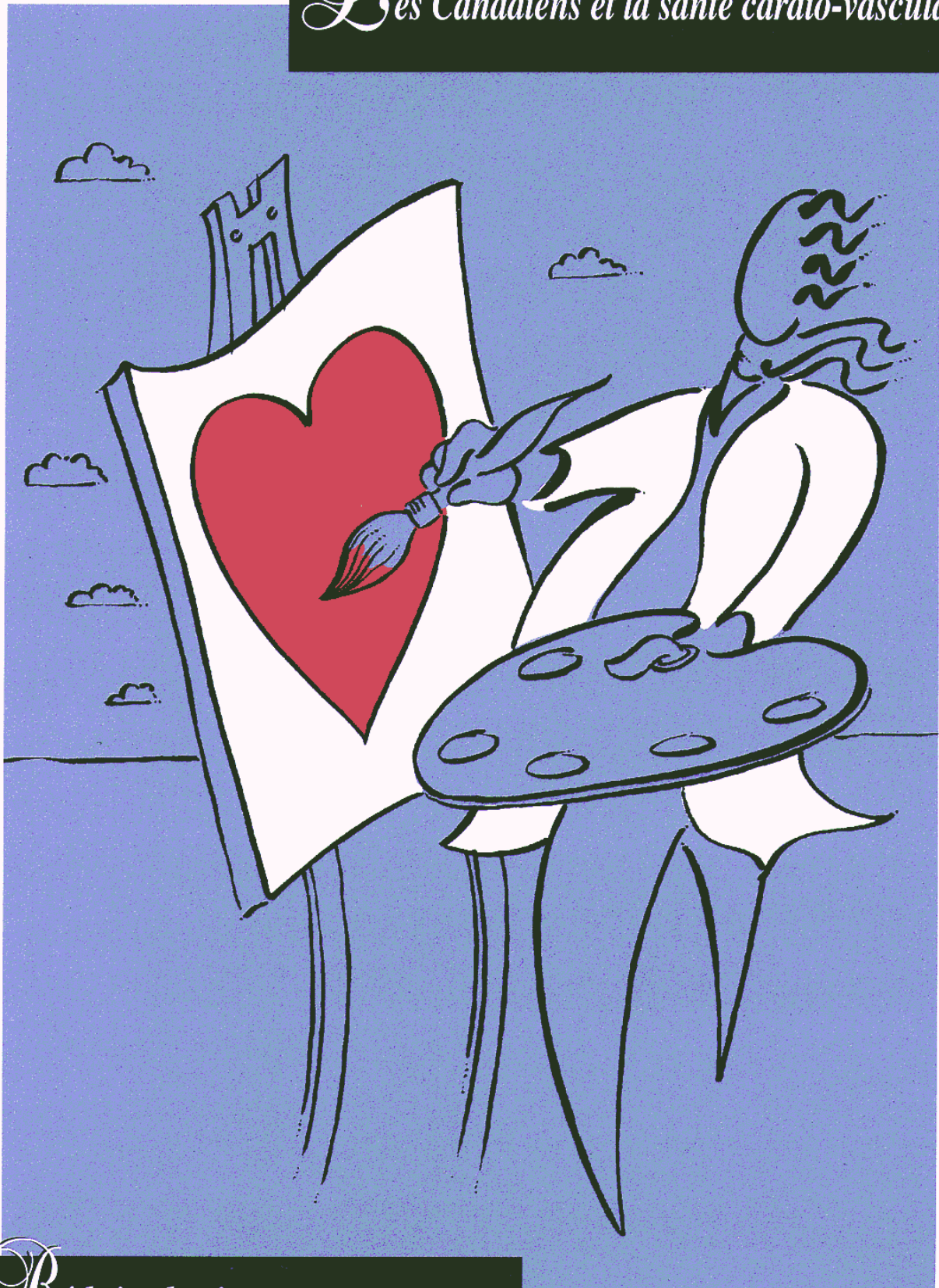




Santé
Canada

Health
Canada

Les Canadiens et la santé cardio-vasculaire



Réduire le risque

Canada

Notre mission est d'aider les
Canadiens et les Canadiennes à
maintenir et à améliorer leur état
de santé

Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social

Also available in English under the title
Canadians and Heart Health
Reducing the Risk

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995
Cat. H39-328/1995F
ISBN 0-662-80285-3

Préface

Depuis la création, il y a dix ans, du Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires au Canada, la question de la santé cardio-vasculaire a gagné considérablement en importance sur la scène nationale. La Conférence internationale sur la santé cardio-vasculaire, tenue à Victoria en mai 1992, a été un événement marquant pour le Canada. La *Déclaration de Victoria* qui en a résulté a constitué un appel à l'action pour tous les pays du monde et a fait de la santé cardio-vasculaire un enjeu international.

Au Canada, la prévention des maladies cardio-vasculaires est l'une des questions de santé publique qui font actuellement l'objet d'une intervention axée à la fois sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Le présent rapport présente les résultats et l'interprétation de dix enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire réalisées entre 1986 et 1992 dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire. Les ministères fédéral et provinciaux de la Santé, la Fondation des maladies du cœur du Canada et une multitude d'organismes bénévoles, professionnels, scientifiques et privés collaborent à cette initiative. Ce que ces enquêtes ont confirmé, c'est qu'il est possible de faire des progrès importants dans le domaine des maladies cardio-vasculaires. Nous espérons que le présent rapport sera utile à la myriade de coalitions, de groupes et de personnes qui oeuvrent dans ce domaine. Il vise à la fois à encourager les efforts de tous les intervenants en mettant l'accent sur le danger qui guette les Canadiens et à aider les décideurs à établir des stratégies pour l'avenir.

Sylvie Stachenko, M.D., M.Sc., F.C.F.P.
Directrice, Services préventifs de santé, Santé Canada

Dale Gelskey, M.P.H., D.P.H.
Rosemary White, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.
Co-présidents, Conférence des chercheurs principaux en santé cardio-vasculaire

Elinor Wilson, R.N., M.H.Sc.
Directrice des relations extérieures, Fondation des maladies du cœur du Canada

Auteurs

Christofer Balram, Ph.D.

Lynne Blair, B.Sc.Inf., M.P.A.

Roy Cameron, Ph.D.

Philip W. Connelly, Ph.D.

Karen Cooper, M.S., M.P.H., P.Dt.

Catherine Donovan, M.D., M.Sc.S.

Alison C. Edwards, M.Sc.

Dale Gelskey, M.P.H., D.P.H.

Kevin Hogan, M.D.

Michel R. Joffres, M.D., Ph.D.

Richard Lessard, M.D., M.P.H., M.A.,
C.S.P.Q., F.R.C.P.(C)

Sharon Macdonald, M.D., F.R.C.P.(C)

David R. MacLean, M.D.

Ella McLeod, B.Sc.Inf., M.Sc. (retraîtée)

Mukund Nargundkar, M.Sc., M.Eng.

Brian A. O'Connor, M.D., M.Sc.S.

Gilles Paradis, M.D., M.Sc., C.C.M.F.,
F.R.C.P.(C)

George Pasut, M.D., M.Sc.S., F.R.C.P.(C)

Andrés Petrásovits, Ph.D., M.P.H.

Bruce A. Reeder, M.D., M.Sc.S.,
F.R.C.P.©

Richard Schabas, M.D., M.Sc.S.,
F.R.C.P.(C)

Sylvie Stachenko, M.D., M.Sc., F.C.F.P.

Lamont Sweet, M.D., M.Sc.S.

Rosemary White, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.

Réviseurs

Michel R. Joffres, M.D., Ph.D.

David R. MacLean, M.D.

Brian A. O'Connor, M.D., M.Sc.S.

Andrés Petrásovits, Ph.D., M.P.H.

Sylvje Stachenko, M.D., M.Sc.,
F.C.F.P.

Table des matières

1	Introduction	1
	Le défi	1
	Les possibilités	1
	Risque et mortalité	2
	Les décideurs ont besoin des faits.....	3
2	Les Canadiens à risque	6
	Prévalence des facteurs de risque par province.....	6
	Prévalence des facteurs de risque par groupe d'âge	8
	Prévalence des facteurs de risque selon le sexe.....	9
	Prévalence des facteurs de risque selon le niveau de scolarité.....	10
	Points saillants	11
3	Ce que les Canadiens savent au sujet du risque	12
	Les causes des maladies cardio-vasculaires	12
	Moyens à prendre pour réduire le cholestérol sanguin.....	15
	Points saillants	17
4	Les professionnels de la santé : mesurer et faire connaître le risque	18
	Mesure de la pression sanguine et communication des résultats	18
	Mesure du cholestérol sanguin et communication des résultats	21
	Points saillants	23
5	Répercussions sur l'élaboration des politiques et orientations futures	24
	Les Canadiens sont vulnérables	24
	Les bases solides d'une politique.....	24
	Perfectionner la démarche	25
	Investir dans la santé	28
Annexes		
	A. Méthodologie de l'enquête	29
	B. Bibliographie	31

1

Introduction

Le présent rapport présente les résultats combinés des dix enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire réalisées entre 1986 et 1992 dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire.

Le défi

Les maladies cardio-vasculaires¹ représentent la première cause de décès au Canada et une cause importante d'invalidité et de maladie chez les Canadiens. Bien que les taux de mortalité associés aux cardiopathies et aux accidents cérébro-vasculaires aient diminué de façon constante depuis le milieu des années 1960, les coûts que représentent ces affections sur le plan de la santé, de la qualité de vie et de la productivité sont encore beaucoup trop élevés.

En 1990, 39 p. 100 de tous les décès au Canada ont été causés par les maladies cardio-vasculaires, près de la moitié de ces décès étant survenus chez des personnes de moins de 75 ans. Environ huit millions de jours-patients d'hospitalisation et 18 millions de visites chez le médecin sont attribuables aux maladies cardio-vasculaires, qui sont également à l'origine de quelque 12,5 p. 100 de toutes les prescriptions établies. Environ le cinquième des rentes d'invalidité du Régime de pensions du Canada ont été versées à des Canadiens de moins de 65 ans à la suite d'un diagnostic de maladie cardio-vasculaire. Un cinquième des frais de fonctionnement des hôpitaux et un dixième de l'ensemble des dépenses médicales vont au traitement des patients souffrant d'une maladie cardio-vasculaire. Ces chiffres donnent une idée des coûts économiques de ce fléau; les coûts humains, eux, sont incommensurables.

Il serait simpliste de croire que les maladies cardio-vasculaires ne sont que le résultat de comportements déviants de la part de certains individus ou de groupes de personnes. La triste vérité c'est que le risque d'être atteint d'une maladie cardio-vasculaire est enraciné dans le mode de vie du Canadien moyen. Nous vivons en effet dans un milieu social et culturel qui appuie implicitement bon nombre de mauvaises habitudes. La *Déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire* est on ne peut plus claire : «La plupart des maladies cardio-vasculaires découlent des effets de plusieurs facteurs associés : tabagisme, hypertension artérielle, taux de cholestérol sanguin élevé, mauvaises habitudes alimentaires (notamment consommation excessive d'alcool), obésité, mode de vie sédentaire et stress psychosocial. Ces facteurs de risque font partie dans bien des sociétés de la trame même de la vie.» Malheureusement, le Canada est l'une de ces sociétés.

