



LEAP PECAUT CENTRE
FOR SOCIAL IMPACT

En collaboration avec

BCG BOSTON
CONSULTING
GROUP

HORIZONS SANTÉ

La nécessité d'agir

Par LEAP | Pecaut Centre for Social Impact

Mai 2020

Table des matières



p. 2

Avant-propos

p. 3

Résumé

Les problèmes de santé publique évoluent plus rapidement que les solutions

p. 5

Contexte international

Le Canada obtient de bons résultats par rapport aux nations comparables à la nôtre, mais pas en termes absolus

Activité physique :

Le Canada se classe parmi les 30 % des pays les plus actifs

Alimentation saine :

Le Canada s'oriente vers les 50 % des pays qui consomment le plus régulièrement des fruits et légumes

Lutte contre le tabagisme :

Le Canada se classe parmi les 20 % des pays qui compte le moins de fumeurs de cigarette



p. 11

Canada: Examen détaillé des enjeux

Activité physique, alimentation saine et cessation tabagique

Activité physique :

Nous bougeons moins et nous restons davantage assis

Alimentation saine :

Les aliments que nous mangeons sont pauvres en éléments nutritifs

Lutte contre le tabagisme :

l'usage chronique du tabac persistent

p. 25

Appel à l'action

Essayons de nouveaux modèles pour s'attaquer aux vieux problèmes de santé

Nous devons accélérer les solutions qui fonctionnent

Nous devons amplifier la collaboration multisectorielle

Présentation du programme Horizons Santé : accélérer les solutions qui fonctionnent dans le secteur de la santé publique

p. 32

Liste de références

Avant-propos



LEAP | Pecaut Centre for Social Impact croit en une société où chacun et chacune à la possibilité de réaliser pleinement son potentiel. Depuis sept ans, LEAP est devenu un leader canadien dans la philanthropie de risque en sélectionnant, soutenant et dynamisant 15 entreprises sociales innovantes. Chez LEAP, nous œuvrons pour résoudre les problèmes les plus urgents pour les Canadiens à l'heure actuelle; aujourd'hui plus que jamais, la santé représentent certainement le défi le plus crucial et urgent pour nous tous. Les maladies chroniques sont en hausse, augmentant à un rythme de 14 % par an, et représentent un fardeau économique annuel estimé à 190 milliards dollars. Parallèlement, notre système de santé est débordé dans de nombreuses régions du pays.

Horizons Santé : la nécessité d'agir, créé par LEAP en collaboration avec Boston Consulting Group (BCG), notre partenaire de recherche, porte un œil critique sur les facteurs qui influencent cette réalité. Tout en reconnaissant les progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne certaines politiques et certains programmes de grande importance, le rapport met en évidence de profondes inégalités dans les comportements sains auprès des populations vulnérables, identifie les lacunes dans l'infrastructure actuelle de la santé publique, et met en évidence le besoin de partenariats multisectoriels, des solutions communautaires et de modèles socio-écologiques qui tiennent compte des facteurs sociaux de la santé.

Ceux-ci sont les types de défis que LEAP est le mieux placé pour relever, tout en identifiant et développant des solutions nouvelles et innovantes aux problèmes qui touchent les Canadiens. Pour œuvrer à un avenir où tous les Canadiens ont la possibilité de mener une vie saine, LEAP lance **Horizons Santé**, un accélérateur de cinq ans, financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui sélectionnera et mettra à l'échelle 11 entreprises sociales Canadiennes qui apporteront des solutions matérielles à l'écosystème de santé préventive.

LEAP, ainsi que ses partenaires du secteur et ses entreprises sociales, sont sur une voie ambitieuse qui vise à faire du Canada un pays où les Canadiens ont davantage la possibilité de choisir une vie saine et de réaliser pleinement leur potentiel. La pandémie actuelle du COVID-19 ne fait que mettre en lumière l'importance d'être en bonne santé, car les individus souffrant de maladies chroniques ou disposant d'un système immunitaire plus fragile sont les plus susceptibles de développer des maladies graves à cause d'un virus ou d'une infection. Cette crise accentue également l'urgence de trouver des solutions qui atteignent des régions éloignées, vulnérables et mal desservies de la population canadienne. Nous avons besoin de solutions qui fonctionnent dans le monde actuel et qui seront également efficaces dans une société changée de façon permanente par COVID-19.

Pour LEAP, les approches innovantes et les stratégies collaboratives sont essentielles pour créer des solutions percutantes et évolutives afin de réussir. C'est aujourd'hui que nous devons agir pour créer ces changements de comportement et, ultimement, pour créer un Canada plus sain.



Joan Dea

Présidente du conseil – LEAP | Pecaut Centre for Social Impact



Joe Manget

Responsable du conseil, Horizons Santé – LEAP | Pecaut Centre for Social Impact

Résumé

Les problèmes de santé publique évoluent plus rapidement que les solutions



Les maladies chroniques au Canada sont en hausse. Bien que nous ayons récemment fait des progrès en ce qui concerne les indicateurs de comportement sain qui influencent la prévalence des maladies chroniques tel que l'activité physique, de bonnes habitudes alimentaires et la cessation tabagique, il est encore possible d'y apporter des améliorations significatives pour faire progresser la santé des Canadiens et atténuer le fardeau économique qu'elle représente.

Horizons Santé : la nécessité d'agir souligne le caractère critique de ces trois importants indicateurs de santé préventive dans le domaine de la santé au Canada, et fournit des exemples d'interventions efficaces dans les secteurs publics, privés et sociaux du monde entier.

Ce rapport souligne la nécessité d'une nouvelle façon de penser pour accroître l'adoption de comportements sains menant à des solutions innovantes facilitées par la collaboration intersectorielle avec le gouvernement canadien, la société civile et les entreprises privées.

Les domaines qui présentent les meilleures possibilités d'impact sont les interventions personnalisées dédiées à l'activité physique

auprès des personnes âgées et des ménages à faible revenu; ceux qui s'attaquent aux facteurs sociaux de santé, notamment l'insécurité financière et l'accessibilité aux denrées alimentaires, afin de promouvoir de bonnes habitudes alimentaires; et ceux qui concentrent leurs efforts pour la cessation tabagique dans les communautés à faible revenu et les populations autochtones.

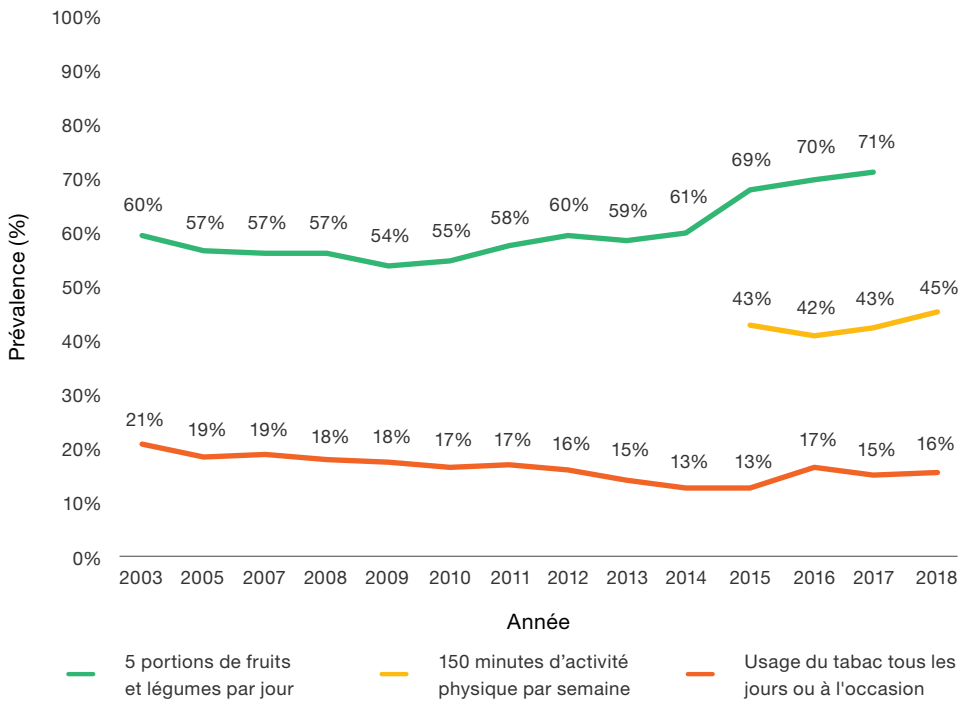
Ces recommandations émanent des conclusions du rapport, selon lesquelles plus de 40 % des Canadiens n'ont pas respecté les directives en matière d'activité physique, plus de 70 % des Canadiens ne consomment pas de portions adéquates de fruits et légumes, et 16 % des Canadiens continuent de fumer, la cigarette électronique étant de plus en plus à la hausse chez les jeunes (illustration n° 1).

Ces facteurs ont entraîné une hausse de la prévalence de maladies chroniques, notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires, à un rythme de 14 % par an,¹ créant un fardeau économique annuel de 190 milliards de dollars.² Il est urgent de s'intéresser aux facteurs de risque largement connus qui encouragent la progression des maladies au niveau de la population.

La pandémie mondiale actuelle du COVID-19 ne fait qu'amplifier cette urgence. Les personnes souffrant de maladies chroniques ou dont les systèmes immunitaires sont plus fragiles ont plus de risques de rencontrer des complications en cas de pandémie. Nous savons que les Canadiens ont eu plus de difficultés à rester actifs à cause de l'isolement. L'obligation de rester enfermé à la maison a un impact considérable sur les comportements sédentaires et peut faire ressortir des difficultés existantes liées à la santé mentale. Nous savons que les pertes d'emploi et la réduction des heures de travail ont exacerbé encore davantage les problèmes liés à l'accès à la nourriture de bonne qualité, particulièrement pour les individus déjà vulnérables.

Après des semaines d'activité physique limitée et de mauvaises habitudes alimentaires, les Canadiens sortiront de cet isolement et seront confrontés à une nouvelle réalité. À l'avenir, plus de Canadiens feront davantage du télétravail de façon permanente. Nous avons une opportunité de créer un nouvel environnement qui encourage et soutient des comportements sains adaptés à cette nouvelle réalité de la vie.

Canadiens qui ne satisfont PAS aux lignes directrices en santé préventive (en %) : 2003-2018



des Canadiens n'ont pas consommé les portions adéquates de fruits et de légumes



des Canadiens n'ont pas respecté les niveaux d'activité physique recommandés



des Canadiens continuent de fumer la cigarette régulièrement

Illustration n° 1. Pourcentage de Canadiens qui ne respectent pas les lignes directrices recommandées en santé préventive (2003 – 2018)^{3, 4, 5}

Financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), LEAP présente Horizons Santé, un accélérateur de cinq ans qui sélectionnera et mettra à l'échelle 11 entreprises innovantes dédiées à des solutions créatives et adaptables visant à aider les Canadiens à se reprendre en main pour adopter des styles de vie plus sains.

LEAP, avec l'aide de ses partenaires privés, offrira aux entreprises sélectionnées des conseils stratégiques, des outils, un financement et un accès à l'expertise du secteur privé par le biais de l'encadrement, d'ateliers et des ressources de notre Center de connaissances.

Rendez-vous sur le site leap-pecautcentre.ca/horizonssante pour en savoir plus.

Intégrité et sources des données : Les données et les résultats présentés dans ce rapport sont issus de bases de données nationales (Statistique Canada et Santé Canada) et internationales (Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), complétés par des entretiens avec des experts chevronnés dans le secteur et soutenus par des revues universitaires reconnues.

Section	Indicateur de santé préventive	Année	Mesure	Source
Le Canada par rapport aux autres nations du G20	Activité physique	2016	% atteignant ≤ 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine (18 ans et plus) ou ≤ 75 minutes d'activité physique d'intensité élevée par semaine (18 ans et plus)	Organisation mondiale de la Santé
	Alimentation saine	2017	consommation en kg par habitant et par an	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
	Prévalence du tabagisme	2016	% de personnes qui fument tous les jours ou non (15 ans et plus)	Banque mondiale – Indicateurs du développement dans le monde
Canada Specific	Activité physique	2018e	% atteignant ≥ 150 minutes d'activité d'intensité modérée ou élevée par semaine (18 ans et plus) ou ≥ 60 minutes d'activité d'intensité modérée ou élevée par semaine (12 à 17 ans)	StatCan : Enquête sur la santé dans les collectivités Canadiennes
	Alimentation saine	2017e	% consommant des fruits & légumes ≥ 5 fois par jour	StatCan : Enquête sur la santé dans les collectivités Canadiennes
	Prévalence du tabagisme	2018e	% de fumeurs quotidiens/occasionnels (12 ans+)	StatCan : Enquête sur la santé dans les collectivités Canadiennes

Avis de non-responsabilité: Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les opinions de l'Agence de la santé publique du Canada.

Contexte International

Le Canada obtient de bons résultats par rapport aux nations comparables à la nôtre, mais pas en termes absolus

Activité physique 6

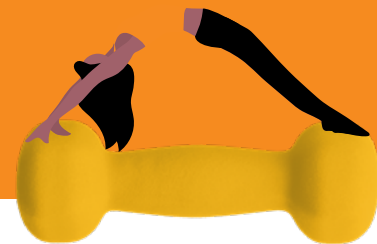
Alimentation saine 7

Lutte contre
le tabagisme 9



Activité physique :

Le Canada se classe parmi les 30 % des pays les plus actifs



Les politiques, lignes directrices et campagnes nationales axées sur l'activité physique au Canada permettent au pays de dépasser de nombreuses nations comparables à la nôtre. En effet, le **Canada s'est classé 6^e** parmi les pays du G20 en termes d'activité physique (illustration n° 2).

