner les efforts entre ministères fédéraux et provinciaux, organismes bénévoles et associations professionnelles.

Des modèles de collaboration fructueuse entre les secteurs public et privé sont «*Vie active*», une initiative de Condition physique Canada, et ParticipACTION. Les deux programmes aident à promouvoir la réalisation d'objectifs dans le domaine de la prévention des cardiopathies.

Accès aux services de santé

Cette stratégie doit permettre de dépister le plus tôt possible les individus à risque élevé et de les orienter vers les services appropriés de counselling et de traitement. Elle offre des possibilités de collaboration entre les gouvernements, associations professionnelles et universités, tant sur le plan de l'élaboration de principes directeurs de prévention et de gestion des maladies cardio-vasculaires que sur celui de la formation des professionnels de la santé en matière de promotion de la santé cardio-vasculaire.

Le Canada présente le pourcentage le plus élevé de médecins de famille parmi les pays industrialisés, ce que peu de gens savent. Et puisque tous les Canadiens ont accès aux services médicaux, que la plupart d'entre eux voient leur médecin au moins une fois l'an, on peut en déduire que des conditions sans précédent favorisent la prévention. Le médecin de famille est le mieux placé pour déceler les personnes à risque et faire en sorte qu'elles reçoivent les conseils et le suivi appropriés.

On a déployé des efforts considérables, aussi bien ici qu'à l'étranger, pour que les services de santé correspondent le mieux possible aux besoins des communautés. Dans ces domaines, il existe en outre de nombreux modèles de collaboration efficace entre les professionnels de la santé et les organismes non gouvernementaux, les chercheurs, les bénévoles et les groupes d'entraide.

Éducation et information du public

Cette stratégie vise à faire bien comprendre au public canadien la nature multifactorielle des maladies cardio-vasculaires et la nécessité qui en découle d'avoir une approche globale de la santé cardio-vasculaire. Sur le plan du marketing social, le défi consiste à réaliser cet objectif de façon positive et motivante, c'est-à-dire en tenant compte des goûts des Canadiens, de leur portefeuille et de leur désir de jouir des avantages d'une bonne santé, plutôt que de faire ressortir les dangers de la maladie.

Les programmes d'éducation du public se sont toujours inspiré d'une approche centrée sur un facteur unique (par exemple, le tabagisme ou l'hypertension artérielle). L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire a pour objectif d'encourager les personnes qui élaborent et organisent de tels programmes à tenir compte également, dans la mesure du possible, des autres facteurs de risque. On pourrait ainsi aborder simultanément le tabagisme et le contrôle du poids, ou offrir un plus grand nombre de programmes *généraux* sur les habitudes de vie.

Pour ce qui est du rôle du cholestérol en tant que facteur de risque, le public a constamment besoin d'une information qui fait autorité. Bien que les *Recommandations alimentaires* de Santé et Bien-être social Canada et la campagne *Mangez mieux, c'est meilleur* de l'Association canadienne des diététistes contribuent amplement à renforcer l'importance d'une alimentation saine, des programmes appropriés d'éducation du public devront compléter ces initiatives si nous voulons éliminer toute confusion chez les consommateurs.

Surveillance, évaluation et recherche

Sans une base de données adéquate, la conception et l'évaluation des programmes de prévention peuvent se solder par un échec. Grâce à des données de base essentielles, il devient possible de surveiller la mortalité et la morbidité, la fréquence des facteurs de risque, et les conditions socio-économiques et environnementales qui en sont à l'origine. L'une des principales stratégies sur lesquelles s'appuie l'Initiative en santé cardio-vasculaire consiste à obtenir des données aux niveaux national et provincial. Les résultats des enquêtes provinciales sur les facteurs de risque fournissent une base scientifique pour la planification, tandis que le «marketing» efficace des résultats d'enquêtes a valu à la santé cardio-vasculaire l'appui populaire et politique nécessaire à l'échelle du Canada.

La «magie des données» a encouragé l'action du public. De la même manière, la «magie de l'évaluation» sera la force d'unification et de diffusion future des résultats de l'Initiative.

