

CADRE NATIONAL POUR LA SANTE PULMONAIRE

Être d'avant-garde. Agir. Ensemble.

ÉTAPE 1 : RAPPORT TECHNIQUE
AVRIL 2007

**Groupe de travail sur
les maladies chroniques**

Vision du Cadre national pour la santé pulmonaire

« améliorer la santé respiratoire et les soins de santé des Canadiens grâce à l'engagement du public vis-à-vis de l'élaboration concertée de politiques, du leadership, de la recherche, de l'innovation et de l'éducation. »

**Pour obtenir des renseignements sur le Cadre
ou le processus de consultation, veuillez communiquer avec :**

Ainsley Chapman, chercheuse principale, Cadre national pour la santé pulmonaire

Téléphone : 613-569-6411, poste 257 Courriel : achapman@lung.ca



Public Health
Agency of Canada

Agence de santé
publique du Canada

THE  LUNG ASSOCIATION™
L'ASSOCIATION PULMONAIRE

Table des matières

	Page
1. Contexte	1
2. Processus et méthodologie	2
3. Objectifs du Groupe de travail	4
4. Modèle logique	5
5. Éléments du Cadre.....	7
6. Liens	8
7. Intérêts, attentes et rôles des intervenants	10
8. Analyse de l'environnement	18
9. Résultats globaux	25
10. Stratégies et activités clés	26
11. Conclusions et prochaines étapes	36
12. Annexes	37
A. Membres du Groupe de travail	
B. Rôles du Groupe de travail	
C. Ordre du jour de l'atelier	
D. Questionnaire préalable à l'atelier	

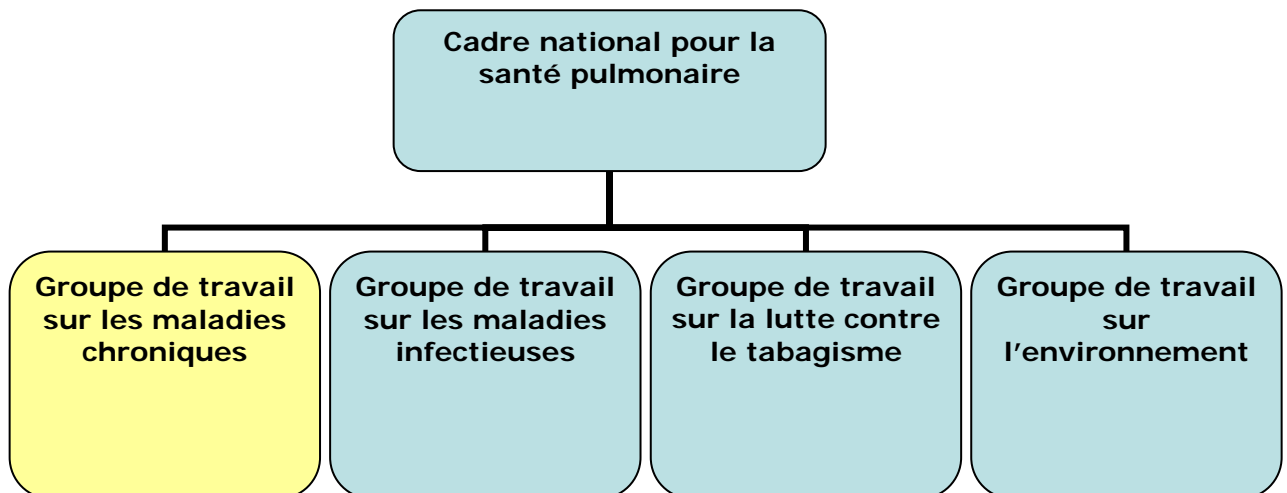
Contexte

Le Cadre national pour la santé pulmonaire est une initiative « fabriquée au Canada » dirigée par l'Association pulmonaire de concert avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), laquelle fournira un plan d'action coordonné pour la prévention et la prise en charge des maladies respiratoires. L'élaboration de ce plan est un processus inclusif qui vise à optimiser les possibilités de collaboration des intervenants et dont l'énoncé de vision est le suivant :

« améliorer la santé respiratoire et les soins de santé des Canadiens grâce à l'engagement du public vis-à-vis de l'élaboration concertée de politiques, du leadership, de la recherche, de l'innovation et de l'éducation. »

Le Groupe de travail sur les maladies chroniques est l'un des quatre groupes de travail chargés de fournir un apport, des recommandations et des lignes directrices en vue de l'établissement de ce Cadre. Le présent rapport résume les discussions initiales qui ont eu lieu entre les membres de ce groupe de travail.

Le rapport présente l'orientation requise pour obtenir des résultats importants et mesurables dans le domaine de la santé respiratoire au Canada. Il reflète un éventail de nouveaux problèmes soulevés par les membres du Groupe de travail et comprend des actions et des stratégies possibles qui devraient être prises en considération au moment de l'élaboration du Cadre national pour la santé pulmonaire. Le rapport est un point de départ pour la discussion, et nous continuerons d'y ajouter les engagements des intervenants et les résultats de recherche supplémentaires dans les mois à venir.



Processus et méthodologie

L'élaboration du Cadre national pour la santé pulmonaire a commencé en avril 2006, lorsque l'Association pulmonaire, avec le soutien de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et de partenaires de l'industrie, a amorcé la planification d'un atelier à intervenants multiples pour amener les parties intéressées à collaborer à l'élaboration d'un Cadre national pour la santé pulmonaire. Pendant cet atelier de deux jours, les participants ont mis en évidence un certain nombre d'activités et de priorités de recherche qui doivent être prises en compte pour que des progrès puissent être faits et qui incluent les éléments suivants :

- une carte des actifs et une analyse des lacunes, pour aider à créer une image claire de ce qui se passe en santé respiratoire au Canada;
- une analyse coûts-avantages et une analyse de risque, pour décrire brièvement quels investissements financiers entraîneront le plus de gains;
- la création d'un comité directeur à intervenants multiples, présidé par l'Association pulmonaire;
- la création de quatre groupes de travail pour définir le contenu du Cadre, dans les domaines des maladies chroniques, des maladies infectieuses, de la lutte contre le tabagisme et de l'environnement.

Après l'atelier, des mesures ont été prises pour donner suite à ces éléments, et des groupes de travail ont été formés. Chaque groupe de travail a amorcé la préparation de son propre atelier, en commençant par la rédaction et la distribution d'un questionnaire préalable à l'atelier pour sonder les membres du groupe de travail.

L'atelier du Groupe de travail sur les maladies chroniques a été tenu à Ottawa le 11 décembre 2006. Voici les objectifs fixés pour l'atelier :

- en arriver à une compréhension commune des questions stratégiques, des défis et des possibilités reliés au thème des maladies chroniques du Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- formuler les résultats attendus qui sont reliés au thème des maladies chroniques; et, à la lumière des résultats souhaités,
- cerner les résultats clés qui doivent être obtenus et les activités à poursuivre pour obtenir les résultats.

L'atelier s'est déroulé selon une approche classique axée sur la « planification stratégique », en commençant par une analyse environnementale pour faire le point sur les questions, les tendances et les facteurs influant sur l'environnement des maladies respiratoires chroniques et passant ensuite à la détermination des priorités clés et des façons de les réaliser.

Après l’atelier, des documents clés ont été consultés en appui au processus d’analyse environnementale entrepris au cours de l’atelier. Des entrevues auprès des membres du Groupe de travail et des principaux intervenants par l’équipe d’experts ont été entreprises afin de documenter davantage les divers aspects du rapport et de mieux définir celui-ci. Le rapport est le résultat d’un processus itératif et à étapes multiples d’engagement et de collaboration mettant à contribution une vaste gamme d’intervenants. Le tableau qui suit résume les étapes clés du processus à ce jour ainsi que le délai d’exécution prévu pour chacune des étapes.

Étape	Activité du processus	Délai d’exécution
1.	Atelier « Défi pulmon-Air »	Avril 2006
2.	Formation du Groupe de travail	Novembre 2006
3.	Sondage préalable à l’atelier	Décembre 2006
4.	Atelier du Groupe de travail	Décembre 2006
5.	Examen des documents clés	Déc. 2006 – en cours
6.	Examen du rapport préliminaire par les membres	Jan./fév. 2007
7.	Entrevues auprès des principaux informateurs (en utilisant parallèlement la carte des actifs et l’analyse des lacunes)	Jan./fév. 2007
8.	Document de consultation, ébauche du rapport et rapport final	Fév./mars 2007

Ce ne sont là que les premières étapes. Les points saillants de ce rapport et d’autres éléments clés de la recherche seront compilés dans un document de consultation du Cadre et serviront à faciliter d’autres discussions et l’engagement des intervenants dans les mois à venir.

Objectifs du Groupe de travail

On a demandé aux membres du Groupe de travail d'oeuvrer de concert afin de fournir des recommandations et des lignes directrices concernant le contenu du Cadre national pour la santé pulmonaire. De façon plus précise, on leur a demandé d'entreprendre les tâches suivantes :

- développer les travaux menés à terme par les groupes de travail à l'atelier « Défi pulmon-Air » tenu en avril 2006;
- identifier des intervenants additionnels pour participer à l'élaboration du Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- cerner des questions de santé respiratoire additionnelles à inclure dans le Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- établir des buts, des objectifs et des résultats supplémentaires à inclure dans le Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- déterminer des activités potentielles qui peuvent permettre de réaliser ces buts, objectifs et résultats.

Les membres du Groupe de travail sur les maladies chroniques partagent l'important but global de réduire les taux de mortalité et de morbidité attribuables aux maladies respiratoires chroniques par le truchement d'une meilleure prévention, d'un dépistage et d'un traitement précoces, et d'une prise en charge efficace. Étant donné le bilan accru des maladies respiratoires chroniques au Canada, ce but est devenu plus pressant au cours des dernières années.