Les forts taux d'activités physiques en Russie et en Chine peuvent s'expliquer en partie par la proportion relativement faible de main-d'œuvre travaillant dans le secteur des services. En Chine, seulement 46 % de la main-d'œuvre est employée dans les services,⁶ et ce chiffre atteint 67 % en Russie.⁷ Le reste de la main-d'œuvre est réparti entre l'industrie et l'agriculture, deux secteurs qui permettent l'activité physique d'être atteint dans le milieu de travail. Ces deux chiffres semblent bien modestes en comparaison avec ceux de la main-d'œuvre au Canada, où 83 % des emplois

relèvent du secteur des services.⁸ Les taux croissants d'urbanisation et la transition vers des emplois tertiaires peuvent réduire le pourcentage d'adultes qui pratiquent une activité physique dans ces pays.⁹

Le Canada pourrait choisir de reproduire certaines politiques ad'Espagne qui ont réussi à augmenter la prévalence d'activité physique. En 2015, le pays a mis en place un groupe de multisectorielle sur l'activité physique pour promouvoir l'exercice physique. Il a également créé le Conseil supérieur sur les modes de vie pour intégrer l'évaluation des modes de vie sains dans les pratiques standard pour les soins primaires, et a lancé plusieurs campagnes promotionnelles pour être plus actif et moins assis.¹⁰ La Suisse a également œuvré avec succès dans l'adoption d'une approche pour le secteur privé qui mobilise les parties prenantes.¹¹

Prévalence du manque d'activité physique ; par pays, par Nations du G20

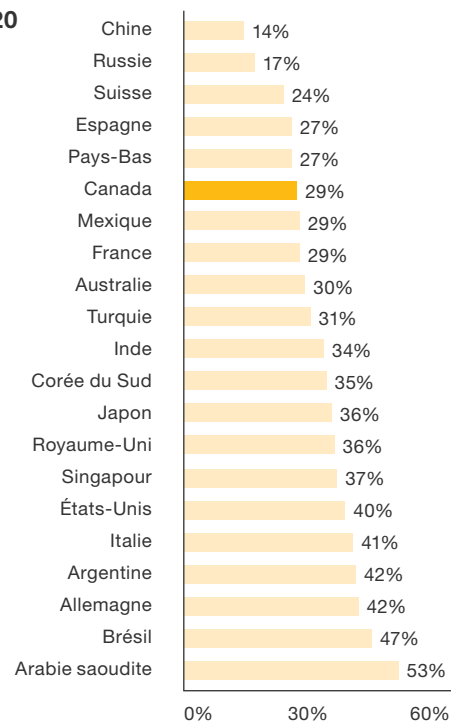
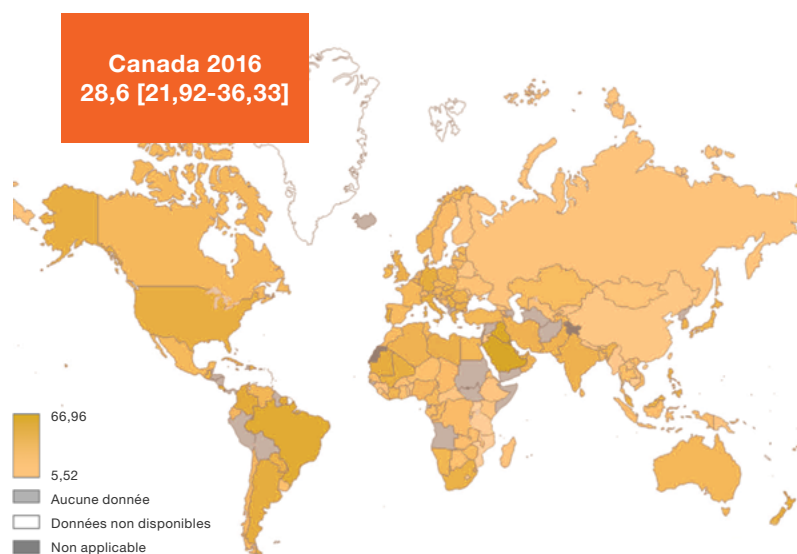


Illustration n° 2. Pourcentage de la population adulte qui ne respecte pas les directives de l'OMS en matière d'activité physique chez les adultes, par pays (2016). Extrait de l'Organisation mondiale de la santé^{12, 13}

Alimentation saine :

Le Canada s'oriente vers les 50 % des pays qui consomment le plus régulièrement des fruits et légumes

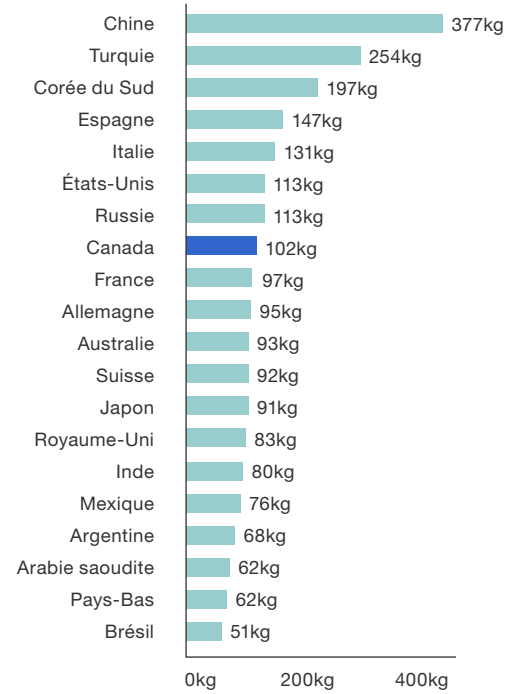
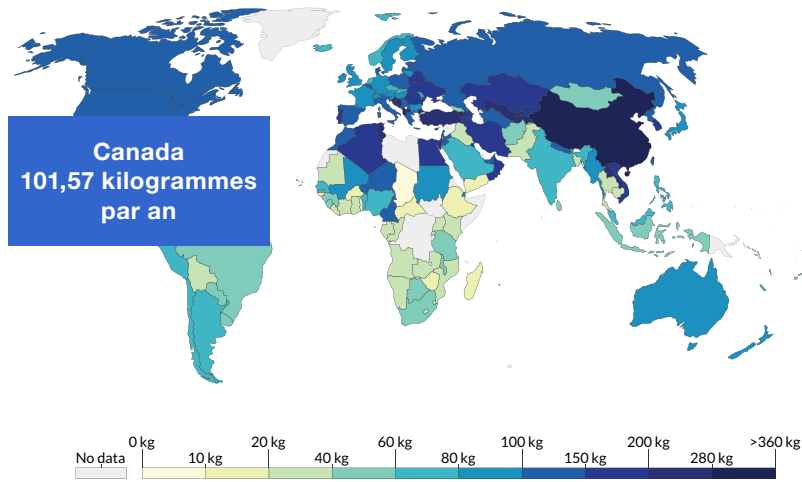
Le Canada a également été un leader dans la mise en place de lignes directrices, de stratégies et de programmes sociaux pour l'alimentation saine. Parmi les nations du G20, le **Canada s'est classé 7^e en termes de consommation de fruits** (94 kg par personne) et **8^e en termes de consommation de légumes** (102 kg par personne) (illustration n° 3). Malgré ce bilan positif, des politiques et des pratiques efficaces peuvent encore être adoptées par le Canada en s'inspirant de ses homologues internationaux. Par rapport aux nations comparables à la nôtre, le Canada impose des taxes moins élevées sur la vente et la commercialisation des aliments malsains, riches en sel et en matières grasses, mais pauvres en nutriments.¹⁴ De plus, est, la consommation de légumes y

est relativement faible par rapport à d'autres pays comme la Chine, où les légumes sont considérés comme un aliment de base dans un repas.¹⁵

Il convient également de noter que les données sur les bonnes habitudes alimentaires au Canada sont axées sur la consommation de fruits et de légumes. Malgré l'importance de mesurer la consommation de fruits et légumes, le Canada pourrait suivre l'exemple de certains pays, comme les États membres de l'Union européenne, qui mesurent une variété de facteurs diététiques (qualité nutritionnelle, quantité, diversité, association d'aliments et de boissons, et fréquence) empiriquement liés à des problèmes de santé.¹⁶



Consommation de légumes par personne ; par pays, par Nations du G20



Consommation de fruits par personne ; par pays, par Nations du G20

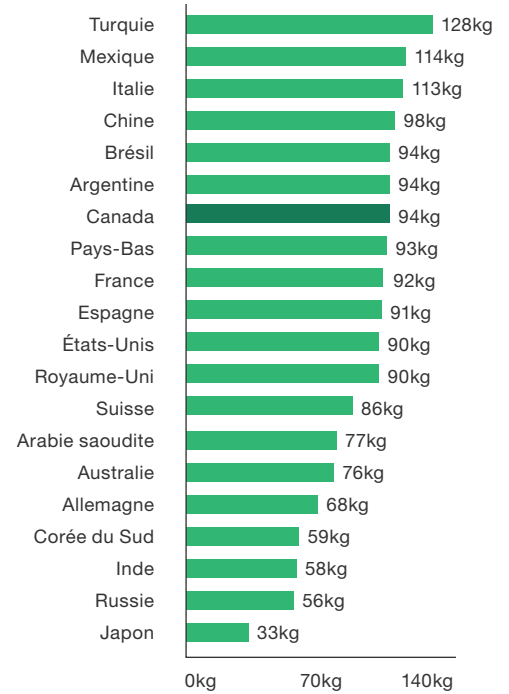
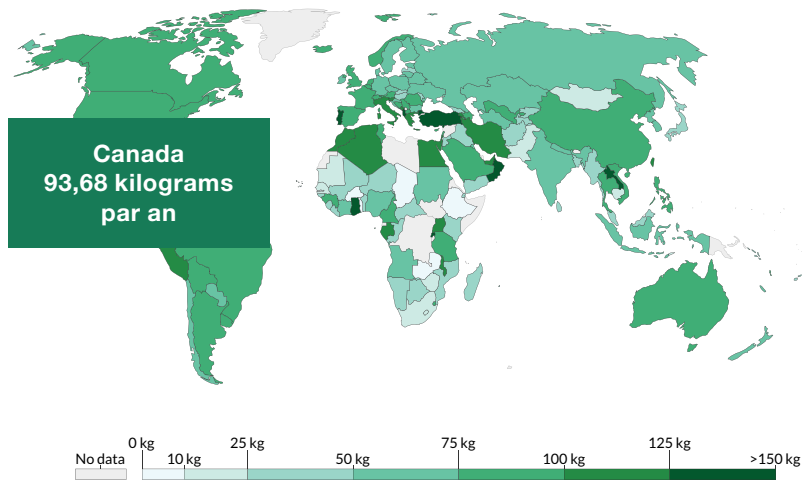


Illustration n° 3. Consommation de fruits et de légumes par personne (2017). Extrait de la publication Our World in Data^{17, 18}

Lutte contre le tabagisme :

Le Canada se classe parmi les 20 % des pays qui compte le moins de fumeurs de cigarette



Alors que la lutte contre le tabagisme au Canada est loin d'être gagnée, les initiatives nationales antitabagique font du Canada un leader mondial dans la prévention de l'usage du tabac. En effet, le pays a reçu de nombreux éloges de la part de l'Organisation mondiale de la Santé pour ses initiatives axées sur la prévention du tabagisme et la cessation tabagique.¹⁹ Ces initiatives ont permis au **Canada de décrocher la 4^e place des nations du G20 où la prévalence du tabagisme y est la moins élevée** (illustration n° 4).

Comme l'Inde,²⁰ le Brésil²¹ et le Mexique,²² le Canada a interdit l'usage du tabac dans certains lieux publics.²³

Par ailleurs, des mises en garde sanitaires sont clairement apposées sur les paquets de cigarettes.²⁴ Des améliorations restent possibles, notamment en imposant davantage d'interdictions en matière de publicité (actuellement, le pays a appliqué 4 interdictions de publicité directe sur un total de 7, et 4 interdictions de publicité indirecte sur un total de 10²⁵) et en lançant des campagnes publicitaires de masse dans les médias pour lutter contre le tabagisme. En outre, le Canada pourrait suivre l'exemple de l'Inde, du Brésil et du Mexique, où la vente de cigarettes électroniques a été interdite sur leur territoire.²⁶

Proportion d'adultes qui fument ; par pays, par Nations du G20

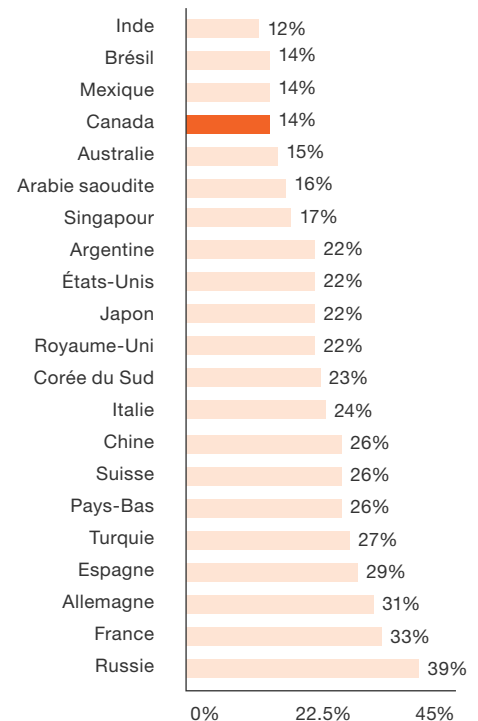
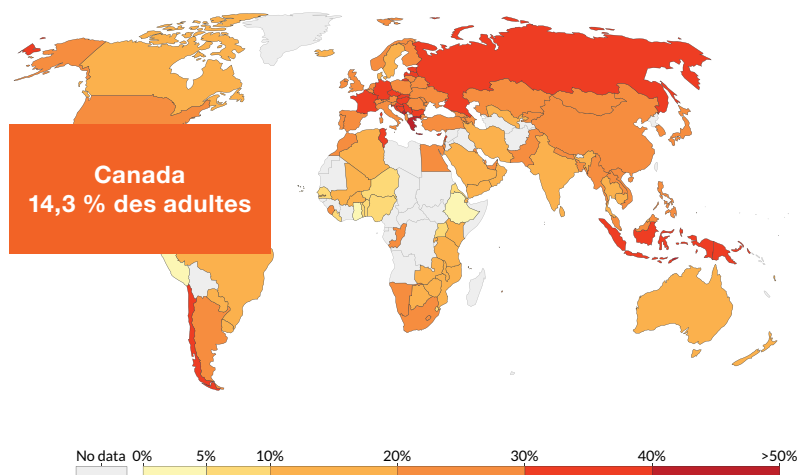


Illustration n° 4. Pourcentage de prévalence du tabagisme par pays (2016). Extrait de la publication Our World in Data²⁷



À l'échelle mondiale...

