



**Commission de coopération environnementale
de l'Amérique du Nord**

La santé des enfants et l'environnement

**Atelier d'experts sur la surveillance de l'asthme chez les enfants
en Amérique du Nord
les 24 et 25 novembre 2003
Montréal (Québec), Canada**

Compte rendu

**Préparé par
Tanis Frame
Consultante de la CCE**

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Introduction..... | 1 |
| 2 | Objectif de l’atelier, justification et résultats escomptés..... | 2 |
| 3 | Résumé des discussions..... | 4 |
| 3.1 | Mot de bienvenue et contexte | 4 |
| 3.2 | Séance plénière : La surveillance de l’asthme chez les enfants en Amérique du Nord – Bilan..... | 4 |
| 3.3 | Les enseignements tirés de l’expérience..... | 5 |
| 3.4 | Résumé des résultats de la première journée et discussion..... | 6 |
| 3.5 | Séance de travail : L’élaboration d’une stratégie..... | 8 |
| 3.6 | Discussion en plénière | 10 |
| 4 | Résultats de l’atelier et recommandations..... | 11 |
| 4.1 | Résultats..... | 11 |
| 4.2 | Recommandations..... | 11 |
| | Annexe A – Membres du groupe directeur de l’atelier trilatéral..... | 16 |
| | Annexe B – Participants à l’atelier | 17 |

1 Introduction

Les 24 et 25 novembre 2003, la Commission de coopération environnementale (CCE) de l'Amérique du Nord a réuni à Montréal (Québec) un groupe de spécialistes de la surveillance de l'asthme chez les enfants. Cet atelier a été organisé dans le cadre du *Programme de coopération sur la santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord*, élaboré par la CCE.

En résumé, l'atelier avait pour objectif de promouvoir la collaboration entre le Canada, le Mexique et les États-Unis en vue d'améliorer les systèmes de surveillance de l'asthme chez les enfants et d'accroître leur comparabilité, particulièrement en regard de différents facteurs environnementaux. La justification de cet objectif et les résultats escomptés sont décrits à la section 2 ci-dessous.

Le document de travail élaboré en prévision de l'atelier renferme un grand nombre de renseignements sur la surveillance de l'asthme chez les enfants, notamment sur les sujets suivants :

- le diagnostic de l'asthme chez les enfants, dans chacun des trois pays;
- les activités de surveillance de l'asthme en cours dans les trois pays;
- de l'information sur d'autres expériences, recherches ou ressources dont on pourrait tirer des enseignements.

Le présent document résume les discussions et les résultats de l'atelier et renferme des recommandations sur la collaboration à venir dans le domaine de la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord.

On trouvera aux annexes A et B la liste des membres du groupe directeur de l'atelier trilatéral et la liste des participants à l'atelier, respectivement.

La CCE a préparé à l'intention de chaque participant un cédérom comprenant les éléments suivants :

- le document de travail élaboré en prévision de l'atelier;
- les documents ou rapports de référence mentionnés dans le document de travail;
- les exposés présentés au cours de l'atelier;
- le compte rendu de l'atelier.

Tous les documents connexes à l'atelier seront affichés sur le site Web de la CCE, à l'adresse <www.ccemtl.org>.

Nota : Le présent compte rendu ne reflète pas nécessairement les vues de la CCE ou des gouvernements du Canada, du Mexique ou des États-Unis.

2 Objectif de l'atelier, justification et résultats escomptés

Objectif

Promouvoir la collaboration entre le Canada, le Mexique et les États-Unis en vue d'améliorer les systèmes de surveillance de l'asthme chez les enfants et d'accroître la comparabilité de ces systèmes dans le but d'étendre les connaissances de l'asthme en Amérique du Nord, particulièrement en regard de différents facteurs environnementaux.

Justification

Des connaissances approfondies sur la prévalence de l'asthme et sur les incidences de cette maladie sur différents groupes socioéconomiques et dans diverses régions géographiques sont essentielles à l'élaboration de politiques judicieuses visant à prévenir l'asthme chez les enfants et à réduire le nombre de cas en Amérique du Nord. Chaque pays a mis au point ses propres systèmes de surveillance de l'asthme. Il faut maintenant instaurer un processus de collaboration afin d'accroître la comparabilité et la cohérence des systèmes des trois pays. Étant donné que la capacité de surveillance varie entre les trois pays, le relevé des besoins et l'élaboration d'un plan d'intervention amélioreront la surveillance des effets des politiques sur les trois pays. À long terme, l'information sur l'asthme et d'autres maladies respiratoires pourrait être juxtaposée à celle portant sur les facteurs environnementaux (p. ex., les données sur la pollution de l'air) afin d'informer le public sur les meilleurs moyens de protéger la santé des enfants.

Résultats escomptés

- 1) Un réseau de spécialistes des trois pays, qui veillerait à la mise en œuvre concertée des recommandations formulées pendant l'atelier et qui favoriserait une collaboration soutenue en matière de surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord.
- 2) Un rapport d'atelier comportant les éléments suivants :
 - a) le document de travail
 - qui décrit le diagnostic de l'asthme chez les enfants et les activités de surveillance de l'asthme chez les enfants dans les trois pays;
 - qui marque le début d'échanges trilatéraux d'information et de savoir-faire concernant la surveillance de l'asthme chez les enfants.
 - b) Les résultats des discussions qui ont eu lieu pendant l'atelier, notamment :
 - les avantages et les objectifs d'une collaboration trilatérale dans le domaine de la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord;
 - des recommandations spécifiques quant à l'élaboration d'une stratégie et à la voie à suivre, tant à court qu'à long terme, pour améliorer et coordonner la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord. Ces recommandations doivent être concrètes, claires et réalistes (d'un point de vue stratégique et financier) et prévoir de quelle façon on pourra les appliquer (p. ex., rôles, responsabilités et financement). Elles pourraient porter sur les thèmes suivants :
 - les questions clés touchant la comparabilité des données et la façon d'aborder ces questions;

- un système d'analyse, de partage et de communication de données faisant appel à la collaboration (qui tiendrait compte d'enjeux comme la confidentialité et la propriété des données);
- des éléments particuliers de la surveillance;
- le relevé des besoins en matière de renforcement des capacités dans chaque pays.