D'autres attentes, lesquelles sont nombreuses, fournissent la motivation et la force d'impulsion pour la réalisation de cet important but. Les membres du Groupe de travail y voient une occasion de faire avancer le secteur de la santé respiratoire et de tirer des leçons d'autres initiatives de cadres de travail reliées à la santé entreprises au Canada et à l'échelle internationale. Une approche efficace pour la lutte contre les maladies respiratoires chroniques exige une compréhension de la portée du problème, y compris les lacunes au niveau des connaissances. Conformément aux objectifs du Cadre national pour la santé pulmonaire, elle doit aussi reposer sur un véritable partenariat coordonné et appuyé par les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants clés.

Perspectives multiples

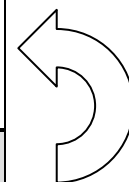
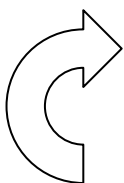
Une multitude de perspectives sont requises pour documenter de façon intégrale les stratégies utilisées pour obtenir les résultats attendus. Le Groupe de travail convient de l'importance de la voix et de la perspective des patients pour aborder les maladies respiratoires. Il reconnaît aussi la nécessité de prévoir une vaste coordination et l'établissement poussé de liens dans de nombreux organismes afin de bien donner suite à la vaste gamme d'affections chroniques respiratoires. Aucun organisme ne possède les moyens ou les connaissances pour y arriver à lui seul.

Les maladies respiratoires chroniques ne peuvent pas non plus être considérées isolément d'autres catégories de maladies respiratoires ou de maladies en général. La perspective des soins de courte durée, en particulier, doit être prise en compte dans la discussion, tout comme la perspective plus vaste de la santé publique, tout en accordant une importance accrue à la prévention et à la promotion des intérêts. Le Groupe de travail comprend que la prestation des soins de santé connaît une constante évolution. Les perspectives de la communauté des soins primaires, des équipes multidisciplinaires, des praticiens des soins communautaires et des personnes oeuvrant dans les secteurs de la santé environnementale sont toutes requises pour bien documenter les stratégies de promotion de la santé respiratoire.

Modèle logique

Le tableau qui suit illustre le modèle logique qui sert de cadre d'organisation pour le rapport du Groupe de travail sur les maladies chroniques. Le modèle compte cinq (5) éléments principaux. Des attentes, des intrants, des stratégies, des activités et des extrants bien précis sont associés à chacun de ces éléments et, ensemble, ils permettent d'obtenir dix (10) résultats clés primordiaux. Les diverses étapes du processus d'élaboration viennent documenter et appuyer le modèle. Le contenu du modèle sera mis au point au fur et à mesure que se déroulera le processus de consultation.

Vision	Améliorer la santé respiratoire et les soins de santé des Canadiens grâce à l'engagement du public vis-à-vis de l'élaboration concertée de politiques, du leadership, de la recherche, de l'innovation et de l'éducation.						
Éléments	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)	Surveillance	Recherche et application des connaissances		
Attentes	Voir page 8	Voir page 8	Voir page 8	Voir page 8	Voir page 8		
Intrants	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes		
Stratégies	Voir page 19	Voir page 20	Voir page 21	Voir page 22	Voir page 22		
Activités	Voir page 19	Voir page 20	Voir page 21	Voir page 22	Voir page 22		
Extrants	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes		
Résultats globaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les professionnels de la santé ont accès aux meilleures données probantes, formations et informations qui soient, ainsi qu'aux ressources et au soutien nécessaires pour les intégrer dans tous les domaines de pratique (et les mettre en œuvre pour de vrai). 2. Des données de qualité (ciblées et pertinentes) sont utilisées pour guider l'exécution des politiques, des programmes et des services, et la recherche sur une base permanente. 3. Il y aura un accès en temps opportun à des services de santé respiratoire intégrés, coordonnés et interdisciplinaires qui sont axés sur des normes en matière de pratiques exemplaires prévues pour les soins respiratoires chroniques. 4. Les Canadiens et leurs collectivités sont au courant des mesures visant à promouvoir la santé respiratoire optimale et ils y participent. 5. Nous pourrions mieux prendre en charge les maladies respiratoires et, partant, obtenir de meilleurs résultats cliniques. 6. Le fardeau des maladies respiratoires chroniques sera réduit, la morbidité et la mortalité seront aussi réduites, et il y aura une prévention, un diagnostic et un dépistage précoces, ainsi qu'une prise en charge efficace des maladies chroniques. 7. Il y aura une sensibilisation accrue aux facteurs de risque associés aux maladies respiratoires chroniques et un dépistage précoce de ces maladies, ce qui se traduira par une meilleure qualité de vie. 8. Il y aura un système de soins de santé plus durable assorti d'un financement adéquat qui ciblera les programmes prévus pour traiter de la prévention et de la prise en charge des maladies respiratoires chroniques. 9. Il y aura un programme de recherche bien financé et fructueux s'harmonisant au Cadre national pour la santé pulmonaire . 10. L'environnement de travail, l'environnement scolaire, l'environnement de la maison et l'environnement social (intérieurs et extérieurs) appuieront une santé respiratoire optimale. 						
Atelier « Défi pulmon-Air »	Collaboration du Groupe de travail	Sondage auprès des membres du Groupe de travail	Atelier du Groupe de travail	Examen des documents clés	Entrevues avec les informateurs clés	Examen du rapport préliminaire du Groupe de travail	Rapports itératifs



Éléments du Cadre

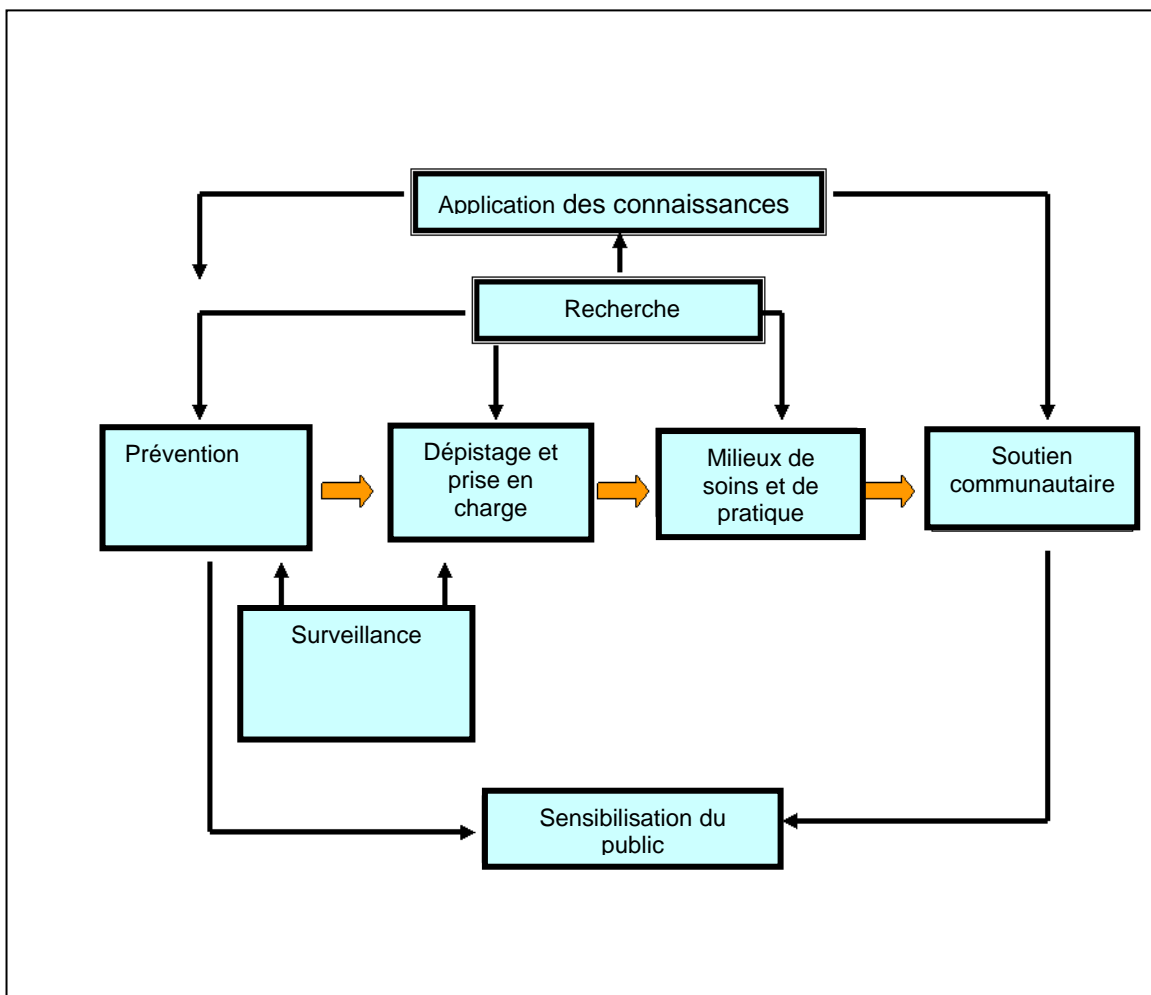
Cinq (5) éléments clés composent le cadre d'organisation prévu pour la stratégie et le modèle logique du Groupe de travail sur les maladies chroniques et représentent les vastes secteurs dans lesquels les ressources (intrants), les stratégies, les activités et les extrants clés sont harmonisés. Voici donc les cinq éléments clés :

Éléments du modèle logique	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)	Surveillance	Recherche et application des connaissances
-----------------------------------	--	--	---	--------------	--

- 1. Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention** – Les maladies respiratoires chroniques font l'objet d'une relativement faible sensibilisation du public, ce qui engendre des conséquences néfastes comme l'exposition inutile à des risques, un sous-diagnostic et un traitement.
- 2. Dépistage et prise en charge des maladies chroniques** – Le dépistage précoce et la prise en charge appropriée peuvent se traduire par une amélioration considérable de la qualité de vie des patients.
- 3. Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)** – Des environnements favorables sont essentiels pour une stratégie efficace de lutte contre les maladies respiratoires chroniques, lesquels comprennent une infrastructure de systèmes d'information au sein du système de soins de santé, de l'éducation sanitaire, ainsi que des environnements humains et des infrastructures favorables au sein de la collectivité.
- 4. Surveillance** – Assurer le suivi des maladies pulmonaires, de leurs facteurs de risque, répercussions et résultats au sein de la population au fil du temps fournit de précieux renseignements aux décideurs afin de guider les stratégies et les ressources en vue d'obtenir une réponse optimale.
- 5. Recherche et application des connaissances** – De la recherche est requise pour aborder les lacunes critiques dans l'information et appuyer des réponses intelligentes reposant sur des données probantes aux défis que posent les maladies respiratoires chroniques. Aussi est-il essentiel que cette recherche soit traduite en mesures et en résultats significatifs.