Le plan d'action

***L*eadership du système de santé publique... établissement de coalitions et de partenariats ... élaboration d'une base de données nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires ... mise en œuvre, évaluation et diffusion de programmes pilotes au niveau communautaire dans chaque province ...**

tous ces éléments constituent le plan de l'approche canadienne pour la santé cardio-vasculaire. Les objectifs généraux de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire sont les suivants :

- ◇ encourager l'adoption de politiques et programmes favorisant la santé cardio-vasculaire à tous les niveaux de gouvernement, dans les organisations bénévoles et professionnelles ainsi que dans le secteur privé;
- ◇ promouvoir l'élaboration de politiques et programmes s'inspirant d'une approche intégrée de la réduction et de l'élimination des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires;
- ◇ susciter un consensus quant à la nature de l'action à entreprendre sur le plan de la santé publique, compte tenu du fait que la base de données scientifiques risque d'être incomplète;
- ◇ établir des coalitions regroupant les nombreux partenaires susceptibles de contribuer à la mise en œuvre efficace d'une «approche multifactorielle intégrée» de la santé cardio-vasculaire et mettre au point des mécanismes favorisant une meilleure collaboration.

Il n'existe pas de solutions à court terme au problème des maladies cardio-vasculaires. Des études internationales ont démontré que pour entreprendre un programme de prévention il faut adopter une perspective à long terme; idéalement, il faut envisager une telle initiative sur une période de 15 ans.

Au cours de la première phase de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire (1985-1989), on a élaboré une stratégie d'ensemble (ou une politique) et plusieurs provinces ont mené des enquêtes sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. La deuxième phase (1989-1993) de l'Initiative est en cours. Pendant cette période, on complétera l'établissement de la base de données nationale et toutes les provinces mettront en œuvre leurs propres programmes de santé cardio-vasculaire. Quant à la troisième phase (1993-2000), son double objectif sera d'évaluer les programmes de santé cardio-vasculaire et de faire en sorte qu'on diffuse les principaux résultats de cette évaluation aux communautés de l'ensemble du pays.

Création de bases de données

Dès le départ, les participants à l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire ont constaté à quel point il était important de disposer de données épidémiologiques globales pouvant servir de base pour l'établissement rationnel d'objectifs comme pour l'évaluation future des programmes. On savait aussi que les activités liées à la planification et à la mise en œuvre d'une enquête — sans parler de l'intérêt que suscitent ses résultats — pouvaient aider à amener les groupes communautaires intéressés et les universitaires à participer aux programmes de suivi.

Facteurs de risque

En 1986, en même temps qu'on rédigeait le document *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*, la Nouvelle-Écosse entamait une enquête sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. La fréquence des facteurs de risque constatée au moment de la publication de l'enquête en 1988 a donné un nouvel élan à l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire. Le protocole d'enquête de la Nouvelle-Écosse (qui devait servir plus tard de modèle pour d'autres enquêtes provinciales) était le résultat d'un processus rigoureux d'examen par les pairs. Les experts des domaines connexes à la prévention des cardiopathies ont examiné la version préliminaire du protocole dans le cadre d'une «séance d'examen critique»; cette rencontre réunissait aussi des représentants des diverses organisations et associations professionnelles devant participer à la mise en œuvre de l'enquête dans cette province.

En plus de fournir de l'information sur la fréquence des facteurs de risque, les enquêtes effectuées en Nouvelle-Écosse et dans les autres provinces ont produit des données sur la sensibilisation des gens, et leurs connaissances, attitudes et comportements à l'égard de ces facteurs de risque. On a interviewé chaque répondant à domicile et lors d'une consultation clinique. Dans chaque province, entre 2 000 et 2 400 personnes (de 18 à 74 ans) ont participé à l'enquête et tous les échantillons étaient représentatifs de la population adulte.

Des infirmières de santé publique des ministères provinciaux de la Santé se sont chargés des entrevues; elles ont pris la tension artérielle des répondants, noté leur taille et leur poids, et prélevé un échantillon de sang en vue de le soumettre à une analyse des lipides. Toutes les infirmières avaient reçu une formation selon un protocole unique. Pour assurer la conformité au protocole du Lipid Clinics Research et permettre d'établir des comparaisons entre provinces et entre pays, toutes les analyses de lipides sanguins ont été confiées au J. Alick Little Lipid Research Laboratory, de l'hôpital St. Michael's de l'Université de Toronto.