3 Résumé des discussions

3.1 Mot de bienvenue et contexte

Doug Wright, directeur des programmes de la CCE, souhaite la bienvenue aux participants. Il souligne la haute importance que le Conseil de la CCE accorde à la question de la salubrité de l'environnement des enfants, de même que la grande attention portée à l'asthme chez les enfants au cours de la dernière réunion du Comité consultatif d'experts sur la santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord. M. Wright décrit ensuite la CCE et fait état de son évolution, de son rôle et de son mandat.

Le président de l'atelier et chef du secteur de programme de la Commission relatif aux polluants et à la santé, Vic Shantora, présente le contexte dans lequel s'inscrit l'atelier. Après la présentation des participants, M. Shantora souligne que ceux-ci ont été choisis de façon à assurer un mélange de connaissances spécialisées et de savoir-faire propres à chacun des trois pays et une représentation équilibrée de diverses organisations gouvernementales et non gouvernementales, tout en formant un groupe suffisamment restreint pour permettre un grand nombre d'échanges et des séances de travail productives. Il remercie également le groupe directeur pour avoir préparé la documentation, orienté le contenu de l'ordre du jour et dressé une liste de participants en prévision de l'atelier.

Après avoir passé en revue l'objectif de l'atelier, les résultats escomptés et l'ordre du jour, M. Shantora demande aux participants s'ils ont des questions à poser. Il souligne l'importance de la mise en commun du savoir-faire des participants pour la formulation de recommandations claires sur la meilleure façon d'améliorer et de coordonner la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord.

3.2 Séance plénière : La surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord – Bilan

Peter Gergen, du *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (Institut national des allergies et des maladies infectieuses), agit comme modérateur. Pour commencer, un représentant de chaque pays fait un exposé fondé sur l'information que contient le document de travail. Chaque exposé donne un aperçu des activités nationales de surveillance de l'asthme chez les enfants afin que les participants puissent mieux comprendre les données de surveillance et les écarts entre les trois pays. Les sujets suivants y sont abordés :

- a) le diagnostic de l'asthme chez les enfants;
- b) les indicateurs utilisés dans chaque pays et la façon dont ils sont mesurés;
- c) les données de surveillance de l'asthme disponibles dans chaque pays;
- d) les analyses menées dans chaque pays sur les tendances de l'asthme chez les enfants;
- e) les processus de diffusion et les produits d'information sur la surveillance de l'asthme;
- f) les liens entre les fournisseurs et les utilisateurs de données sur la surveillance de l'asthme.

Les exposés de Paula Stewart (Santé Canada), Pablo Cortes Borrego (*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* – Institut national des maladies respiratoires) et Steven Redd (*Centers for Disease Control and Prevention* – Centres de contrôle et de prévention des maladies) décrivent la situation au Canada, au Mexique et aux États-Unis, respectivement. Après chaque exposé, les participants sont invités à poser des questions pour clarifier certains points des exposés et du document de travail.

Le modérateur résume les points clés de chaque exposé, puis suit une discussion instructive entre les présentateurs et en plénière. Un grand nombre de renseignements sont alors échangés et les participants comprennent mieux les activités de surveillance de l'asthme chez les enfants dans chaque pays. En outre, des buts communs en matière de surveillance commencent à se préciser, de même que des questions clés auxquelles il convient de s'attaquer. Ces buts et questions font l'objet d'autres discussions plus tard dans la journée; ils sont résumés à la sous-section 3.4.

3.3 Les enseignements tirés de l'expérience

Cette séance comporte une série d'exposés sur les projets concertés de surveillance, sur la recherche connexe et sur les programmes ou projets qui pourraient être pertinents.

Malcolm Sears, du *Firestone Institute for Respiratory Health*, présente de l'information sur l'étude ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood* – Étude internationale de l'asthme et des allergies pendant l'enfance), qui s'avère très fructueuse. Il décrit l'historique de l'étude et les résultats des deux premières phases. Il décrit également les travaux en cours dans le cadre de la troisième phase, de même que les enseignements qui pourraient être tirés de cette expérience.

Paul Miller, gestionnaire du programme de la CCE sur la qualité de l'air, décrit ensuite la coopération dans le domaine des enjeux de la qualité de l'air en Amérique du Nord, les programmes connexes, les enseignements tirés de la collaboration trinationale et les possibilités d'établir des liens entre les enjeux de la qualité de l'air et la santé des enfants. Il décrit brièvement la récente étude Ciudad Juárez, qui traite des répercussions, sur la santé des enfants, du trafic accru de camions à ce point frontalier.

Alisa Smith, de l'*Environmental Protection Agency* (EPA, Agence de protection de l'environnement) des États-Unis, expose les grandes lignes de l'entente *Border 2012* et des programmes connexes mis en œuvre aux États-Unis et au Mexique, y compris les premiers travaux menés à terme dans le cadre du projet de surveillance de l'asthme chez les enfants vivant le long de la frontière américano-mexicaine. Elle décrit aussi l'étude sur la santé des enfants d'El Paso, qui se penche sur les liens entre l'asthme et divers facteurs de risque. M^{me} Smith cite deux exemples de collaboration internationale et d'intervention communautaire sur lesquels le groupe pourrait se pencher : le partenariat pour les projets pilotes visant la salubrité de l'air à l'intérieur des locaux et le projet pilote de Cleveland sur les substances toxiques atmosphériques.