1. Les maladies cardio-vasculaires (MCV) désignent toutes les affections de l'appareil circulatoire classées dans la CIM-9 sous les codes 390-459. Les MCV englobent l'infarctus aigu du myocarde, la cardiopathie ischémique, la cardiopathie valvulaire, les maladies vasculaires périphériques, l'arythmie, l'hypertension artérielle et les accidents cérébro-vasculaires.

Les possibilités

La bonne nouvelle, c'est que l'on peut prévenir les maladies cardio-vasculaires. Citons à nouveau la *Déclaration de Victoria* : «Nous disposons des connaissances scientifiques nécessaires pour créer un monde dans lequel la plupart des maladies cardiaques et des accidents cérébro-vasculaires pourraient être éliminés. Les méthodes de prévention seraient alors mises en oeuvre dès le début de la vie, de façon tout à fait naturelle, et chacun pourrait profiter d'une vie saine et positive, d'un air sans fumée, d'une bonne alimentation, d'activités physiques régulières et d'un cadre de vie et de travail stimulant.»

Les recherches ont démontré que le risque de maladie cardio-vasculaire croît de façon marquée avec la présence de chaque facteur de risque additionnel. Par exemple, le tabagisme double le risque de cardiopathie ischémique chez une personne qui présente un autre facteur de risque. Lorsqu'il y a deux facteurs de risque additionnels, le risque double encore. En outre, une personne qui présente une légère élévation de plusieurs facteurs de risque peut courir un danger aussi grand qu'une autre qui ne présente qu'un seul facteur de risque, mais très marqué. On comprend donc aisément l'importance de réduire ou de contenir plusieurs de ces facteurs, plutôt que de concentrer les efforts sur un seul. Une intervention dite «multifactorielle» peut influencer davantage sur les taux de mortalité et de morbidité que toute mesure visant l'élimination d'un facteur en particulier. Elle permet en plus d'atteindre une population beaucoup plus vaste.

Au début des années 1980, les gouvernements fédéral et provinciaux ont mis sur pied un groupe de travail et ont lancé une consultation nationale en vue de relever le défi que pose les maladies cardio-vasculaires au Canada. Dans son rapport, *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*, le Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires recommande l'adoption immédiate d'une stratégie de santé publique à cet effet. Cette stratégie doit prévoir une intervention à l'échelle de toute la population et, dans les cas de risque élevé, au niveau individuel (ou clinique).

L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire met l'accent sur l'approche globale. Parrainée par Santé Canada et les ministères provinciaux de la Santé, en collaboration avec la Fondation des maladies du coeur du Canada et plus de 300 autres organismes, l'Initiative se veut un effort national global en vue de prévenir et de réduire les maladies cardio-vasculaires au Canada. Fondée sur une démarche interdisciplinaire, multifactorielle et concertée du problème, elle vise à encourager et à appuyer l'élaboration d'activités communes de promotion et de prévention en matière de santé cardio-vasculaire à l'échelle du pays. L'un des volets importants de l'Initiative consiste en une série de programmes pilotes régionaux ayant pour but la mise à l'essai de méthodes pratiques de prévention des maladies cardio-vasculaires, qui se traduira par l'instauration d'un processus d'apprentissage par l'expérience.

Il n'y a pas de solution à court terme au problème des maladies cardio-vasculaires. Devant ce constat, les responsables de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire ont décidé de s'attaquer au problème en procédant par étapes. Durant la première étape (1985-1989), un plan d'action (la politique) a été établi et plusieurs provinces ont entrepris des enquêtes sur les facteurs de risque. Au cours de la deuxième étape (1989-1993), les enquêtes provinciales ont été achevées et toutes les provinces ont commencé la mise en oeuvre de leurs propres programmes de santé cardio-vasculaire. La troisième étape (1993-2000) comporte deux éléments : l'évaluation des programmes et la diffusion des principaux résultats obtenus.

Risque et mortalité

Les données tirées des enquêtes sur la santé cardio-vasculaire² fournissent une foule de renseignements sur la prévalence des facteurs de risque ainsi que sur la sensibilisation, le niveau de connaissance, les attitudes et les comportements des Canadiens face à cette question de santé. Elles révèlent, entre autres, que deux Canadiens sur trois présentent au moins un des principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardio-vasculaires, soit le tabagisme, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Elles font également état de disparités frappantes dans la prévalence des facteurs de risque d'un groupe ou d'une région du pays à l'autre.

Comme le montre le tableau 1, il y a également des différences marquées entre les régions dans les taux de mortalité standardisés par rapport à l'âge associés aux maladies cardio-vasculaires, la région de l'Atlantique présentant des taux environ un quart plus élevés que ceux de l'Ouest. En fait, la distribution de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires au pays reflète la prévalence des facteurs de risque parmi la population.

Tableau 1 : Taux de mortalité standardisés par rapport à l'âge, dus aux maladies cardio-vasculaires, aux cardiopathies ischémiques et aux accidents cérébro-vasculaires par 100 000 habitants, par province, 1992

Taux de mortalité						
Province	Maladies cardio-vasculaires ^a		Cardiopathies ischémiques ^b		Accidents cérébro-vasculaires ^c	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Colombie-Britannique	297	168	164	78	50	44
Alberta	300	175	177	87	53	44
Saskatchewan	292	164	173	79	46	37
Manitoba	325	181	189	89	53	48
Ontario	324	191	203	106	50	43
Québec	327	184	202	98	47	38
Nouveau-Brunswick	325	196	181	98	48	39
Nouvelle-Écosse	336	199	196	100	49	40
I.P.-É.	334	202	219	115	47	36
Terre-Neuve	360	241	223	129	58	50
CANADA	319	185	193	97	49	42

Source : Nair, C. *Maladies cardio-vasculaires au Canada*. Statistique Canada, 1994.

Nota : Données standardisées par rapport à l'âge, selon la population canadienne de 1986.

a Voir la définition des maladies cardio-vasculaires dans la note en bas de page 1.

b Les cardiopathies ischémiques (CIM-9 410-414) sont toutes les affections où le muscle cardiaque est endommagé ou fonctionne mal en raison de l'arrêt ou de l'insuffisance de l'irrigation sanguine. Elles sont le plus souvent causées par l'athérosclérose et englobent l'angine de poitrine, l'infarctus aigu du myocarde, l'ischémie chronique et la mort subite.

c Les accidents cérébro-vasculaires (CIM-9 430-438) résultent de l'ischémie (manque d'oxygène) ou d'une hémorragie cérébrale.

² Voir la méthodologie à l'annexe A.

Les décideurs ont besoin des faits

Avant la réalisation des enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire, peu d'études avaient été menées afin d'établir la prévalence, la distribution et la coexistence des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Aujourd'hui, nous disposons de données sur plus de 23 000 personnes âgées de 18 à 74 ans, choisies au hasard dans chacune des dix provinces. Grâce à ces données, les décideurs sont maintenant mieux en mesure de déterminer comment orienter les efforts et affecter les ressources et pourront évaluer l'effet des programmes de prévention.

Le présent rapport vise à informer les décideurs et les concepteurs de programmes des faits concernant les maladies cardio-vasculaires au Canada, notamment que ces affections accaparent une part énorme des ressources nationales et représentent un obstacle majeur à notre bien-être collectif, qu'on peut en grande partie les prévenir, que la bataille doit être livrée à l'échelle de l'ensemble de la population (parce qu'une vaste majorité de Canadiens sont à risque) et, ce qui est encore plus important, que même de légères améliorations au chapitre de la tension artérielle, du taux de cholestérol sanguin, du poids, du tabagisme et de l'activité physique peuvent se traduire par des réductions marquées de la maladie et de l'invalidité au Canada. Enfin, comme bon nombre des habitudes qui mettent en péril la santé cardio-vasculaire des Canadiens favorisent également l'apparition d'autres maladies, par exemple, certains types de cancer et les affections pulmonaires et hépatiques, ces améliorations pourraient, à long terme, diminuer l'incidence d'autres maladies non transmissibles.

Au fil des ans, on a énormément appris partout dans le monde sur les mesures à prendre pour prévenir les maladies cardio-vasculaires. Ici au Canada, nos connaissances s'enrichissent à mesure que se réalisent les programmes pilotes entrepris dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire. Nous devons poursuivre nos efforts et diffuser notre «savoir faire» dans toutes les régions du pays de sorte que l'ensemble de la population puisse en profiter. Il nous faut réduire la prévalence des maladies cardio-vasculaires en aidant les gens à délaissier leurs comportements à risque. Parallèlement, nous devons établir des politiques et favoriser un environnement qui inciteront les Canadiens à faire des choix sains en matière de santé. Ces tâches seront facilitées par le fait que la promotion de la santé et la prévention de la maladie suscitent plus que jamais l'intérêt de la population.

Il importe que les décideurs de tous les secteurs, y compris les responsables des politiques et des programmes en matière sociale et économique, appuient et favorisent les projets qui peuvent contribuer à réduire les inégalités et à changer les normes sociales. Il faudra pour cela que s'instaure un esprit de collaboration entre les gouvernements, le milieu universitaire, les responsables des coalitions communautaires pour la santé, les professionnels de la santé et leurs organisations, le secteur privé et tous les autres organismes que la question préoccupe. Ce n'est qu'en travaillant ensemble que l'on pourra garantir à tous les Canadiens, sans égard à l'âge, au sexe, au revenu, au lieu de résidence ou au milieu culturel, des chances égales de vivre en santé.

Facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires qui peuvent être modifiés ou surveillés

Principaux facteurs de risque

■ *Tabagisme*

Le tabagisme cause quelque 40 000 décès par année, au Canada, dont 30 p. 100 environ sont attribuables au cancer du poumon et 40 p. 100 aux maladies cardio-vasculaires. Il est également la principale cause des bronchopneumopathies chroniques obstructives. On le considère comme le premier facteur évitable de maladie et d'invalidité. Dans les enquêtes sur la santé cardio-vasculaire, les répondants ayant déclaré qu'ils fumaient une cigarette ou plus par jour étaient définis comme étant des fumeurs réguliers.

■ *Hypertension artérielle*

L'hypertension artérielle est un important facteur de risque des maladies cardio-vasculaires. Une pression sanguine systolique ou diastolique élevée augmente la probabilité de cardiopathie ischémique, d'accident cérébro-vasculaire, d'athérosclérose et de décès. Le traitement et le contrôle de l'hypertension réduisent le risque d'accident cérébro-vasculaire et de cardiopathie ischémique. L'obésité contribue largement à l'hypertension. Au cours des enquêtes, les répondants ayant une pression diastolique de 90 mm Hg ou plus, ou dont la pression sanguine était contrôlée à l'aide de médicaments ou grâce à un régime hyposodique ou amaigrissant, étaient considérés comme étant hypertendus.

■ *Hypercholestérolémie*

Les sociétés qui présentent un taux élevé de cardiopathies se caractérisent par une forte prévalence de l'hypercholestérolémie dans l'ensemble de la population. Une diminution relativement modeste du taux de cholestérol sanguin pourrait se traduire par une réduction importante des cardiopathies ischémiques au sein de la population canadienne. Pour les besoins des enquêtes sur la santé cardio-vasculaire, les répondants dont le taux de cholestérol sérique total était de 5,2 mmol/L ou plus étaient considérés comme souffrant d'hypercholestérolémie.