Liens

Le modèle logique est un outil utile comme cadre d'organisation. Cependant, il importe de reconnaître que les éléments du modèle sont non pas statiques mais interdépendants, chacun des éléments influant sur l'autre et formant ensemble un système complexe. Cet aspect systématique du modèle est illustré ci-dessous.



Il existe aussi d'importants liens entre les composantes des divers groupes de travail qui formeront le Cadre national pour la santé pulmonaire. Par exemple, de nombreuses questions soulevées au sein du Groupe de travail sur les maladies chroniques ont aussi été soulevées dans d'autres groupes de travail comme le Groupe de travail sur l'environnement et le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme. Ces liens, qui deviendront manifestes au fur et à mesure qu'évoluera le processus, viendront mettre en relief la nature dynamique et interdépendante des composantes du Cadre.

Intérêts, attentes et rôles des intervenants

Tous les Canadiens et Canadiennes ont un intérêt à traiter des maladies respiratoires chroniques. Cependant, pour être efficaces, il importe que les stratégies soient axées sur le traitement des besoins et des intérêts uniques de groupes d'intervenants bien précis. Pour ce qui est de la santé respiratoire à long terme, les intervenants clés cernés par le Groupe de travail comprennent les suivants :

- le gouvernement fédéral;
- les gouvernements provinciaux-territoriaux;
- les autorités sanitaires régionales;
- les administrations municipales;
- les peuples autochtones;
- les dispensateurs de soins de santé;
- les organisations non gouvernementales (ONG);
- le secteur privé;
- les éducateurs (système de santé et milieu scolaire);
- le grand public;
- les employeurs.
- la communauté de la recherche;
- les patients et les familles;
- les soins de santé privés, y compris l'industrie des produits pharmaceutiques et les assureurs;

Attentes générales de base

Il y a lieu de reconnaître que les intervenants ont un certain nombre d'attentes générales de base, notamment :

1. une meilleure santé respiratoire et une meilleure qualité de vie; un environnement communautaire qui appuie la prévention et la prise en charge des troubles respiratoires chroniques;
2. une collecte de données coordonnée et ciblée; de meilleurs systèmes d'information pour promouvoir la compréhension de ce qui se passe;
3. de la recherche ciblée pour compléter les nouvelles connaissances et combler des lacunes; traduire la recherche en connaissances et dans la pratique;
4. l'amélioration de l'intégration, de la rentabilité, de la coordination et de l'accès aux services de santé respiratoire;
5. de l'information et des communications habilitantes sur la façon de promouvoir, de maintenir, de protéger et d'optimiser la santé pulmonaire;
6. une utilisation accrue des connaissances existantes et de bonne qualité dans la pratique;
7. les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie et du soutien pour la réaffectation des ressources;
8. la coordination permanente selon laquelle chacun des intervenants comprend le rôle qu'il doit jouer;
9. des recommandations concernant les politiques et les lignes directrices des secteurs public et privé;
10. l'adoption du Cadre et de sa mise en œuvre par les intervenants.

Carte de concordance des attentes de base avec les éléments clés

Éléments du modèle logique	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention	Détection et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)	Surveillance	Recherche et application des connaissances
Attentes de base	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 6, 7, 9, 10	1, 2, 3, 6, 7, 9, 10

Analyse des perspectives, des intérêts et des rôles potentiels des intervenants

Chacun des intervenants a des perspectives, des intérêts et des rôles divergents en ce qui concerne les maladies respiratoires chroniques. Une analyse de ces différences est résumée dans le prochain tableau; l'analyse vient documenter les stratégies et les activités du Groupe de travail qui font partie intégrante de cette composante du Cadre.

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Gouvernement fédéral	De portée nationale, pancanadienne	Accès et universalité <i>Loi canadienne sur la santé</i> et norme de soins Soins de santé à prix abordable et durables	<ul style="list-style-type: none"> De meilleurs indicateurs de la santé respiratoire feront du Canada un chef de file mondial Recommandations bien précises concernant le rôle fédéral (surveillance, échange et expansion des connaissances, élaboration de politiques, leadership et coordination) Entente avec les intervenants en vue d'oeuvrer de concert et de convenir de résultats communs Favoriser des partenariats efficaces dans le domaine de la santé respiratoire Assurer le leadership à l'appui de la recherche sur la prestation de soins de santé respiratoire et de prévention Meilleures surveillance et collecte de données Soutien pour la mise en oeuvre du Cadre dans l'ensemble du Canada (documents, programmes, surveillance)

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Gouvernement provincial ou territorial	De portée provinciale, régionale et locale	<p>Accès au système, planification et gestion des capacités</p> <p>Prestation efficiente et à prix abordable des soins de santé</p> <p>Soins de qualité et paramètres; p. ex. réduction des temps d'attente; infrastructure du système de santé et ressources humaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information pour appuyer et diriger la création et l'exécution des programmes • Aider à cerner les priorités et les questions liées aux maladies respiratoires dans la planification stratégique concernant les programmes, les ressources, le financement requis • Directives concernant l'organisation de divers programmes communautaires et l'affectation de ressources en soins de santé • Exemples de bonnes pratiques et de pratiques exemplaires • Engagement des provinces et des territoires vis-à-vis du Cadre • Analyse de la rentabilité des recommandations
Autorités sanitaires régionales	De portée régionale	<p>Coordination des ressources régionales</p> <p>Planification d'urgence</p> <p>Prestation des services et capacités</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatives concertées (avec une entente commune) • Partenariats (p. ex. patient, professionnel de la santé, collectivité) • Qualité de vie améliorée pour les patients dans la collectivité • Des recommandations bien précises relevant de leur compétence, p. ex. transport, loisirs, services sociaux, santé publique • Investissement local pertinent par la province, les ONG, etc. • Intégration des services de santé dans la collectivité (rôle de soutien)
Administration municipale	Soins communautaires; de portée locale; prestation efficiente et efficace	Capacités, services de qualité et accès – satisfaction des besoins et des exigences de la collectivité	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatives sur la santé des Autochtones • Participation des peuples autochtones à la prestation des soins de santé • Mettre en œuvre les engagements de la Table ronde Canada-Autochtones sur la santé • Recherche concernant la prévalence des maladies respiratoires chroniques au sein des collectivités autochtones • Rétablir le financement pour lutter contre le tabagisme

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Peuples autochtones	Nationale, provinciale-territoriale, régionale et communautaire Dans les réserves et hors réserves	Amélioration de la santé des Autochtones Des ressources plus nombreuses et de meilleure qualité ciblant les besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur les pratiques exemplaires • Un moins grand nombre de patients et des patients plus en santé • Intégration de la prestation de soins de santé de qualité • De l'aide pour composer maintenant avec la forte demande • Des outils pour faciliter la mise en œuvre des lignes directrices • Formation reposant sur des données probantes et des lignes directrices • Aiguillages appropriés vers des spécialistes et des services spécialisés • Financement du gouvernement et disponibilité de dispensateurs de soins de santé (autres que des médecins) afin d'assurer des soins interdisciplinaires • Participation à la surveillance et à la recherche • Application des connaissances reposant sur des données probantes dans la pratique
Dispensateurs de soins de santé	Communautaire	Des outils et des ressources tout au long du continuum des soins Soins des patients Soins interdisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande importance accordée à l'initiative personnelle (optimale) • Soutien pour la prise en charge de la maladie • Les patients déterminent les normes de soins auxquelles ils devraient s'attendre pour la prise en charge de leur maladie chronique • Intégration améliorée des soins • Accès à l'information (accessible, de haute qualité, personnelle) • Plus grande variété de services • Membre actif de l'équipe interdisciplinaire