Teresa To, du *Hospital for Sick Children* de Toronto, décrit ses recherches entourant la mise au point d'un système de surveillance pédiatrique stratifiée et représentative. Au cours de ses recherches, elle a examiné l'utilisation des bases de données administratives ontariennes pour surveiller l'asthme chez les enfants, de même que les connexions entre ces bases de données.

Elle décrit les avantages et les limites de cette approche, de même que les leçons qu'elle a tirées jusqu'ici. Même si les résultats obtenus sont préliminaires, elle formule des commentaires très positifs quant à l'utilisation des bases de données administratives à des fins de surveillance.

Marie Hoy, de la *Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud* (Direction générale de l'épidémiologie, Secrétariat à la Santé), décrit le projet mexicain de surveillance épidémiologique de l'asthme. Ce projet fait appel à des ordinateurs de poche (p. ex., les Palm Pilots) pour la collecte de données, auprès des médecins, sur la surveillance de l'asthme. Une fois recueillies, ces données seront disponibles sur Internet et publiées dans un bulletin sur la santé. Les formulaires et le logiciel prototypes sont déjà conçus et seront mis à l'essai dans huit hôpitaux en janvier.

Neil Johnston, du *Firestone Institute for Respiratory Health*, fait état de son expérience dans la conception d'un système de surveillance, sur Internet, des maladies respiratoires chez les enfants. Une cohorte d'enfants (ou leurs parents) ont commencé à signaler leurs symptômes tous les jours par le biais d'Internet. Jusqu'à maintenant, l'expérience de M. Johnston montre qu'il s'agit d'un moyen novateur et efficace d'utiliser la technologie, avec la collaboration de parents dévoués, pour recueillir des données de surveillance.

3.4 Résumé des résultats de la première journée et discussion

Les paragraphes qui suivent sont un résumé « de ce qui a été entendu »; il a été établi par Tanis Frame, coordonnatrice de l'atelier. Les participants ont convenu par la suite qu'il constituait un sommaire exact de leurs discussions.

Échange d'information – Une quantité appréciable d'information a fait l'objet d'échanges et de discussions au cours de la première journée de l'atelier. Les participants ont pu mieux comprendre les systèmes de surveillance de l'asthme de chaque pays, de même que les forces, les limites et les problèmes propres à chaque système. Ils ont discuté de nombreuses difficultés d'ordre technique et partagé des points de vue au sujet de leur expérience et de leurs recherches. On a fait état de moyens novateurs pour recueillir des données, dont l'utilisation d'outils comme les ordinateurs de poche et Internet, sans oublier le recours à des ressources inestimables – les mères d'enfants asthmatiques.

Formation d'un réseau – Les organisateurs et les participants étaient très heureux de l'éventail de compétences que représentaient les gens présents. Un excellent réseau de spécialistes a été constitué et les participants ont été reconnaissants d'avoir eu l'occasion de créer des liens entre eux. On a formulé l'espoir que cet atelier soit le point de part de la mise en place d'un réseau de spécialistes qui serait précieux pour la CCE, bien sûr, mais également pour les travaux que mènent respectivement les membres de ce réseau.

Utilisation des données de surveillance existantes – Les participants ont convenu qu'un nouveau système imposant de surveillance n'est pas la solution et qu'ils préféreraient un système utile tablant sur les sources de données existantes. À partir des systèmes de surveillance en place dans chaque pays, il serait possible, moyennant certains efforts, de présenter les données d'une manière intégrée afin de dresser un vaste tableau d'ensemble de la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord. À défaut d'être comparables directement d'un pays à l'autre,

les données peuvent permettre de décrire l'évolution de l'asthme chez les enfants dans chacun des trois pays. Il faudrait peut-être concevoir plusieurs projets de recherche ciblés afin de trouver des réponses à des questions données, comme les liens entre certains polluants et l'asthme. Grâce à des échanges trilatéraux plus nombreux, à une meilleure compréhension et à une coopération accrue, les systèmes de surveillance pourraient être améliorés à long terme, tout comme leur compatibilité et leur comparabilité.

Objectifs de la surveillance – Le groupe a souligné qu'il était important de comprendre les objectifs des systèmes actuels de surveillance et de définir les objectifs connexes à l'amélioration de la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord, notamment le suivi de l'évolution de la maladie dans chaque pays, la comparaison de l'incidence de l'asthme dans les trois pays, l'élaboration d'hypothèses à vérifier, l'utilisation des données de surveillance comme indicateur de la qualité de l'air. Les participants ont également discuté de la nécessité d'une diffusion rapide de l'information, qui est directement reliée à l'objectif de la surveillance.

Éléments à examiner – Le groupe a jugé que la décision quant aux « éléments à examiner » constituait une question clé à de nombreux égards. Bien entendu, le choix de ces éléments est lié à l'objectif. Voici quelques-uns des points de décision qui ont fait l'objet de discussions : diagnostic versus symptômes, coûts indirects de l'asthme non diagnostiqué, activité de la maladie, cause versus exacerbation, spécificité régionale versus spécificité nationale, utilisation — positive et négative — des soins de santé, soins actifs, médication pour prévenir les réactions aux facteurs de risque.