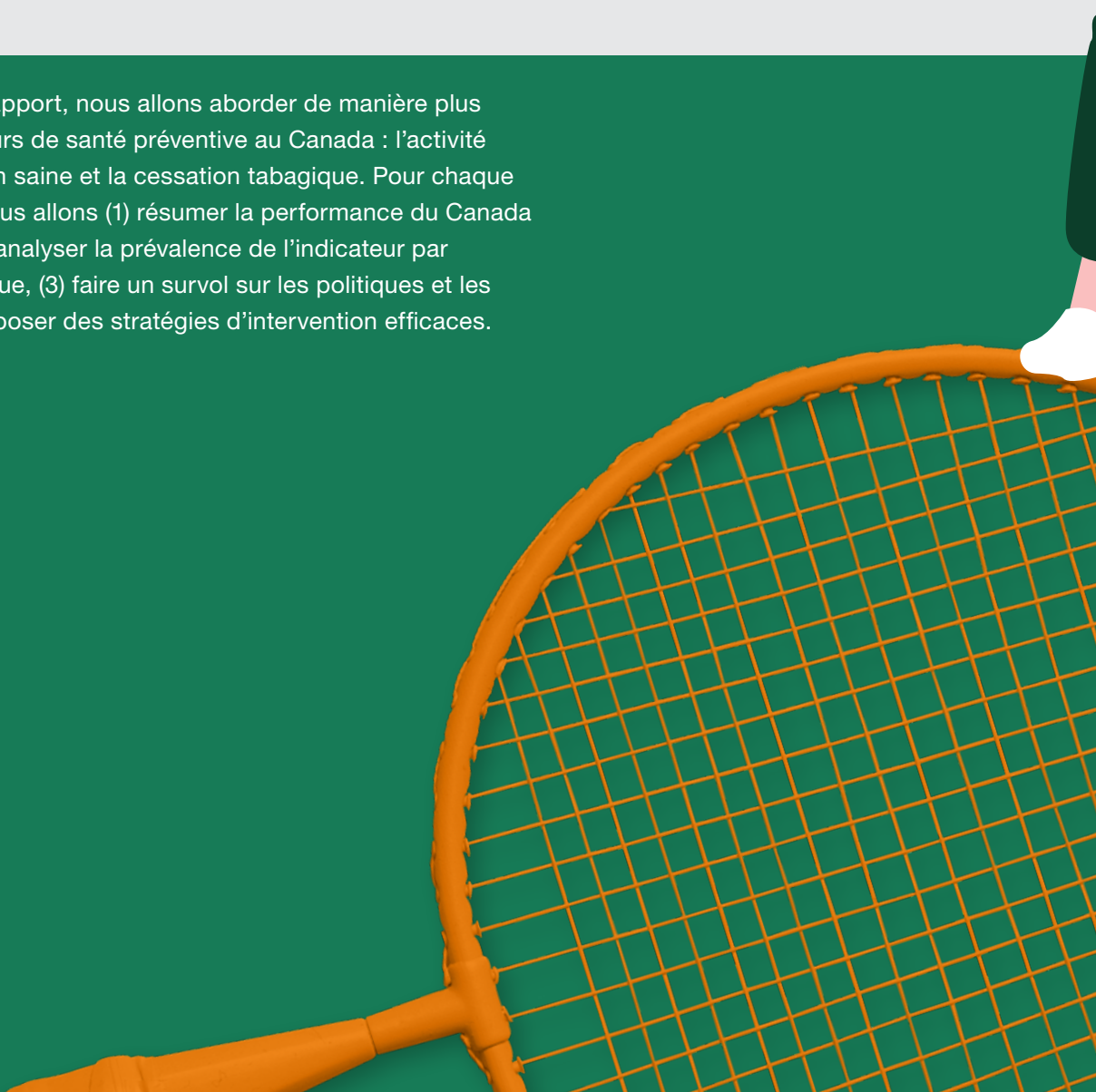
Le Canada a réussi à favoriser les comportements sains chez les membres de sa population, se classant entre les 20 et 50 % des meilleures nations du G20 en termes d'activité physique, d'alimentation saine et de cessation tabagique. Malgré ce bon classement, les indicateurs de santé au sein de la population canadienne font l'objet de profondes inégalités parmi les segments démographiques du pays.

Une évaluation complète de l'état de la santé publique au Canada nécessite un examen plus détaillé de son histoire, de ses groupes de population spécifiques et de son système d'aide actuel.

Canada:
Examen détaillé des enjeux

Activité physique, alimentation saine et cessation tabagique

Dans cette partie du rapport, nous allons aborder de manière plus détaillée trois indicateurs de santé préventive au Canada : l'activité physique, l'alimentation saine et la cessation tabagique. Pour chaque indicateur de santé, nous allons (1) résumer la performance du Canada en tant que nation, (2) analyser la prévalence de l'indicateur par segment démographique, (3) faire un survol sur les politiques et les acteurs clés, et (4) proposer des stratégies d'intervention efficaces.





Notre objectif sera d'identifier les lacunes dans le domaine de la santé publique et de présenter notre vision en faveur de solutions qui contribueront à améliorer la santé à l'échelle du pays.

Activité Physique 13

Alimentation Saine 17

Cessation Tabagique 21

L'activité physique :

nous bougeons moins et nous restons assis



Le premier indicateur de santé préventive auquel nous nous intéressons dans ce rapport est le niveau d'activité physique chez les Canadiens. La sédentarité est l'un des principaux moteurs du déclin physique et de la détérioration des fonctions cognitives, induisant une vulnérabilité accrue aux maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. **Il est désormais largement admis que l'inactivité physique est le quatrième facteur de risque majeur en termes de mortalité précoce.²⁸**

Même si le Canada enregistre d'assez bons résultats par rapport aux autres nations du G20, les taux d'activité physique au pays sont médiocres : en 2018, 45 % des Canadiens indiquaient ne pas satisfaire aux directives en matière d'activité physique. Les taux d'activité physique chez les Canadiens deviennent encore plus intéressants lorsqu'ils font l'objet d'un examen par segment démographique.

Le Canada doit faire mieux pour les personnes à faible revenu, les personnes âgées et les populations autochtones

Pour réaliser une analyse axée sur l'activité physique par segment démographique, des données ont été extraites de l'Enquête sur la santé dans les collectivités Canadiennes (ESCC). Les informations suivantes peuvent suggérer la mise en place de programmes de modes de vie sains parmi ces segments démographiques : ²⁹

Illustration n° 5. Pourcentage de la population adulte qui satisfait aux exigences d'activité physique au Canada par âge, statut socio-économique, sexe (2018) et appartenance aux peuples autochtones (2014)^{30, 31, 32}

5.1 Activité physique par tranche d'âge (en %)

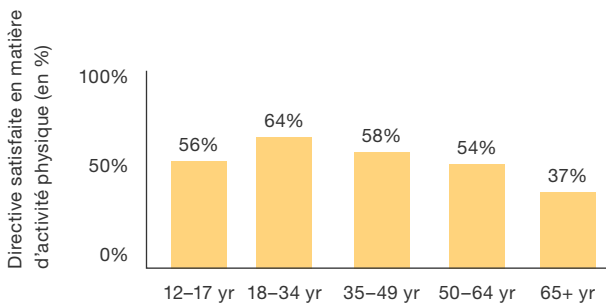


Illustration n° 5.1 :

37 % des personnes âgées de 65 ans ou plus déclarent satisfaire aux directives recommandées en matière d'activité physique, par rapport à une moyenne de 59 % chez leurs homologues âgés de 18 à 64 ans

5.2 Activité physique par statut socio-économique (en %)

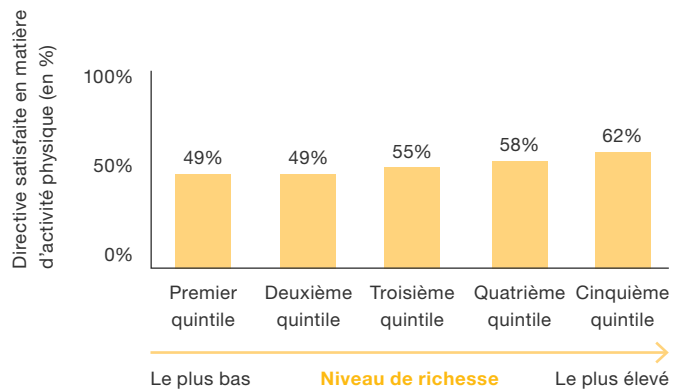


Illustration n° 5.2 :

il existe une corrélation directe entre le statut socio-économique des Canadiens et le degré de respect des directives en matière d'activité physique

5.3 Activité physique par sexe (en %)

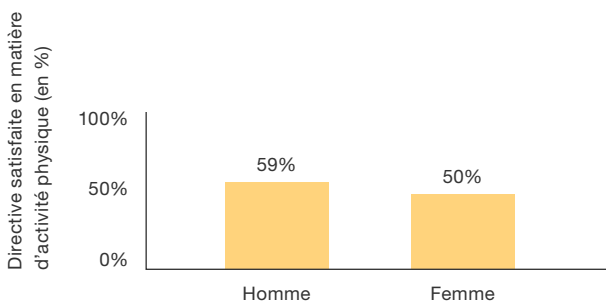


Illustration n° 5.3 :

la moitié des femmes et moins de 60 % des hommes estiment faire suffisamment d'exercice physique

5.4 Activité physique par communauté autochtone (en %)

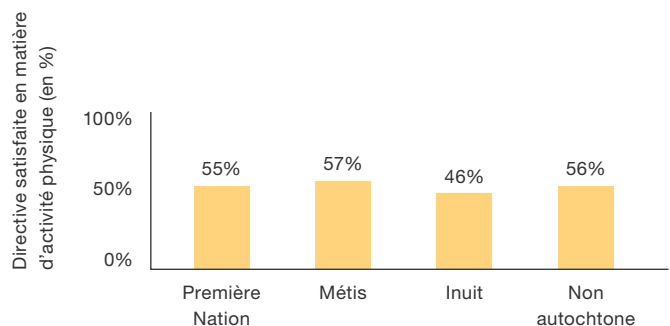


Illustration n° 5.4 :

les Inuits au Nord du Canada connaissent des taux moindres d'activité physique (46 %) par rapport aux autres populations autochtones et non autochtones (56 %)

Le Canada doit prioriser ses efforts pour les cibler vers les personnes à faible revenu, les personnes âgées et les groupes autochtones, qui enregistrent des niveaux d'activité physique nettement inférieurs à ceux de la population en général.

Les politiques et les stratégies d'intervention se sont axées sur les lignes directrices et l'environnement déjà bâti

Pour identifier les politiques et les mesures qui contribueront de manière efficace à la hausse des taux d'activité physique, il est primordial de comprendre le système de support qui existe actuellement. Les analyses indiquent que les taux d'activité physique sont sous l'influence de trois acteurs majeurs : le gouvernement fédéral, les organisations nationales et les municipalités régionales.

Principaux acteurs

Gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a élaboré et adopté différentes politiques visant à lutter contre l'inactivité physique et les comportements sédentaires. En voici quelques exemples : Canadian Heritage (Sports Canada) a lancé plusieurs politiques pour accroître la participation sportive chez les femmes, les filles et les peuples autochtones; le ministère de la Santé a élaboré une stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains en 2005, présentant le cadre théorique de ce qui constitue une bonne santé; et en 2010, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé ont publié une déclaration sur la prévention et la promotion, soulignant l'importance d'inscrire la santé préventive au rang des priorités. En 2018, les gouvernements FPT ont reconnu que la réduction des comportements sédentaires était une priorité pour la santé publique dans la publication collective : Une Vision commune pour favoriser l'activité physique et réduire la sédentarité au Canada : Soyons actifs (Vision commune) (illustration n° 6).

Organisations nationales spécialisées dans la santé publique

Les organismes de santé publique ont œuvré à l'élaboration de campagnes qui soutiennent l'activité physique et l'évolution des comportements. En 1998, la Société canadienne de physiologie de l'exercice a publié ses premières lignes directrices en matière d'activité physique afin de lutter contre l'obésité. La transition vers le découragement des comportements sédentaires, en plus de la promotion de l'activité physique et l'exercice, est plus récente. Plusieurs programmes, notamment l'initiative « Sautons en cœur » de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada pour les écoliers, ainsi que le programme « allezHOP » de ParticipACTION pour les professionnels du milieu de travail, ont été mis en place ces dernières années pour lutter contre la sédentarité chez les Canadiens (illustration no 6).

Regional Municipalities

Des villes comme Toronto et Vancouver ont mis au point des stratégies baptisées « Ville en santé » dans le but de bâtir une ville qui permettra aux résidents de pratiquer une activité physique, de bénéficier de modes de transport actif et de renforcer leur socialisation (illustration n° 6). À titre d'exemple, la ville de Vancouver s'est fixé comme objectif de veiller à ce que tous les habitants vivent à moins de 5 minutes à pied d'un parc d'ici 2020.³³

La chronologie figurant ci-dessous résume les principales politiques et mesures qui ont contribué à définir l'activité physique au Canada.