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Patients et familles	Perceptions de la qualité et de la souplesse du système et des dispensateurs de soins de santé; Le traitement a-t-il été efficace?	Accès amélioré De meilleurs résultats cliniques Une meilleure qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien/financement de l'infrastructure des RH en vue de la mise en oeuvre • Recommandations pour mettre en oeuvre des politiques et des mesures en matière de milieux de travail sains • Accès rapide à une évaluation spécialisée • Initiatives sur l'absentéisme au travail • Formation professionnelle continue/exigences pour le personnel responsable de la santé et de la sécurité en milieu de travail
Employeurs	Productivité des travailleurs; capacité d'attirer et de maintenir en poste des travailleurs; compétitivité	Milieu de travail sain et travailleurs en santé; meilleure productivité et réduction de l'absentéisme Formation et sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Information pour orienter l'investissement • Potentiel de collaboration dans le cadre de programmes et de services de soins pour maladies respiratoires • Compréhension des besoins, des perceptions et des attentes des patients • Analyse de rentabilité • Statistiques et paramètres exacts • Des normes plus claires pour l'accès à des médicaments afin d'éliminer les variations dans le financement provincial • Des produits de qualité à un prix raisonnable afin de satisfaire aux besoins des dispensateurs de soins, des patients et des familles
Secteur privé (soins de santé privés, sociétés pharmaceutiques, assureurs, etc.)	Partenaires du système de soins de santé; efficacité et efficacité; innovation; recherche	Possibilités d'investissement Éviter ou réduire les pertes Approche valeur	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur la prévention et sur l'initiative personnelle • Une meilleure compréhension des questions de santé respiratoire et du fardeau des maladies respiratoires • Bon rendement des investissements du gouvernement et des ONG • Meilleures connaissances (importance/répercussions) sur la santé respiratoire • Plus grande sensibilisation à la santé respiratoire et au moment où il faut rechercher de l'aide, c.-à-d. la spirométrie • Promotion de la santé tout au long du continuum des soins • Messages coordonnés concernant les MRC et les journées mondiales et canadiennes

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Grand public	<p>Caractère abordable; équité, durabilité; qualité; accès</p> <p>Sensibilisation et prévention des maladies respiratoires chroniques et promotion de la santé pulmonaire</p>	<p>Accès, soins et services de santé de qualité, meilleur rapport qualité-prix</p> <p>Renseignements sur l'initiative personnelle et la prévention</p> <p>Soins de santé par opposition à soins des malades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et formation reposant sur des données probantes • Formation en soins primaires • Dispensateur multidisciplinaire de formation (p. ex. formation, collège, université, FMC, etc.) • Universités, collèges de soins infirmiers, etc. • Vision de la nature de l'effectif et de ses modes de pratique • Apport sur le programme d'études afin de prévoir une diversité de dispensateurs de soins de santé • Contenu du programme d'études
Éducateurs (système de santé et milieu scolaire)	<p>Déclencheurs et contraintes systémiques; transfert et gestion des connaissances</p> <p>Recherche reposant sur des données probantes et application des connaissances</p>	<p>Normes de formation et de recherche; lignes directrices sur les pratiques exemplaires</p> <p>Formation, attestation et homologation de calibre international des dispensateurs</p> <p>Mécanismes de surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'obtention de fonds supplémentaires (p. ex. des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des organismes subventionnaires et de financement) • Élaborer des possibilités de demandes de propositions et y donner suite • Aider à cerner les possibilités de recherche requises • Cerner les lacunes dans les connaissances • Stratégie nationale de réadaptation pulmonaire, particulièrement pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) légère, modérée et grave • Stratégie pédiatrique - asthme • Plus de financement, et triage des priorités en matière de recherche • Établir des partenariats (p. ex. ICRS, Fondation des maladies du coeur) • Intégrer la recherche, c.-à-d. de la cellule jusqu'à la personne • Collaborer avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux concernant les priorités en matière de recherche

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Communauté de recherche	Avancement des connaissances	Avancement des connaissances afin d'obtenir des résultats tout au long du continuum des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer l'orientation des activités – promotion des intérêts, formation • Potentiel de financement • Coordination améliorée et efficace avec des ONG à vocation similaire ou connexe • De meilleurs résultats cliniques pour ses groupes ciblés • Mécanisme pour un apport utile aux travaux permanents d'élaboration en vue de la mise en oeuvre du Cadre national pour la santé pulmonaire (y compris leurs enjeux) • Occasions de collaboration au sein et à l'extérieur de la communauté de la santé respiratoire • De meilleurs résultats chez les patients • Élaborer et diffuser des documents de formation reposant sur des données probantes • Appuyer des initiatives DES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX prévues pour le grand public, les patients, les familles et les dispensateurs • Appuyer et prévoir des possibilités de financement de la recherche • Collaborer à la définition des questions, des besoins et des priorités
ONG	Propre aux intervenants; propre aux questions	<p>Faire avancer les programmes par le truchement de la recherche, de la promotion des intérêts, etc.</p> <p>Donner suite aux besoins et aux priorités des membres</p>	

Analyse de l'environnement

Divers facteurs, questions et tendances clés façonnent l'environnement des maladies chroniques et cernent tant les défis que les occasions d'accomplir des progrès sur le front des maladies respiratoires chroniques. La présente analyse de l'environnement résume les considérations pertinentes des membres du Groupe de travail, des principaux informateurs et des parties intéressées.

Les maladies respiratoires chroniques; un problème qui prend de l'envergure

Plus de trois millions de Canadiens sont aux prises avec de graves maladies respiratoires¹. La vaste majorité de ces Canadiens souffre d'affections chroniques comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'apnée du sommeil. Ces maladies touchent les personnes de tous les âges : les enfants, les adolescents, les adultes et les aînés.

Le Canada est aux prises avec une vague de maladies respiratoires chroniques. Cela tient, en partie, au fait que de nombreuses maladies de ce genre ont tendance à s'aggraver avec l'âge et que la population canadienne vieillit.

Par exemple, les influences sociétales qui encourageaient les femmes à fumer il y a 30 ou 40 ans ont contribué à l'apparition de la MPOC comme un grave problème de santé chez les femmes. Selon un récent rapport, plus de 425 000 femmes au Canada ont été diagnostiquées comme ayant la MPOC². Depuis l'an 2000, le taux de mortalité due à la MPOC chez les femmes a augmenté à un rythme deux fois plus élevé que celui pour le cancer du sein³. De toutes les principales causes de décès, la MPOC est la seule dont le taux de mortalité croît continuellement. Les taux d'hospitalisation sont également élevés et affichent une hausse⁴.

Comme la MPOC, l'asthme est un grave problème qui prend de l'ampleur. L'asthme est la maladie respiratoire la plus courante chez les enfants canadiens, intervenant pour le quart de l'absentéisme scolaire. Chez les adultes, la prévalence de l'asthme a augmenté, ayant passé de 2,3 % en 1979 à 8,4 % en 2004⁵. L'apnée du sommeil constitue aussi une préoccupation croissante parmi de nombreux professionnels des soins de santé. On estime que des milliers de Canadiens souffrent de l'apnée du sommeil à leur insu. L'apnée du sommeil obstructive (ASO) touche de 1 à 3 % des enfants. De plus, un adulte sur cinq est atteint d'apnée du sommeil bénigne, et au moins un sur quinze est atteint d'apnée du sommeil modérée⁶.

¹ *Les maladies respiratoires au Canada*, 2001, Association pulmonaire du Canada et Santé Canada

² *Les femmes et la MPOC : un rapport national*, 2006, Association pulmonaire du Canada

³ Ibid.

⁴ *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : rapport d'évaluation nationale*, Association pulmonaire du Canada, 2005

⁵ *Asthma: A Resource for Canadian Journalists*, Association pulmonaire du Canada

⁶ <http://www.poumon.ca> 30 décembre 2006

Des facteurs environnementaux jouent également un rôle dans ce problème. Au fur et à mesure que se détériore la qualité de l'air que nous respirons, la prévalence des maladies respiratoires chroniques augmente. La tendance vers une urbanisation accrue vient aggraver les effets néfastes. Santé Canada estime que la pollution atmosphérique dans 11 grandes villes canadiennes est responsable de 5 000 décès prématurés par année⁷. Aussi le problème n'est-il pas limité uniquement à l'air extérieur. Des études ont permis de constater que les adultes canadiens passent environ 90 % de leur temps à l'intérieur. La qualité de l'air intérieur est influencée par divers facteurs, y compris l'air extérieur, la fumée de tabac ambiante, les matériaux biologiques, les produits de consommation et de construction et les matières radioactives⁸.

Des taux croissants d'obésité et de mauvaises conditions de travail constituent aussi des facteurs contributifs, tout comme le sont les taux persistants de tabagisme. Selon de récentes données, 18 % de la population âgée de 15 ans et plus étaient des fumeurs et, de ce nombre, 14 % fumaient quotidiennement. Parmi les fumeurs de 15 ans et plus, près de 20 % sont des hommes et de 15 % sont des femmes⁹. Les taux élevés enregistrés chez des groupes comme les peuples autochtones du Canada, les jeunes femmes et les immigrants constituent une préoccupation particulière. Qui plus est, les maladies respiratoires sont de plus en plus reliées à l'exposition indirecte et directe à la fumée de tabac (EFT).

Tout porte à croire que les affections respiratoires chroniques comme la MPOC sont considérablement sous-diagnostiquées, et ce, en partie en raison d'une faible sensibilisation. Même si elle constitue la quatrième cause de décès en importance au Canada, moins de la moitié (46 %) des Canadiens ont entendu parler de la maladie pulmonaire obstructive chronique, et un nombre encore moins important reconnaît le sigle MPOC (13 %), selon de récentes données de sondage^{10, 11}.

Comme il a été souligné dans une récente étude menée par l'Association pulmonaire, l'augmentation prévue du nombre d'individus souffrant de MPOC aura des répercussions importantes en ce qui a trait aux familles et à la prestation de services hospitaliers et communautaires complets¹². La même étude a souligné que la prévalence des cas d'asthme déclarés par l'individu connaît une hausse chez les hommes et chez les femmes. Les données sur la limitation des activités, les visites dans les salles d'urgence et l'hospitalisation donnent à penser que bon nombre de personnes souffrant d'asthme ont besoin d'aide pour maîtriser leur maladie.

Des données indiquent que les peuples autochtones du Canada sont touchés de façon disproportionnée par les maladies respiratoires chroniques comme l'asthme et la MPOC.