Méthodes diagnostiques communes – Même si les participants conviennent de l'importance du lien entre les méthodes diagnostiques communes de l'asthme chez les enfants et les données de surveillance, ils reconnaissent que de nombreux autres groupes s'intéressent déjà à cette question et que leur propre groupe devrait porter son attention sur d'autres sujets. Plus tard, on a souligné que la promotion des lignes directrices existantes pourrait se faire par le biais du projet de la CCE sur la formation des professionnels de la santé.

Facteurs de risque multiples – Les participants ont convenu que l'asthme est une maladie plurifactorielle et que la pollution de l'environnement n'est pas le seul facteur en cause, ni le plus important. Il faut donc garder à l'esprit les autres facteurs de risque pour s'assurer que les systèmes de surveillance recueilleront des données sur un ensemble de facteurs plutôt que sur des facteurs individuels.

Harmonisation avec les bases de données sur les facteurs de risque – Les participants ont discuté de l'importance d'harmoniser la conception des bases de données sur la santé avec celles sur les facteurs de risque afin de faciliter le chevauchement des deux ensembles de données. À l'heure actuelle, les bases de données sont conçues isolément, de sorte qu'il est difficile de mettre les données en lien.

Écarts régionaux – Les participants ont souligné l'importance de tenir compte des écarts régionaux à l'échelle de l'Amérique du Nord, et ce, dans chaque pays et d'un pays à l'autre. Voici quelques exemples de tels écarts : les facteurs de risque, les systèmes de soins de santé et l'accès à ces systèmes, l'utilisation des technologies.

3.5 Séance de travail : L'élaboration d'une stratégie

Cette séance de travail avait pour objectif d'élaborer une stratégie et de recommander la voie à suivre, tant à court qu'à long terme, pour favoriser la collaboration en matière de surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord, de même que d'examiner de quelle façon les données de surveillance de l'asthme pourraient être reliées aux données de surveillance environnementale afin que nous puissions mieux comprendre les incidences de l'exposition sur la santé. Les participants se sont divisés en trois groupes; chaque groupe devait se pencher sur un thème donné et élaborer des recommandations. Un rapporteur devait ensuite présenter les recommandations de son groupe. Une discussion ouverte a suivi ces présentations.

Le thème abordé par chaque groupe est décrit ci-dessous, de même que les recommandations formulées.

Groupe 1 : Si nous devons mettre au point une approche coordonnée de la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord, quelles données devrions-nous recueillir et comment devrions-nous les organiser et les analyser?

1. Collaboration trilatérale

- Apprentissage et échanges sur le plan tant des politiques que de la recherche
- Moyen de corréler la surveillance et les travaux de recherche : émettre des hypothèses et les vérifier afin de bien distinguer le lien entre l'environnement et l'asthme
- Nouvelles idées qui, autrement, n'auraient pas pu germer
- Influence sur les activités entreprises aux échelles nationale et mondiale

2. Dictionnaire de données

- Fondement : document de travail élaboré en prévision de l'atelier
- Documentation des métadonnées en vue de mieux comprendre les données de surveillance disponibles dans les trois pays
- Inclusion d'un résumé des indicateurs utilisés dans la surveillance de l'asthme chez les enfants et de la façon dont ces indicateurs sont mesurés. Regroupements des indicateurs comme suit :
 - 1) incidence,
 - 2) prévalence,
 - 3) symptômes et qualité de la vie,
 - 4) utilisation des services de santé
 - 5) autres facteurs reliés à l'asthme (p. ex., race, statut socioéconomique, accès aux soins de santé, obésité, exposition à la fumée de tabac ambiante)
- Objectifs : à court terme – mieux comprendre de quelle façon il faut réunir les données de surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord; à long terme – accroître la comparabilité des données

Groupe 2 : Comment pouvons-nous optimiser la collecte, le partage et la diffusion de l'information?

1. La CCE en tant que centre d'information
 - Diffusion et partage des connaissances spécialisées et de l'information
 - Soutien au réseau de spécialistes et facilitation de ses activités
 - Aide fournie par le réseau à la CCE dans la détermination des étapes à venir
2. Rassemblement des données disponibles
 - Enquêtes nationales sur la santé publique et surveillance de l'asthme (bases de données nationales)

Collecte et réunion des données
Résultat : informations comparables et compatibles en provenance de chacun des trois pays
Limites : absence de spécificité par âge ou par lieu géographique
Enjeux entourant la confidentialité, la propriété et la vie privée
3. Étude de sentinelles
 - Corrélation entre les symptômes et l'exposition en vue de recueillir de nouvelles informations
 - Réseau d'enfants asthmatiques – utilisation d'une méthode commune; la conception de l'étude peut varier légèrement d'un pays à l'autre (p. ex., utilisation d'ordinateurs de poche et d'Internet)
 - Accent mis sur des régions géographiques données (p. ex., des zones frontalières)

Groupe 3 : Comment pourrait-on, à long terme, corrélérer les données de surveillance de l'asthme chez les enfants et les données de surveillance environnementale?

