

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

Le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2



Janvier 2018

Principaux messages

- Les quartiers ayant un potentiel piétonnier élevé peuvent fournir l'occasion de contrer l'augmentation du diabète de type 2.
- Les données probantes d'un certain nombre d'études peuvent appuyer des initiatives visant à améliorer le potentiel piétonnier des quartiers.
- Davantage de recherche, sous la forme d'études longitudinales et d'examens systématiques est nécessaire afin de mieux comprendre le lien entre le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2.

Enjeu et objet de la recherche

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 422 millions de personnes dans le monde étaient atteintes de diabète en 2014.¹ Le diabète se produit soit lorsque le pancréas est incapable de produire suffisamment d'insuline dans l'organisme, il s'agit du diabète de type 1, ou lorsque l'organisme est

incapable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit, il s'agit alors du diabète de type 2.² Les causes du diabète de type 1 sont inconnues et elles ne sont pas évitables pour l'instant.³ Le risque de diabète de type 2, qui représente la majorité des cas de diabète, peuvent être attribuées à une interaction entre des facteurs génétiques et métaboliques.³ Il s'agit d'une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et d'amputation des membres inférieurs.³ Malgré divers efforts visant à résoudre ce problème de santé, la prévalence du diabète reste élevée,⁴ avec un total de 3,4 millions de Canadiennes et Canadiens atteints de diabète en 2015.⁵ L'OMS suggère quatre moyens de prévenir le diabète de type 2 : atteindre et maintenir un poids santé, être physiquement actif, avoir une alimentation saine et éviter le tabagisme.⁶ Des efforts importants ont été déployés dans le but de réduire le diabète de type 2 au moyen de l'alimentation et de l'exercice, Toutefois, ces approches ont largement reposé sur une modification du comportement.⁷ Les approches liées à la santé de la population soulignent l'importance des changements environnementaux, en plus des modifications du comportement individuel, afin d'améliorer les résultats en matière de santé.⁸ Cela a mené à une reconnaissance croissante du rôle de l'environnement bâti en tant qu'élément essentiel pour traiter les différences de niveau de l'état de santé de la population et, en particulier, comme intervention visant à réduire les maladies chroniques, dont le diabète de type 2.

L'environnement bâti signifie tout ce qui se trouve dans notre environnement physique et qui a été créé par l'humain.⁸ Cela comprend les caractéristiques de l'aménagement du territoire, les systèmes de transport et les caractéristiques d'aménagement des collectivités, comme les parcs. Ces caractéristiques peuvent soutenir et offrir des occasions de faciliter les modes de vie physiquement actifs.⁸ Les professionnels de la santé publique et les urbanistes s'intéressent particulièrement au réaménagement de l'environnement bâti afin de favoriser le potentiel piétonnier des quartiers.⁴

Le potentiel piétonnier des quartiers comprend les éléments suivants : la densité de la population, la densité résidentielle, la connectivité des rues, la diversité de l'aménagement du territoire et le nombre de destinations qui peuvent être atteintes à pied (banques, centres communautaires, etc.).⁴

Les quartiers ayant un potentiel piétonnier améliorent l'accès aux écoles, aux emplois, aux soins médicaux, aux services et aux activités culturelles et sociales.⁹ On a démontré que les quartiers qui possèdent un potentiel piétonnier élevé ont des taux plus élevés de piétons et de cyclistes et un taux réduit d'utilisation de la voiture.^{10,11} Ainsi, le lien possible entre le potentiel piétonnier des quartiers et les maladies chroniques a été examiné dans la littérature et on a posé l'hypothèse que le potentiel piétonnier des quartiers pouvait diminuer les taux d'obésité et de diabète.¹² Le présent examen a recensé les données probantes sur le lien entre le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2 chez les résidents urbains au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis. Ces régions ont des niveaux de richesse relativement similaires et des déterminants semblables de la circulation automobile,¹³ ce qui est considéré comme un mécanisme par lequel le potentiel piétonnier influe sur la masse corporelle.¹⁴

Le présent résumé de preuves pertinentes pose la question suivante : *Le potentiel piétonnier des quartiers est-il lié au diabète de type 2 chez les résidents urbains au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis?*

Méthodologie

Les Services de bibliothèque de SPO ont effectué, le 18 mai 2017, des recherches dans les bases de données Embase, MEDLINE et CINANL afin d'y recenser des examens systématiques publiées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 18 mai 2017. Les termes de recherche comprenaient : « walkability », « built environment » et d'autres termes connexes, combinés avec des termes liés au « diabetes mellitus ». Pour recenser des études de diverses disciplines, une deuxième recherche d'examen systématique a été effectuée dans EBSCOhost Environment Complete et SocINDEX, le 26 mai 2017, en utilisant des stratégies de recherche mises au point par les Services de bibliothèque de SPO. Comme la recherche n'a permis de trouver aucun examen systématique sur ce sujet, la recherche a été mise à jour dans les bases de données susmentionnées le 1^{er} juin 2017 pour inclure les études primaires publiées entre le 1^{er} janvier 2007 et le 1^{er} juin 2017. La stratégie de recherche complète est disponible sur demande auprès de SPO.