Illustration n° 6. Principales politiques et stratégies d'intervention élaborées pour encourager l'activité physique au Canada, par ordre chronologique depuis 1982.^{34, 35, 36, 37, 38, 39}

1982 — Lancement du programme scolaire d'activité physique « Sautons en cœur », mené par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada

1998 — La SCPE publie le premier « Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine », qui recommande aux adultes de pratiquer 60 minutes d'activité physique chaque jour

2016 — L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé constate que les Canadiens font moins de la moitié de l'activité physique qu'ils pensent faire

1985 — Toronto élabore le cadre de travail « Ville en santé » visant à optimiser les conditions de vie et les environnements urbains pour l'activité physique et la socialisation

2007 — L'organisme ParticipACTION est relancé, avec pour mission d'élaborer des stratégies de communication qui encouragent l'activité physique, notamment des initiatives pour les lieux de travail comme allezHOP

2018 — Les gouvernements FPT publient la « Vision commune », qui va au-delà de l'activité physique pour inclure le comportement sédentaire

Nous estimons qu'une population canadienne physiquement plus active sera le résultat de mesures permettant aux Canadiens d'adopter des comportements réguliers en matière d'activité physique tout en répondant aux facteurs sociaux de la santé, comme le temps libre, la capacité personnelle, les infrastructures et les revenus personnels.⁴⁰ Pour y parvenir, il sera nécessaire de s'engager envers un changement systémique à tous les niveaux, à l'échelle de l'individu, du secteur privé, du gouvernement et au-delà.

Comblent les lacunes pour une population canadienne physiquement plus active

1. Mobiliser les personnes âgées

Il est essentiel d'élaborer des mesures ciblées pour les personnes âgées qui peuvent être exclues des campagnes et des programmes actuels en raison de l'âge, des capacités personnelles et de l'isolement social. Il pourrait par exemple s'agir de programmes pour les personnes âgées vivant dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ou des résidences pour retraités et qui s'adaptent aux personnes souffrant d'handicaps physiques et mentaux.⁴¹ Dans la mesure où la population vieillissante du Canada devrait augmenter de près de 70 % dans les vingt prochaines années,⁴² le temps est maintenant pour développer des mesures d'interventions pour les personnes âgées.

2. Commencer par un changement systémique

Le modèle socio-écologique de la santé est un cadre de travail utilisé pour identifier et comprendre l'impact de plusieurs facteurs sur le comportement personnel, et peut être appliqué à l'examen des habitudes d'une personne en matière d'activité physique.⁴³ Plus particulièrement, le modèle reconnaît quatre groupes d'influence : le groupe individuel, qui inclut les facteurs historiques biologiques et personnels; le groupe relationnel, qui inclut l'influence des collègues, de la famille et des amis; le groupe communautaire, qui s'intéresse aux paramètres au titre desquels certains comportements existent; et le groupe social, qui inclut les normes culturelles et sociales liées au comportement. Ce modèle peut s'appliquer pour expliquer le lien entre l'activité physique et le statut socio-économique.

Comme l'indiquent nos données des études universitaires,⁴⁴ il existe une corrélation directe entre le statut socio-économique et les loisirs, et le niveau d'activité physique y afférent. Les personnes ayant un faible statut socio-économique n'ont tout simplement pas le temps de pratiquer une activité physique, car ils consacrent leur temps à occuper plusieurs emplois, parcourir de grandes distances pour aller au travail et s'acquitter de leurs obligations familiales. C'est tout le contraire pour les groupes situés de l'autre côté de l'échelle, qui ont généralement beaucoup plus de temps à consacrer à des activités physiques et peuvent se payer des abonnements dans des salles de sport sophistiquées, des programmes d'exercice physique et de l'équipement sportif. Il est nécessaire d'apporter un changement radical qui répond aux problèmes de moyens financiers, d'accessibilité et de besoins familiaux des Canadiens à faible revenu, que ce soit par l'offre d'une aide financière, la mise à disposition d'infrastructures réservées aux vélos ou la prestation de services de garde d'enfants.^{45, 46, 47} Par la suite, des mesures peuvent inspirer le changement de comportement pour remplir le temps supplémentaires par la pratique régulière d'activités physiques.

3. Mettre en place des solutions qui rencontrent les personnes là où elles en sont

Une activité physique régulière exige une modification de comportement, et un changement à long terme exige de l'engagement. Pour encourager cet engagement, l'activité physique doit être à la fois réalisable et agréable pour chaque personne. Plutôt que de décrire un type d'activité physique pour un groupe de population, les stratégies d'intervention doivent prendre le temps de s'intéresser à la manière dont les personnes peuvent devenir physiquement actives et les modalités de cette pratique. Au final, il est nécessaire d'élaborer des programmes spécifiques pour ces personnes, comme des programmes de sport élaborés par et pour les communautés autochtones⁴⁸ ou des programmes scolaires qui s'adressent aux enfants qui apprécient les activités en équipe ou individuelles.⁴⁹

L'impact potentiel à l'échelle sociale et économique se trouve dans les chiffres :

- Les personnes ayant l'habitude de rester assises toute la journée voient leur risque de mortalité accru de 30 % par rapport à celles qui ne restent pas assises, tandis que les personnes qui évitent d'adopter un mode de vie sédentaire peuvent espérer vivre 3,8 années de plus.⁵⁰
- Si 10 % des Canadiens présentant des niveaux sous-optimaux d'activité physique faisaient plus d'exercice et réduisaient leur comportement sédentaire, le PIB augmenterait de 7,5 milliards de dollars au total d'ici 2040.⁵¹

Alimentation saine :

les aliments que nous mangeons sont
pauvres en éléments nutritifs



L'alimentation saine est le deuxième indicateur de prophylaxie auquel nous nous intéressons. La nourriture que nous mangeons joue un rôle majeur dans notre qualité de vie aujourd'hui et notre santé à long terme. Le fait de consommer en excès des aliments riches en sucre et en matières grasses, ou le fait de ne pas consommer suffisamment d'aliments sains comme des fruits et des légumes, contribue à la prévalence des maladies chroniques comme l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle.⁵²

Les Canadiens peinent à consommer les cinq portions de fruits et légumes recommandées chaque jour. En 2017, seulement 29 % de la population respectait cette ligne directrice, un niveau 15 % inférieur à celui de 2010.

Validée par un grand nombre d'études universitaires, la consommation de fruits et de légumes est souvent utilisée comme indicateur de la qualité générale d'un régime alimentaire,^{53, 54} et sert également de mesure pour Santé Canada. Malgré son usage très répandu, il convient de souligner les limites liées à cet indicateur.

Pour une évaluation plus complète de l'alimentation saine, il est nécessaire d'obtenir davantage de données probantes sur les habitudes alimentaires générales qui reflètent les véritables pratiques alimentaires des Canadiens (afin de mieux prévenir le risque de maladie).

Notre analyse des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités Canadiennes (ESCC) donne un aperçu préliminaire des habitudes alimentaires des Canadiens. Les chiffres obtenus montrent que nous devons faire mieux pour bâtir un Canada en meilleure santé, et suggèrent que des disparités en matière d'alimentation saine existent entre les segments démographiques de notre pays.

Tous les Canadiens doivent faire mieux, quel que soit leur segment démographique

En ventilant l'alimentation saine par segment démographique, nous pouvons identifier les points d'intérêt sur lesquels les programmes en faveur d'une alimentation saine devraient cibler leurs efforts : ⁵⁵

Illustration n° 7. Pourcentage de la population qui satisfait aux directives en matière d'alimentation saine au Canada par âge, statut socio-économique, sexe (2017) et appartenance aux peuples autochtones (2014)^{56, 57, 58}

7.1 Alimentation saine par tranche d'âge (en %)

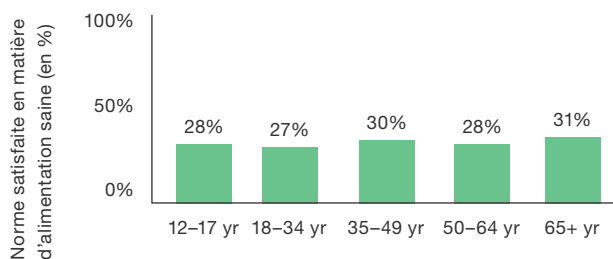


Illustration n° 7.1 :

de faibles taux de consommation de fruits et de légumes sont observés dans toutes les tranches d'âge

7.2 Alimentation saine par statut socio-économique (en %)

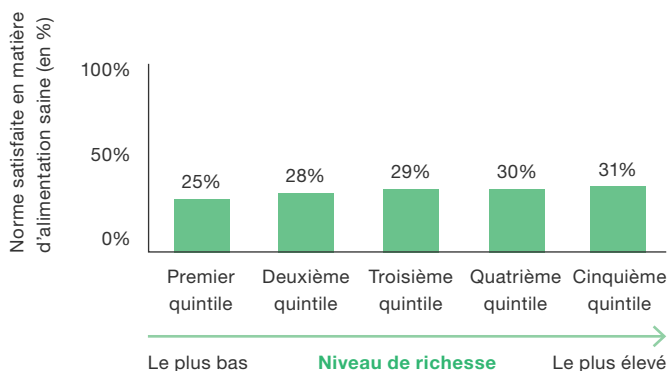


Illustration n° 7.2 :

il existe une corrélation directe entre le statut socio-économique d'une personne et sa consommation de fruits et de légumes.

7.3 Alimentation saine par sexe (en %)

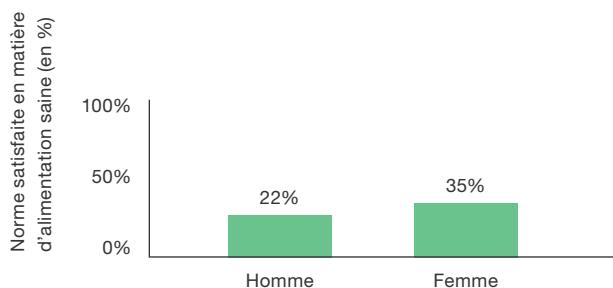


Illustration n° 7.3 :

les hommes consomment moins de fruits et de légumes que les femmes (22 % contre 35 %)

7.4 Alimentation saine par communauté autochtone(en %)

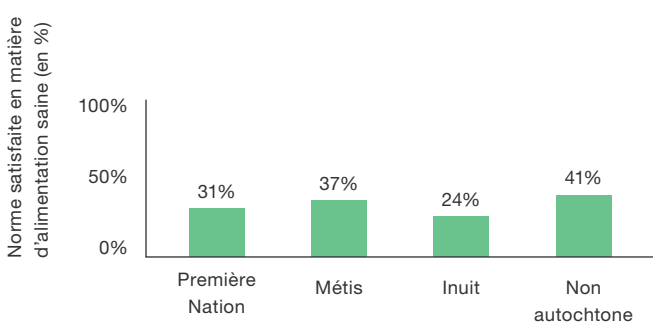


Illustration n° 7.4 :

les communautés autochtones consomment moins de fruits et de légumes par rapport à la population générale; cela s'avère particulièrement vrai pour les communautés inuites du Nord, où 24 % de la population seulement respectent les directives en matière d'alimentation saine

Les divergences en matière d'alimentation saine entre les segments démographiques ont des incidences sur la santé de ces sous-groupes et soulèvent des questions au sujet de leur équité et de l'accès à des aliments sains. D'après nos conclusions, des solutions innovantes sont nécessaires (tant au niveau politique qu'au niveau communautaire) pour répondre aux besoins uniques et variés de notre population.

Les politiques et les stratégies d'intervention se sont axées sur les habitudes alimentaire saines et l'insécurité alimentaire

L'encouragement d'une alimentation saine est influencé par plusieurs acteurs clés, notamment le gouvernement, les banques alimentaires ainsi que les fabricants et distributeurs de denrées alimentaires. Vous retrouverez ci-dessous un résumé de leurs progrès, ainsi que les implications d'initiatives clés.

Principaux acteurs

Gouvernement

Les directives fédérales, et en particulier le Guide alimentaire canadien (GAC), ont joué un rôle essentiel pour façonner la manière dont les gens et les organisations pensent à l'alimentation saine au Canada. Le GAC est né en 1942, date à laquelle s'identifiait six groupes d'aliments et on encourageait la consommation d'aliments sains. Ce guide a par la suite évolué pour inclure des recommandations sur la consommation modérée de matières grasses, de sel et de sucre en 1982 (illustration n° 8). En 2007, le guide a commencé à donner des conseils ciblant des groupes spécifiques, comme les enfants et les personnes âgées. En 2019, les recommandations ont commencé à inclure des suggestions pour adopter des habitudes alimentaires plus saines, comme faire davantage à manger soi-même, manger ensemble et intégrer des aliments d'origine végétale dans son régime alimentaire. La stratégie d'alimentation saine pour 2019 vise à aider les Canadiens à faire des choix plus sains de différentes manières, notamment en améliorant les renseignements sur l'alimentation saine et en renforçant l'accessibilité et la disponibilité des aliments nutritifs.⁵⁹ Plus récemment, le gouvernement a également proposé des efforts pour limiter les publicités de nourritures et de boissons ciblant les enfants à travers le Projet de loi S-228 (illustration n° 8).