Autres facteurs de risque importants

■ *Sédentarité*

La sédentarité est l'une des conséquences de la modernisation et de l'affluence croissante de la société canadienne. L'activité physique régulière contribue au maintien d'un poids adéquat ainsi que de la santé et du bien-être général d'une personne. Étant donné les liens qui existent entre l'obésité et l'hypertension artérielle, le diabète et l'hypercholestérolémie, la sédentarité est un important facteur de l'apparition de cardiopathies. Les répondants qui ont déclaré ne pas s'être adonnés à des activités physiques dans leurs temps libres au moins une fois par semaine au cours du mois précédant l'enquête ont été considérés comme ayant un mode de vie sédentaire.

■ *Obésité*

Il a été clairement démontré que l'obésité, c.-à-d. la présence d'un excès de tissus adipeux, a des conséquences néfastes sur la santé. L'obésité abdominale est associée à une incidence élevée de cardiopathies ischémiques, d'accidents cérébro-vasculaires et de décès de même qu'à une prévalence accrue d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de diabète. Une diminution même faible de la prévalence de l'obésité entraînerait de nettes améliorations dans la santé publique au chapitre des coronaropathies et d'autres affections chroniques. Les répondants qui avaient un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 étaient considérés comme obèses.

■ *Diabète*

Le diabète (diabète sucré tant insulino-dépendant que non insulino-dépendant) est un facteur de risque des maladies cardio-vasculaires et une maladie invalidante en soi, qui affecte la vue, la fonction rénale et le système nerveux périphérique. Sur le plan métabolique, le diabète sucré est associé à l'obésité abdominale, à l'hypercholestérolémie et à l'hypertension. La prévention du diabète est souvent possible par le maintien d'un poids adéquat grâce à un régime alimentaire équilibré et à une activité physique régulière. Au cours de l'enquête, le diabète a été défini à l'aide d'une question par laquelle on demandait aux répondants s'ils avaient été l'objet d'un tel diagnostic.

2

Les Canadiens à risque

Les enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire ont permis d'examiner l'ampleur et la distribution de six facteurs de risque parmi la population canadienne : le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la sédentarité, l'obésité et le diabète. Le présent chapitre fait état des résultats des enquêtes en ce qui concerne la prévalence des facteurs de risque par province et par groupe d'âge et selon le sexe et le niveau de scolarité. (Voir l'annexe A pour plus de détails sur la méthodologie de l'enquête et la taille des échantillons.)



Prévalence des facteurs de risque par province

Au moins un facteur de risque modifiable important :

Soixante-trois pour cent des Canadiens adultes présentent au moins un des trois facteurs de risque modifiables importants des maladies cardio-vasculaires (le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie); les pourcentages les plus élevés sont observés à Terre-Neuve et en Nouvelle-Écosse et les plus faibles, en Alberta et en Colombie-Britannique. La prévalence des facteurs de risque dans les diverses régions du pays correspond aux taux de mortalité associés aux maladies cardio-vasculaires (standardisés selon l'âge).

Tabagisme : Plus du quart des Canadiens adultes (27 p. 100) fument régulièrement. On constate des écarts considérables d'une province à l'autre dans la prévalence du tabagisme, la plus élevée, 35 p. 100, se retrouvant à Terre-Neuve et la plus faible, 23 p. 100, en Ontario. C'est dans les provinces de l'Atlantique et au Québec que la prévalence du tabagisme est la plus élevée et en Ontario et dans les provinces de l'Ouest qu'elle est la plus faible.

Hypertension artérielle : Un Canadien adulte sur six (15 p. 100) souffre d'hypertension artérielle. Exception faite du Québec (13 p. 100), la prévalence de l'hypertension dans les provinces canadiennes suit une courbe descendante d'Est en Ouest, la plus élevée étant à Terre-Neuve (22 p. 100) et la plus faible, en Colombie Britannique (13 p. 100).

Hypercholestérolémie : La prévalence de l'hypercholestérolémie parmi la population adulte canadienne est uniformément élevée, soit de 43 p. 100. On observe le taux le plus faible en Alberta, où 37 p. 100 de la population a un taux de cholestérol élevé, et le plus élevé, au Québec (48 p. 100). Il y a peu d'écarts entre les autres provinces.

Sédentarité : Plus du tiers de la population adulte canadienne (37 p. 100) a un mode de vie sédentaire. Comme dans le cas du tabagisme et de l'hypertension artérielle, le manque d'exercice est plus fréquent dans les provinces de l'Est que dans celles de l'Ouest, variant de 48 p. 100 à Terre-Neuve à 29 p. 100 en Colombie-Britannique. Une exception, c'est le Manitoba, où 45 p. 100 des habitants disent avoir un mode de vie sédentaire.

Obésité : Un peu moins de la moitié des Canadiens (48 p. 100) ont un IMC de 25 ou plus, ce qui les met à risque d'être atteints d'une maladie cardio-vasculaire ou d'une autre affection (comme l'hypertension artérielle et le diabète) que l'on sait associée à l'obésité. L'obésité est en général plus répandue dans les provinces de l'Est

que dans la région de l'Ouest, variant de 61 p. 100 à Terre-Neuve à 44 p. 100 en Colombie-Britannique.

Diabète : Quatre pour cent des Canadiens interrogés ont déclaré souffrir de diabète. (Il est probable que ce chiffre ne rende pas compte de la prévalence réelle de cette maladie, car une bonne proportion de Canadiens atteints de diabète ignorent leur état.) Bien qu'elle soit plus élevée à Terre-Neuve, la prévalence du diabète est relativement constante d'une province à l'autre. La prévalence de cette maladie peut sembler plutôt faible, mais c'est l'effet multiplicateur de ce facteur de risque qui le rend important.

Tableau 2 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans présentant certains facteurs de risque, par province, Canada, 1986-1992

Facteurs de risque	Provinces ^a										
	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC.	N.-B.	N.-É.	I.-P.-É.	T.-N.	CANADA ^b
Au moins un facteur de risque important ^c	59	58	61	62	61	67	67	69	65	69	63
Principaux facteurs de risque											
Tabagisme ^d	25	27	24	25	23	32	31	33	29	35	27
Hypertension artérielle ^e	13	15	16	16	17	13	19	19	20	22	15
Taux de cholestérol sanguin élevé ^f	43	37	43	44	40	48	46	44	45	43	43
Autres facteurs de risque											
Sédentarité ^g	29	37	31	45	39	37	45	42	44	48	37
Obésité ^h	44	51	52	52	49	42	52	55	56	61	48
Diabète ^{ij}	4	5	5	5	4	5	5	—	4	6	4

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

- a Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (ALB.), Saskatchewan (SASK.), Manitoba (MAN.), Ontario (ONT.), Québec (QC), Nouveau-Brunswick (N.-B.), Nouvelle-Écosse (N.-É.), Île-du-Prince-Édouard (I.-P.-É.), Terre-Neuve (T.-N.).
- b Excluant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.
- c Plus d'un des facteurs suivants : tabagisme, hypertension artérielle et taux de cholestérol sanguin élevé.
- d Une cigarette ou plus par jour.
- e Pression diastolique > 90 mm Hg ou traités par médication, régime hyposodique ou programme de réduction du poids.
- f Taux de cholestérol sérique total de 5,2 mmol/L ou plus.
- g Inactivité physique dans les temps libres (c.-à-d., ne pas avoir fait d'exercice durant les temps libres au moins une fois par semaine au cours du mois précédant l'enquête).
- h Indice de masse corporelle (IMC) de 25 ou plus.
- i Déclaré par le répondant.
- j Les données sur le diabète n'ont pas été recueillies en Nouvelle-Écosse.



Prévalence des facteurs de risque par groupe d'âge

Au moins un facteur de risque modifiable important : Les Canadiens âgés sont plus susceptibles de présenter au moins un des trois facteurs de risque modifiables importants des maladies cardio-vasculaires (le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie). Dans le groupe d'âge des 18 à 34 ans, près de la moitié de la population (48 p. 100) a un ou plusieurs de ces facteurs de risque, comparativement à une majorité écrasante de 85 p. 100 parmi les personnes de 65 à 74 ans.

Tabagisme : Le tabagisme est étroitement associé à l'âge. En effet, on compte deux fois plus de fumeurs parmi les Canadiens de 18 à 34 ans (31 p. 100) que dans le groupe des 65 à 74 ans (16 p. 100).

Hypertension artérielle : L'hypertension artérielle est nettement plus fréquente parmi la population âgée. Seulement 5 p. 100 des Canadiens de 18 à 34 ans souffrent de cette affection, comparativement au tiers (34 p. 100) du groupe des 65 à 74 ans.

Hypercholestérolémie : Au Canada, la prévalence de l'hypercholestérolémie augmente graduellement avec l'âge. Elle est de 23 p. 100 chez les 18-34 ans, mais de 70 p. 100 dans le groupe des 65 à 74 ans.

Sédentarité : En règle générale, les Canadiens âgés de 35 à 64 ans ont un mode de vie plus sédentaire que le reste de la population adulte. Ce sont les jeunes adultes (18-34 ans) qui sont le moins sédentaires, quoique le tiers des répondants de ce groupe d'âge (32 p. 100) aient déclaré ne pas avoir fait d'exercice dans leurs temps libres au moins une fois par semaine au cours du mois précédant l'enquête.

Obésité : La moitié de la population canadienne adulte a un poids excessif et la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Le tiers des Canadiens de 18 à 34 ans et 60 p. 100 des personnes de 65 à 74 ans ont un poids excessif.

Diabète : La prévalence du diabète augmente avec l'âge. Deux pour cent des Canadiens de 18 à 34 ans interrogés ont déclaré souffrir de diabète, cette proportion passant à 11 p. 100 parmi le groupe des 65-74 ans.

Tableau 3 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans présentant certains facteurs de risque, par groupe d'âge, Canada, 1986-1992

Facteurs de risque ^a	Groupe d'âge			
	18-34	35-64	65-74	TOTAL
Au moins un facteur de risque important	48	71	85	64
Principaux facteurs de risque				
Tabagisme	31	25	16	27
Hypertension artérielle	5	21	34	16
Taux de cholestérol sanguin élevé	23	55	71	44
Autres facteurs de risque				
Sédentarité	32	42	39	38
Poids excessif	34	57	60	49
Diabète	2	5	11	5

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

a Voir les définitions des facteurs de risque au tableau 2.



Prévalence des facteurs de risque selon le sexe

Au moins un facteur de risque modifiable important : La prévalence d'au moins un des principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardio-vasculaires est aussi élevée chez les hommes que chez les femmes (66 p. 100 et 62 p. 100 respectivement).

Tabagisme : On n'observe pas de différence marquée entre les hommes et les femmes dans la prévalence générale du tabagisme. Environ le quart des Canadiens de 18 à 74 ans des deux sexes fument régulièrement.

Hypertension artérielle : L'hypertension artérielle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes : un peu moins d'un Canadien sur cinq (19 p. 100) est hypertendu, comparativement à tout juste une Canadienne sur six (13 p. 100).