⁷ Burnett R, Cakmak S, Brook JR. « *The effect of ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities* », Revue canadienne de santé publique, 1998; 89 : 3152-56

⁸ *Les maladies respiratoires au Canada*, 2001, Association pulmonaire du Canada et Santé Canada

⁹ Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février-décembre 2006

¹⁰ Statistique Canada, Principales causes de décès sélectionnées, selon le sexe (date de modification : 2005-02-17)

¹¹ Recherche de Léger Marketing de 2006 – le consommateur

¹² *Les maladies respiratoires au Canada*, 2001, Association pulmonaire du Canada et Santé Canada

Une étude a souligné que les peuples autochtones de l'Alberta étaient 2,1 fois plus susceptibles de visiter la salle d'urgence et le cabinet d'un médecin concernant l'asthme et 1,6 fois plus susceptibles de le faire pour ce qui est de la MPOC, comparativement aux non-Autochtones¹³. Bien qu'il faille obtenir d'autres données à ce sujet, on estime que les maladies chroniques respiratoires sont exacerbées dans les collectivités autochtones en raison des conditions de logement comme le surpeuplement et la présence de moisissures toxiques; la pauvreté et la toxicomanie peuvent aussi constituer des facteurs contributifs.

Comme la MPOC et, à un degré moindre, l'asthme, on croit généralement que la prévalence de l'apnée du sommeil est considérablement sous-déclarée. Cette sous-déclaration tient au fait que des milliers de Canadiens souffrent d'apnée du sommeil et ne le savent pas¹⁴. Qui plus est, des experts et des intervenants principaux estiment qu'il continue d'y avoir d'importants écarts dans l'accès au diagnostic et au traitement de l'apnée d'une province à l'autre.

¹³ Sin D, Wells H, et coll. *Asthma and COPD Among Aboriginals in Alberta, Canada*. Chest 2002;121:1841-1846. 2002 American College of Chest Physicians

¹⁴ Semaine nationale de sensibilisation aux troubles du sommeil : 27 mars – 3 avril

Manque de sensibilisation

La santé respiratoire, en général, est très peu reconnue dans l'esprit collectif du public. Même si les maladies respiratoires chroniques sont beaucoup plus vastes que le cancer, par exemple, les gens ne se voient pas comme faisant partie de ce groupe. L'une des raisons expliquant ce phénomène, c'est qu'il n'y a pas une « maladie pulmonaire ». Les maladies pulmonaires se composent plutôt de plus de 30 maladies respiratoires différentes dont les causes sont étendues et variées¹⁵. Une autre raison, c'est peut-être qu'il n'y a jamais eu de campagne coordonnée et soutenue pour informer et sensibiliser le public au sujet de l'importance des maladies respiratoires¹⁶. La couverture médiatique est donc comparativement faible. Par exemple, au cours des neuf premiers mois de 2005, il y a eu 252 articles imprimés mentionnant la MPOC dans les médias canadiens, comparativement à 2 848 pour la maladie d'Alzheimer, à 7 157 pour le cancer du sein, et à 13 023 pour le VIH/sida¹⁷.

De faibles niveaux de sensibilisation ne se limitent pas au public; ils se répercutent aussi sur les soins et le traitement. Par exemple, seulement le quart des médecins au pays (26 %) estiment très bien connaître les lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie (SCT), et seulement 7 % affirment suivre le processus de traitement décrit par ces lignes directrices¹⁸. Les lignes directrices de la SCT insistent sur l'importance de la spirométrie en tant que moyen le plus efficace pour diagnostiquer une MPOC. Même si l'accès à la spirométrie est élevé, son utilisation pour diagnostiquer la MPOC est faible, et la facilité à interpréter les résultats obtenus l'est encore davantage¹⁹.

De faibles niveaux de sensibilisation semblent se traduire par un sous-diagnostic, un sous-financement et de la complaisance. Certains experts et intervenants principaux estiment qu'il y a une importante stigmatisation associée aux maladies pulmonaires, ce qui peut constituer un obstacle au dépistage et au traitement. Aussi convient-il de souligner que certaines affections respiratoires chroniques comme l'apnée du sommeil chez l'enfant sont pour ainsi dire négligées. Il en résulte, selon des intervenants, que les maladies respiratoires chroniques ne reçoivent pas toute l'attention qu'elles méritent, ce qui, à son tour, signifie que la réponse du système de soins de santé est loin d'être optimale²⁰.

Les intervenants du secteur des maladies respiratoires chroniques sont d'avis que le moment de prévoir une intervention soutenue se fait depuis longtemps attendre et qu'il y

¹⁵ *Vers un cadre national sur la santé respiratoire au Canada : analyse de l'environnement*, Association pulmonaire, 2006

¹⁶ Il y a eu, bien entendu, de nombreuses campagnes visant à sensibiliser le public aux risques du tabagisme. Les questions plus vastes ont trait à la santé respiratoire en général et à la multitude d'autres facteurs de risque.

¹⁷ *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : rapport d'évaluation nationale*; Association pulmonaire, 2005

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Atelier et consultations de 2006 du Groupe de travail sur les maladies respiratoires chroniques

aurait lieu de lancer une campagne coordonnée nationale visant à améliorer la sensibilisation et la qualité de vie pour les personnes souffrant de ces maladies²¹.

Efforts fragmentés et manque de coordination

Selon de nombreux experts, la communauté de la santé respiratoire ne peut être décrite que comme étant fragmentée comparativement à d'autres grandes catégories de maladies (p. ex. le diabète, les maladies du cœur et les accidents vasculaires-cérébraux, le cancer). Malgré les efforts de nombreux organismes et particuliers, la coordination requise pour assurer une amélioration soutenue et l'intégration des stratégies est perçue comme étant lacunaire. En effet, il a été sous-entendu que la rivalité institutionnelle engendre souvent un niveau de concurrence pour le soutien de diverses activités au détriment du domaine dans son intégralité.

Qui plus est, il y a d'importantes variations dans le financement du diagnostic et du traitement dans l'ensemble du Canada. Par exemple, une récente étude faisant le bilan de la situation a souligné que la capacité de traiter de la MPOC variait considérablement. Plusieurs provinces ont obtenu la note D ou une note inférieure pour ce qui est de la capacité de traiter de la MPOC; trois provinces ont effectivement échoué à ce titre²². Les auteurs de l'étude ont fait remarquer qu'il existait des différences entre les provinces en ce qui concerne le financement des médicaments prévus pour la MPOC, ainsi que le respect des lignes directrices de la STC sur la prise en charge de la MPOC, y compris l'accès à la réadaptation pulmonaire.

La politique fédérale, provinciale et territoriale est considérée comme présentant un défi pour ce qui est de l'adoption d'une approche concertée tandis que le débat sur les soins de santé publics et privés est perçu comme entravant la capacité de prendre des mesures concertées. Selon de nombreux intéressés, il existe une excellente occasion de mettre en œuvre des lignes directrices nationales (p. ex. celles sur la MPOC) comme moyen d'atténuer certains de ces défis.

Ressources, recherches et données limitées

Bien que l'on en connaisse énormément sur les questions, les tendances et les répercussions globales reliées aux maladies respiratoires au Canada, il y a aussi d'importantes lacunes sur le plan de l'information. Selon le point de vue prévalent, le recours aux systèmes de soutien des décisions et de gestion de l'information est trop souvent sporadique et inégal dans l'ensemble du pays. Il a été souligné que certains endroits utilisent des ordinateurs et des outils de soutien des systèmes, mais qu'ils sont généralement minoritaires. C'est donc dire qu'il y aurait lieu de rendre de tels systèmes plus largement et uniformément disponibles afin que les professionnels des soins de santé

²¹ Ibid.

²² *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : rapport d'évaluation nationale*, Association pulmonaire, 2005

respiratoire participant à toutes les facettes des soins de santé respiratoire puissent disposer de l'information dont ils ont besoin pour être le plus efficaces possible. De telles ressources sont jugées comme étant importantes en tant que condition préalable pour assurer un transfert et une adoption des connaissances plus importants et plus rapides.

Quoiqu'elles affichent une amélioration, les données sur les maladies respiratoires chroniques au Canada présentent toujours d'importantes lacunes. Par exemple, il est largement reconnu qu'il faut prévoir plus de recherche pour pouvoir déterminer l'incidence des maladies respiratoires chroniques comme l'asthme et la MPCO chez les groupes de population à risque ou vulnérables comme les enfants, les aînés et les femmes, ainsi que les immigrants, les Autochtones, les personnes à faible revenu et les segments ruraux.

Outre les exigences relatives aux systèmes et la nécessité de prévoir de meilleures données scientifiques pour aborder les lacunes, des données probantes antérieures donnent à penser que les résultats dans le système de soins de santé tardent à voir le jour sans investissements dans les ressources humaines en santé requises pour appliquer l'information et les connaissances dans la pratique. L'absence de ressources humaines en santé appropriées pour traiter des maladies respiratoires chroniques est perçue comme un obstacle considérable au progrès. Même quand des programmes sont mis en oeuvre et des mesures prises, de nombreuses personnes estiment qu'il n'y a souvent pas suffisamment de ressources pour assurer la surveillance et la mesure efficaces des résultats. Ces points de vue mettent en relief la nécessité d'accorder une plus grande importance aux maladies respiratoires chroniques comme la MPOC; ils sont appuyés par de récentes données de sondage selon lesquelles 56 % des médecins estiment que leur gouvernement provincial ne fait pas de la MPOC une priorité en matière de soins de santé²³.

Contraintes s'exerçant sur le système de soins de santé

Les maladies respiratoires ont de graves répercussions économiques sur le système canadien de soins de santé; en effet, elles totalisent près de 12,18 milliards de dollars en dépenses directes et indirectes par année (en dollars de 1993)²⁴.