Banques alimentaires

Tandis que les politiques à l'échelle de la population ont le pouvoir d'exercer un impact sur ceux qui ont la possibilité de choisir les aliments qu'ils consomment, les organisations communautaires ont pris conscience de l'importance de l'accessibilité aux denrées alimentaires. Depuis la création de l'Association Canadienne des Banques Alimentaires, qui porte aujourd'hui le nom de Banques Alimentaires Canada, en 1987, plus de 700 banques alimentaires ont vu le jour au Canada pour les habitants qui ne disposent pas des revenus suffisants ou n'ont pas la possibilité d'accéder à des denrées alimentaires nutritives (illustration n° 8). L'organisme Banques Alimentaires Canada agit sous la forme d'une coalition de banques alimentaires aux quatre coins du pays et les regroupe en réseau à travers le Système National de Partage des Aliments et le rapport annuel Bilan-Faim. Récemment, plus de banques alimentaires ont déployé des efforts pour accroître la distribution de denrées alimentaires fraîches et saines.⁶⁰

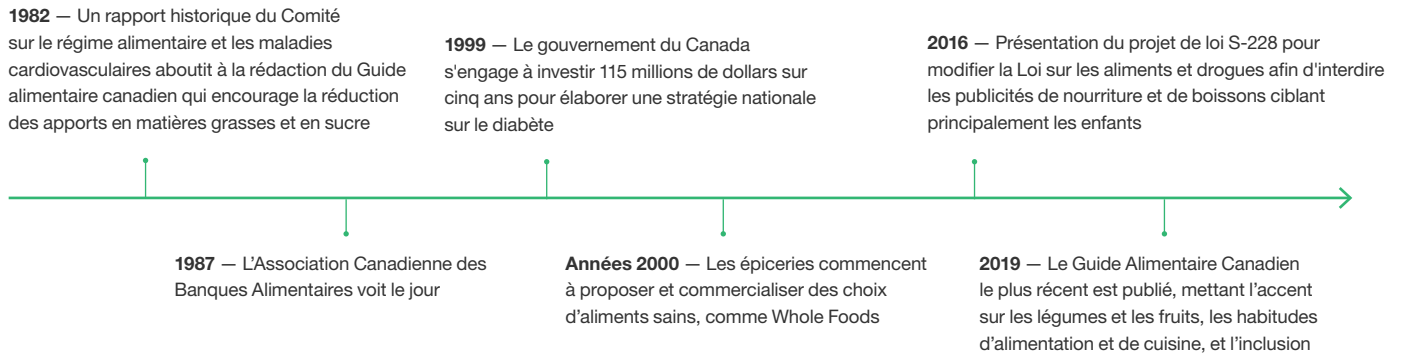
Fabricants, distributeurs et revendeurs de denrées alimentaires

Les entreprises qui fabriquent, distribuent et commercialisent les denrées alimentaires collaborent avec les épiceries qui revendent la nourriture pour déterminer l'accessibilité physique et financière aux denrées alimentaires pour les Canadiens. Cela s'explique par le fait que le taux d'alimentation saine au Canada est très étroitement lié à un autre problème : l'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire se définit par le manque d'accessibilité en quantité suffisante de denrées alimentaires abordables et nutritives. À travers le pays, les communautés les plus touchées ont été classées comme « déserts alimentaires » : des régions où il est difficile d'acheter des produits frais à des prix abordables. Bien souvent, les déserts alimentaires se situent dans les communautés composées de personnes ayant un faible statut socio-économique ou les communautés autochtones. Les études menées à ce sujet révèlent une corrélation évidente entre l'insécurité alimentaire et certaines maladies chroniques, comme le diabète.⁶¹

Les décisions prises par les fabricants, les distributeurs et les détaillants dans la chaîne d'approvisionnement alimentaire, comme les points de vente des denrées alimentaires, les prix et les emplacements, ont un impact considérable sur l'existence des déserts alimentaires, et par conséquent, sur les aliments que les Canadiens peuvent consommer, ou non.^{62, 63} À titre d'exemple, les membres des peuples autochtones du nord rencontrent avec des prix dans les épiceries plusieurs fois supérieurs aux prix des épiceries situées dans d'autres régions du Canada, ce qui porte préjudice aux personnes n'ayant pas les revenus suffisants pour se procurer des aliments frais et sains.⁶⁴

La chronologie présentée ci-dessous récapitule les principales activités et étapes en matière d'alimentation saine au Canada.

Illustration n° 8. Principales politiques et mesures adoptées pour promouvoir une alimentation saine chez les Canadiens, par ordre chronologique depuis 1982.^{65, 66, 67, 68, 69, 70}



Il faudra plus que des lignes directrices et la distribution de denrées alimentaires pour répondre au problème de mauvaises habitudes alimentaires. Une collaboration entre le gouvernement et les secteurs privé et social est essentielle pour veiller à ce que les Canadiens souhaitent et puissent manger plus sainement aujourd'hui. Nous résumons ci-dessous les principes sur lesquels devraient se fonder les nouvelles initiatives.

Comblent les lacunes pour une population canadienne qui mange plus sainement

1. Mettre les facteurs sociaux de la santé au premier plan

Comme l'activité physique, le modèle socio-écologique peut être employé pour expliquer la forte corrélation entre le statut socio-économique et les taux d'alimentation saine. Il existe un besoin croissant d'intégrer ce modèle aux études sur les denrées alimentaires et la nutrition, afin que l'écart qui se creuse entre l'alimentation, l'obésité et des maladies chroniques avec les groupes souffrant, ou non, d'insécurité alimentaire, soit comblé. Aller au-delà de la distribution de denrées alimentaires en résolvant les causes systématiques d'insécurité alimentaire, notamment le niveau de revenu et l'accessibilité, est essentiel pour engendrer un changement radical. Certains centres communautaires d'alimentation s'intéressent à des approches universelles qui ciblent en même temps la distribution de denrées alimentaires et les facteurs sociaux à travers l'intégration d'espaces communautaires et le plaidoyer.⁷¹

2. Distribuer des denrées alimentaires au-delà des banques alimentaires et des épiceries

Nous pouvons en faire plus pour les groupes de la population qui n'ont pas beaucoup de choix quant à leur consommation d'aliments, comme les enfants. Le Canada est l'un des seuls pays industrialisés à ne pas avoir de programme national sur l'alimentation scolaire et a récemment été classé 37e, parmi 41 pays, concernant l'accès des enfants à une alimentation saine.⁷² Des programmes ciblés qui distribuent des denrées alimentaires saines directement à des groupes bien précis, comme les jeunes écoliers partout au pays, ont le potentiel d'aider les Canadiens à manger plus sainement aujourd'hui et à adopter de meilleurs comportements alimentaires demain.⁷³

3. Collaborer pour encourager des habitudes alimentaires plus saines

Il existe une opportunité de collaboration entre le gouvernement, le secteur social et le secteur privé pour fournir un meilleur accès à des aliments plus sains et inciter le changement de comportement. À titre d'exemple, des consultants ont travaillé en collaboration avec des employés des banques alimentaires pour (1) augmenter l'approvisionnement et la gamme de denrées alimentaires saines disponibles à la population qui souffre d'insécurité alimentaire, et (2) améliorer la qualité nutritionnelle des aliments choisis par les gens par l'entremise d'un tri, d'un groupement et d'un positionnement stratégiques de différents types d'aliments dans le garde-manger.^{74, 75}

L'impact potentiel à l'échelle sociale et économique se trouve dans les chiffres :

- Selon les projections, les boissons sucrées vont provoquer 63 321 décès de plus et 624 856 nouveaux cas de diabète de type 2 dans 24 prochaines années⁷⁶
- Si chaque personne consommait une demi-portion de plus conformément aux recommandations du Guide alimentaire canadien pour chaque groupe d'aliments, le fardeau économique estimé lié aux mauvaises habitudes alimentaires serait inférieur de 4,9 milliards de dollars, pour s'établir à 8,9 milliards de dollars^{77, 78}

Tabagisme :

nous fumons moins, mais le vapotage et l'usage chronique du tabac perdurent



Pour terminer, ce rapport s'intéresse à la prévalence du tabagisme au Canada, qui représente le troisième indicateur de santé préventive. En 2018, 16 % des Canadiens se considéraient comme fumeurs, ce qui faisait du Canada un leader parmi les nations semblables à la nôtre.⁷⁹ Néanmoins, les taux d'usage de la cigarette n'ont pas vraiment évolué ces dix dernières années, ce qui laisse penser qu'il reste du chemin à parcourir dans les programmes de prévention du tabagisme et de désaccoutumance au tabac.⁸⁰

De plus, la consommation de produits alternatifs à la cigarette, notamment les cigarettes électroniques, progresse. Malgré la rareté des données sur les taux de vapotage et les incidences connexes sur la santé, des enquêtes en ligne ont démontré que les **taux de vapotage chez les jeunes âgés de 16 à 19 ans avaient augmenté, passant de 8,4 % en 2017 à 14,6 % en 2018,⁸¹ soit une hausse de 73 %.**

Ainsi, la consommation de produits à base de nicotine reste un enjeu majeur, et non un problème du passé.

Le Canada doit faire mieux pour les personnes à faible revenu et les groupes autochtones

En ventilant l'usage du tabac par segment démographique, nous pouvons identifier les points d'intérêt sur lesquels les programmes de cessation tabagique devraient cibler leurs efforts : ⁸²

Illustration n° 9. Prévalence des fumeurs actuels au Canada par âge, statut socio-économique, sexe (2018) et appartenance aux peuples autochtones (2014)^{83, 84, 85}

9.1 Prévalence du tabagisme par tranche d'âge (en %)

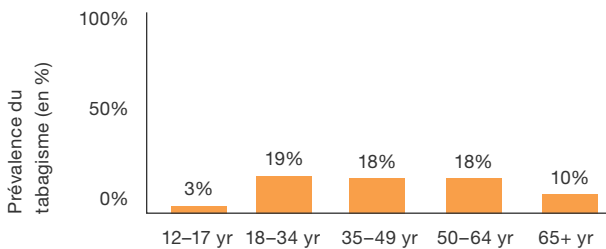


Illustration n° 9.1 :

la prévalence du tabagisme est nettement inférieure chez les jeunes (12 à 17 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus), avec des pourcentages respectifs de 3 % et 10 %

9.2 Prévalence du tabagisme par statut socio-économique (en %)

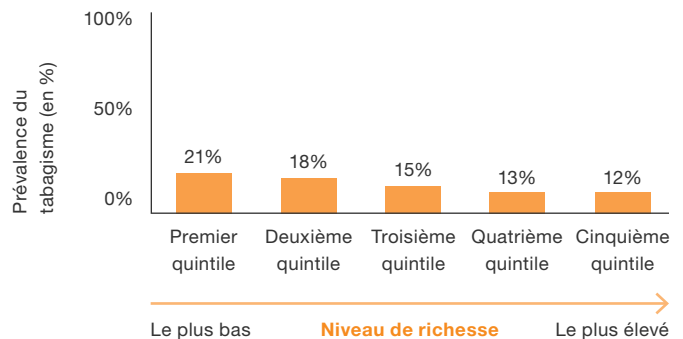


Illustration n° 9.2 :

l'usage du tabac est plus fréquent chez les personnes à faible revenu, avec des taux pouvant différer jusqu'à 9 %

9.3 Prévalence du tabagisme par sexe (en %)

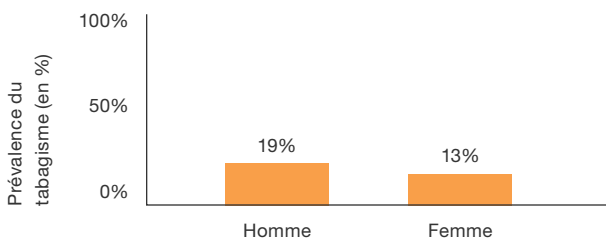


Illustration n° 9.3 :

les hommes fument plus que les femmes (respectivement 19 % contre 13 %)

9.4 Prévalence du tabagisme par communauté autochtone (en %)

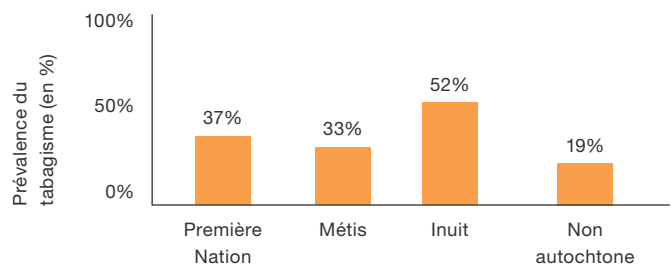


Illustration n° 9.4 :

la prévalence du tabagisme est nettement supérieure au sein des populations autochtones par rapport aux populations non autochtones, avec des taux d'usage du tabac pouvant atteindre 52 % chez les communautés inuites du Nord

Les personnes à faible revenu et celles qui se reconnaissent comme Autochtones sont moins inclinés à arrêter de fumer. Pour garantir leur efficacité, les politiques et les stratégies d'intervention doivent tenir compte de ces disparités.

Les politiques et les mesures se sont axées sur la limitation de l'accès et des publicités

La prévention du tabagisme et la cessation tabagique sont impactés par plusieurs facteurs; les stratégies d'intervention se sont principalement axées sur la limitation de l'accès aux cigarettes et des publicités, en particulier auprès des populations vulnérables comme les enfants.

Principaux acteurs

Gouvernement

La législation fédérale, comme la Loi sur le tabac et les produits de vapotage, définit un cadre légal que les provinces et les territoires peuvent adapter pour encourager la prévention du tabagisme et la désaccoutumance au tabac.⁸⁶ Plus particulièrement, le Canada a adopté des lois sur le tabagisme en mettant l'accent sur trois axes majeurs : (1) limiter l'usage du tabac dans les lieux publics, (2) faire appliquer des règles strictes en matière de commercialisation, d'emballage et de contenu, et (3) régir les modalités et les lieux d'achat du tabac.⁸⁷ Plus récemment, les organismes gouvernementaux ont également joué un rôle majeur dans le financement et l'élaboration de stratégies sur le tabagisme et le vapotage. La stratégie canadienne sur le tabac de 2018 définit des objectifs ambitieux pour réduire le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035.⁸⁸

Médias et agences de presse

Historiquement, les médias ont joué un rôle dans l'encouragement du tabagisme, en établissant des normes culturelles selon lesquelles c'était « cool » et « à la mode » de fumer des cigarettes. Plus récemment, des entités comme les influenceurs sur les réseaux sociaux ont fait la même chose pour les cigarettes électroniques. Pourtant, les médias ont aussi joué un rôle majeur pour inciter les citoyens à arrêter de fumer. Les médias canadiens, comme la Société Radio-Canada, ont récemment pris des positions courageuses envers les dangers possibles du vapotage et son taux d'adoption élevé par les jeunes, afin de tenir informés les Canadiens au sujet des évolutions liées à la réglementation sur le vapotage.⁸⁹

Organisations nationales

Pour les fumeurs chroniques qui cherchent du soutien pour arrêter de fumer, des organisations nationales ont adopté des mesures à l'échelle de la population. En 2000, la Société Canadienne du Cancer a mis en place la ligne Téléassistance pour fumeurs afin d'informer ces derniers sur les plans personnels pour arrêter de fumer et les ressources disponibles au sein de leur communauté. Depuis que le numéro de la ligne Téléassistance pour Fumeurs a été apposé sur les paquets de cigarettes, les appels ont augmenté de 160 %.⁹⁰

La chronologie figurant ci-dessous récapitule les principales politiques et stratégies d'intervention axées sur la prévention du tabagisme et la cessation tabagique.