Hypercholestérolémie : Les taux de cholestérol sanguin sont relativement similaires chez les deux sexes. Plus de deux Canadiens et Canadiennes sur cinq présentent un risque accru de maladie cardio-vasculaire en raison de l'hypercholestérolémie.

Sédentarité : La prévalence du mode de vie sédentaire est uniformément élevée parmi la population des deux sexes (40 p. 100 chez les hommes et 36 p. 100 chez les femmes).

Obésité : L'obésité est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; 57 p. 100 de la population masculine présente un risque accru de souffrir d'une maladie cardio-vasculaire en raison d'un poids excessif, comparativement à 40 p. 100 des femmes.

Diabète : Les hommes et les femmes interrogés ont déclaré souffrir de diabète dans à peu près la même proportion. La prévalence des cas de diabète déclarés par les deux sexes est généralement faible (4 p. 100 chez les hommes et 5 p. 100 chez les femmes).

Tableau 4 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans présentant certains facteurs de risque, selon le sexe, Canada, 1986-1992

Facteurs de risque ^a	Sexe		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Au moins un facteur de risque important	66	62	64
Principaux facteurs de risque			
Tabagisme	28	25	27
Hypertension artérielle	19	13	16
Taux de cholestérol sanguin élevé	46	43	44
Autres facteurs de risque			
Sédentarité	40	36	38
Poids excessif	56	41	49
Diabète	4	5	5

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

a Voir les définitions des facteurs de risque au tableau 2.



Prévalence des facteurs de risque selon le niveau de scolarité

On constate un lien étroit entre le niveau de scolarité et la prévalence des facteurs de risque. Les Canadiens ayant fait 11 années d'études ou moins sont beaucoup plus susceptibles de présenter au moins un des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires que ceux qui sont plus instruits (76 p. 100 comparativement à 59 p. 100).

En outre, la prévalence de tous les facteurs de risque étudiés au cours de l'enquête est plus élevée chez les Canadiens moins scolarisés. Les différences sont particulièrement notables dans le cas de deux facteurs, soit le tabagisme et la sédentarité. Les personnes moins instruites sont deux fois plus nombreuses à fumer régulièrement et sont aussi beaucoup plus susceptibles d'avoir un mode de vie sédentaire.

Tableau 5 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans présentant certains facteurs de risque, selon le niveau de scolarité, Canada, 1986-1992

Facteurs de risque ^a	Nombre d'années de scolarité		
	≤11	>11	TOTAL
Au moins un facteur de risque important	76	59	63
Principaux facteurs de risque			
Tabagisme	44	22	27
Hypertension artérielle	17	15	15
Taux de cholestérol sanguin élevé	45	42	43
Autres facteurs de risque			
Sédentarité	44	35	37
Poids excessif	51	46	48
Diabète	5	4	4

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

a Voir les définitions des facteurs de risque au tableau 2.

Points saillants

Les résultats de l'enquête montrent que les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires sont répandus à un degré plus ou moins élevé chez les deux sexes, parmi tous les groupes d'âge et dans toutes les provinces. De plus, on note des écarts marqués d'une région à l'autre dans la prévalence de facteurs de risque, et ces écarts se reflètent dans les taux de mortalité associés aux maladies cardio-vasculaires d'un bout à l'autre du pays.

Le tabagisme est le seul facteur de risque dont la prévalence diminue avec l'âge. Par ailleurs, bien que le nombre de fumeurs réguliers ait généralement diminué au cours des dernières années, on constate qu'il a augmenté parmi les jeunes Canadiens, hommes et femmes. La prévalence du tabagisme se maintient toujours à des niveaux inacceptables tant chez les hommes que chez les femmes d'âge moyen, parmi les Canadiens moins scolarisés et chez les habitants de certaines provinces et régions.

À l'exception de l'hypertension artérielle et de l'obésité, qui ont tendance à être plus fréquentes chez les hommes, il n'y a pas de différence appréciable entre les deux sexes dans la prévalence des facteurs de risque. Il est toutefois important de noter que certains facteurs peuvent affecter les femmes différemment. On sait, par exemple, que la combinaison du tabagisme et de la prise d'un contraceptif oral accroît considérablement le risque de maladie cardio-vasculaire pour les femmes. Le diabète est également un facteur de risque plus important chez les femmes que chez les hommes.

La prévalence des facteurs de risque varie énormément selon le niveau de scolarité et il en va de même de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires : les Canadiens moins instruits sont davantage susceptibles de mourir d'une cardiopathie ou d'un accident cérébro-vasculaire et de mourir plus jeunes que leurs concitoyens plus scolarisés.

Ce que les Canadiens savent au sujet du risque

Les personnes qui connaissent les causes des maladies cardio-vasculaires et qui savent ce qu'elles peuvent faire pour réduire le risque de les contracter peuvent être plus enclines à agir à cet égard. Au cours des enquêtes sur la santé cardio-vasculaire, on a demandé aux répondants ce qu'ils savaient au sujet des causes des maladies cardio-vasculaires et des mesures à prendre pour réduire le taux de cholestérol sanguin. Dans la mesure où la connaissance influe sur le comportement, les résultats de l'enquête donnent une indication des possibilités d'éducation en matière de santé en vue d'améliorer la santé cardio-vasculaire au Canada.

Les causes des maladies cardio-vasculaires

On a demandé aux répondants de l'enquête s'ils pouvaient mentionner la ou les causes des maladies cardio-vasculaires. On ne faisait pas de suggestions de réponses et les répondants pouvaient indiquer plusieurs causes.



Les connaissances des Canadiens: Les connaissances des Canadiens concernant les causes des maladies cardio-vasculaires sont insuffisantes dans toutes les régions du pays. Par exemple, on sait maintenant hors de tout doute que le tabagisme est un facteur de risque important des maladies cardio-vasculaires; or, seulement la moitié des répondants l'ont mentionné. En outre, environ les trois quarts des Canadiens ne savent pas qu'un taux de cholestérol élevé contribue à l'apparition de ces maladies. Le niveau de connaissance est le plus faible au Québec, où seulement 18 p. 100 des répondants ont mentionné ce facteur. De plus, moins d'un Canadien sur cinq sait que l'hypertension artérielle est un facteur de risque, le niveau de connaissance étant particulièrement bas dans le centre du Canada et les Prairies (sauf en Alberta).

Plus de 30 p. 100 de la population ne peut mentionner un seul des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. La proportion de répondants qui ont cité au moins l'une des trois causes importantes de ces maladies, soit le tabagisme, l'hypertension et l'hypercholestérolémie, variait de 78 p. 100 en Ontario à 51 p. 100 au Québec.

Tableau 6 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certaines des causes des maladies cardio-vasculaires, par province, Canada, 1986-1992

Causes mentionnées	Provinces ^a										
	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.P.-É.	T.-N.	CANADA ^b
Tabagisme	52	56	64	51	62	37	41	55	50	39	52
Hypertension artérielle	29	26	14	17	17	11	29	33	34	32	18
Taux de cholestérol sanguin élevé	36	32	30	20	31	18	30	24	27	28	27
Au moins une des causes ci-dessus	74	75	77	65	78	51	69	74	72	65	69

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

a Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (ALB.), Saskatchewan (SASK.), Manitoba (MAN.), Ontario (ONT.), Québec (QC), Nouveau-Brunswick (N.-B.), Nouvelle-Écosse (N.-É.), Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), Terre-Neuve (T.-N.).

b Excluant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.



Âge : Les jeunes Canadiens sont mieux informés sur les causes des maladies cardio-vasculaires que leurs aînés. Cela est particulièrement évident en ce qui concerne le tabagisme et l'hypercholestérolémie, puisqu'on note des écarts considérables entre le groupe d'âge des 18-34 ans et celui des 65-74 ans.

Tableau 7 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certaines des causes des maladies cardio-vasculaires, par groupe d'âge, Canada, 1986-1992

Causes mentionnées	Groupe d'âge			
	18-34	35-64	65-74	TOTAL
Tabagisme	56	52	39	52
Hypertension artérielle	19	19	14	18
Taux de cholestérol sanguin élevé	29	28	20	27
Au moins une des causes ci-dessus	72	69	55	69

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Sexe : Il n'y a pas de différence appréciable entre les hommes et les femmes pour ce qui touche la connaissance des causes des maladies cardio-vasculaires.



Scolarité : Les Canadiens ayant plus de 11 années d'études sont presque toujours mieux informés des causes des maladies cardio-vasculaires que ceux qui ont fait 11 années ou' moins d'études. L'écart est

Tableau 8: Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certaines des causes des maladies cardio-vasculaires, selon le sexe, Canada, 1986-1992

Causes mentionnées	Sexe		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Tabagisme	53	51	52
Hypertension artérielle	18	19	18
Taux de cholestérol sanguin élevé	27	28	27
Au moins une des causes ci-dessus	69	68	69

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



particulièrement accentué en ce qui a trait à l'hypercholestérolémie : 30 p. 100 des répondants plus instruits ont mentionné ce facteur contre 21 p. 100 des répondants moins scolarisés. Toutefois, on observe que la connaissance des facteurs de risque est limitée, même parmi le groupe ayant un niveau de scolarité supérieur.

Moyens à prendre pour réduire le cholestérol sanguin

On a demandé aux répondants de l'enquête s'ils pouvaient mentionner des

Tableau 9: Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certaines des causes des maladies cardio-vasculaires, selon le niveau de scolarité, Canada, 1986-1992

Causes mentionnées	Nombre d'années de scolarité		
	≤ 11	> 11	TOTAL
Tabagisme	50	54	52
Hypertension artérielle	15	20	18
Taux de cholestérol sanguin élevé	21	30	27
Au moins une des causes ci-dessus	63	72	69

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

moyens à prendre pour réduire leur cholestérol sanguin. Cette question est considérée comme donnant une bonne indication des connaissances au sujet de la santé cardio-vasculaire, On ne faisait pas de suggestions de réponses et les répondants pouvaient indiquer plusieurs moyens.

Les connaissances des Canadiens: Manger des aliments moins gras (61 p. 100) et réduire l'absorption de cholestérol (57 p. 100) sont les deux moyens mentionnés le plus fréquemment pour réduire le cholestérol sanguin. Comparativement, 36 p. 100 des répondants ont cité l'exercice, 8 p. 100, la réduction du poids et 7 p. 100, la prise de médicaments.



En général, les Canadiens vivant dans les provinces de l'Ouest sont beaucoup plus nombreux à mentionner l'exercice comme moyen de réduire le cholestérol sanguin que ceux des provinces de l'Atlantique. La sensibilisation à l'importance de l'activité physique est la plus élevée en Colombie-Britannique (49 p. 100) et la plus faible au Québec (22 p. 100). La situation est similaire en ce qui concerne la diminution de l'absorption de cholestérol : le niveau de connaissance est supérieur dans les provinces de l'Ouest (sauf le Manitoba) et inférieur au Québec et dans les provinces de l'Atlantique (sauf la Nouvelle-Écosse),

Dans toutes les provinces, peu de répondants savaient que la réduction du poids aide à diminuer le cholestérol sanguin, la proportion variant de 14 p. 100 en Colombie-Britannique à 4 p. 100 au Québec.