1. Réseaux de surveillance de la qualité de l'air
 - Utiles pour ce qui est de la conduite à adopter, mais moins indiqués en ce qui a trait à l'asthme
 - Collecte d'un plus grand nombre de données sur les matières particulaires de moins de 2,5 microns (PM_{2,5})
 - Réseaux harmonisés entre les trois pays
2. Qualité de l'air à l'intérieur des locaux
 - Comment peut-on continuer de mesurer la qualité de l'air à l'intérieur des locaux?
 - Questionnaires d'enquête normalisés (communs aux trois pays)
 - Enquête périodique sur la qualité de l'air à l'intérieur des locaux
 - Cinq polluants préoccupants et polluants associés au combustible utilisé pour le chauffage et la cuisson
 - Mesures de substitution (p. ex., ventes de bouteilles de gaz propane)
 - Inclusion, dans le questionnaire, de questions sur le temps que passent les enfants à l'intérieur et sur les activités auxquelles ils se livrent

3. Asthme

- Harmonisation des données sur les antécédents médicaux et des questionnaires utilisés pour les entrevues préalables

4. Approche multidisciplinaire

- Inclusion d'activités de formation

3.6 Discussion en plénière

Les participants discutent des recommandations faites par chaque groupe thématique. Ils relèvent plusieurs idées communes et constatent que certaines recommandations sont assorties ou sous-jacentes les unes aux autres. Le groupe s'attache ensuite à cibler les recommandations. À cette fin, ils tentent de répondre aux questions suivantes en regard de chaque recommandation : S'agit-il d'un projet trinational légitime? La CCE est-elle l'institution qui convient le mieux pour entreprendre les travaux? De fait, quel rôle la CCE devrait-elle jouer? Les participants ciblent également les recommandations en fonction des priorités ou d'une suite logique. Les participants formulent quatre recommandations claires concernant les mesures à prendre à court terme, plus une cinquième recommandation applicable à plus long terme. Ces recommandations — convenues par les participants — et une description des autres résultats de l'atelier sont présentés dans la section 4 ci-après.

4 Résultats de l'atelier et recommandations

4.1 Résultats

Mise sur pied d'un réseau de spécialistes de la surveillance de l'asthme chez les enfants

Un réseau dynamique a été mis sur pied; il est formé de spécialistes qui ont montré qu'ils étaient prêts et aptes à orienter les travaux de la CCE dans ce domaine. Les nombreux liens nouvellement créés seront d'une utilité durable pour les participants, et on formule l'espoir que le réseau constituera une ressource permanente tant pour la CCE que pour l'ensemble des participants à l'atelier.

Échange d'information

Une quantité appréciable d'information a été échangée pendant les travaux préparatoires et au cours de l'atelier. De tels échanges devraient se poursuivre d'une manière tant formelle qu'informelle.

Reconnaissance de la valeur que représente la collaboration

Les participants ont appuyé la collaboration et la recherche en matière de surveillance de l'asthme chez les enfants pour les raisons suivantes :

- pour apprendre et pour échanger sur le plan tant des politiques que de la recherche;
- en tant que moyen de relier les travaux de surveillance et de recherche – pour émettre des hypothèses et les vérifier afin de bien distinguer le lien entre l'environnement et l'asthme;
- pour lancer de nouvelles idées qui, autrement, n'auraient pas pu germer;
- pour influencer sur les activités entreprises aux échelles nationale et mondiale.

Rôle dévolu à la CCE

Selon les participants, la CCE est la mieux placée pour remplir la fonction de centre d'information, c'est-à-dire pour veiller à la diffusion et à l'échange de renseignements et de connaissances spécialisées. En outre, la CCE peut apporter son soutien au nouveau réseau de spécialistes et faciliter ses activités. De son côté, le réseau a pour rôle d'aider la CCE à déterminer les étapes à venir et à prendre des mesures à leur égard; à long terme, il pourra contribuer à la création de liens plus étroits avec d'autres institutions compétentes, comme l'Organisation panaméricaine de la santé et l'Organisation mondiale de la santé.

4.2 Recommandations

Les participants ont convenu des recommandations suivantes concernant la voie à suivre pour améliorer et coordonner la surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord.

Recommandation 1 : Intégration des données de surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord

Les travaux dans ce domaine seront fondés sur ceux entrepris par le groupe directeur au cours de la préparation du document de travail. Il s'agit d'étendre et d'améliorer les ensembles de données aux fins suivantes :

- aider les trois pays à exercer une meilleure surveillance de l'asthme chez les enfants, et ce, de façon permanente;
- améliorer les capacités des trois pays afin que leurs données de surveillance de l'asthme chez les enfants soient le plus comparables possible;
- mieux comprendre l'évolution de l'asthme chez les enfants dans chacun des trois pays;
- amener les trois pays à accroître, à long terme, la comparabilité de leurs données.

Étape 1 : Élaborer un dictionnaire de données

- Se fonder sur l'information que contient le document de travail élaboré en prévision de l'atelier
- Documenter les métadonnées de chaque source en vue de mieux comprendre les données de surveillance disponibles dans les trois pays
- Tabler sur les descriptions des forces, des limites et des mises en garde de chaque source de données.
- Inclure un résumé des indicateurs utilisés par chacun des trois pays dans la surveillance de l'asthme chez les enfants et de la façon dont ces indicateurs sont mesurés. Comme moyen de structurer le rapport et d'améliorer la comparabilité des données d'un pays à l'autre, grouper les indicateurs comme suit :
 - 1) incidence,
 - 2) prévalence,
 - 3) symptômes et qualité de la vie,
 - 4) utilisation des services de santé,
 - 5) autres facteurs reliés à l'asthme (p. ex., race, statut socioéconomique, accès aux soins de santé, obésité, exposition à la fumée de tabac ambiante),
 - 6) surveillance environnementale.

Étape 2 : Concevoir un modèle pour la présentation des données

- À partir de l'expérience acquise lors de l'élaboration du dictionnaire de données et à l'aide des termes clairement définis dans ce dernier, concevoir un modèle pour la présentation des données.
- Grâce à ce modèle, les trois pays disposeront d'un outil pour organiser et saisir leurs données courantes sur la surveillance de l'asthme chez les enfants d'une manière qui optimise la compatibilité et la comparabilité de ces données.

Étape 3 : Alimenter le modèle

- Chaque pays entrera ses données actuelles de surveillance de l'asthme chez les enfants selon ce modèle.