***En plus de fournir de l'information sur
la fréquence des facteurs de risque, les
enquêtes ont produit des données sur
la sensibilisation des gens, et leurs
connaissances, attitudes et
comportements à l'égard de ces
facteurs***

Chaque province a chargé un comité d'interprétation des données de passer à la loupe les résultats de l'enquête. Le comité a procédé de la façon suivante : lors d'une séance publique, le chercheur principal (le responsable de l'Initiative provinciale en santé cardio-vasculaire) a présenté la méthodologie, les résultats et les répercussions de l'enquête pour la santé publique. On a ensuite invité le comité, constitué d'un président et d'un groupe de scientifiques (la plupart venant de l'extérieur de la province), à se prononcer sur la méthodologie ainsi que sur la validité de l'interprétation.

Cet examen impartial des données a fourni au noyau de la santé cardio-vasculaire dans chaque province une occasion de «marketing» de la notion et d'établissement de partenariats avec d'autres groupes intéressés — dans ce cas, avec les représentants de diverses associations professionnelles, organisations bénévoles et les personnalités des diverses disciplines scientifiques qui étaient venus aux séances d'examen des données.

En élaborant leurs propres bases de données sur les facteurs de risque, les provinces indiquaient qu'elles étaient prêtes à assumer un rôle de chef de file dans la prévention des cardiopathies et la promotion de la santé cardio-vasculaire. Les ministères provinciaux de la Santé se sont chargés de financer et de diriger les enquêtes; ils y ont aussi consacré des infirmières de santé publique pour effectuer le travail. Dans chaque province, le chercheur principal a agi comme «intermédiaire» dans le processus de collaboration, en organisant la mise en œuvre des enquêtes.

Un profil complet

Santé et Bien-être social Canada et les ministères provinciaux de la Santé complètent présentement la compilation d'une base de données nationale résultant des enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire. Lorsqu'on l'aura terminée, en 1992, la base de données canadienne sur la santé cardio-vasculaire contiendra des profils sur les risques de maladies cardio-vasculaires ainsi que d'autres informations sur 22 000 personnes et plus. Pour environ 18 000 d'entre elles, on disposera d'un profil complet des risques de maladie cardio-vasculaire, dont le taux

de lipides sanguins à jeun, la pression artérielle (quatre mesures), des mensurations anthropométriques, des données sur le plan du tabagisme et de l'activité physique et, enfin, de l'information sur les niveaux de connaissances et de sensibilisation concernant les causes et conséquences des cardiopathies. La base de données constitue une charnière pour la recherche en épidémiologie, l'élaboration de politiques et l'évaluation des programmes.

Enquêtes sur la nutrition

Le taux élevé d'obésité et d'hypercholestérolémie relevé dans toutes les provinces canadiennes illustre la nécessité de considérer l'alimentation comme la pierre angulaire de la politique de prévention des maladies cardio-vasculaires au Canada. L'effort en ce sens coïncide avec la publication récente des *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes*.

Si on veut élaborer des politiques appropriées sur la nutrition (favorisant, par exemple, la consommation d'aliments indigènes tout en tenant compte de la diversité culturelle du Canada), il faut d'abord savoir ce que les gens mangent. Partant de ce principe, les enquêtes provinciales en cours sur la nutrition s'inspirent des recherches sur les facteurs de risque. De concert avec les responsables des programmes provinciaux de santé cardio-vasculaire, la Direction des aliments de la Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, fournit une aide technique et de recherche pour ces enquêtes. La Nouvelle-Écosse et le Québec ont déjà terminé leurs enquêtes; les autres provinces devraient les terminer sous peu.

Toutes les données contribueront à une base de données nationale sur la nutrition complétant la base de données nationale sur la santé cardio-vasculaire (facteurs de risque). Ensemble, ces bases de données constitueront une ressource précieuse et un moyen d'action pertinent. Elles permettront aux chercheurs de mesurer les progrès réalisés sur le plan de la mise en œuvre des *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes* ainsi que les répercussions à long terme de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire.

Suivi des résultats

Deux provinces, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan, ont dirigé un projet de recherche faisant appel à des techniques de couplage des données pour déterminer le nombre de premières crises cardiaques (incidence d'infarctus aigus du myocarde). Ces données permettront aux chercheurs de déterminer si les diminutions dans les taux de mortalité due à des maladies cardio-vasculaires sont attribuables à un changement positif dans les habitudes de vie ou à une amélioration du traitement (donc du taux de survie) des personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire. Le Laboratoire de lutte contre la maladie de la Direction générale de la protection de la santé et la Division de la santé de Statistique Canada collaborent à ce projet.