Tableau 10 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certains moyens de réduire le cholestérol sanguin, par province, Canada, 1986-1992

Moyens mentionnés de réduire le cholestérol sanguin	Provinces ^a										
	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	CANADA ^b
Manger des aliments moins gras	55	59	45	61	62	68	51	42	47	54	61
Réduire l'absorption de cholestérol	69	63	74	52	66	36	46	67	54	45	57
Faire de l'exercice	49	46	40	42	42	22	25	27	35	23	36
Perdre du poids	14	8	9	7	10	4	7	9	10	10	8
Prendre des médicaments	7	9	6	8	8	5	6	5	7	3	7
Au moins deux des moyens ci-dessus	66	64	58	5	7	3	41	47	48	41	56

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.
Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

a Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (ALB.), Saskatchewan (SASK.), Manitoba (MAN.), Ontario (ONT.), Québec (QC), Nouveau-Brunswick (N.-B.), Nouvelle-Écosse (N.-É.), Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), Terre-Neuve (T.-N.).

b Excluant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.



Âge : Les Canadiens âgés (ceux de 65 à 74 ans) sont deux fois moins nombreux que leurs concitoyens plus jeunes (de 18 à 34 ans) à savoir que l'exercice peut aider à réduire le cholestérol sanguin (21 p. 1 00 contre 43 p. 100). Par ailleurs, l'âge ne semble pas avoir une grande influence sur la connaissance des autres moyens à prendre pour réduire la cholestérolémie.

Tableau 11 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certains moyens de réduire le cholestérol sanguin, par groupe d'âge, Canada, 1986-1992

Moyens mentionnés de réduire le cholestérol sanguin	Groupe d'âge			
	18-34	35-64	65-74	TOTAL
Manger des aliments moins gras	58	63	62	61
Réduire la consommation de cholestérol	58	58	47	57
Faire de l'exercice	43	34	21	36
Perdre du poids	7	9	9	8
Prendre des médicaments	6	7	7	7
Au moins deux des moyens ci-dessus	59	57	45	56

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



Sexe : On note seulement de légères différences entre les deux sexes au chapitre de la connaissance des façons d'abaisser le taux de cholestérol sanguin, les femmes étant en général un peu mieux informées que les hommes à cet égard.

Tableau 12 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certains moyens de réduire le cholestérol sanguin, selon le sexe, Canada, 1986-1992

Moyens mentionnés de réduire le cholestérol sanguin	Sexe		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Manger des aliments moins gras	58	63	61
Réduire l'absorption de cholestérol	56	58	57
Faire de l'exercice	35	37	36
Perdre du poids	8	9	8
Prendre des médicaments	6	8	7
Au moins deux des moyens ci-dessus	54	59	56

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



Scolarité : Le niveau de scolarité des Canadiens influe énormément sur ce qu'ils savent au sujet des moyens à prendre pour réduire le cholestérol sanguin. Ceux qui sont plus scolarisés sont presque toujours mieux informés à ce sujet que leurs concitoyens moins instruits; ils sont beaucoup plus nombreux à mentionner l'exercice (42 p. 100 comparativement à 22 p. 100) et la réduction de l'absorption de cholestérol (61 p. 100 contre 47 p. 100) et à citer plus d'une façon de diminuer le taux de cholestérol sanguin (trois répondants sur cinq, comparativement à deux sur cinq parmi les moins scolarisés).

Tableau 13 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant mentionné certains moyens de réduire le cholestérol sanguin, selon le niveau de scolarité, Canada, 1986-1992

Moyens mentionnés de réduire le cholestérol sanguin	Nombre d'années de scolarité		
	≤11	>11	TOTAL
Manger des aliments moins gras	55	62	61
Réduire l'absorption de cholestérol	47	61	57
Faire de l'exercice	22	42	36
Perdre du poids	7	9	8
Prendre des médicaments	5	8	7
Au moins deux des moyens ci-dessus	40	63	56

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.
Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

Points saillants

Les Canadiens semblent étonnamment mal informés des causes des maladies cardio-vasculaires, compte tenu du fait que ces maladies sont à l'origine de plus de décès chaque année que toute autre cause. Près du tiers de la population est incapable de nommer un seul des principaux facteurs de risque et la moitié ignore l'influence du tabagisme sur les maladies cardio-vasculaires.

Le niveau de connaissance varie considérablement d'une province et d'une région à l'autre. Ce sont les Québécois qui sont les moins au courant des causes des maladies cardio-vasculaires et qui sont les moins nombreux à mentionner deux ou plusieurs moyens de réduire le taux de cholestérol sanguin. Au niveau des régions, les habitants des provinces de l'Atlantique sont beaucoup moins nombreux à citer plus d'une mesure à prendre pour abaisser la cholestérolémie que ceux de l'Ouest canadien.

Certains facteurs de risque sont moins bien connus que d'autres. Par exemple, bien que l'hypercholestérolémie soit largement reconnue comme étant l'une des causes des maladies cardio-vasculaires, seule une très faible proportion de la population peut nommer la réduction du poids comme un des moyens de diminuer le cholestérol sanguin. En outre, on note que la grande majorité des Canadiens ignorent que l'hypertension artérielle est un important facteur de risque des maladies cardio-vasculaires.

L'âge et le sexe ne semblent pas jouer un rôle important pour ce qui est du degré de connaissance des Canadiens au sujet des maladies cardio-vasculaires; la connaissance est généralement faible tant chez les jeunes que chez les moins jeunes, chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, le niveau d'instruction a un effet réel : un nombre d'années de scolarité élevé se traduit par un niveau de connaissance supérieur.

4

Les professionnels de la santé : mesurer et faire connaître le risque

Au Canada comme dans de nombreux autres pays, on reconnaît de plus en plus l'importance pour les professionnels de la santé et leurs clients de travailler ensemble en tant que partenaires. Cela reflète notre nouvelle compréhension élargie de la santé et la nécessité d'accroître la maîtrise des gens sur les circonstances de leur vie. Cette tendance découle aussi en partie du fait qu'un nombre croissant de consommateurs canadiens exigent d'être bien informés et de participer activement aux prises de décisions qui influenceront sur leur vie, leur santé et leur sécurité. Les clients doivent donc connaître les faits afin de pouvoir agir en conséquence. Il est raisonnable de croire qu'ils seront davantage enclins à adopter des comportements préventifs en comprenant mieux les risques qu'ils courent.

Grâce aux enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire, on a tenté d'évaluer dans quelle mesure les professionnels de la santé réussissent à communiquer avec leurs clients et profitent de leurs visites pour les éduquer et les informer au sujet des maladies cardio-vasculaires et de leur niveau de risque personnel. Deux éléments ont été évalués : on a d'abord demandé aux répondants si leur pression sanguine avait été mesurée au cours des 12 derniers mois et si on leur avait communiqué les résultats, puis on leur a posé les mêmes questions, mais cette fois-ci relativement à leur taux de cholestérol sanguin.

Il importe de rappeler que les réponses des participants sont basées sur leur souvenir de leur consultation des professionnels de la santé. Elles donnent une indication de l'efficacité des communications entre les professionnels et leurs clients pour ce qui touche au moins deux des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Les données recueillies soulignent l'importance pour les professionnels de la santé (en particulier les médecins, pour qui les occasions sont plus nombreuses) de communiquer clairement avec leurs clients, c'est-à-dire d'une façon qui garantira que ceux-ci ont bien compris ce qui leur a été dit et qu'ils s'en souviendront.

Mesure de la pression sanguine et communication des résultats



Au Canada : Près des trois quarts (72 p. 100) des répondants à l'enquête sur la santé cardio-vasculaire ont indiqué que leur pression sanguine avait été mesurée au cours des 12 derniers mois, mais moins de la moitié (45 p. 100) d'entre eux ont été informés des valeurs obtenues. On note des écarts frappants entre les habitants de différentes provinces; par exemple, seulement 26 p. 100 des Terre-Neuviens interrogés ont obtenu les résultats de la mesure de leur pression sanguine, comparativement à 51 p. 100 des Québécois.

Tableau 14: Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir fait mesurer sa pression sanguine et avoir obtenu les résultats dans les 12 mois précédant l'enquête, par province, Canada, 1986-1992

		Provinces ^a										
		C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	CANADA ^b
Ont fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois		66	70	71	70	75	71	70	75	69	68	72
Parmi ceux ayant fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus.		41	41	45	39	46	51	34	37	44	26	45

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

a Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (ALB.), Saskatchewan (SASK.), Manitoba (MAN.), Ontario (ONT.), Québec (QC), Nouveau-Brunswick (N.-B.), Nouvelle-Écosse (N.-É.), Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), Terre-Neuve (T.-N.).

b Excluant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.



Âge : Les répondants âgés sont plus nombreux à avoir indiqué que leur pression sanguine avait été mesurée au cours des 12 derniers mois (87 p. 100 des personnes de 65 à 74 ans contre 66 p. 100 chez les répondants de 18 à 34 ans). Ils sont également plus nombreux à avoir appris les valeurs chiffrées de leur pression sanguine (50 p. 100 chez les 65-74 ans, comparativement à 41 p. 100 chez les 18-34 ans).

Tableau 15 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir fait mesurer sa pression sanguine et avoir obtenu les résultats dans les 12 mois précédant l'enquête, par groupe d'âge, Canada, 1986-1992

		Groupe d'âge			
		18-34	35-64	65-74	TOTAL
Ont fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois		66	74	87	72
Parmi ceux ayant fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus		41	47	50	45

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



Sexe : Alors que plus de femmes que d'hommes ont déclaré avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours des 12 mois précédant l'enquête, les répondants des deux sexes indiquent dans une proportion égale avoir été mis au courant des résultats chiffrés.

Tableau 16 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir fait mesurer sa pression sanguine et avoir obtenu les résultats dans les 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe, Canada, 1986-1992

	Sexe		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Ont fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois	66	79	72
Parmi ceux ayant fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus	47	44	45

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



Scolarité : Les personnes plus scolarisées sont beaucoup plus susceptibles d'obtenir les résultats chiffrés de la mesure de leur pression sanguine que les personnes moins instruites. Cependant, le niveau de scolarité ne semble pas influencer sur le fait que la pression sanguine soit mesurée ou non.

Tableau 17 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir fait mesurer sa pression sanguine et avoir obtenu les résultats dans les 12 mois précédant l'enquête, selon le niveau de scolarité, Canada, 1986-1992

	Nombre d'années de scolarité		
	≤11	> 11	TOTAL
Ont fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois	70	72	72
Parmi ceux ayant fait mesurer leur pression sanguine dans les 12 derniers mois, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus	35	49	45

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

Mesure du cholestérol sanguin et communication des résultats



Au Canada : Quarante-cinq pour cent des répondants à l'enquête ont déclaré avoir déjà fait mesurer leur taux de cholestérol sanguin. Les pourcentages sont généralement inférieurs dans les provinces de l'Atlantique et plus élevés en Ontario et au Québec.

Parmi les répondants dont le taux de cholestérol a déjà été mesuré, 61 p. 100 ont affirmé avoir été informés des résultats. En général, les habitants des provinces de l'Ouest sont plus nombreux que ceux de l'Est à avoir été mis au courant de leur taux de cholestérol sanguin. C'est en Alberta que la proportion est la plus forte (70 p. 100) et au Nouveau-Brunswick qu'elle est la plus faible (42 p. 100).