Les contraintes s'exerçant sur le système de soins de santé augmentent dans l'ensemble du pays. Ces contraintes grèvent de façon considérable le système. Les provinces et les territoires ainsi que le gouvernement fédéral et autres intervenants se tournent vers la réforme des soins de santé primaires pour relever ces défis, y compris de nouvelles façons de diagnostiquer, de prévenir et de prendre en charge les maladies chroniques. La réforme des soins de santé influera sur la façon dont les soins de santé sont assurés – une importance renouvelée étant accordée à l'infrastructure – ainsi que sur la façon dont les intéressés sont organisés et financés pour la prestation. S'il est vrai que les défis de la réforme des soins de santé sont imposants, de nombreux intervenants sont d'avis qu'il

²³ Ibid.

²⁴ *Les maladies respiratoires au Canada*, 2004, Association pulmonaire du Canada

existe également une occasion de prévoir des façons novatrices, pratiques et efficaces d'aborder les questions de maladies respiratoires chroniques.

Modification de l'orientation et des attitudes

Les intervenants constatent que les attitudes sociétales changeantes modifient la nature des soins de santé et leur mode de prestation. L'orientation de ces soins s'éloigne clairement des soins de courte durée en faveur de la prévention, du dépistage précoce et du diagnostic. La défense des intérêts des consommateurs est perçue comme jouant un rôle accru dans la détermination de l'affectation des ressources. Des informateurs laissent entendre que les meilleurs modèles pour cette approche comprennent le VIH et le cancer du sein. Les consommateurs, frustrés par des contraintes systémiques imposées sur les soins de santé, rechercheraient de plus en plus des façons nouvelles et innovatrices de prendre en charge leur propre santé. Cette tendance a été décrite comme étant le passage d'une culture axée sur la « maladie » à une culture axée sur le « mieux-être ».

Certains informateurs indiquent qu'il y a une tendance à placer les maladies respiratoires dans un cadre clinique. Conformément à une approche axée sur la santé respiratoire, ils affirment qu'il y aurait lieu d'accorder davantage d'importance à ce qui est disponible au sein de la collectivité, y compris l'infrastructure, les activités, le counselling diététique, les programmes d'exercice, la sensibilisation et d'autres éléments encore. Des informateurs font remarquer qu'il y a une acceptation croissante du fait que les soins de santé interdisciplinaires axés sur le patient constituent le modèle émergent qui convient le mieux pour aborder les nouvelles normes et attentes sociétales²⁵.

²⁵ Consultations de 2006 du Groupe de travail sur les maladies respiratoires chroniques

Résultats globaux

Les résultats clés représentent « l'état futur » souhaité de la santé respiratoire au Canada, comme ils ont été formulés par les membres du Groupe de travail et d'autres intervenants (y compris les grands experts, les praticiens et les principaux informateurs). Les énoncés de résultats reflètent le monde tel que les intervenants aimeraient le voir une fois la stratégie pleinement mise en œuvre – c'est-à-dire à long terme. Vous trouverez ci-dessous les résultats clés attendus à plus long terme par les membres du Groupe de travail.

1. Les praticiens de la santé ont accès aux données probantes, à la formation et à l'information les meilleures qui soient, ainsi qu'aux ressources et au soutien nécessaires pour les intégrer dans tous les domaines de pratique (et effectivement les mettre en œuvre).
2. Des données de qualité (ciblées et pertinentes) sont utilisées pour guider la prestation des politiques, des programmes et des services et la recherche sur une base permanente.
3. Il y aura un accès en temps opportun à des services de santé respiratoire intégrés, coordonnés et interdisciplinaires qui sont axés sur des normes en matière de pratiques exemplaires prévues pour les soins respiratoires chroniques.
4. Les Canadiens et leurs collectivités sont au courant des mesures visant à promouvoir la santé respiratoire optimale et ils y participent.
5. Nous pourrions mieux prendre en charge les maladies respiratoires et, partant, obtenir de meilleurs résultats cliniques.
6. Le fardeau des maladies respiratoires chroniques sera réduit, la morbidité et la mortalité seront aussi réduites, et il y aura une prévention, un diagnostic et un dépistage précoces, ainsi qu'une prise en charge efficace des maladies chroniques.
7. Il y aura une sensibilisation accrue aux facteurs de risque associés aux maladies respiratoires chroniques et un dépistage précoce de ces maladies, ce qui se traduira par une meilleure qualité de vie.
8. Il y aura un système de soins de santé plus durable assorti d'un financement adéquat qui ciblera les programmes prévus pour traiter de la prévention et de la prise en charge des maladies respiratoires chroniques.
9. Il y aura un programme de recherche bien financé et fructueux s'harmonisant au Cadre national pour la santé pulmonaire .
10. L'environnement de travail, l'environnement scolaire, l'environnement de la maison et l'environnement social (intérieurs et extérieurs) appuieront une santé respiratoire optimale.

Carte de concordance des résultats avec les éléments clés

Éléments du modèle logique	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Milieu favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)	Surveillance	Recherche et application des connaissances
Résultats importants	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8	1, 2, 3, 6, 7, 8, 10	1, 2, 6, 7	2, 6, 7, 9

Stratégies et activités clés

Vous trouverez ci-dessous les stratégies et activités préliminaires associées à chacun des éléments qui peuvent vraisemblablement engendrer les résultats globaux précisés.

A. Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention

S.1 Accroître la sensibilisation du public et des autres intervenants

- Accroître la sensibilisation par le truchement d'initiatives et de stratégies de communication bien précises.
- Accroître la sensibilisation du public et du gouvernement afin qu'un financement additionnel soit consenti pour appuyer la recherche dans le domaine de la santé respiratoire.
- Accroître la sensibilisation concernant la gamme complète des maladies pulmonaires chroniques au Canada afin de tenir compte de leur fardeau (p. ex. asthme, MPOC, ASO, fibrose kystique, fibrose pulmonaire, etc.).
- Inscire la santé respiratoire au programme du gouvernement et dans la conscience du public.
- Mettre en place une campagne nationale de sensibilisation du public à la santé pulmonaire.
- Accroître la sensibilisation à chacune des MPOC, à l'asthme et aux ASO à plus de 90 %.
- Connaissance et soutien du public des facteurs de risque des maladies respiratoires.
- Faire participer tous les groupes d'intervenants aux discussions.
- Mettre un visage public sur les maladies pulmonaires chroniques.

S.2 Renforcer la promotion de la santé et la promotion des intérêts

- Promouvoir l'abandon du tabagisme, la prévention et la protection.
- Promouvoir la santé respiratoire (promotion de la santé) là où vivent, jouent et travaillent les gens.
- Obtenir l'adhésion des groupes à risque élevé au Cadre.
- Faire participer des populations vulnérables à la conception et à la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer la santé respiratoire.
- Faire participer des professionnels de la santé à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'initiatives visant à promouvoir la santé respiratoire.

S.3 Accroître les efforts de prévention des maladies respiratoires chroniques

- Intégrer le counselling en matière d'abandon du tabagisme, de prévention et de protection dans la pratique des professionnels des soins de santé respiratoire.
- Faciliter la réforme des soins de santé afin de cibler la prévention de la maladie.
- Encourager le public à consulter un médecin si besoin est en cas de MPOC, d'asthme et d'ASO (p. ex. test d'asthme de 30 secondes, test de la santé pulmonaire, test de la somnolence).
- Déployer des efforts en vue de réduire les taux de tabagisme; maintenir les efforts de prévention, de protection et d'abandon du tabagisme.
- Relier la santé pulmonaire à de nouveaux problèmes comme la qualité de l'air et les changements climatiques, les disparités régionales dans l'accès et les temps d'attente, et faire pression pour une interdiction de fumer plus importante dans l'ensemble du pays.

B. Dépistage et prise en charge des maladies chroniques

S.1 Meilleure sensibilisation et meilleure formation

- Former un plus grand nombre d'éducateurs pour la prise en charge de l'asthme et de la MPOC.
- Établir un programme de formation en matière de prise en charge de l'ASO.
- Former les praticiens des soins de santé, tout particulièrement ceux des soins de santé primaires, en ce qui concerne la valeur de l'approche en matière de prise en charge des maladies chroniques à retenir pour des affections comme la MPOC, l'asthme et l'apnée du sommeil.
- Se concentrer sur la prise en charge des maladies chroniques pour assurer un nombre adéquat de formateurs en santé respiratoire.
- Former les omnipraticiens en matière de pratiques de prise en charge courantes des maladies respiratoires chroniques.
- Accroître l'accès aux formateurs en matière de maladies respiratoires; former un nombre adéquat de formateurs en matière de maladies respiratoires pour toutes les régions du pays et promouvoir le rôle d'un formateur certifié en matière de maladies respiratoires.
- Établir la certification nationale des formateurs en matière de maladies respiratoires.
- Intégrer une plus grande part de formation en matière d'asthme et de MPOC dans les milieux de pratique pertinents.

S.2 Meilleur traitement et meilleure réadaptation

- Établissement d'une clinique multidisciplinaire pour la MPOC et les maladies respiratoires dans les grands centres hospitaliers tertiaires afin de prendre en charge les patients présentant ces troubles.
- Coordonner les soins avec le médecin de famille du patient.
- Coordonner les ressources actuelles de manière à optimiser l'efficacité, p. ex. collaborer avec les installations de réadaptation cardiaque afin de prévoir des exercices et des séances sur l'initiative personnelle pour les patients souffrant de maladies pulmonaires ou autres, tout en ajoutant un volet pulmonaire pour la prise en charge de maladies bien précises.
- Accroître l'accès aux programmes de réadaptation.
- Assurer un accès homogène à la spirométrie, aux médicaments et aux programmes spéciaux (réadaptation pulmonaire, ventilation à domicile, abandon du tabagisme, O₂ à domicile, etc.).