***L'objectif global de l'Initiative consiste
à intégrer la santé cardio-vasculaire au
système de santé actuel, sans qu'on la
considère distincte des autres
programmes de santé publique***

Ces systèmes de surveillance, qu'on appliquera dans les autres provinces canadiennes, viennent consolider l'expérience acquise grâce aux programmes internationaux de surveillance tels que le programme MONICA (surveillance plurinationale des tendances et des déterminants des maladies cardio-vasculaires) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qu'on met actuellement à l'essai à Halifax, au Canada.

Programmes pilotes provinciaux

Le rôle de premier plan que joue le système de santé publique en matière de santé cardio-vasculaire s'est confirmé lorsque les 10 ministères provinciaux de la Santé se sont engagés à élaborer et à mettre en œuvre des programmes pilotes de cinq ans en santé cardio-vasculaire. Ce rôle consiste non pas à diriger les activités par l'entremise d'une structure hiérarchique, mais à agir comme catalyseur en suscitant une vaste coalition d'organisations communautaires, d'organismes et de personnes pouvant aider à mettre en œuvre un programme global de santé cardio-vasculaire. L'ampleur de la base de ressources est proportionnelle à celle de la coalition. Ce principe répond à l'objectif global de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, qui consiste à intégrer la santé cardio-vasculaire au système de santé *actuel* et à faire en sorte d'éviter qu'on la considère comme un programme nouveau ou distinct des autres programmes de santé publique.

Le financement des programmes pilotes provinciaux en santé cardio-vasculaire axés sur la recherche relève des deux niveaux de gouvernement, les contributions provinciales équivalant à celle de Santé et Bien-être social Canada — en vertu du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS).

Habituellement, on s'arrange pour que le lancement d'un programme provincial de santé cardio-vasculaire coïncide avec la publication des résultats de l'enquête sur la santé cardio-vasculaire de la province. Le «coup d'envoi» — le ministre provincial de la Santé et des hauts fonctionnaires fédéraux y participent fréquemment — donne une occasion au gouvernement de s'engager officiellement à l'égard de la santé cardio-vasculaire. On encourage la couverture de l'événement par les médias. Par ailleurs, comme le lancement du programme attire l'attention de nombreux partenaires potentiels, il permet d'entreprendre la création d'une forte coalition

provinciale et aide à établir l'identité du programme dans l'esprit du public.

Les programmes pilotes provinciaux en santé cardio-vasculaire s'inspirent de modèles différents, les priorités et activités de chacun reflétant la situation et les besoins particuliers des régions et communautés. Par exemple, certains projets (en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique) font appel à une approche de mobilisation communautaire visant à sensibiliser les populations défavorisées à la santé cardio-vasculaire. Les responsables de ces projets élaborent des modèles d'intervention tenant compte des liens entre les déterminants socio-économiques et les maladies cardio-vasculaires.

***Tous les programmes pilotes s'inspirent
de modèles différents, les priorités et
activités de chacun reflétant la situation
et les besoins des régions et
communautés***

Caractéristiques

Les programmes pilotes ont des caractéristiques en commun : d'abord, c'est le système de santé publique de la province qui développe la coalition provinciale de santé cardio-vasculaire; deuxièmement, le programme de santé cardio-vasculaire s'inspire d'une approche de santé publique axée sur des facteurs multiples pour prévenir les cardiopathies; troisièmement, le programme comprend différents types d'interventions (par exemple, éducation du public et des professionnels, programmes en milieu de travail, santé en milieu scolaire, inégalités sur le plan de la santé cardio-vasculaire) visant des régions données dans la province. En outre, tous les protocoles des projets pilotes provinciaux en santé cardio-vasculaire font l'objet d'examen indépendants qu'effectuent sur place des groupes d'experts scientifiques formés par le PNRDS.

Évaluation

Pour être éligibles au financement du PNRDS, les programmes pilotes provinciaux en santé cardio-vasculaire doivent incorporer un élément d'évaluation scientifiquement valable. De façon générale, cet élément comprend deux volets : d'abord, l'établissement de systèmes de suivi permettant de surveiller sur une longue période et à l'échelle provinciale la mortalité, la morbidité et les facteurs de risque associés aux maladies cardio-vasculaires; puis, là où le programme se déroule, une évaluation du processus afin de déterminer les étapes précises de la mise en œuvre du projet ainsi que le rendement à chacune des phases de l'intervention.