- On obtiendra ainsi un inventaire de toutes les données de surveillance de l'asthme chez les enfants en Amérique du Nord, données qui seront organisées et présentées d'une manière uniforme.
- Une fois cette troisième étape franchie, il s'agira de déterminer quel médium sera utilisé pour réunir les données. Les participants à l'atelier ont recommandé d'examiner la possibilité d'avoir recours à un rapport virtuel (Internet) plutôt qu'à un rapport sur papier.

Mise en œuvre :

- L'équipe sur la santé des enfants et l'environnement et le groupe directeur sur la surveillance de l'asthme devraient créer un petit groupe trilatéral de spécialistes.
- Celui-ci tiendrait d'abord une téléconférence afin de mieux définir le calendrier d'activités et les ressources nécessaires pour mener à bien ces trois étapes. Il s'agirait d'un petit projet n'exigeant pas des ressources considérables.
- La CCE, par le biais de son Secrétariat, remplirait des fonctions d'organisation, de facilitation et de soutien à l'endroit du groupe de spécialistes.
- Des téléconférences et des échanges de courriels permettraient au groupe de franchir les deux premières étapes.
- La troisième étape relèverait de chacun des trois pays.

Recommandation 2 : Réalisation d'une étude de sentinelles

Pour mettre en lien les symptômes et l'exposition, le groupe recommande de recueillir de nouvelles informations plutôt que de tabler sur les données générales de surveillance et d'entreprendre à cette fin une étude de sentinelles. L'étude porterait sur un réseau d'enfants asthmatiques de l'ensemble de l'Amérique du Nord et ferait appel à une méthode commune aux trois pays. Les participants font remarquer que la conception de l'étude varierait légèrement d'un pays à l'autre afin que l'on puisse tirer parti des meilleures techniques de collecte de données (ordinateurs de poche, Internet, etc.). L'étude pourrait être axée sur des régions géographiques données, comme les zones frontalières.

La portée de cette étude serait délimitée par un groupe trinational de spécialistes de ce domaine de recherche. Cette délimitation initiale permettrait de déterminer si l'étude présente un intérêt pour les trois pays et si elle est réalisable du point de vue du plan de recherche. Enfin, il faudrait trouver des fonds pour mener l'étude.

Mise en œuvre :

- L'équipe sur la santé des enfants et l'environnement et le groupe directeur sur la surveillance de l'asthme devraient créer un petit groupe trilatéral de spécialistes.
- Au départ, ce groupe définirait le plan de recherche de l'étude de sentinelles, déterminerait si l'étude présente un intérêt pour les trois pays et relèverait les sources de financement possibles.
- Il a été suggéré de commencer par la tenue d'une téléconférence, tandis que la délimitation de la portée de l'étude pourrait se faire lors d'un atelier de spécialistes, qui durerait une journée ou deux.

- La CCE, par le biais de son Secrétariat, remplirait des fonctions d'organisation, de facilitation et de soutien à l'endroit du groupe de spécialistes chargé de délimiter la portée de l'étude et de définir la voie à suivre pour mener l'étude. Au départ, il ne s'agit pas de demander à la CCE de diriger cette étude, mais bien de la faciliter.

Recommandation 3 : Élaboration de questions communes pour les enquêtes sur la qualité de l'air à l'intérieur des locaux

En réponse à l'absence de données de surveillance de la qualité de l'air à l'intérieur des locaux qui pourraient être corrélées avec les résultats pour la santé, le groupe recommande d'élaborer un ensemble de questions relatives à la qualité de l'air intérieur, lesquelles pourraient être ajoutées aux actuels questionnaires d'enquête sur la santé de chacun des trois pays. Cette approche optimiserait l'utilisation des mécanismes d'enquête existants et accroîtrait leur comparabilité d'un pays à l'autre du fait que les questions seraient normalisées. Les participants ont souligné qu'il faudrait tenir compte des écarts régionaux afin que les données recueillies soient pertinentes dans leur ensemble, mais également en regard des problèmes propres à des régions données (combustion du bois, fumée de tabac ambiante, ventilation des locaux, etc.)

Mise en œuvre :

- L'équipe sur la santé des enfants et l'environnement et le groupe directeur sur la surveillance de l'asthme devraient créer un petit groupe trilatéral de spécialistes.
- Les membres de ce groupe, qui travailleraient dans leur propre pays, examineraient les questionnaires d'enquête actuels et mettraient au point une procédure pour y ajouter des questions sur la qualité de l'air à l'intérieur des locaux, conformément aux préférences de leur pays.
- Ils se réuniraient ensuite afin d'élaborer un ensemble de questions communes qui serait ajouté aux questionnaires d'enquête de chacun des trois pays.
- Une première téléconférence pourrait permettre de déterminer le temps et les efforts à consacrer à ce projet.
- La CCE, par le biais de son Secrétariat, remplirait des fonctions d'organisation, de facilitation et de soutien à l'endroit du groupe de spécialistes.

Recommandation 4 : Collaboration avec les réseaux de surveillance de la qualité de l'air

Les réseaux nord-américains de surveillance de la qualité de l'air poursuivent de nombreux buts en matière de politiques et de recherche. La mesure de la pollution atmosphérique fournit aux planificateurs de la qualité de l'air des données importantes et des indications des progrès que permettent de réaliser les mesures de contrôle dans l'atteinte des objectifs de la qualité de l'air établis en regard des préoccupations en matière de santé publique. La surveillance de la qualité de l'air permet également de vérifier « dans le monde réel » l'exactitude des inventaires d'émissions atmosphériques et l'importance relative des différentes sources de pollution quant à leurs incidences sur la qualité de l'air. Elle joue également un rôle essentiel dans les prévisions concernant la pollution et dans la sensibilisation du public. Malgré leur utilité dans le domaine de la réglementation en matière de santé publique, les réseaux de surveillance de la qualité de l'air

peuvent et devraient apporter un appui plus direct aux buts relatifs à la santé publique, ce qui suppose une conception adéquate et l'accès à l'information qu'ils recueillent. En ce qui a trait à la santé des enfants, ces réseaux devraient comporter des critères de choix de sites sur lesquels pourraient s'appuyer les évaluations de l'exposition des enfants à la pollution de l'air ambiant.