Illustration n° 10. Principales politiques et stratégies d'intervention adoptées pour lutter contre le tabagisme chez les Canadiens, par ordre chronologique depuis 1988^{91, 92, 93, 94}

1988 — La Loi sur la santé des non-fumeurs interdit de fumer dans les milieux de travail fédéraux et les transports en commun

1993 — La Loi sur la vente du tabac aux jeunes interdit aux personnes de moins de 18 ans (16 ans auparavant) d'acheter des produits à base de tabac

2012 — Les mises en garde relatives à la santé recouvrent désormais 75 % de la face avant d'un paquet de cigarettes

1988/89 — La Loi réglementant les produits du tabac interdit la publicité et des mises en garde sanitaires doivent être apposées sur les paquets

2004 — Début des interdictions provinciales sur l'usage du tabac dans les lieux publics clos

2018 — La Loi sur le tabac et les produits de vapotage est modifiée pour protéger les jeunes de l'addiction à la nicotine, tout en permettant aux adultes d'accéder à des produits de vapotage en guise d'alternative au tabagisme

Même si nous avons réalisé d'importants progrès, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour garantir un certain équilibre en termes de taux de cessation tabagique sur le territoire canadien. Cela commence par des stratégies d'intervention qui tiennent compte de l'influence croissante des produits alternatifs du tabac, tout en faisant face à la gravité du problème chez certains groupes démographiques.⁹⁵ Nous avons identifié ci-dessous quelques paramètres à prendre en compte pour de telles stratégies d'intervention.

Comblers les lacunes pour un Canada sans fumée

1. En faire plus pour les communautés autochtones et les personnes ayant un faible statut socio-économique

Les taux de tabagisme démesurément élevés chez les communautés autochtones et les personnes ayant un faible statut socio-économique laissent sous-entendre que des stratégies d'intervention ciblées sont nécessaires pour habilitier les populations les plus touchées pour arrêter de fumer. Des stratégies d'intervention comme des campagnes de lutte contre le tabagisme peuvent ne pas s'adresser à toutes les communautés, notamment celles qui ne partagent pas la langue et la culture dominantes du pays, ou celles qui rencontrent des difficultés à accéder aux programmes et ressources. Des mesures ciblées et appropriées d'un point de vue culturel, qui bénéficient aux gens là où ils se trouvent et répondent aux facteurs sociaux de la santé, notamment les revenus et l'hébergement, constituent des étapes essentielles pour réduire les difficultés qui empêchent les gens d'arrêter de fumer.⁹⁶ Les approches pourraient notamment tirer profit des prestataires existants de services sociaux pour fournir une aide communautaire au cessation tabagique.⁹⁷

2. S'engager à long terme et sans réserve

En moyenne, entre 8 et 11 tentatives sont nécessaires pour arrêter de fumer pour de bon.⁹⁷ Pour les fumeurs chroniques ayant essayé arrêter de fumer au tabac à plusieurs reprises, il a été démontré que les stratégies d'intervention fournissant un soutien continu et une responsabilisation, en association avec des efforts cliniques liés à des produits de substitution à la nicotine, sont les plus efficaces à long terme.^{99, 100}

3. Intervenir contre le vapotage dès maintenant

L'Enquête Canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 a révélé qu'un élève sur cinq de la 7e à la 12e année avait utilisé un produit de vapotage au cours des 30 derniers jours.¹⁰¹ Des réglementations qui limitent l'accès et l'attrait des produits de vapotage aux jeunes, en plus de stratégies d'intervention qui instruisent les jeunes sur les dangers du vapotage, sont nécessaires pour que ce chiffre diminue. Les programmes scolaires peuvent être un bon endroit pour débiter.¹⁰² Le recours aux cigarettes électroniques pourrait se transformer en crise de santé publique si aucune mesure n'est prise dès maintenant.

L'impact potentiel à l'échelle sociale et économique se trouve dans les chiffres :

- L'usage de la cigarette est à l'origine de 90 % de tous les décès dus à un cancer du poumon et de 80 % de tous les décès dus à une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)¹⁰³
- En 2012, le tabagisme a représenté 6,5 milliards de dollars de dépenses pour les soins de santé directs¹⁰⁴



Appel à l'action:

Essayons de nouveaux modèles pour s'attaquer aux vieux problèmes de santé

Nous devons accélérer les solutions qui fonctionnent 27

Nous devons amplifier la collaboration multisectorielle 29

Présentation du programme Horizons Santé: accélérer les solutions qui fonctionnent dans la santé publique 30

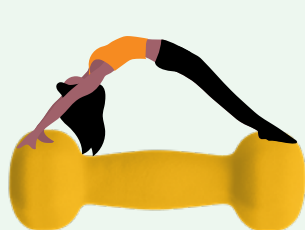




Ce rapport indique que nous connaissons la situation au Canada en matière de santé publique. Nous savons que les problèmes de santé publique empirent, au lieu de s'améliorer.

Ces trois facteurs de risque vont continuer à exacerber la prévalence des maladies chroniques et de leurs traitements respectifs, ce qui finiront par coûter aux contribuables canadiens plus de 190 milliards de dollars par an.¹⁰⁹

Nous savons que les politiques et les stratégies d'intervention actuelles ne suffisent pas. **Nous savons** que des lacunes doivent être comblées pour intégrer efficacement les facteurs sociaux de la santé, l'adoption pérenne d'habitudes alimentaires saines et l'accès accru pour les groupes de population marginalisés à l'écosystème actuel de santé publique. Et si nous ne comblons pas ces lacunes, **nous savons** que les taux de maladies chroniques vont augmenter à l'avenir.



Plus de 40% des Canadiens n'ont pas respecté les niveaux d'activité physique recommandés.¹⁰⁵



Plus de 70 % des Canadiens ne consomment pas de portions adéquates de fruits et légumes, soit une hausse de 15 % au cours des dix dernières années.¹⁰⁶



16 % des Canadiens continuent de fumer alors que la cigarette est la principale cause évitable de décès, et les étudiants ont de plus en plus recours aux produits de vapotage.^{107, 108}

Nous devons accélérer les solutions qui fonctionnent

Il existe des solutions à ces enjeux de santé publique : mettre en place des stratégies d'intervention qui vont au-delà des politiques et des campagnes éducatives pour encourager l'adoption d'habitudes alimentaires saines, tenir compte des facteurs sociaux essentiels de la santé et sensibiliser les communautés qui ne sont pas visées par les programmes à l'échelle de la population. Ces stratégies d'intervention manquent toutefois des ressources et du financement nécessaires pour accroître l'ampleur de leur impact. La nouvelle approche offrant un potentiel élevé consiste à accélérer les solutions qui fonctionnent.

Après avoir discuté avec des experts en santé publique à travers le pays et étudié les solutions qui fonctionnent en santé publique, nous avons été heureux de découvrir certains modèles pouvant se développer et ayant un impact élevé. Ces modèles, à la fois innovants et éprouvés, à but lucratif et sans but lucratif, démontrent qu'il est possible de combler les lacunes ayant empêché jusqu'à maintenant les Canadiens de faire plus d'exercice, d'être moins assis, de manger plus sainement et de cesser de fumer.

Nous sommes enthousiasmés par...

Les stratégies d'intervention basées sur les groupes créent des boucles de rétroaction positives, aident à bâtir le capital social et renforcent la responsabilisation

Le potentiel

« Les groupes eux-mêmes offrent des bienfaits thérapeutiques [...] en soutenant les engagements des patients avec des supports de programmes et en contribuant à une meilleure santé et un bien-être accru »

— How group-based Interventions can Improve Services for People with Severe Obesity (2019)¹¹¹

Les stratégies d'intervention qui répondent aux facteurs sociaux de la santé, tels que les revenus et l'accessibilité, pour encourager des comportements sains

« Il est de plus en plus admis que pour améliorer la santé de la population, l'équité en matière de santé doit devenir une priorité dans le secteur de la santé, et des mesures visant à réduire les disparités doivent être intégrées aux programmes et aux services de santé. »

— Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals (2016)¹¹²

Les stratégies d'intervention qui tirent profit de la ludification pour faire évoluer les comportements individuels

« Un examen de 24 études empiriques sur l'effet de la ludification a été réalisé : la majeure partie de ces études faisaient état d'effets positifs et de bienfaits induits par la ludification. »

— Does Gamification work? Literature Review of Empirical Studies on Gamification (2014)¹¹³

Les stratégies d'intervention qui collaborent avec les acteurs clés pour leur permettre de bâtir des environnements plus sains et d'offrir des choix plus sains

« Les partenariats collaboratifs constituent une stratégie particulièrement attrayante pour faire évoluer les comportements à l'échelle communautaire, en raison de leur approche multisectorielle et à composantes multiples pour modifier les environnements qui établissent et maintiennent les comportements »

— A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health (2000)¹¹⁴

Les stratégies d'intervention qui ciblent les enfants et les jeunes en mettant l'accent sur la prévention, en particulier dans les écoles

« Il existe de nombreux éléments factuels qui confirment que les stratégies d'intervention scolaires impliquant la famille ou la communauté et les stratégies d'intervention à composantes multiples peuvent augmenter l'activité physique chez les adolescents »

— Effects of School-based Health Promotion Intervention on Health Behaviors among School Adolescents in North Lima and Callao, Peru (2018)¹¹⁵

Les stratégies d'intervention qui adoptent une approche sur mesure pour des groupes de population cibles, tels que les populations autochtones et les personnes âgées, qui ne sont pas visés par les programmes à l'échelle de la population

« Un programme de mode de vie sain approprié d'un point de vue culturel et mené par des pairs a permis de réduire la prise de poids et d'améliorer les connaissances en matière de mode de vie sain chez des enfants vivant dans une Première Nation isolée, et ce de manière rentable »

— Peer Mentoring for Type 2 Diabetes Prevention in First Nations Children (2014)¹¹⁶

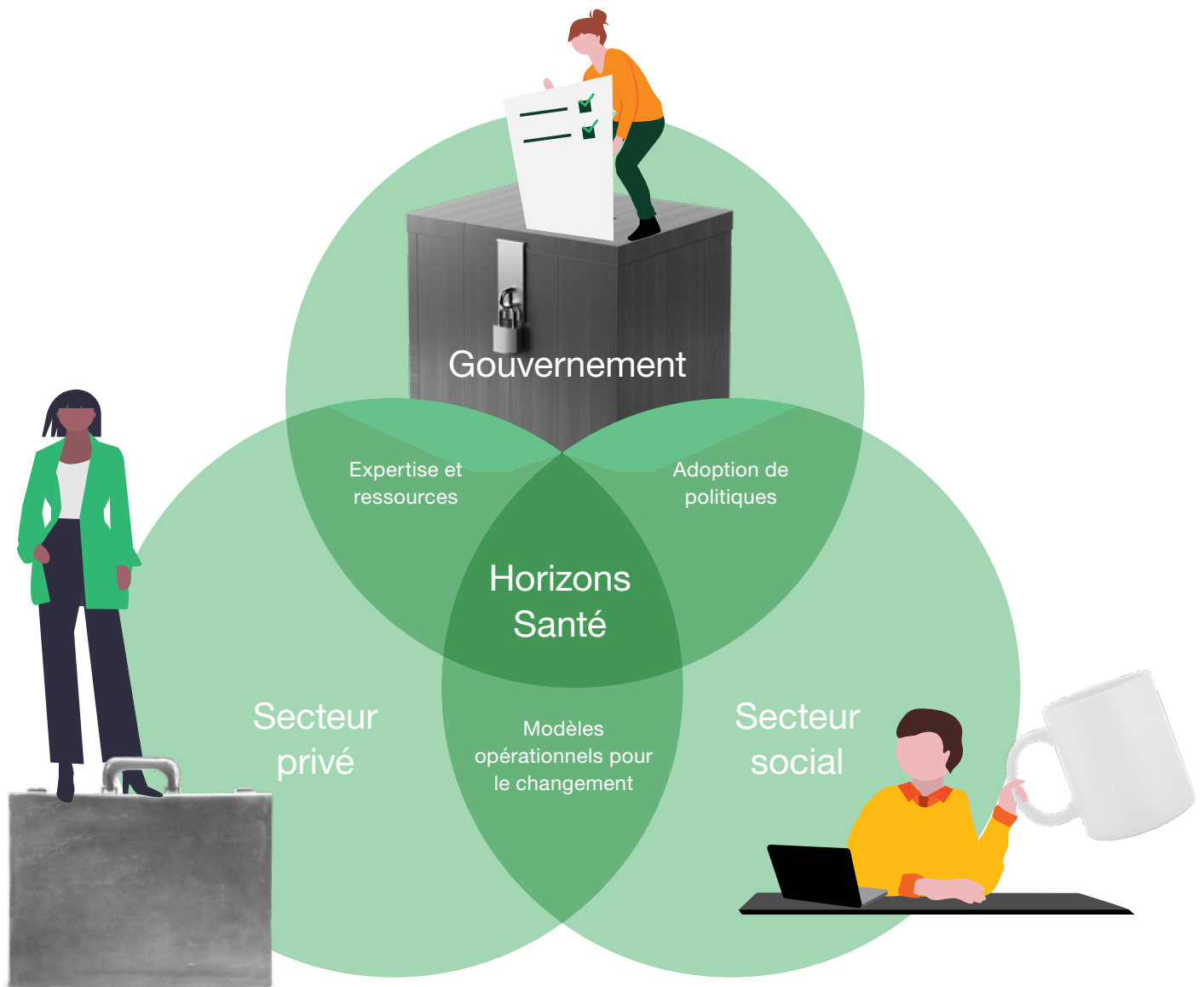
Nous devons amplifier le pouvoir de la collaboration