Santé et Bien-être social Canada a élaboré des lignes directrices en matière d'évaluation pour les programmes provinciaux de santé cardio-vasculaire, en faisant appel aux connaissances et à l'appui d'experts du Canada et d'ailleurs. En encourageant le recours à une évaluation pour certaines questions choisies avec soin concernant l'élaboration des programmes, les principes directeurs font ressortir l'importance d'adopter une approche *pragmatique* de l'évaluation qui, en retour, donne continuellement de l'information pour les programmes, sans les surcharger inutilement.

La clé de la réussite

L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire se veut bien plus qu'une politique et des projets de recherche. C'est une nouvelle façon de travailler.

Voici un bref aperçu de certains des processus et approches qui ont donné naissance à l'Initiative.

Collaboration

Dans le passé, les formules de coordination s'inspiraient des concepts d'organisation pyramidale. L'Initiative, quant à elle, mise surtout la création et la gestion de coalitions pour encourager la collaboration. Aujourd'hui, plus de 200 organisations aux paliers national, provincial et local jouent un rôle actif au sein des coalitions pour la santé cardio-vasculaire dans les diverses régions du pays, contribuant à la consolidation des ressources qu'offrent les deux paliers de gouvernement.

Ces coalitions fonctionnent comme un mécanisme dont chacun des rouages représente une organisation, un programme différent, ou vise un aspect de la santé (par exemple, l'alimentation, le tabagisme, la condition physique, l'hypertension artérielle, le diabète ou le cholestérol). Plusieurs structures et mécanismes (non officiels, pour la plupart) ont été élaborés en vue de faciliter la collaboration. Les paragraphes qui suivent offrent une brève description des principales coalitions participant à l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire.

Coalition nationale

Les principaux partenaires de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire sont le gouvernement fédéral, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi que la Fondation des maladies du cœur du Canada et ses filiales provinciales. La principale coalition a commencé à prendre forme en 1987, lors de la parution du document *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*. Depuis, un nombre croissant d'organisations étrangères à la santé cardio-vasculaire se sont greffées à ce partenariat. Par exemple, la Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada collaborent avec les partenaires de la coalition dans le but de mettre au point des programmes et politiques sur le tabagisme. À plus long terme, on pourrait encourager des activités conjointes de recherche dans le domaine de l'épidémiologie alimentaire et dans d'autres secteurs. De leur côté, la Société canadienne d'athérosclérose, la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle et l'Association canadienne des diététistes, pour n'en nommer que quelques-unes, collaborent, entre autres, à l'établissement

d'un consensus scientifique, à l'élaboration d'approches éducatives pour les professionnels de la santé et à la validation des messages d'éducation du public. Les responsables de l'Initiative et les ministères de la Santé sont redevables à ces associations pour l'appui indéfectibles qu'elles lui accordent.

Coalitions provinciales et communautaires

La coalition nationale a ses pendants dans les provinces, où chaque programme pilote provincial a mis sur pied son propre groupe. Ces coalitions provinciales jouent un rôle prépondérant, mobilisant les ressources communautaires et suscitant l'appui populaire et politique pour les programmes pilotes. Ce sont les chercheurs principaux et les ministères provinciaux de la Santé qui ont donné l'impulsion pour la création de ces coalitions regroupant en général des représentants d'une vingtaine d'organisations.

Certaines provinces ont formé leur coalition en identifiant les personnes et groupes qui, selon elles, devaient y prendre part et en les invitant à le faire par l'intermédiaire du ministre de la Santé. Dans d'autres provinces, les coalitions résultent d'un processus de négociations non officielles entre les nombreux intervenants de la santé cardio-vasculaire : le ministère provincial de la Santé, la Fondation provinciale des maladies du cœur, les universités, les associations professionnelles, l'industrie et divers groupes œuvrant dans des domaines connexes (par exemple, les groupes de lutte contre le tabagisme et les associations du diabète).

***Le fait qu'on ait tenu les rencontres
dans différents endroits a permis à
plus de 2 000 personnes d'un bout à
l'autre du pays de jouer un rôle actif
dans le Réseau***

Au niveau communautaire, une coalition (ou un comité de coordination) de la santé cardio-vasculaire regroupe généralement des médecins, diététistes, infirmières, responsables du développement communautaire, gens d'affaires, éducateurs du domaine de la santé et épidémiologistes, ainsi que des bénévoles venant de divers secteurs de la communauté.