Les participants ont recommandé que les concepteurs de réseaux nord-américains de surveillance de la qualité de l'air collaborent avec les spécialistes de la salubrité de l'environnement des enfants en vue d'élaborer des critères uniformes, à l'échelle de l'Amérique du Nord, applicables au choix des emplacements des stations de surveillance afin que ces emplacements permettent de mesurer adéquatement l'exposition des enfants à la pollution de l'air ambiant. Les concepteurs de réseaux devraient également établir des critères harmonisés de contrôle et d'assurance de la qualité des données de mesure, de même que des procédures uniformes de vérification afin de s'assurer que le rendement de la surveillance soit comparable dans les trois pays. Les gestionnaires de réseaux devraient avoir pour priorité de fournir un accès facile et opportun aux données sur la qualité de l'air afin que les chercheurs dont les travaux portent sur la santé des enfants aient ces données à portée de la main.

En outre, il devient de plus en plus pressant de recueillir davantage de données sur les particules fines dans l'air ambiant, plus particulièrement les PM_{2,5}. Une démarche plus uniforme quant au choix de l'emplacement des stations de surveillance de la qualité de l'air, aux mesures de la pollution et à l'accès aux données, de même que la collecte d'un plus grand nombre de données sur les PM_{2,5} s'avéreront précieuses pour les études portant sur l'exposition des enfants aux polluants de l'air ambiant.

Recommandation 5 : Harmonisation des données sur les antécédents médicaux et des questionnaires utilisés pour les entrevues préalables

Pour accroître nos connaissances de l'asthme et améliorer les données de surveillance, il serait utile de recueillir des informations uniformes concernant les antécédents médicaux des patients et les questionnaires utilisés pour les entrevues préalables. Ces informations pourraient s'appliquer à la mise au point d'un diagnostic commun. Les participants ont fait remarquer que, même si des travaux sont déjà en cours dans ce domaine, la tâche serait énorme et qu'il serait prématuré, pour le moment, d'entreprendre une activité quelconque. Cette recommandation a donc été mise entre parenthèses, mais elle devrait être gardée à l'esprit en vue d'un examen ultérieur.

Annexe A – Membres du groupe directeur de l’atelier trilatéral

Canada

Irena Buka, M.D., Paediatric Environmental Health Specialty Unit, Misericordia Hospital, Edmonton

Nicki Sims-Jones, Division de la santé environnementale des enfants, Santé Canada

Paula Stewart, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada

Teresa To, Hospital for Sick Children, Toronto

Mexique

Juan Jose Sienna-Monge, M.D., Hospital Infantil de México

Alvaro Osornio, Universidad Nacional Autónoma de México

Pablo Cortés, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Carlos Alvarez Lucas, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud

Maria Hoy, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud

États-Unis

Evonne Marzouk, Office of International Affairs, US Environmental Protection Agency

Alisa Smith, US Environmental Protection Agency

Susan Stone, Office of Air Quality Planning and Standards, US Environmental Protection Agency

Secrétariat de la CCE

Lorraine Brooke, gestionnaire de programme par intérim, Polluants et santé

Tanis Frame, consultante

Marilou Nichols, adjointe, Polluants et santé

Annexe B – Participants à l’atelier



Trinational Experts Workshop on Childhood Asthma Surveillance in North America

Taller trinacional del grupo de expertos en
vigilancia del asma infantil en América del Norte

Atelier tripartite d’experts sur la surveillance
de l’asthme pédiatrique en Amérique du Nord

Montreal, Quebec, Canada
24-25 November 2003

Liste finale des participants / Final List of Participants / Lista final de participantes
26/11/2003

SVP veuillez informer le Secrétariat de toute erreur ou omission
Please inform the Secretariat of any mistake or missing name
Favor de informar al Secretariado de cualquier error u omisión

CANADA

Irena Buka *

Associate Clinical Prof. Of Pediatrics
Pediatric Environmental Health
Specialist Unit
16940 - 87th Ave.
Edmonton (Alberta)
Canada T5R 4H5
T: (780) 930-5731
F: (780) 930-5794
ibuka@cha.ab.ca

Rose Dugandzic

A/Manager
Air Health Effects Division -
Health Canada, Room 700
Standard Life Building, AL 3807B
275 Slater Street
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0K9
T : (613) 952-4675
F : (613) 954-7612
rdugandz@hc.sc.gc.ca

Neil Johnston

Research Scientist
Firestone Institute for Respiratory
Health
135 hillcrest Ave.
Dundas (Ontario)
Canada L9M 4X9
T: (905) 627-1409
F: (905) 527-3583
njohnston@sympatico.ca

Malcolm R. Sears

Professor of Medicine
McMaster University
Firestone Institute for Respiratory
Health, St. Joseph's Healthcare
50 Carlton Avenue East
Hamilton (Ontario)
Canada L8N 4A6
T: (905) 522-1155, x 3286
F: (905) 521-6132
searsm@mcmaster.ca