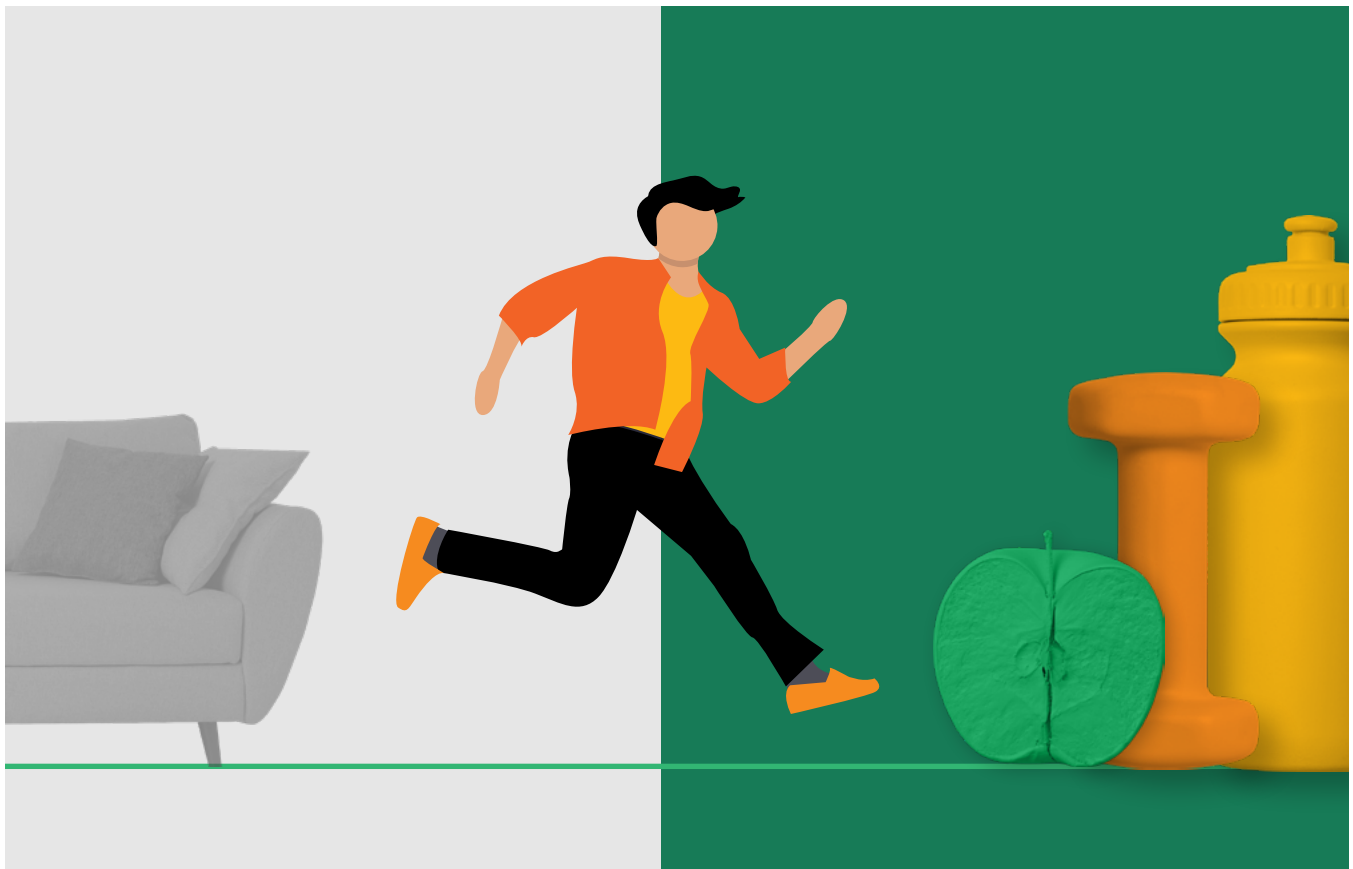
Pour développer ce qui fonctionne, il est essentiel d'avoir des engagements collaboratifs intra- et intersectoriels. Les acteurs clés des secteurs privé, social et public ont tous un rôle majeur à jouer pour trouver un remède aux problèmes de santé publique au Canada et travailler main dans la main pour maximiser leur impact.

Le gouvernement et le secteur privé peuvent fournir leur expertise et des ressources pour déployer des stratégies d'intervention innovantes en santé publique. Le secteur privé et le secteur social

peuvent créer des modèles opérationnels pour le changement qui sont à la fois pérennes, factuels et efficaces, pour que les promesses liées à l'impact et aux recettes puissent être tenues. Le secteur social et le gouvernement peuvent collaborer pour adopter des politiques qui reposent sur les besoins de chaque Canadien.

Tout commence par la volonté de créer un changement systémique et de proposer un avenir plus sain à tous les Canadiens, quelles que soient leurs origines ou leur situation personnelle.





Présentation du programme Horizons Santé : accélérer les solutions qui fonctionnent dans la santé publique

LEAP | Pecaut Centre for Social Impact (LEAP) a la vision audacieuse de collaborer avec tous les secteurs et nous sommes ravis de présenter Horizons Santé : accélérer les solutions qui fonctionnent dans la santé publique.

Horizons Santé est un accélérateur de cinq ans, financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Nous utiliserons un processus rigoureux fondé sur les données afin de sélectionner et de mettre à l'échelle 11 entreprises

sociales canadiennes proposant des solutions innovantes et à fort impact reliées à la prévention des maladies chroniques. LEAP fournira aux entreprises sélectionnées un financement, un encadrement et un accès aux ressources du secteur privé afin de développer et de renforcer ce qui fonctionne dans la prévention des maladies chroniques.

Vous faites partie d'une entreprise d'investissement social passionnée par les questions de santé publique et souhaitant offrir aux Canadiens un avenir en meilleure santé?

Vous souhaitez vous associer avec nous pour développer les solutions qui fonctionnent dans la santé publique?

Pour en savoir plus, visitez
leap-pecautcentre.ca/horizonssante



Liste de références



1. Elmslie, K. Against the Growing Burden of Disease. Agence de la santé publique du Canada. Données issues de la page Web : <http://www.csih.org/sites/default/files/resources/2016/10/elmslie.pdf>
2. Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. (2017). Proposition pré-budgétaire (2018) au Comité permanent des finances de la Chambre des communes. Données issues de la page Web <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/FINA/Brief/BR9073636/br-external/ChronicDiseasePreventionAllianceOfCanada-e.pdf>
3. Statistique Canada. (2003/2004, 2005, 2007/2008, 2009/2010, 2011/2012, 2013/14, 2015, 2016, 2017, 2018). L'Enquête sur la santé dans les collectivités Canadiennes (ESCC). Données issues de Statistique Canada: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>
4. Statistique Canada. (2003-2012). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Données issues de Statistique Canada: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=21979>
5. Statistique Canada. (2013, 2015, 2017). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD). Données issues de Statistique Canada: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440>
6. Bureau d'études de Statista. (2019). China: distribution of the workforce across economic sectors 2018. Données issues de la page Web <https://www.statista.com/statistics/270327/distribution-of-the-workforce-across-economic-sectors-in-china/>
7. Plecher, H. (2020). Russia - Distribution of the workforce across economic sectors. Données issues de la page Web <https://www.statista.com/statistics/271373/distribution-of-the-workforce-across-economic-sectors-in-russia/>
8. Randstad. (date inconnue). Statistics about industrial jobs in Canada that you should be aware of. Données issues de la page Web <https://www.randstad.ca/job-seeker/career-resources/working-in-canada/statistics-about-industrial-jobs-in-canada-that-you-should-be-aware-of/>
9. Muntner, P., Gu, D., Wildman, R. P., Chen, J., Qan, W., Whelton, P. K. et He, J. (2005). Prevalence of Physical Activity Among Chinese Adults: Results From the International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1631–1636. DOI : 10.2105/aiph.2004.044743
10. Organisation mondiale de la Santé. (2018). Spain - Physical activity factsheet (2018). Données issues de la page Web <http://www.euro.who.int/en/countries/spain/data-and-statistics/spain>
11. Martin-Diener, E. et Kahlmeier, S. (date inconnue). Physical activity in Switzerland: key facts and policies. Données issues du document publié à l'adresse URL suivante : https://ephepa.medsci.ox.ac.uk/wp-content/uploads/2017/12/HEPA_PAT_dissem_template-Switzerland_final.pdf
12. Organisation mondiale de la Santé. (2018). Insufficient Physical Activity: Prevalence of insufficient physical activity among adults, ages 18+, 2016: Both sexes [carte interactive]. Données issues de la page Web [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(age-standardized-estimate)-(-))
13. Organisation mondiale de la Santé. (2018). Insufficient Physical Activity: Prevalence of insufficient physical activity among adults, ages 18+, 2016: Both sexes [fichier de données]. Données issues de la page Web <https://apps.who.int/gho/data/view.main.2463>
14. Vanderlee, L., Goorang, S., Karbasy, K., Schermel, A. et L'Abbé, M. (2017). Creating healthier food environments in Canada: Current policies and priority actions. (L. Pauw, Ed.). Toronto, ON : Food EPI Canada
15. Zagorsky, J.L. et Smith, P.K. (2017). The association between socioeconomic status and adult fast-food consumption in the US. *Economics and Human Biology*, 27(Pt A) : 12-25. DOI : 10.1016/j.ehb.2017.04.004.
16. Schulze, M. B., Martínez-González, M. A., Fung, T. T., Lichtenstein, A. H. et Forouhi, N. G. (2018). Food based dietary patterns and chronic disease prevention. *Bmj*. DOI : 10.1136/bmj.k2396
17. Ritchie, H. et Roser, M. (2020). Vegetable consumption per capita, 2017 [carte interactive et fichier de données]. Données issues de la page Web <https://ourworldindata.org/diet-compositions>
18. Ritchie, H. et Roser, M. (2020). Fruit consumption per capita, 2017 [carte interactive et fichier de données]. Données issues de la page Web <https://ourworldindata.org/diet-compositions>
19. TobReg. (2005). Best Practices in Tobacco Control: Regulations of Tobacco Products Canada Report. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.
20. Tobacco Control Laws. (Date inconnue). Legislation by Country: India. Données issues de la page Web <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/india/summary>
21. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. (2017). New anti-smoking law in Brazil. Données issues de la page Web https://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2014/bra_topstory/en/
22. Tobacco Control Laws. (Date inconnue). Legislation by Country: Mexico. Données issues de la page Web <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/mexico/summary>
23. Tobacco Control Laws. (Date inconnue). Legislation by Country: Canada. Données issues de la page Web <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/canada/summary>
24. Tobacco Atlas. (Date inconnue). Canada. Données issues de la page Web <https://tobaccoatlas.org/country/canada/>
25. ibid
26. Mcdonald, J. (date inconnue). Vaping Laws: Where on Earth Are Vapes Banned or Restricted? Données issues de la page Web <https://vaping360.com/learn/countries-where-vaping-is-banned-illegal/>
27. Ritchie, H. et Roser, M. (2020). Share of Adults Who Smoke, 2016 [carte interactive et fichier de données]. Données issues de la page Web <https://ourworldindata.org/smoking>
28. Organisation mondiale de la Santé. (2011). New physical activity recommendations for reducing disease and prevent deaths. Données issues de la page Web https://www.who.int/chp/media/news/releases/2011_2_physicalactivity/en/