Un réseau dynamique

Le Réseau canadien de santé cardio-vasculaire est une coalition dynamique, à structure souple, dont les membres comprennent des organisations et personnes œuvrant dans des programmes provinciaux et communautaires, des professionnels de la santé s'intéressant aux divers aspects de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, et des représentants des secteurs bénévole et privé ainsi que ceux des trois paliers de gouvernement. La Fondation des maladies du cœur du Canada assure les services de secrétariat pour le réseau; un comité directeur s'occupe des questions administratives et de financement liées aux réunions (annuelles ou bi-annuelles) et se charge également du suivi. Les réunions offrent l'occasion de partager l'information, d'acquérir des compétences et de participer à des activités générales d'établissement de réseaux.

Depuis sa création en 1988, le Réseau a tenu sept réunions, chacune dans une région différente du Canada. Avec les années, le fait qu'on ait tenu ces rencontres dans des endroits différents a permis à plus de 2 000 personnes de diverses communautés d'un bout à l'autre du pays de jouer un rôle actif dans le réseau. Chaque réunion proposait un thème important (par exemple, les inégalités sur le plan de la santé, l'évaluation de programmes, les orientations de politiques et les stratégies d'établissement des programmes). Dans certaines provinces (en Ontario et en Saskatchewan, entre autres), les réunions ont donné lieu à la création de réseaux provinciaux de santé cardio-vasculaire.

COPI

La COPI (Conference of Principal Investigators) des programmes provinciaux de santé cardio-vasculaire est un autre genre d'organisation. Cette conférence regroupe les «chercheurs principaux» et «co-chercheurs» de chaque province, ainsi que des représentants de Santé et Bien-être social Canada. En vertu de leur engagement dans une activité donnée de prévention des maladies cardio-vasculaires (au niveau gouvernemental, universitaire ou communautaire), de leurs compétences humaines et de leur dévouement, les chercheurs principaux sont devenus les maîtres d'œuvre d'initiatives en santé cardio-vasculaire dans leur province. La plupart des chercheurs principaux sont des hauts fonctionnaires de la santé publique, des médecins-hygiénistes ou des professionnels de la santé œuvrant dans la province (certains étant chargés de projets de recherche dans une université).

La création de COPI a été l'un des premiers défis qu'ont relevé les responsables de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire. L'exercice a nécessité une profonde réflexion sur les objectifs et programmes partagés, la mise au point d'une vision commune pour l'initiative proprement dite et surtout la définition de la mission du groupe COPI. Un facilitateur professionnel a dirigé ce processus, aidant les participants à formuler un énoncé de mission et à établir un plan général à long terme qui permettrait de consolider les activités des différents programmes provinciaux de santé cardio-vasculaire, de déterminer les priorités en matière de programmes et d'identifier les travaux qu'on pourrait exécuter conjointement.

COPI s'est fixé plusieurs objectifs généraux, entre autres attirer l'attention sur la santé cardio-vasculaire, en faire une question prioritaire sur le plan politique (tant à l'échelle nationale que provinciale), et assurer la création de programmes de qualité.

L'établissement de groupes de travail chargés de s'occuper des aspects revêtant un intérêt particulier est l'une des réalisations pertinentes de la coalition : cela permet d'éviter les doublages et, par conséquent, les dépenses inutiles. À l'heure actuelle, certains groupes travaillent à la conception de modules de programmes portant sur des sujets tels que la promotion de la santé cardio-vasculaire en milieu de travail, l'éducation des professionnels, l'éducation du public, ainsi que la recherche et l'évaluation.

Ensemble, le Réseau canadien de santé cardio-vasculaire et le COPI veillent à ce que les multiples organisations et groupes qu'ils représentent aient l'occasion de se rencontrer et de collaborer régulièrement, de se tenir à la fine pointe des progrès dans le domaine et de s'entendre de façon générale sur des questions d'intérêt commun.

Liens internationaux

La santé cardio-vasculaire déborde les frontières. Afin de maintenir une structure dynamique d'élaboration des politiques qui soit à la fine pointe, il est essentiel de se tenir au courant des idées et approches dans d'autres pays, d'échanger continuellement de l'information avec les collègues à l'étranger.