Paula Stewart

Surveillance Coordinator
Centre for Chronic Disease prevention
and Control, Health Canada
120 Colonnade, Locator AL6701A
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 1B4
T: (613) 841-2259 / (613) 946-2617
F: (613) 954-8286
paulajs@sympatico.ca

Teresa To

Sr. Scientist and Associate Professor
Research Institute,
Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Population Health Sciences
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)
Canada M5G 1X8
T: (416) 813-8498
F: (416) 813-5979
teresa.to@sickkids.ca

Tom Kosatsky

Consultant Physician
Montreal Health Department
Sate, 1301 Sherbrooke E.
Montreal (Quebec)
Canada
T: (514) 528-2400 x 3285
F: (514) 528-2454
tkosatsk@santepub-mtl.qc.ca

Nicki Sims Jones

Senior Policy Analyst
Health Canada
AL 6604 Sir Charles Tupper Bldg.
2720 Riverside Dr.
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0K9
T: (613) 948-2589
F: (613) 957-1886
nick_sims-jones@hc-sc.gc.ca

Larry Svenson

Team Lead,
Epidemiologie Surveillance
Alberta Health and Wellness
24 Floor, 10025 Jasper Ave NW
Edmonton (Alberta)
Canada T5J 2B8
T : (780) 422-4767
F : (780) 427-1470
larry.svenson@gov.ab.ca

Claire Infante-Rivard

Professor
McGill University
1130 Pine West
Montreal (Québec)
Canada H3A 1A3
T: (514) 398-4231
F: (514) 398-7435
claire.infante-rivard@mcgill.ca

UNITED STATES

Beatriz Barraza Roppe *

Director of Health Promotion
Colaborativo SABER & The
Environmental Health Coalition
7581 Hazard Center Drive
San Diego (California)
USA 92108
T: (619) 990-1032
F: (619) 234-3977

Peter Gergen

Medical Officer
National Institute of Allergy
and Infectious Diseases
National Institute of Health
6610 Rockledge Drive, Rm. 3067
Bethesda (Maryland)
USA 20892-6601
T: (301) 451-3233
F: (301) 480*1566
pgergen@niaid.nih.gov

Stephen Redd

Chief, Air Pollution
and Respiratory Health Branch
Centers for Disease Control
and Prevention
1600 Clifton Rd MS E17
Atlanta (Georgia)
USA 30333
T: (404) 498-1019
F: (404) 498-1088
scr1@cdc.gov

Evonne Marzouk

Environmental Protection Specialist
U.S. EPA
1200 Pennsylvania Ave. NW
Washington DC
USA 20460
T: (202) 564-7529
F: (202) 565-2411

Elissa Feldman

Associate Director, Indoor
Environments Division
US Environmental Protection Agency
1200 Pennsylvania Ave., NW (6609J)
Washington DC
USA 20460
T : (202) 343-9316
feldman.elissa@epa.gov

Jeanne Moorman

Survey Statistician
Centers for Disease Control
and Prevention
1600 Clifton RD. NE Mailstop E-17
Atlanta (Georgia)
USA 30333
T: (404) 498-1016
F: (404) 498-1088
zva9@cdc.gov

Alisa Smith

Ph.D.
U.S. EPA
1200 Pennsylvania Ave. NW
Washington DC
USA 20460
T: (202) 564-9372
F: (202) 565-2038
smith.alisa@epa.gov

MEXICO

Pablo Cortes

Departamento de Enseñanza
Instituto Nacional
de Enfermedades Respiratorias
Calzada de Tlalpan 4502,
Col. Sección XVI
México DF 14050
México
T: 011 52 555 528 1412
F: 011 52 555 528 1412
ndocpcb@yahoo.com.mx

Alvaro Roman Osornio Vargas *

Jefe del Departamento de
Salud y Ambiente del PUMA
Universidad Nacional
Autónoma de México
Cto. de la Investigación Científica, C.U.
México DF 04510, México
T: 011 52 555 622 5212
F: 011 52 555 622 5207
arov@servidor.unam.mx

Mario Vargas

Investigador
Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias
Calzada de Tlalpan 4502
México DF 14080
México
T: 011 52 555 665 0043
F: 011 52 555 665 4623
mhvargasb@yahoo.com.mx

María Jesús Hoy Gutierrez

Assistant Director of Special Systems
Secretariat of Health
Francisco P. Miranda No. 177
6o piso, Colonia Merced Gómez
México DF 01480
México
T: 011 52 555 651 6586
F: 011 52 555 593 0713
ghoy@dgepi.salud.gob.mx

Irma Aurora Rosas Pérez *

Coordinadora del PUMA
Universidad Nacional
Autónoma de México
Cto. de la Investigación Científica, C.U.
México DF 04510
México
T: 011 52 555 622 5212
F: 011 52 555 622 5207
puma@servidor.unam.mx

CEC SECRETARIAT

393, St-Jacques Street W, #200
Montréal (Québec)
Canada H2Y 1N9
T: (514) 350-4300
F: (514) 350-4314

Doug Wright
Director of Programs
T: (514) 350-4320
E: dwright@ccemtl.org

Tanis Frame
Consultant to the CEC
T: (604) 733-3651
Tanis.frame@telus.net

Paul Miller
Program Manager, Air Quality
T: (514) 350-4326
E: pmiller@ccemtl.org

Lorraine Brooke
Acting Program Manager
Children's Health and the Environment
T: (514) 350-4323
E: lbrooke@ccemtl.org

Victor Shantora
Head, Pollutants and Health
T: (514) 350-4355
E: vshantora@ccemtl.org

Marilou Nichols
Program Assistant
T: (514) 350-4341
F: (514) 350-4314
E: mnichols@ccemtl.org