Tableau 18 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir déjà fait mesurer son cholestérol sanguin et avoir obtenu les résultats, par province, Canada, 1986-1992

	Provinces ^a										CANADA ^b
	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	
Ont déclaré avoir déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin	35	40	42	45	51	48	38	23	21	18	45
Parmi ceux ayant déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus	68	70	68	61	65	49	42	47	57	62	61

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.

Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

a Colombie-Britannique (C.-B.), Alberta (ALB.), Saskatchewan (SASK.), Manitoba (MAN.), Ontario (ONT.), Québec (QC), Nouveau-Brunswick (N.-B.), Nouvelle-Écosse (N.-É.), Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), Terre-Neuve (T.-N.).

b Excluant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.



Âge : Les répondants âgés sont considérablement plus nombreux à avoir indiqué que leur taux de cholestérol avait déjà été mesuré. Plus des deux tiers (67 p. 100) des personnes de 65 à 74 ans ont fait cette affirmation, comparativement à seulement un quart des répondants plus jeunes.

Tableau 19 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir déjà fait mesurer son cholestérol sanguin et avoir obtenu les résultats, par groupe d'âge, Canada, 1986-1992

	Groupe d'âge			
	18-34	35-64	65-74	TOTAL
Ont déclaré avoir déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin	26	58	67	46
Parmi ceux ayant déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus	159	62	59	61

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



Sexe : Les répondants des deux sexes ont indiqué dans une proportion à peu près égale que leur taux de cholestérol sanguin avait déjà été mesuré et qu'ils avaient été mis au courant des résultats chiffrés.

Tableau 20 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir déjà fait mesurer son cholestérol sanguin et avoir obtenu les résultats, selon le sexe, Canada, 1986-1992

	Sexe		
	Hommes	Femmes	TOTAL
Ont déclaré avoir déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin	46	47	46
Parmi ceux ayant déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus	63	59	61

Source: Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.



Scolarité : Les Canadiens moins scolarisés sont moins susceptibles que leurs concitoyens plus instruits de déclarer que leur taux de cholestérol a déjà été mesuré ou qu'ils ont été mis au courant des résultats chiffrés.

Tableau 21 : Pourcentage (%) de la population âgée de 18 à 74 ans ayant déclaré avoir déjà fait mesurer son cholestérol sanguin et avoir obtenu les résultats, selon le niveau de scolarité, Canada, 1986-1992

	Nombre d'années de scolarité		
	≤11	> 11	TOTAL
Ont déclaré avoir déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin	39	49	45
Parmi ceux ayant déjà fait mesurer leur cholestérol sanguin, pourcentage qui disent avoir été informés des résultats obtenus	57	63	61

Source : Enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada, 1986-1992.
Nota : Données standardisées selon l'âge et le sexe, en fonction de la population canadienne de 1986.

Points saillants

Les données présentées fournissent des indications fort utiles sur la façon dont les Canadiens et leurs dispensateurs de soins communiquent entre eux en ce qui concerne deux des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et montrent clairement qu'il y a matière à amélioration chez les professionnels de la santé à cet égard.

On apprend, par exemple, que moins des deux tiers des Canadiens dont le taux de cholestérol sanguin a été mesuré ont déclaré avoir été informés de ce taux. Si l'on tient pour acquis que l'un des résultats souhaités de toute communication entre un professionnel de la santé et un client est un client bien informé, ces données semblent indiquer que les professionnels de la santé négligent de saisir des occasions précieuses d'aborder avec leurs patients la question des maladies cardio-vasculaires et des facteurs de risque qui leur sont associés. Il est important que tous les professionnels de la santé, et plus particulièrement les médecins, veillent à ce que le message passe et trouvent des moyens de surmonter les obstacles socio-économiques, culturels ou autres qui entravent la communication avec leurs clients. Un effort spécial doit être déployé à l'égard des personnes moins scolarisées. Bien que celles-ci soient particulièrement à risque relativement aux maladies cardio-vasculaires (voir le tableau 5), elles sont moins nombreuses que les Canadiens plus instruits à déclarer que leur pression sanguine et leur cholestérol ont été mesurés et qu'on leur a communiqué les résultats.

5

Répercussions sur l'élaboration des politiques et orientations futures

Les Canadiens sont vulnérables

Les résultats des enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire indiquent clairement que le Canadien moyen a un mode de vie qui hypothèque sa santé. On note des écarts considérables dans les taux d'incidence et de mortalité des maladies cardio-vasculaires, non seulement d'une région du pays à l'autre, mais également entre couches socio-économiques et groupes d'âge. De plus, les données obtenues détruisent le mythe que les femmes sont moins à risque que les hommes. Elles indiquent que la population canadienne a une connaissance insuffisante des causes des maladies cardio-vasculaires et des façons de diminuer le risque et que les personnes les plus vulnérables, comme celles qui sont moins scolarisées, sont souvent les moins bien informées. Enfin, les résultats montrent que les professionnels de la santé pourraient déployer plus d'efforts en vue de sensibiliser la population aux risques inhérents à certaines habitudes de vie.

Les bases solides d'une politique

Le rapport *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*³ propose une ébauche de politique de prévention et de contrôle des maladies cardio-vasculaires fondée sur une approche axée sur la santé publique. Étant donné que la très grande majorité des recommandations de cet important rapport ont maintenant été appliquées, la politique canadienne actuelle en matière de santé cardio-vasculaire se distingue par les principaux éléments suivants :

- un choix équilibré de mesures visant l'ensemble de la *population*, tout comme les *groupes à risque élevé*;
- une intervention intégrée dans les quatre domaines qui constituent les «*pierres angulaires*» de la santé cardio-vasculaire, soit:
 - l'amélioration des *habitudes alimentaires*, en particulier la consommation globale de matières grasses et de matières grasses saturées;
 - l'éradication du *tabagisme*;
 - l'accroissement de l'*activité physique* parmi tous les groupes de la population, compte tenu de l'âge et de l'état de santé;
 - l'atténuation des *facteurs psychosociaux* négatifs associés aux maladies cardio-vasculaires;
- une importance accrue accordée à l'élaboration d'une *politique de santé publique* et à la création de *milieux favorables* grâce à des mesures multisectorielles (c.-à-d., une intervention concertée du milieu de la santé et d'autres secteurs).

Le réseau de santé publique a entamé le dialogue intersectoriel nécessaire à l'échelle provinciale, établissant ainsi les liens requis pour appuyer la mise en oeuvre efficace de la politique sur la santé cardio-vasculaire.

3 Rapport du Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires (1987).

La formule adoptée a bien servi le Canada jusqu'ici. L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire suscite une large participation : elle rassemble les dix provinces et le gouvernement fédéral en tant que principaux partenaires, de même que la Fondation des maladies du coeur du Canada et ses filiales provinciales ainsi qu'une multitude d'organisations et d'associations de toutes les régions du pays. L'ampleur du risque associé aux maladies cardio-vasculaires a été déterminée avec une précision sans précédent, grâce aux enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire. De nombreuses coalitions, unies par une politique commune, se sont concertées à l'échelle locale, provinciale ou nationale afin de travailler ensemble à l'amélioration de la santé cardio-vasculaire au Canada. Grâce à la mise sur pied d'une série de projets pilotes en santé cardio-vasculaire, nous sommes en train d'acquérir, au niveau local et provincial, des compétences en matière de recherche et d'élaboration de programmes. Ces recherches nous permettent d'obtenir des données précieuses qui peuvent orienter et faciliter l'élaboration future de politiques et de programmes en santé cardio-vasculaire et dans d'autres secteurs de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

Ces réalisations sont sans contredit impressionnantes, mais il reste encore beaucoup à faire. Les résultats des enquêtes provinciales révèlent clairement que les Canadiens ont encore des défis majeurs à relever dans le domaine de la santé cardio-vasculaire, compte tenu du fait que :

- le risque de maladie cardio-vasculaire est largement répandu au Canada;
- certains groupes sont plus vulnérables que d'autres;
- les Canadiens doivent être mieux informés des causes des maladies cardio-vasculaires et des mesures à prendre pour réduire le risque;
- les professionnels de la santé doivent communiquer plus efficacement avec leurs clients au sujet des maladies cardio-vasculaires et des facteurs de risque qui leur sont associés.

Perfectionner la démarche

Les stratégies et les démarches adoptées aux paliers fédéral, provincial et local se sont avérées efficaces jusqu'à maintenant. Toutefois, les défis mis en lumière par les enquêtes sur la santé cardio-vasculaire confirment la nécessité pour le Canada de mieux cibler sa politique à ce chapitre.

L'élaboration de politiques

L'élaboration de politiques, c'est-à-dire l'atteinte de consensus de la part des principaux intervenants sur les façons d'apporter des changements positifs, est un moyen d'intervention privilégié. La forte prévalence du risque de maladie cardio-vasculaire au Canada témoigne de la pertinence d'une démarche à deux volets, qui met l'accent sur des stratégies visant à la fois l'ensemble de la population et les groupes à risque élevé. Les données tirées des enquêtes indiquent toutefois qu'il faut aussi adopter des politiques qui permettent de répondre aux besoins particuliers des femmes, des jeunes, des personnes âgées et des groupes défavorisés sur le plan social. On doit également s'attaquer sans délai aux problèmes inhérents à la répartition inégale des facteurs de risque à travers le pays.

Outre les politiques qui traiteront de ces préoccupations d'équité, nous devons renforcer celles qui visent à améliorer les pratiques préventives des médecins et des autres professionnels de la santé. En effet, ces derniers ne tirent pas toujours le meilleur parti possible des occasions précieuses qui s'offrent à eux de faire de l'éducation en milieu clinique. Plus particulièrement, il faut aider les professionnels de la santé à surmonter les obstacles culturels, sociaux et économiques à une communication efficace avec leurs clients.

Programmes pilotes

Le principal objectif des programmes de recherche pilotes provinciaux est de permettre d'en apprendre davantage sur les aspects pratiques et scientifiques des interventions en santé cardio-vasculaire à l'échelle provinciale et locale. L'accent est mis sur les interventions *intégrées* liées aux multiples facettes des maladies cardio-vasculaires, par une variété de moyens. Ces programmes contribuent à l'enrichissement des compétences locales en matière de recherche et d'élaboration de programmes et ont été à l'origine de la création des coalitions. Chose très importante, ils permettent de mettre à l'essai de nouvelles façons de promouvoir la santé cardio-vasculaire dans le milieu.

Depuis qu'ils ont vu le jour, il y a quelques années, les programmes pilotes ont engendré la mise sur pied de nombreux projets originaux en santé cardio-vasculaire, tant par les collectivités que par les coalitions provinciales. En fait, ces programmes ont permis d'établir une infrastructure de promotion de la santé et de prévention de la maladie qu'on peut utiliser pour relever les défis soulevés par les résultats des enquêtes sur la santé cardio-vasculaire à l'échelle provinciale et locale - par exemple, les besoins spéciaux de certains groupes - et pour examiner des questions clés, comme les façons dont les intervenants du secteur de la santé publique et ceux des soins primaires pourraient travailler en plus étroite collaboration en vue d'éliminer les obstacles à la prévention.