CINDI

CINDI-Canada s'insère dans une démarche internationale digne d'intérêt, le Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) de l'OMS/Bureau régional pour l'Europe. Quatorze autres pays sont membres du programme CINDI, entre autres des nations européennes, Israël et certains pays membres de la Communauté des États indépendants. Ce programme fournit aux pays membres une occasion unique de partager l'expérience acquise dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et programmes généraux de lutte contre les maladies non transmissibles.

Le programme CINDI a pour objectif de promouvoir une action intégrée face aux facteurs de risque qui sont communs à certaines des principales maladies non transmissibles (par exemple, le tabagisme, la consommation d'alcool et une alimentation inappropriée sont des facteurs de risque pour certains types courants de cancer tout comme pour les maladies cardio-vasculaires). La collaboration intersectorielle à tous les niveaux, depuis les profanes jusqu'aux gouvernements, est essentielle au succès du programme.

Ici, au Canada, la Nouvelle-Écosse sert de terrain d'essai au programme CINDI et il est possible que d'autres provinces y prennent part dans l'avenir. En juin 1990, le Canada a parrainé un événement international d'envergure lié au programme CINDI. Il s'agissait d'un atelier technique, organisé à Toronto sous le thème «Challenges for Health Promotion and Prevention of Noncommunicable Diseases». Les participants à cet atelier ont abordé diverses questions, notamment l'amélioration des pratiques de prévention chez les professionnels de la santé et la conception d'approches novatrices visant les déterminants socio-économiques des facteurs de risque chez les groupes défavorisés.

Autres liens

Le Canada est membre d'une autre organisation internationale formée récemment, qui regroupe six pays Francophones; il s'agit du réseau «La santé du cœur en francophonie». Ce réseau a pour but de faciliter l'échange d'information sur les approches de la santé cardio-vasculaire dans un contexte culturellement approprié aux collectivités francophones. La première réunion de l'organisation a eu lieu à Montréal, à l'automne 1991.

Les responsables de l'Initiative entretiennent également des relations de travail avec des organisations d'envergure hémisphérique telles que l'OPS (Organisation panaméricaine de la Santé) et la Union de Sociudades de Cardiología de America del Sur (USCAS) — Union des sociétés de cardiologie d'Amérique du Sud — ainsi qu'avec de nombreuses autres organisations internationales, dont l'Organisation mondiale des médecins de famille, la Ligue mondiale contre l'hypertension et le Réseau international de santé cardio-vasculaire. Les responsables de l'Initiative sont aussi en contact avec des collègues dans des programmes pilotes internationaux dans le domaine de la santé cardio-vasculaire, dont le docteur J. Farquhar (Stanford, É.-U.), le docteur T. Lasater (Pawtucket, É.-U.), le docteur R. Luepker (Minnesota, É.-U.), le docteur P. Puska (North Karelia, Finlande) et le docteur J. Catford (Heart Beat Wales, R.-U.).

Le rôle fédéral

Dès le début, Santé et Bien-être social Canada a joué un rôle actif dans l'Initiative. La Direction générale des services et de la promotion de la santé a fourni une aide technique et de l'expertise aux provinces, à mesure qu'on y amorçait les enquêtes et qu'on y mettait sur pied des programmes pilotes. À cette fin, la direction générale a parrainé et organisé de multiples réunions et ateliers portant sur l'élaboration des programmes et sur des questions scientifiques. En outre, le ministère a veillé à l'uniformisation de toutes les enquêtes. Un mécanisme quasi continu permet aux employés du ministère d'engager un dialogue non officiel avec leurs collègues provinciaux au sujet du type et de l'orientation des programmes pilotes envisagés pour l'avenir.

Les fonctionnaires du ministère travaillent aussi de façon continue avec leurs partenaires des différentes régions du pays en vue de dégager un consensus quant aux orientations futures. Dans les domaines exigeant un consensus scientifique, Santé et Bien-être social Canada a collaboré avec des associations professionnelles, des organisations scientifiques, les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ainsi que la Fondation des maladies du cœur du Canada. La lutte engagée contre le cholestérol constitue un bon exemple de cette collaboration. Le Congrès du consensus canadien sur le cholestérol, organisé conjointement en mars 1988 par la Société canadienne d'athérosclérose et le ministère, a permis de proposer des objectifs et recommandations visant l'ensemble de la population ainsi que les groupes à risque élevé. Plusieurs ministères provinciaux de la Santé ont ensuite examiné ces lignes directrices pour les modifier selon leurs propres priorités. Un autre événement similaire, la Conférence canadienne sur les méthodes non pharmacologiques de contrôle de l'hypertension artérielle, s'est tenue en mars 1989,

à l'instigation de la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, de la Société canadienne d'hypertension artérielle et du ministère.