Les articles de langue anglaise étaient admissibles s'ils se penchaient sur les liens entre le diabète et une mesure composite du potentiel piétonnier des quartiers contenant au moins deux des éléments suivants : la densité de la population (le nombre de personnes par kilomètre carré), la densité résidentielle (le nombre de logements par kilomètre carré), la présence de destinations qui peuvent être atteintes à pied (p. ex., les bibliothèques, les banques, les centres communautaires), l'aménagement du territoire (p. ex., la proportion du territoire zonée résidentielle) et la connectivité des rues (p. ex., le nombre d'intersections avec au moins trois chemins ou voies convergentes). Les populations admissibles étaient les résidents urbains et les résidents des banlieues au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis. Les études étaient incluses si au moins une estimation du lien examinait le potentiel piétonnier comme exposition et le diabète de type 2 comme résultat.

L'admissibilité des titres et des résumés a été vérifiée par un évaluateur (RK) et un échantillon choisi au hasard de 20 % a été examiné de façon indépendante par un deuxième évaluateur (JT) à des fins de vérification. Les désaccords au sujet de l'inclusion ont été résolus par voie de discussion jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Deux évaluateurs indépendants ont passé en revue le texte intégral de tous les articles afin de s'assurer de leur admissibilité. Un évaluateur a extrait les informations pertinentes de toutes les études incluses et ces informations ont été vérifiées par un deuxième évaluateur.

Deux évaluateurs ont indépendamment mené une évaluation de la qualité. L'outil d'évaluation de la qualité des métadonnées (MetaQAT) des Services de bibliothèque de Santé publique Ontario (SPO) et l'équipe des Services de synthèse du savoir, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes de SPO, ont guidé le choix de l'outil approprié pour les articles inclus en fonction de la conception de l'étude. Les divergences dans les résultats de l'évaluation de la qualité entre les

évaluateurs ont été résolues par consensus. Plus de renseignements sur l'évaluation de la qualité sont disponibles sur demande.

Principales constatations

La recherche d'examen systématique a permis de recenser 144 articles, dont aucun ne répondait aux critères d'inclusion. La recherche d'études primaires a permis de recenser 608 articles, dont cinq études particulières répondaient aux critères d'inclusion (un organigramme est disponible sur demande). Parmi les études primaires incluses, trois étaient transversales et deux étaient des études de cohorte rétrospectives. Ces études ont produit sept estimations distinctes de liens pertinents à notre question de recherche. Certaines études ne faisaient aucune différence entre le diabète de type 1 et de type 2. Toutefois, tous les résultats liés au diabète étaient signalés en tenant compte de la plus grande prévalence du diabète de type 2 dans les groupes d'âge étudiés.

L'évaluation de la qualité des études transversales a été effectuée à l'aide de l'échelle de qualité de Newcastle-Ottawa pour les études transversales et à l'aide de l'échelle de qualité de Newcastle-Ottawa pour les études de cohorte dans le cas des études longitudinales. Toutes les études incluses examinaient des échantillons de population qui étaient au moins assez représentatifs de la population cible, imposaient un contrôle concernant l'âge et au moins un autre facteur important, et utilisaient un couplage des dossiers afin de déterminer les résultats.^{4,15-18} Quatre des cinq études indiquent qu'elles ont utilisé des outils validés afin d'évaluer le potentiel piétonnier.^{4,15,16,18} Toutefois, dans les deux études de cohorte, aucune description n'a été donnée des participants qui ont été perdus lors du suivi.^{16,18}