Mobilisation de la collectivité

En tant que cheville ouvrière de la politique canadienne en santé cardio-vasculaire, la mobilisation de la collectivité se fonde sur deux prémisses : la santé est fortement liée aux conditions sociales, économiques et politiques et les collectivités à risque devraient déterminer elles-mêmes les moyens à prendre pour éliminer les facteurs de risque.

Les enquêtes ont révélé l'existence de différences marquées dans la distribution du risque de maladies cardio-vasculaires parmi les régions et les provinces du Canada. Il est presque certain que les écarts entre les milieux défavorisés et les milieux aisés des différentes parties du pays sont encore plus prononcés. Grâce à l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, nous en apprenons de plus en plus sur les façons d'encourager les collectivités à appuyer les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie et de maintenir cet appui. Ces efforts doivent se poursuivre et même s'intensifier pour que l'on puisse atteindre le même objectif de santé pour tous les Canadiens.

Les stratégies de mobilisation de la collectivité offrent des avantages évidents, tout en favorisant le maintien des programmes en santé cardio-vasculaire. En fait, ces avantages dépassent largement le seul domaine de la santé cardio-vasculaire; en effet, lorsque les gens travaillent ensemble dans un véritable esprit de partenariat,

ils découvrent de nombreuses autres possibilités de collaboration. La santé cardio-vasculaire peut ainsi «paver la voie» à une participation plus large et plus durable de la collectivité pour tout ce qui touche la santé et le développement. Il faut donc continuer d'accorder la priorité aux stratégies de mobilisation de la collectivité et prévoir des ressources en conséquence.

Amélioration des pratiques préventives chez les professionnels de la santé

La plupart des Canadiens consultent leur médecin au moins une fois l'an, ce qui offre une excellente occasion de faire de l'éducation préventive. Il existe depuis quelques années des lignes directrices de pratiques cliniques préventives. Santé Canada travaille actuellement en collaboration avec des organismes bénévoles et des associations professionnelles en vue de faciliter l'adoption de ces lignes directrices par les médecins et autres professionnels de la santé. Cet effort concerté vise également à aider les professionnels de la santé à acquérir des compétences en tant que conseillers médicaux et à améliorer leur pratique en général. Les problèmes de communication et les occasions de faire de la prévention abordés plus haut devraient être pris en considération dans le cadre de ces initiatives de collaboration.

Éducation populaire

Les Canadiens ont beaucoup modifié leur style de vie au cours des 20 dernières années. Pour maintenir et intensifier cette tendance positive, il faudra poursuivre et même multiplier les efforts au chapitre de l'éducation populaire. Les gens ont besoin d'un soutien adéquat pour changer leur mode de vie et conserver les acquis. En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, il faudra émettre un message constant et cohérent sur la nature multifactorielle du risque et les façons de prévenir ces maladies. On pourra ainsi encourager les mesures prises par les Canadiens déjà sensibles aux bienfaits de bonnes habitudes de vie sur la santé, et inciter d'autres groupes qui n'ont pas encore été exposés à ce message à modifier leurs comportements.

On peut tirer profit des innombrables occasions offertes par les campagnes visant des facteurs particuliers, comme le tabagisme, la nutrition, l'activité physique ou l'hypertension artérielle. Il existe également dans le milieu communautaire des possibilités d'établir de nouvelles approches portant sur plusieurs facteurs à la fois, en collaboration avec le réseau des coalitions. Ce dont on a le plus besoin, cependant, c'est d'un programme *intégré* de grande envergure d'éducation du public. Les provinces, et bien entendu les collectivités, doivent coordonner leurs efforts en vue d'élaborer des méthodes de marketing social pertinentes et un message clair concernant les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, leurs déterminants et les mesures que peuvent prendre les Canadiens pour réduire le risque. De tels efforts peuvent donner lieu à des gains prodigieux sur le plan de la santé.

Établissement de coalitions

L'une des forces importantes de la politique canadienne en santé cardio-vasculaire réside dans le rôle du réseau de coalitions au plan de sa mise en oeuvre. Représentant tous les paliers de gouvernement, les organismes non gouvernementaux, les organisations communautaires et le secteur privé, ces coalitions préconisent la mise en place de programmes souples et facilitent la

coordination des ressources fédérales et provinciales avec celles des collectivités et des autres intervenants. Elles constituent également un véhicule grâce auquel des partenaires aux intérêts très variés peuvent atteindre des consensus sur des façons pratiques de mettre la politique en oeuvre.

Travailler en collaboration avec une coalition exige une approche différente de celle requise lorsqu'on a affaire à des organisations conventionnelles. Par exemple, on met plus l'accent sur les résultats que sur les processus, sur les modes de communication informels et le pouvoir multiplicateur des ressources que sur les structures officielles, les règles et les budgets et plus sur la responsabilité partagée des résultats que sur la délimitation des «territoires» respectifs. Un tel «changement de paradigme» ne peut être réalisé du jour au lendemain; il faudra beaucoup d'expérience et d'efforts, sans parler des travaux d'évaluation, pour atteindre les résultats voulus.

Jusqu'ici, le réseau des coalitions a permis au milieu oeuvrant pour la promotion de la santé cardio-vasculaire de puiser à même des ressources considérables. Les partenaires actuels proviennent d'horizons très divers, mais il faut continuer d'élargir cette base pour que le réseau puisse réaliser son plein potentiel; par exemple, la participation d'un plus grand nombre de scientifiques ferait en sorte que le «message de santé publique» soit pris en considération dans les programmes de recherche.

Comme le souligne la *Déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire*, l'établissement de liens entre la science et la politique demeure l'un des principaux défis en matière de santé cardio-vasculaire. Les coalitions fournissent un excellent mécanisme pour rapprocher ces deux milieux et, de fait, pour élargir le partenariat, puisqu'elles permettent d'attirer des représentants de nouvelles disciplines et d'établir des liens avec d'autres secteurs que celui de la santé cardio-vasculaire. Plus large sera le partenariat, plus nombreuses seront les possibilités de partager les ressources et d'atteindre un plus large public.

Intervention intersectorielle

Faciliter les choix et créer des milieux favorables à la santé constituent des moyens efficaces pour aider une société à encourager l'adoption d'habitudes et de modes de vie sains. Il y a amplement matière à collaboration parmi ceux qui oeuvrent dans les secteurs «piliers» de la nutrition, de la lutte au tabagisme, de l'activité physique et des facteurs psycho-sociaux, non seulement au gouvernement mais dans le secteur privé également. La prise de mesures législatives ou réglementaires, l'élaboration de politiques sur la nutrition ou encore la création d'espaces libres de fumée et d'occasions de faire de l'exercice au travail et ailleurs sont autant d'exemples d'activités qui dépendent d'une coopération intersectorielle.

Les politiques favorisant la santé sont d'une importance cruciale, mais elles sont insuffisantes en soi. Elles doivent être coordonnées avec des politiques et des pratiques complémentaires dans d'autres sphères d'activité susceptibles d'influer sur la santé des citoyens. L'agriculture, le logement et le transport sont trois exemples de secteurs où la prise de décisions éclairées à cet égard pourra appuyer et renforcer l'adoption de saines habitudes de vie. De même, la mise en place, au travail et à l'école, de politiques et de pratiques visant à encourager l'activité physique, une bonne alimentation, la réduction du stress et le renoncement au tabac pourra inciter les Canadiens à opter pour des modes de vie plus sains.

Les personnes qui vivent dans des conditions socio-environnementales à risque élevé bénéficient généralement de moins de soutien social, ont des styles de vie moins sains, souffrent davantage de maladies cardio-vasculaires et meurent plus jeunes que celles qui sont plus favorisées aux plans social et économique. De toute évidence, la distribution inégale du risque associé aux maladies cardio-vasculaires au Canada est le reflet de conditions sous-jacentes qui débordent le cadre la politique sur la santé cardio-vasculaire. Ces conditions devront être prises en considération au moment d'élaborer les initiatives et les mesures sociales et économiques visant à réduire les inégalités par la stimulation de l'emploi, l'éducation et les possibilités de revenu.

Recherche, évaluation et diffusion des connaissances

Tous s'entendent pour dire, comme l'énonce explicitement la *Déclaration de Victoria*, que nous disposons actuellement des connaissances nécessaires pour prévenir les maladies cardio-vasculaires. Il reste toutefois des lacunes importantes à combler. Quelles sont les meilleures façons d'utiliser ces connaissances pour aider les collectivités à améliorer leur santé? Comment faut-il procéder pour évaluer les programmes de promotion de la santé cardio-vasculaire «sur le terrain»?

Il nous faut également trouver des moyens de faire connaître les interventions qui donnent de bons résultats. Par exemple, quels sont les facteurs qui favorisent l'adoption de nouveaux modèles et l'intégration des nouvelles connaissances dans les programmes existants? En acquérant une meilleure compréhension des conditions qui permettent une diffusion efficace des résultats de travaux de recherche, des connaissances tirées des programmes et, bien sûr, des principes directeurs des activités cliniques, le milieu de la santé cardio-vasculaire aura réussi à éliminer une lacune majeure. Sans cette compréhension, les progrès seront sans doute limités.

Il est précisé dans la *Déclaration de Victoria* que l'établissement de liens entre la science et la politique doit s'inscrire dans une stratégie globale de prévention des maladies cardio-vasculaires. Cette stratégie est certainement capitale pour la résolution des problèmes cernés dans le présent rapport. Le modèle de recherche appliqué dans les programmes pilotes de l'initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, qui combine la recherche scientifique et l'élaboration de programmes, a énormément contribué à l'enrichissement de nos connaissances, tout en assurant la qualité des interventions à ce chapitre.

La création de liens étroits entre le milieu scientifique et le secteur gouvernemental peut constituer un moyen efficace de garantir que les bienfaits de la prévention atteignent la totalité de la population. L'une des façons de parvenir à ce résultat sera de veiller à ce que les scientifiques participent à l'élaboration des politiques et à la mise en œuvre des programmes à l'échelle fédérale, provinciale et locale.

Investir dans la santé

La baisse constante au cours des 20 dernières années de l'incidence des maladies cardio-vasculaires au Canada est une franche réussite dans le domaine de la santé publique. Elle peut être attribuée sans hésitation à la fois aux politiques de promotion de la santé et à l'efficacité du système de santé. La diminution du nombre de fumeurs, de la quantité de matières grasses dans le régime alimentaire des Canadiens et de la consommation d'alcool est probablement à l'origine de la plupart des gains réalisés au chapitre des taux de mortalité. En outre, la réduction du tabagisme et la lutte contre l'hypertension grâce à l'accès universel à un système de santé de qualité ont permis au Canada d'avoir l'un des plus faibles incidences de crise cérébro-vasculaire au monde.