Dans chacun de ces domaines, on a pu profiter d'une certaine quantité de données scientifiques valables. Pour les participants à la conférence, le défi consistait à déterminer si le niveau de connaissances acquises justifiait de passer à l'action et, le cas échéant où la base de données serait jugée insuffisante, à s'assurer qu'on remédie à la situation. Les recommandations issues de ces deux conférences mémorables ont été publiées dans de nombreuses revues scientifiques et ont fait l'objet d'une série d'exposés devant des associations professionnelles et divers groupes communautaires intéressés.

Santé et Bien-être social Canada a également organisé des ateliers techniques sur les thèmes suivants : amélioration des pratiques de prévention chez les professionnels de la santé, établissement de principes directeurs guidant l'évaluation des programmes de santé cardio-vasculaire, élaboration de systèmes de surveillance des cardiopathies, et nécessité de mettre au point des mécanismes de mobilisation des communautés dans le domaine de la santé cardio-vasculaire.

Les perspectives d'avenir

***L*es responsables de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire ont mis cinq ans à assurer l'avenir de celle-ci. Ils ont établi une politique bien définie, élaboré et compilé une vaste base de connaissances, et planifié la mise**

en œuvre de programmes pilotes communautaires d'un bout à l'autre du pays, le tout dans un contexte de collaboration. Autrement dit, l'Initiative a surtout permis à ce jour de faire accepter au Canada l'idée que la santé cardio-vasculaire constitue un domaine où on peut réaliser des progrès importants; elle a aussi permis d'établir une infrastructure d'intervention aux niveaux national, provincial et communautaire.

Selon plusieurs, le point fort de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire réside dans sa capacité à tirer profit des efforts d'un nombre toujours croissant de personnes et d'organisations d'un océan à l'autre (au-delà même de nos frontières). Celles-ci continuent de s'y consacrer sans compter leur temps et leur énergie, souvent au prix d'énormes sacrifices. Si elles déploient tant d'efforts, c'est que ces personnes et organisations appuient les objectifs de l'Initiative, parce qu'elles sont convaincues que celle-ci portera fruit. Et puis, plus la santé cardio-vasculaire gagne en visibilité et en crédibilité, plus elle s'attire de partenaires. Le succès des programmes dépendra en fin de compte de leur intégration dans le tissu organisationnel du futur «système de santé». Pour conserver le même élan, les responsables de l'Initiative devront constamment s'assurer le concours de nouveaux talents, de nouvelles ressources qui émaneront de l'industrie, de réseaux s'intéressant à divers aspects de la santé et même d'organisations étrangères au domaine de la santé.

Plus l'Initiative prendra forme, plus il faudra mettre l'accent sur l'intégration des programmes de santé cardio-vasculaire dans des objectifs plus généraux de prévention des maladies non transmissibles et de promotion de la santé. À chaque étape de sa mise en œuvre, l'Initiative devra faire appel aux ressources les plus aptes à répondre à ses besoins futurs.

D'autres pays ont adopté des approches différentes de la santé cardio-vasculaire. Dans de nombreux cas, il s'agit de projets de recherche importants qui ont suscité l'intérêt du pays pour la prévention des maladies cardio-vasculaires; cependant, ces projets ne sont pas nécessairement intégrés au système de promotion de la santé et de prévention des maladies. En revanche, l'initiative canadienne a mis à profit les connaissances acquises en matière d'intervention, intégrant dès le départ ses politiques et projets pilotes au système de santé déjà en place.

Il n'y a pas de recette miracle. Le Canada s'est de toute évidence inspiré de la situation, des conditions et du contexte politique qui lui sont propres dans son approche de santé cardio-vasculaire. Nous bénéficions déjà d'une expérience solide, et la base de connaissances s'élargit de jour en jour. «À mesure que la collaboration s'intensifiera, l'expérience et le succès aidant, nous aurons beaucoup à offrir aux autres pays qui mettront sur pied des projets semblables». Cette phrase tirée d'un document de travail de *Cancer 2000* (Société canadienne du cancer, 1991) pourrait aussi bien s'appliquer à l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire.