S.3 Dépistage précoce

- Diagnostiquer plus tôt les maladies respiratoires chroniques.
- Comprendre l'incidence d'un diagnostic précoce d'affections respiratoires chroniques sur la santé des patients.
- Accroître l'accès au dépistage, aux programmes de réadaptation pulmonaire et aux médicaments pour les personnes souffrant de MPOC.
- Promouvoir un recours accru à la spirométrie pour les groupes à risque; examiner les obstacles au recours à la spirométrie (p. ex. par les médecins de famille et autres).
- Accroître l'accès au diagnostic et au traitement de l'apnée du sommeil.
- Veiller à ce que des professionnels médicaux compétents soient régulièrement disponibles pour les peuples et les collectivités autochtones.

S.4 Habilitation du patient et initiative personnelle

- Promouvoir chez le patient l'initiative personnelle et la responsabilité de faire des choix de vie sains, ainsi que leur incidence sur l'état de santé respiratoire.
- Commencer à réduire le recours aux soins de courte durée pour les maladies respiratoires (hospitalisation et visites à la salle d'urgence) et à augmenter le nombre de programmes de réadaptation pour les patients.
- Rendre les consultations de l'éducateur sanitaire obligatoires dans le cas des patients nouvellement diagnostiqués et au moment du congé de l'hôpital ou de la salle d'urgence.
- Accroître l'accès à la formation sur l'asthme et la MPOC (p. ex. Éducateurs certifiés en asthme (ECA) dans les cliniques et les centres d'éducation sur l'asthme afin de faciliter une meilleure initiative personnelle).

C. Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)

S.1 Processus et systèmes intégrés

- Accroître l'intégration des services hospitaliers (p. ex. salle d'urgence) aux services pour malades externes (p. ex. pratique familiale)
- Harmoniser les maladies respiratoires avec tous les milieux le long du continuum de soins, tout en abordant l'intégration des systèmes afin que les soins assurés au patient soient uniformes, efficaces et efficaces

S.2 Soins de soutien

- Réduire les temps d'attente pour le diagnostic et le traitement de l'apnée du sommeil
- Appuyer les interventions dans le secteur des soins primaires
- Établir des cliniques multidisciplinaires sur la MPOC et l'asthme dans les petits hôpitaux communautaires afin de prendre en charge les patients complexes souffrant de ces troubles
- S'assurer que nous avons des éducateurs en maladies respiratoires certifiés dans les soins primaires, les cliniques, les hôpitaux et les collectivités
- Fournir un traitement et une réadaptation pour tous ceux qui en ont besoin

S.3 Environnements et programmes communautaires favorables

- Se concentrer sur la santé respiratoire dans les collectivités, urbaines et rurales, et faire des dispensateurs de soins de santé respiratoire des champions effectuant de la recherche et assurant la promotion d'environnements sains
- Réduire la pollution intérieure et extérieure
- Réduire la prévalence de l'asthme chez les peuples autochtones et d'autres groupes à risque élevé
- Comprendre le rôle des programmes communautaires (p. ex. les programmes d'abandon du tabagisme) dans l'amélioration de la santé et la réduction de l'utilisation des services de santé par les patients souffrant de troubles des voies aériennes
- Déterminer si les programmes communautaires de réadaptation et d'exercice peuvent améliorer la santé et les résultats cliniques chez les patients souffrant de troubles des voies aériennes
- Rendre tous les endroits publics et les lieux de travail exempts de fumée et de parfums
- Interdire la cigarette à bord des véhicules transportant des enfants
- Améliorer la qualité des soins de fin de vie pour les gens souffrant d'une maladie respiratoire chronique
- Accroître l'accès aux programmes de réadaptation pulmonaire et d'abandon du tabagisme
- Faire participer de façon plus intégrale les employeurs et les organismes communautaires dans la prévention des maladies respiratoires reliées à la profession

D. Surveillance (y compris des lignes directrices et des pratiques exemplaires)

S.1 Analyser les tendances en vue d'obtenir de meilleurs renseignements et résultats

- Cerner la présence de facteurs de risque communs et importants pour les maladies respiratoires chroniques
- Déterminer la prévalence et l'incidence des maladies respiratoires chroniques dans les diverses collectivités
- Comprendre l'impact des troubles pulmonaires et de l'utilisation des services de santé par les personnes souffrant de troubles pulmonaires
- Déterminer les taux d'accès aux techniques de diagnostic établies par la SCT (particulièrement la spirométrie) et aux thérapies (réadaptation pour la MPOC, éducation du patient, médicaments recommandés, etc.)
- Comprendre l'incidence des thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques actuelles sur la santé et l'utilisation des services de santé par les patients souffrant de maladies respiratoires chroniques

S.2 Accroître la surveillance et le recours aux lignes directrices

- Accroître l'adhésion aux lignes directrices de pratique clinique pertinentes pour les maladies respiratoires chroniques et étendre leur utilisation
- Mettre à jour les lignes directrices des salles d'urgence sur l'asthme et la MPOC
- Mettre en œuvre des lignes directrices pertinentes dans tous les milieux de pratique, y compris une méthode systématique de mise en œuvre des changements ou d'application de nouvelles connaissances, particulièrement dans les soins de santé primaires

S.3 Mettre en œuvre des pratiques exemplaires

- Cerner, évaluer et mettre en œuvre des initiatives qui mettent en relief des pratiques exemplaires, et les évaluer de façon permanente
- Établir des points de repère mesurables et réalisables
- Établir et mettre en œuvre des « pratiques exemplaires » à partir de cadres existants ou nouveaux sur la prévention et la prise en charges des maladies respiratoires chroniques
- Cerner des stratégies et les mettre au point en fonction de modèles existants, comme le Modèle de soins des maladies chroniques de Wagner

S.4 Accroître le soutien prévu pour les mécanismes de surveillance

- Poursuivre les travaux du Comité de surveillance des maladies respiratoires avec l'ASPC
- Élaborer des outils (comme le Test canadien de santé pulmonaire) afin d'accroître le recours au dépistage ciblé pour la MPOC et d'autres maladies respiratoires chroniques au sein de la population générale. Faire de la spirométrie une partie intégrante de « l'examen médical périodique »
- Poursuivre la planification avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en prévoyant un rôle accru pour les organisations autochtones

E. Recherche et application des connaissances

S.1 Accroître le financement de la recherche sur les maladies respiratoires chroniques

- Assurer un financement stable pour la recherche
- S'assurer que le financement de la recherche sur les maladies respiratoires est représentatif des taux du fardeau

S.2 Trouver un remède pour les maladies respiratoires

- Chercher de meilleurs médicaments pour le traitement des maladies respiratoires chroniques
- Déterminer les causes génétiques et environnementales des maladies respiratoires
- Examiner le rôle de la pharmacogénétique dans la prévision de la réaction aux nouveaux médicaments ou à ceux qui sont déjà utilisés

S.3 Établir et mettre en oeuvre des normes et des lignes directrices sur les maladies respiratoires

- Déterminer les valeurs de la fonction pulmonaire normale (p. ex. pour les Autochtones)
- Établir des normes reposant sur des données probantes pour le dépistage à domicile de l'ASO
- Établir des normes reposant sur des données probantes pour la sensibilisation des patients (axées sur le patient, initiative personnelle)
- Appuyer l'élaboration de lignes directrices ou l'approbation de lignes directrices internationales quand celles-ci constituent de bonnes lignes directrices
- Diffuser et mettre en oeuvre des lignes directrices pertinentes dans tous les milieux de pratique, y compris une méthode systématique de mise en oeuvre des changements ou d'application de nouvelles connaissances, particulièrement dans les soins de santé primaires et à l'échelon local

S.4 Mieux mesurer l'impact des services et des politiques sur les problèmes pulmonaires et l'utilisation des soins de santé

- Comprendre l'impact sur les problèmes de prise en charge des maladies chroniques influant sur les taux d'hospitalisation et de visites à la salle d'urgence des patients souffrant de maladies respiratoires chroniques et d'asthme; comprendre la biologie de l'asthme et des maladies respiratoires chroniques
- Comprendre l'impact des cliniques spécialisées multidisciplinaires ainsi que la mise en oeuvre de stratégies de traitement et de prise en charge dans divers milieux de pratique influant sur les taux d'hospitalisation et de visites à la salle d'urgence pour les patients souffrant de MPOC et d'asthme
- Mesurer l'efficacité des interventions visant à promouvoir la santé respiratoire
- Évaluer l'effet de la mise en oeuvre d'une stratégie intégrée
- Démontrer l'efficacité de la recherche de base et des modèles de prise en charge des maladies chroniques comme la « réadaptation pulmonaire à domicile » ou la « formation sur l'initiative personnelle dans un milieu de soins de santé primaires »

S.5 Appliquer les connaissances des constatations des recherches

- Évaluer les obstacles au transfert des connaissances des essais cliniques aux pratiques communautaires
- Déterminer des façons nouvelles (et améliorées) de communiquer les « meilleures données probantes » aux praticiens des soins de santé, aux patients et aux autres intervenants
- Communiquer les pratiques exemplaires aux médecins et aux professionnels des soins de santé (avoir recours aux programmes établis d'éducateurs en maladies respiratoires)
- Continuer d'améliorer le transfert des connaissances aux éducateurs en maladies respiratoires (échange d'expériences, mentorat, formation, suggestion de bonnes idées, résultats de la recherche)

Conclusions et prochaines étapes

Le rapport du Groupe de travail sur les maladies chroniques est le résultat d'un processus intensif de recherche et d'engagement auquel ont participé de nombreux intervenants. Toutefois, il marque aussi le lancement d'un processus collectif visant la mise en œuvre d'un Cadre national pour la santé pulmonaire . Le présent rapport, ainsi que ceux des autres groupes de travail et d'autres documents de recherche, documentera les grandes lignes du Cadre que les responsables de la séance de travail « Cadre de santé pulmonaire : un plan d'action » prévue pour avril 2007, sont en train de préparer. La séance représente un jalon clé de l'effort concerté déployé pour aborder le défi que posent les maladies respiratoires au Canada. Il y aura de nombreuses autres occasions de tirer parti des efforts du Groupe de travail et un engagement supplémentaire des intervenants est à prévoir. Les membres du Groupe de travail sont enthousiastes à la perspective d'une participation continue au processus.