Mais il faudra continuer d'investir dans la santé car les coûts humains, sociaux et économiques des maladies cardio-vasculaires sont encore beaucoup trop élevés. Globalement, les enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire indiquent que nos ressources doivent maintenant être affectées à deux secteurs importants : la diffusion de l'information, de sorte que tous les Canadiens bénéficient des bienfaits de la prévention, et la prise de mesures visant à assurer l'intégration des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans le système de santé canadien. Pour atteindre ces objectifs, les gouvernements, les professionnels de la santé, le secteur privé, les organismes bénévoles pour la santé, les groupes communautaires et le milieu de la recherche doivent saisir les occasions de travailler ensemble pour libérer le Canada du lourd fardeau des maladies cardio-vasculaires.

Nous ne devons pas sous-estimer le pouvoir de nos politiques sur la santé en vue d'améliorer la santé publique, y compris les décisions sur la façon d'utiliser les ressources disponibles et d'organiser l'exécution des programmes de promotion de la santé. C'est la qualité même de ces politiques qui, en bout de ligne, déterminera l'état de santé et la qualité de vie des Canadiens, et leurs contributions à la société. En ce sens, investir dans la santé cardio-vasculaire, c'est investir dans le développement et la prospérité du pays.

Annexe Méthodologie de l'enquête

L'objectif premier des enquêtes provinciales sur la santé cardio-vasculaire au Canada était de déterminer la prévalence des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires ainsi que le degré de connaissance et de sensibilisation des participants face aux causes et aux conséquences de ces facteurs. La réalisation de ces enquêtes a suivi un protocole normalisé, qui a été élaboré en Nouvelle-Écosse. Les enquêtes ont été menées dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, un programme de collaboration mis sur pied par les ministères provinciaux de la Santé et Santé Canada, en vue d'une stratégie globale de prévention des maladies cardio-vasculaires au Canada.

Le présent rapport s'appuie sur les données tirées des dix enquêtes provinciales réalisées entre 1986 (Nouvelle-Écosse) et 1992 (Ontario). Un rapport sur les résultats des enquêtes de neuf provinces a été publié à titre de supplément spécial dans *le Journal de l'Association médicale canadienne* en juin 1992¹.

Les méthodes d'enquête et les procédures employées sur le terrain et en clinique étaient similaires dans chaque province. Toutes les enquêtes comportaient des questions visant à recueillir un tronc commun de données sur la démographie, les connaissances, la sensibilisation et les facteurs de risque. Un guide a été élaboré pour indiquer aux examinateurs (des infirmières en santé communautaire) les procédures et les protocoles à suivre pour mesurer la pression sanguine et les variables anthropométriques, et pour prélever des échantillons sanguins.

Une fois les enquêtes terminées, un comité formé de spécialistes en épidémiologie, en médecine, en analyse de laboratoire et en statistique a été chargé de l'interprétation des données. Le comité a vérifié si le protocole de l'enquête avait été respecté et a interprété les résultats avant qu'ils ne soient publiés par les ministères de la Santé.

Population cible

La population cible de chaque enquête provinciale était composée des personnes de 18 à 74 ans ne vivant pas en établissement. Dans toutes les provinces, sauf au Manitoba, les personnes vivant dans des réserves, dans des camps militaires et dans des établissements ont été exclues. (Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas participé à l'enquête car ils n'avaient pas encore effectué d'études sur les facteurs de risque.)

Plan et cadre d'échantillonnage

On a utilisé un plan d'échantillonnage aléatoire à deux degrés, stratifié et répété. Dans chaque province, les secteurs géographiques standards ont été classés dans les catégories «métropolitain», «urbain» ou «rural», selon les définitions établies pour le recensement de 1986². Les centres urbains ont été stratifiés en fonction de la taille de la population, tandis que les secteurs ruraux ont été classés selon leur emplacement géographique.

Questionnaire d'enquête

Le questionnaire a été examiné par un comité d'experts chargé d'évaluer le protocole de l'enquête sur la santé cardio-vasculaire de la Nouvelle-Écosse. On a ensuite vérifié sa fiabilité. On a mis l'instrument établi par la Nouvelle-Écosse à l'essai dans les neuf autres provinces pour assurer que les termes utilisés dans les questions (p. ex., le nom des aliments) soient conformes au langage familier parlé dans les diverses régions. Le questionnaire a été traduit en français pour les habitants du Québec et des autres régions francophones du pays.

Opérations sur le terrain

Les sujets choisis à partir des registres médicaux provinciaux ont été invités par téléphone ou par lettre à participer à l'enquête. Dans le cas de personnes impossibles à joindre par téléphone, des infirmières en santé publique se sont rendues à domicile pour prendre rendez-vous en vue d'une rencontre ultérieure.

La collecte des données s'est faite en deux étapes :

- Une entrevue à domicile de 40 à 60 minutes a permis de recueillir des renseignements sur les caractéristiques démographiques, le mode de vie (tabagisme, activité physique, consommation d'alcool), le diabète, l'hypertension artérielle ainsi que sur les connaissances et la sensibilisation face aux causes et aux conséquences des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. La pression sanguine des sujets était mesurée au début et à la fin de l'entrevue. Au terme de la rencontre, les participants étaient invités à se rendre, dans les jours suivants, à la clinique locale.
- La visite à la clinique avait généralement lieu dans les deux semaines suivant l'entrevue à domicile. L'infirmière procédait alors à deux autres mesures de la pression sanguine, à un prélèvement sanguin à jeun pour une analyse des lipides et à des mesures anthropométriques (la taille et le poids dans toutes les provinces; la mesure du tour de taille et des hanches au Manitoba, en Saskatchewan, au Québec, en Alberta et en Ontario).

Participants

On a choisi un échantillon aléatoire de 29 855 hommes et femmes âgés de 18 à 74 ans, parmi les personnes inscrites au registre d'assurance-maladie de chaque province. Au total, 23 129 personnes ont été interrogées; 20 100 d'entre elles se sont rendues à la clinique et 18 689 ont fourni un échantillon de sang à jeun.

À partir de listes extraites des registres, on a stratifié la population de 18 à 74 ans formant les unités primaires d'échantillonnage en six groupes âge-sexe (hommes et femmes de 18 à 34 ans, de 35 à 64 ans et de 65 à 74 ans). On a ensuite choisi le nombre requis de sujets lors du deuxième degré

d'échantillonnage.

Taux de réponse

De tous les sujets invités à participer à l'enquête, 77 p. 100 ont été interrogés; le taux de réponse a été légèrement plus élevé chez les femmes (79 p. 100) que chez les hommes (76 p. 100).

Parmi les personnes invitées à participer, 67 p. 100 se sont rendues à la clinique et 63 p. 100 ont fourni un échantillon de sang à jeun. Au total, 87 p. 100 des sujets interrogés se sont rendus à la clinique et 94 p. 100 d'entre eux ont donné un échantillon de sang à jeun. Les pertes dues au refus d'aller à la clinique et de donner un échantillon de sang ont été similaires dans les six groupes âge-sexe.

Traitement et analyse des données

Des données provenant de chacune des dix provinces ont été utilisées. Dans chaque province, on a calculé deux poids de probabilité pour chaque personne, en prenant en considération le plan d'échantillonnage de la province. Afin de permettre les comparaisons entre provinces, les taux de prévalence et les autres proportions ont été standardisés selon l'âge ou selon l'âge et le sexe, en fonction de la répartition âge-sexe de la population canadienne de 1986³. On a employé la méthode de standardisation directe.

Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour calculer les poids, les proportions estimatives (taux de prévalence), les valeurs moyennes et les erreurs-types associées, on peut communiquer avec le directeur adjoint, Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistique Canada, Ottawa (Ontario).

Références

1. MacLean, D.R., Petrásovits, A., et Nargundkar, M., et al. "Canadian Heart Health Surveys: A Profile of Cardiovascular Risk." Survey Methods and Data Analysis. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1^{er} juin 1992; 146, 11 (supplément spécial); 3-8.
2. *Dictionnaire du recensement de 1986* (n^o cat. 99-101F), Statistique Canada, Ottawa, 1987.
3. *Estimations annuelles postcensitaires de la population suivant l'état matrimonial, l'âge, le sexe et composantes de l'accroissement, Canada, provinces et territoires*, Statistique Canada, Ottawa, 1986 : 91-210.

Annexe B Bibliographie

- Canada, Santé et Bien-être social Canada. *Accroître la prévention dans la pratique des professionnels de la santé : Stratégies pour aujourd'hui et pour demain*. Ottawa, 1991.
- Canada, Santé et Bien-être social Canada. *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*. Rapport du Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires au Canada. Ottawa, 1987.
- Canada, Santé et Bien-être social Canada. «L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire : une politique en mouvement» *Promotion de la santé*, 1992; 30, 4 (encart, printemps). Ottawa.
- Canada, Santé Canada. Communiqué et Feuilles de renseignements : Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 1. Ottawa, août 1994.
- Canada, Santé Canada. Communiqué et Feuilles de renseignements : Enquête sur le tabagisme au Canada, cycle 2. Ottawa, novembre 1994.
- Connelly, P.W., MacLean, D.R., et Horlick et al. "Plasma lipids and lipoproteins and the prevalence of risk for coronary heart disease in Canadian adults." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial); 9-19.
- Hamet, P., et Lessard, R «On doit établir les liens de la science à la politique.» [Entrevue] Interviewés par Louise Mercier. *L'Actualité médicale*, 1992; 13, 28, (5 août) : 10-11.
- La Fondation des maladies du cœur du Canada, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Santé Canada. *La déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire*. Conseil consultatif de la Conférence internationale sur la santé cardio-vasculaire (Victoria (C.-B.), 1992). Ottawa, 1993.
- Jamison, D.T. Investir dans la santé. *Finances et développement*, septembre 1993; 30, 3 (supplément spécial) : 2-5.
- Joffres, M.R., Hamet, P., et Rabkin, S.W., et al. "Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial) : 28-36.
- MacDonald, S., Joffres, M.R., et Stachenko, S.J. "Multiple cardiovascular disease risk factors in Canadian adults." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial) : 48-56.
- MacLean, D.R., Petrásovits, A., et Nargundkar, M., et al. "Canadian Heart Health Surveys: A Profile of Cardiovascular Risk. Survey Methods and Data Analysis." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial) : 3-8.
- Nair, C. *Maladies cardio-vasculaires au Canada*. Statistique Canada. Ottawa 1994. N° cat. 82-544.
- Ontario, ministère de la Santé de l'Ontario. Schabas, R.S. Possibilités pour l'amélioration de la santé. *Promouvoir la santé cardio-vasculaire : Rapport du médecin hygiéniste en chef*. Toronto, 1993.
- Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Association

canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. 1986.

- Potvin, L., Paradis, G., et Lessard, R. «Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé». *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé. 1994; 1 : 45-57.
- Reeder, B.A., Angel, A., et Ledoux M., et al. "Obesity and its relation to cardiovascular disease risk factors in Canadian adults." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial) : 37-47.
- Rose, G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press. 1992.
- Stachenko, S.J., Reeder, B.A., et Lindsey, E.: et al. "Smoking prevalence and associated risk factors in Canadian adults." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial) : 20-27.
- "The Federal-Provincial Canadian Heart Health Initiative". Editorial. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992; 146, 11 (supplément spécial) : 1-2.
- Vartiainen, E., Puska, P., et Pekkanen, J., et al. "Changes in Risk Factors Explain Changes in Mortality from Ischaemic Heart Disease in Finland." *British Medical Journal*, 1994; 309 : 23-27.