29. Remarque : les données liées à l'activité physique chez la population autochtone ont été recueillies pour l'année 2014, alors que les autres données ont été estimées pour 2018; les taux d'activité physique ne correspondront pas exactement entre les graphiques.
30. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0096-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
31. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0097-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, selon le quintile de revenu du ménage et le plus haut niveau de scolarité du ménage. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009701-fra>
32. Statistique Canada. (2014). Tableau 13-10-0099-01 – Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le sexe, taux normalisé selon l'âge, estimations de quatre ans. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009901-fra>
33. Ville de Vancouver. (Date inconnue). Active living and getting outside. Données issues de la page Web <https://vancouver.ca/people-programs/active-living-and-getting-outside.aspx>
34. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (Date inconnue). Sautons en cœur. Données issues de la page Web https://secure-support.heartandstroke.ca/site/SPageServer/?pagename=jump_home&s_locale=fr_CA
35. Wood, L., Tam, S., Macfarlane, R., Fordham, J., Campbell, M. et McKeown, D. (2011). Healthy Toronto by Design. Toronto, ON : Bureau de santé publique de Toronto.
36. SCPE. (Date inconnue). Directives Canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans. Données issues de la page Web <https://csepguidelines.ca/fr/adults-18-64/>
37. ParticipACTION. (Date inconnue). allezHOP. Données issues de la page Web <https://www.participaction.com/fr-ca/programmes/allezhop>
38. Statistique Canada. (2019). Suivi des niveaux d'activité physique des Canadiens, 2016 et 2017. Données issues de la page Web <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190417/dq190417g-fra.htm>
39. Gouvernements fédéraux, provinciaux, territoriaux (2018). Une Vision commune pour favoriser l'activité physique et réduire la sédentarité au Canada : Soyons actifs. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soyons-actifs.html>
40. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. (2020). Overcoming Barriers to Physical Activity. Données issues de la page Web <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adding-pa/barriers.html>
41. À vélo sans âge. (Date inconnue). Le droit au vent dans les cheveux. Données issues de la page Web <https://avelosansage.ca/>
42. Institut canadien d'information sur la santé. (2019). Infographie : Perspectives de la population de personnes âgées au Canada : du jamais vu. Données issues de la page Web <https://www.cihi.ca/fr/infographie-perspectives-de-la-population-de-personnes-agees-au-canada-du-jamais-vu>
43. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. (2020). The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention | Violence Prevention | Injury Center | CDC. Données issues de la page Web <https://www.cdc.gov/violenceprevention/publichealthissue/social-ecologicalmodel.html>
44. Stalsberg, R. et Pedersen, A. (2018). Are Differences in Physical Activity across Socioeconomic Groups Associated with Choice of Physical Activity Variables to Report? International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(5), 922. DOI : 10.3390/ijerph15050922
45. Mitchell, M. S., Orstad, S. L., Biswas, A., Oh, P. I., Jay, M., Pakosh, M. T. et Faulkner, G. (2019). Financial incentives for physical activity in adults: systematic review and meta-analysis. British Journal of Sports Medicine. DOI : 10.1136/bjsports-2019-100633
46. Stewart, S. K., Johnson, D. C. et Smith, W. P. (2013). Bringing Bike Share to a Low-Income Community: Lessons Learned Through Community Engagement, Minneapolis, Minnesota, 2011. Preventing Chronic Disease, 10. DOI : 10.5888/pcd10.120274
47. Mailey, E. L., Huberty, J., Dinkel, D. et Mcauley, E. (2014). Physical activity barriers and facilitators among working mothers and fathers. BMC Public Health, 14(1). DOI : 10.1186/1471-2458-14-657
48. AYMP. (Date inconnue). The Aboriginal Youth Mentorship Program. Données issues de la page Web <http://www.jonmcgavock.com/aymp>
49. Le sport c'est pour la vie. (Date inconnue). Programmes de sports de qualité. Données issues de la page Web <https://sportpourelavie.ca/programmes-sports-qualite/>
50. Bounajm, F., Dinh, T. et Thériault, L. (2015). Moving Ahead: The Economic Impact of Reducing Physical Inactivity and Sedentary Behaviour. Alberta Centre for Active Living, 22(1). Données issues de la page Web <https://www.centre4activeliving.ca/news/2015/02/inactivity-sedentary-behaviour/>
51. ibid
52. Organisation mondiale de la Santé. (Date inconnue). Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts (rapport n° 916). Données issues de la page Web <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/summary/fr/>
53. Hung, H.-C., Joshipura, K. J., Jiang, R., Hu, F. B., Hunter, D., Smith-Warner, S. A. et Willett, W. C. (2004). Fruit and Vegetable Intake and Risk of Major Chronic Disease. JNCI Journal of the National Cancer Institute, 96(21), 1577–1584. DOI : 10.1093/jnci/djh296
54. Aljadani, H. M., Patterson, A., Sibbritt, D., Hutchesson, M. J., Jensen, M. E. et Collins, C. E. (2013). Diet Quality, Measured by Fruit and Vegetable Intake, Predicts Weight Change in Young Women. Journal of Obesity, 2013, 1–10. DOI : 10.1155/2013/525161
55. Remarque : les données liées au niveau de consommation de fruits et de légumes par la population autochtone ont été recueillies pour l'année 2014, alors que les autres données ont été estimées pour 2018. Les taux de consommation de fruits et de légumes ne correspondront pas exactement entre les graphiques.
56. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0096-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. Données issues de Statistique Canada : <https://https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
57. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0097-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, selon le quintile de revenu du ménage et le plus haut niveau de scolarité du ménage. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009701-fra>
58. Statistique Canada. (2014). Tableau 13-10-0099-01 – Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le sexe, taux normalisé selon l'âge, estimations de quatre ans. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009901-fra>

59. Santé Canada (date inconnue). Stratégie de Santé Canada en matière de saine alimentation. Données issues du site Web du Gouvernement du Canada, <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/vision-canada-en-sante/saine-alimentation.html>
60. Banques alimentaires Canada. (Date inconnue). Programmes : +Frais. Données issues de la page Web <https://www.foodbanksCanada.ca/Notre-%C5%93uvre/Programmes/Programme-de-jardins-communautaires.aspx>
61. Tait, C. A., L'Abbé, M. R., Smith, P. M., & Rosella, L. C. (2018). The association between food insecurity and incident type 2 diabetes in Canada: A population-based cohort study. *Plos One*, 13(5). doi: 10.1371/journal.pone.0195962
62. National Research Council (É.-U.). (2009). *The Public Health Effects of Food Deserts: Workshop Summary*. National Academies Press.
63. Khazan, Olga. (2017). Food Swamps are the New Food Deserts. *The Atlantic*, données issues de la page Web <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/12/food-swamps/549275/>
64. Galloway, Tracey. (2007). Canada's northern food subsidy Nutrition North Canada: a comprehensive program evaluation. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1). DOI : 10.1080/22423982.2017.1279451
65. Gouvernement du Canada. Historique des Guides alimentaires canadiens, de 1942 à 2007. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/contexte/historique-guide-alimentaire.html>
66. Banques alimentaires Canada. (Date inconnue). Qui sommes-nous? Données issues de la page Web <https://www.foodbanksCanada.ca/Qui-sommes-nous.aspx>
67. Agence de la santé publique du Canada. (Date inconnue). La Stratégie canadienne du diabète : historique, évolution et avenir. Données issues du site Web du Gouvernement du Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete/strategie-canadienne-diabete-historique-evolution-avenir.html>
68. Boss, Donna (2017). Whole Foods faces Canadian challenges, opportunities. *Supermarket News*, <https://www.supermarketnews.com/retail-financial/whole-foods-faces-canadian-challenges-opportunities>
69. Loi sur la protection de la santé des enfants, Lois révisées du Canada (2019, c. S-228). Données issues du site Web du parlement ouvert, <https://openparliament.ca/bills/42-1/S-228/>
70. Gouvernement du Canada. (Date inconnue) Guide alimentaire canadien. Données issues de la page Web <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/>
71. Centres communautaires d'alimentation du Canada. (Date inconnue). Programmes. Données issues de la page Web <https://cfccanada.ca/fr/Our-Work/Programs>
72. Adhopia, Vik. (2017). Why Canada could benefit from a national school food program. *CBC News*, données issues de la page Web <https://www.cbc.ca/news/health/school-food-1.4275520>
73. La Coalition pour une saine alimentation scolaire. (Date inconnue). Qui sommes-nous? Données issues de la page Web <https://www.sainealimentationscolaire.ca/lacoalition>
74. Caspie, CE., Canterbury, M., Carlson, S., Bain, J., Bohlen, L., Grannon, K., Peterson, H. et Kottke, T. A behavioural economics approach to improving healthy food selection among food pantry clients. *Public Health Nutrition*, 22(12), 2303-2313. DOI : 10.1017/S1368980019000405
75. SuperShelf. (Date inconnue). Home. Données issues de la page Web <https://www.supershelfmn.org/>
76. Jones, A., Veerman, J. et Hammond, D. (2017). The health and economic impact of a tax on sugary drinks in Canada. Université de Waterloo. Données issues de la page Web <https://crdcn.org/health-and-economic-impact-a-tax-sugary-drinks-canada>
77. Liefers, J., Ekwaru, JP., Ohinmaa, A. et Veugelers, P. (2018). The economic burden of not meeting food recommendations in Canada: The cost of doing nothing. *PLoS One*, 13(4). DOI : 10.1371/journal.pone.0196333
78. Les chiffres relatifs à la baisse du fardeau économique sont calculés à partir des coûts des soins de santé directs en raison de maladies chroniques induites par le régime alimentaire, comme les frais d'hospitalisation, les honoraires des médecins et les coûts liés aux produits pharmaceutiques, ainsi que des coûts indirects comme le manque à gagner dû à un handicap ou à un décès précoce.
79. Statistique Canada. (2019). Tabagisme, 2018. Données issues de la page Web <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00006-fra.htm>
80. Statistique Canada. (2003 – 2012). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Données issues du gouvernement du Canada : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/recherche/statistique-usage-tabac.html>
81. Société canadienne du cancer. (Date inconnue). Une étude conclut à une hausse spectaculaire de 74 % du taux de vapotage chez les jeunes au Canada. Données issues de la page Web <https://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2019/youth-vaping/?region=qc>
82. Remarque : les données liées au degré de tabagisme chez la population autochtone ont été recueillies pour l'année 2014, alors que les autres données ont été estimées pour 2018; le niveau de tabagisme ne correspondra pas exactement entre les graphiques.
83. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0096-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
84. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0097-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles, selon le quintile de revenu du ménage et le plus haut niveau de scolarité du ménage. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009701-fra>
85. Statistique Canada. (2014). Tableau 13-10-0099-01 – Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le sexe, taux normalisé selon l'âge, estimations de quatre ans. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009901-fra>
86. Santé Canada (2018). Loi sur le tabac et les produits de vapotage. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/lois-federales/loi-tabac-lois.html>
87. CBC News. (2011). A legal history of smoking in Canada. *CBC News*, données issues de la page Web <https://www.cbc.ca/news/health/a-legal-history-of-smoking-in-canada-1.982213>

88. Santé Canada (2018). Stratégie canadienne sur le tabac. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/canada-tobacco-strategy/overview-canada-tobacco-strategy-fra.pdf>
89. Crowe, Kelly (2019). The road to vaping. CBC News, données issues de la page Web <https://newsinteractives.cbc.ca/longform/the-road-to-vaping>
90. Société canadienne du cancer. (Date inconnue). La ligne Téléassistance pour fumeurs voit le nombre d'appels qu'elle reçoit monter après l'inclusion de son numéro sans frais. Données issues de la page Web <https://www.cancer.ca/fr-ca/about-us/for-media/media-releases/national/2016/surge-in-calls-to-smokers-helpline/?region=on>
91. Loi sur la santé des non-fumeurs, RSC 1985, c. 15 (14e suppl.)
92. Tobacco Control Laws. (Date inconnue). Legislation by Country: Canada. Données issues de la page Web <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/canada/summary>
93. Tobacco Labelling Resource Centre. (Date inconnue). Canada. Données issues de la page Web <https://tobaccolabels.ca/countries/canada/>
94. Santé Canada (2018). Loi sur le tabac et les produits de vapotage. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/lois-federales/loi-tabac-lois.html>
95. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. (2020). Overcoming Barriers to Physical Activity. Données issues de la page Web <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adding-pa/barriers.html>
96. Daoud, N., Jung, YE., Muhammad, AS., Weinstein, R., Qaadny, A., Ghattas, F., Khatib, M. et Grotto, I. (2018). Facilitators and barriers to smoking cessation among minority men using the behavioural-ecological model and Behaviour Change Wheel: A concept mapping study. PLoS One, 13(10). DOI : 10.1371/journal.pone.0204657
97. Zhang, B., Sleeper, B., Schwartz, R. et Chaiton, M. (2018). Smoking cessation interventions in Indigenous populations. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. Données issues de la page Web <https://www.otru.org/documents/smoking-cessation-interventions-in-indigenous-populations/>.
98. Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J., Bondy, S., Selby, P., Philipneri, A. et Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. BMJ Open, 6(6). DOI :10.1136/bmjopen-2016-011045
99. Wadgave, U. et Nagesh, L. (2016). Nicotine Replacement Therapy: An Overview. International journal of health sciences, 10(3): 425-435.
100. HealthLinkBC. (Date inconnue). Quitting Smoking: How Support Groups Can Help. Données issues de la page Web <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/aa153304>
101. Santé Canada. (2019). Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html>
102. O'Conner, S., Pelletier, H., Bayoumy, D. et Schwartz, R. (2019). Interventions to Prevent Harms from Vaping. Données issues de la page Web https://www.otru.org/wp-content/uploads/2019/05/special_vape_interventions.pdf
103. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. (Date inconnue). Smoking & Tobacco Use: Health Effects of Cigarette Smoking. Données issues de la page Web https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
104. Le Conference Board du Canada. (2012). Les coûts du tabagisme au Canada, 2012. Données issues de la page Web https://www.conferenceboard.ca/temp/64f8669d-0dea-420b-878b-93fcc9e3c749/9186_Costs-Tobacco-Use_RPT-FR.pdf
105. Statistique Canada. (2018). Tableau 13-10-0096-01 – Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. Données issues de Statistique Canada : <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>
106. ibid
107. Statistique Canada. (2019). Tabagisme, 2018. Données issues de la page Web <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00006-eng.htm>
108. Health Canada. (2019). Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019. Données issues de la page Web <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/2018-2019-summary.html>
109. Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. (2017). Proposition pré-budgétaire (2018) au Comité permanent des finances de la Chambre des communes. Données issues de la page Web <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/FINA/Brief/BR9073636/br-external/ChronicDiseasePreventionAllianceOfCanada-e.pdf>
110. Remarque : les stratégies d'intervention efficaces ne se cantonnent pas à celles figurant dans le tableau.
111. Swancutt, D., Tarrant, M. et Pinkney, J. (2019). How Group-Based Interventions Can Improve Services for People with Severe Obesity. Current obesity reports, 8(3), 333–339. DOI :10.1007/s13679-019-00348-y
112. Andermann, A. et CLEAR Collaboration (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. CMAJ : Canadian Medical Association journal = Journal de l'Association médicale canadienne, 188(17-18), E474–E483. DOI :10.1503/cmaj.160177
113. Hamari, J., Koivisto, J. et Sarsa, H. (2014). Does Gamification Work? -- A Literature Review of Empirical Studies on Gamification. 2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences: 3025-3034. Données issues de la page Web <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/6758978>.
114. Roussos, S. et Fawcett, S. (2000). A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. Annual Review of Public Health, 21:369-402. DOI : <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.369>
115. Sharma, B., Kim, H. Y. et Nam, E. W. (2018). Effects of School-based Health Promotion Intervention on Health Behaviors among School Adolescents in North Lima and Callao, Peru. Journal of Lifestyle Medicine, 8(2), 60–71. DOI : 10.15280/jlm.2018.8.2.60
116. Eskicioglu, P., Halas, J., Senechal, M., Wood, L., McKay, E., Villeneuve, S., Shen, GX., Dean, H. et McGavock, JM. (2014). Peer mentoring for type 2 diabetes prevention in first nations children. Pediatrics, 133(6):1624-31. DOI : 10.1542/peds.2013-2621

HORIZONS SANTÉ

LEAP PECAUT CENTRE
FOR SOCIAL IMPACT

En collaboration avec

BCG BOSTON
CONSULTING
GROUP

Contribution financière de

 Agence de la santé
publique du Canada