Annexes

- A. Membres du Groupe de travail
- B. Rôles du Groupe de travail
- C. Ordre du jour de l'atelier
- D. Questionnaire préalable à l'atelier

Annexe A : Membres du Groupe de travail

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES MALADIES CHRONIQUES

Nom	Organisme
D ^r Gerard Cox – coprésident	Société canadienne de thoracologie
Nancy Garvey – coprésidente	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Donna Bleakney	Régie de la santé de Saskatoon
D ^{re} Dina Brooks	Alliance des MPOC du Canada
Vicki Bryanton	Association pulmonaire – I.-P.-É.
D ^{re} Anna Day	Université de Toronto
D ^{re} Ilana Kogan Gombos	Instituts de recherche en santé du Canada
Jan Haffner	Association pulmonaire – Saskatchewan
D ^r Paul Hernandez	Université Dalhousie
D ^r Rick Hodder	Université d'Ottawa
D ^{re} Oxana Latycheva	Société de l'asthme
Douglas Maynard	Société canadienne des thérapeutes respiratoires
Dilshad Moosa	Association pulmonaire – Ontario
Robert Ryan	Organisation nationale de la santé autochtone
Mary-Pat Shaw	Association pulmonaire
D ^r Don Sin	Chaire de recherche du Canada – Maladies pulmonaires obstructives chroniques
D ^{re} Paula Stewart	Agence de santé publique du Canada

Annexe B : Rôles du Groupe de travail

Objectifs du Groupe de travail

Les membres de chacun des groupes de travail doivent oeuvrer de concert afin de fournir des recommandations et des lignes directrices concernant le contenu du Cadre national pour la santé pulmonaire . Les membres du Groupe de travail doivent :

- développer les travaux menés à terme par les groupes de travail au Pré-sommet tenu en avril 2006;
- identifier des intervenants additionnels pour participer à l'élaboration du Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- cerner des questions de santé respiratoire additionnelles à inclure dans le Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- établir des buts, des objectifs et des résultats supplémentaires à inclure dans le Cadre national pour la santé pulmonaire ;
- déterminer des activités potentielles qui peuvent permettre de réaliser ces buts, objectifs et résultats.

Le principal produit que doit livrer chacun des groupes de travail est un rapport faisant état de cette discussion, lequel doit être documenté et préparé par un chercheur affecté à cette tâche. Le rapport sera soumis à l'examen du Comité directeur du Cadre national pour la santé pulmonaire .

Président

Le président a pour rôle d'oeuvrer de concert avec le chercheur principal et le facilitateur afin de s'assurer que la vision du Cadre national pour la santé pulmonaire est reflétée dans les activités et les résultats du Groupe de travail.

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- passer en revue la liste des membres;
- participer à une téléconférence avec le chercheur principal et le facilitateur afin de passer en revue le processus et l'ordre du jour de la réunion;
- passer en revue les buts et les objectifs de la réunion et formuler des observations à leur sujet;
- passer en revue les documents de base qui seront fournis aux membres avant la réunion (et formuler, si besoin est, des observations à leur sujet);
- prévoir des propos de bienvenue et les présentations à la réunion;
- prévoir le mot de la fin pour la réunion;
- si le Comité directeur le lui demande, prendre brièvement la parole au début du Sommet afin de traiter des activités du Groupe de travail.

Chercheur principal

Le chercheur principal a pour rôle d'oeuvrer en étroite collaboration avec le président et le facilitateur afin de s'assurer que la structure et les ressources sont en place pour permettre au Groupe de travail d'atteindre ses buts;

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- identifier des participants potentiels pour chacun des groupes de travail;
- déterminer les documents de base qui sont requis pour les membres;
- établir les buts et les objectifs pour chacun des groupes de travail;
- oeuvrer de concert avec le facilitateur et le président afin de cerner la stratégie qui sera utilisée pour atteindre les buts et les objectifs.

Facilitateur de la réunion

Le rôle du facilitateur consiste à assurer la coordination de la réunion et à veiller à ce que la réunion se déroule de manière à atteindre ses buts et objectifs.

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- coordonner la réunion du Groupe de travail;
- assurer la participation intégrale et utile de tous les membres du Groupe de travail;
- veiller à ce que la discussion respecte l'horaire établi et la structure de la réunion;
- cerner et passer en revue les messages, thèmes, recommandations, activités, buts et objectifs clés communiqués tout au long de la réunion.

Chercheur du Groupe de travail

Le chercheur a pour rôle de participer à la réunion à titre d'observateur et de s'assurer que les discussions sont reflétées dans un rapport du Groupe de travail.

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- participer à titre d'observateur aux réunions du Groupe de travail;
- produire un rapport qui reflète fidèlement tous les points de discussion.

Membres du Groupe de travail

Les membres du Groupe de travail ont pour rôle de cerner et de traiter les questions de santé respiratoire au Canada, et de formuler des recommandations concernant les questions à inclure dans le Cadre national pour la santé pulmonaire . Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- prendre connaissance des travaux antérieurs de l'atelier pré-sommet, désigné « Défi pulmon-Air », et d'autres documents pertinents;
- assurer une rétroaction par le truchement du Questionnaire préalable à l'atelier;
- participer à une réunion en face à face afin de discuter des questions de santé respiratoire au Canada (si le calendrier le permet);
- passer en revue le projet de rapport de recherche et formuler des observations à son sujet;

- participer à une téléconférence afin de discuter du projet de rapport de recherche.

Comité directeur

Le rôle du Comité directeur consiste à se servir du rapport du Groupe de travail comme recommandation pour cerner les questions à inclure dans le Cadre national pour la santé pulmonaire .

Annexe C : Ordre du jour de l'atelier

RÉUNION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES MALADIES CHRONIQUES – ORDRE DU JOUR

Le 11 décembre 2006

Endroit de la réunion : Hôtel Novotel, salle de conférence Whitton, Ottawa

Objectifs de la réunion :

- en arriver à une compréhension commune des questions stratégiques, des défis et des possibilités reliés au thème de la lutte contre le tabagisme du Cadre national pour la santé pulmonaire ;
 - formuler les résultats attendus qui sont reliés au thème de la lutte contre le tabagisme du Cadre national pour la santé pulmonaire ;
 - à la lumière des résultats souhaités, cerner les résultats clés qui doivent être obtenus et les activités à poursuivre pour obtenir les résultats.
-

- 8 h 30 Café
- 9 h Propos de bienvenue et objectifs de la réunion
- Survol de l'ordre du jour et approche retenue pour les délibérations de la journée
 - Attentes des participants
- 9 h 15 Préparation du terrain
- Le point sur le Cadre national pour la santé pulmonaire
 - Mandat et objectifs du Groupe de travail
 - Identification d'intervenants additionnels dont les perspectives sont nécessaires
 - des particuliers
 - des organismes
 - des secteurs
 - Rôle du chercheur
 - Modèle logique proposé et éléments du cadre
- 10 h 30 Pause santé
- 10 h 45 Détermination des questions stratégiques, des défis et des possibilités
- Questions, tendances et facteurs importants
 - Attentes des participants
 - Répercussions stratégiques et hypothèses
- 12 h Déjeuner
- 13 h Établissement des résultats souhaités à court, à moyen et à long terme
- À la lumière des questions stratégiques, des défis et des possibilités, quels résultats souhaitons-nous obtenir à court, à moyen et à long terme?
- 14 h 30 Pause santé
- 14 h 45 Résultats clés concernant les éléments du Cadre
- En travaillant avec les éléments proposés pour le Cadre, quels sont les résultats clés que nous devons obtenir au cours de trois prochaines années afin de relever la barre?
- 15 h 30 Prochaines étapes
- Évaluation
- 16 h Levée de la séance

Annexe D : Questionnaire préalable à l'atelier

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À L'ATELIER DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES MALADIES CHRONIQUES

Veillez remplir le questionnaire et le retourner au plus tard **le jeudi 7 décembre** à :

Courriel : achapman@lung.ca

Fax : 613-569-8860

À l'attention de : Ainsley Chapman, chercheuse principale

Vos perspectives stratégiques pour les trois prochaines années

- 1. Afin de pouvoir commencer à façonner les résultats souhaités pour la santé respiratoire future reliée aux maladies chroniques au Canada, il est important de bien saisir nos contextes actuels et futurs.**
 - a) Pour ce qui est de notre environnement actuel, quelles sont vos hypothèses de travail clés (information et connaissances, questions et tendances importantes, attentes de la population canadienne, etc.)?
 - b) Pour ce qui est de l'avenir, que se passe-t-il dans votre monde qui affiche un déplacement ou un changement qui aura un impact réel sur la santé respiratoire?
- 2. Les stratégies sont les plus efficaces quand les intéressés à tous les niveaux partagent une vision de base commune en ce qui concerne les orientations que nous poursuivons et les résultats que nous tentons d'obtenir.**

À votre avis, quels résultats reliés aux maladies chroniques devrions-nous tenter d'obtenir à court, à moyen et à long terme?
- 3. À la lumière de toutes vos réponses, quels résultats clés faut-il obtenir dans les secteurs suivants?**
 - a) Recherche appliquée
 - b) Surveillance et contrôle
 - c) Dépistage, pratique clinique et traitement
 - d) Soins et soutien communautaires
 - e) Application des connaissances
 - f) Sensibilisation du public et prévention

De :

Téléphone / fax :

Courriel :