Trois des cinq études primaires ont été réalisées en Ontario. L'une de ces études a examiné des données transversales répétées de 2001 à 2012 dans le sud de l'Ontario en utilisant les données provinciales annuelles sur les soins de santé pour examiner l'évolution de l'incidence du diabète, en comparant les quartiers ayant un potentiel piétonnier et les quartiers moins propices aux piétons.⁴ Les auteurs ont constaté, chez les adultes âgés de 30 à 64 ans, une diminution statistiquement significative de l'incidence du diabète de 1,7 cas par 1 000 personnes [intervalle de confiance (IC) de 95 % : 0,7 à 2,8] dans les quartiers ayant un potentiel piétonnier plus élevé, comparativement à aucun changement significatif de l'incidence du diabète dans les quartiers moins propices aux piétons. Une autre étude menée à Toronto, en Ontario, a montré que la prévalence du diabète chez les adultes âgés de 30 à 64 ans était de 33 % plus élevée dans les quartiers moins propices aux piétons que dans les quartiers ayant un potentiel piétonnier plus élevé.¹⁵ La troisième étude ontarienne, une étude de cohorte rétrospective, a évalué l'impact du potentiel piétonnier des quartiers sur l'incidence du diabète chez les immigrants récents par rapport aux personnes qui habitent en Ontario depuis longtemps.¹⁶ Les auteurs ont indiqué que le potentiel piétonnier des quartiers était un prédicteur important de l'incidence du diabète, en particulier chez les immigrants récents, par rapport à leurs concitoyens qui habitent en Ontario depuis longtemps. Les risques relatifs d'incidence du diabète chez les immigrants récents étaient de 1,58 [IC de 95 % : 1,42 à 1,75] chez les hommes et de 1,67 [IC de 95 % : 1,48 à 1,88] chez les femmes, tandis que parmi les personnes qui habitent en Ontario depuis longtemps les risques relatifs étaient de 1,32 [IC de 95 % : 1,26 à 1,38] chez les hommes et 1,24 [IC 95 % : 1,18 à 1,31] chez les femmes.

Les deux autres études primaires ont été réalisées à Perth, en Australie, et à Stockholm, en Suède. Dans l'étude australienne, qui était de nature transversale, les chercheurs ont calculé le potentiel piétonnier dans deux zones tampons différentes autour des résidences des participants : 800 mètres et 1 600 mètres.¹⁷ Dans le cas de la zone tampon de 800 mètres, ils ont constaté que, dans les zones propices à la marche, les probabilités de diabète de type 2 étaient significativement plus faibles chez les hommes (ratio des probabilités (RP) = 0,53 [IC de 95 % : 0,34 à 0,82]), mais pas chez les femmes (RP = 0,88 [IC de 95 % : 0,58 à 1,32]). Dans le cas de la zone tampon de 1600 mètres, il n'y avait aucune différence statistiquement significative dans la prévalence du diabète chez les hommes (RP = 1.26 [IC de 95 % : 0.72-2.21]) ou chez les femmes (RP = 0.92 [IC de 95 % : 0.51-1.66]). Enfin, dans une étude de cohorte rétrospective réalisée en Suède auprès d'adultes âgés de 18 ans et plus, les auteurs ont signalé que ceux qui vivaient dans des quartiers ayant un potentiel piétonnier inférieur avaient une incidence plus élevée de diabète de type 2 que ceux qui vivaient dans des quartiers ayant un potentiel piétonnier supérieur.¹⁸ Toutefois, ce lien atteignait un degré non significatif après un ajustement visant à tenir compte des facteurs sociodémographiques (OU en comparant les déciles inférieurs et supérieurs du potentiel piétonnier = 1,16 [IC de 95 % : 1,00 à 1,34]).

En résumé, plus de la moitié des estimations pertinentes étaient statistiquement significatives et démontraient qu'un potentiel piétonnier supérieur des quartiers était associé à une réduction du risque de diabète de type 2. Les conclusions de tous les articles inclus, quelle que soit la conception de l'étude, favorisaient des changements environnementaux visant à accroître le potentiel piétonnier des quartiers.

Discussion et conclusions

La plupart des études incluses démontrent que le potentiel piétonnier des quartiers a un lien possible avec le diabète. Toutefois, l'absence d'examen systématiques et le nombre limité d'études primaires empêchent de tirer des conclusions solides concernant le lien entre le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2.

Il est important de reconnaître que la recherche sur le potentiel piétonnier et le diabète de type 2 n'en est qu'à ses débuts. La recherche d'études primaires a porté sur les 10 dernières années, mais les articles inclus ont seulement été publiés au cours de la période de 2013 à 2017. Cela démontre que la recherche sur ce sujet n'en est qu'à ses débuts et souligne la nécessité d'effectuer plus d'études, en utilisant des méthodes rigoureuses, afin d'en arriver à des conclusions plus solides. La rareté des recherches sur ce sujet peut également s'expliquer par le fait que le diabète de type 2 résulte d'autres facteurs de risque. Par exemple, la littérature actuelle est largement axée sur les mesures qui sont plus directement liées au potentiel piétonnier, comme l'inactivité physique ou le poids corporel.¹⁹ Le diabète de type 2 se situe plus bas dans la liste des causes hypothétiques, puisqu'il peut se développer en raison d'un manque d'activité physique, de l'embonpoint ou de l'obésité.³ Toutefois, avec l'augmentation des taux de diabète et les recherches préliminaires suggérant un lien entre le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2, ce sujet mérite d'être approfondi.

En ce qui concerne la question de recherche, il ressort de certaines études primaires incluses que les quartiers ayant un potentiel piétonnier élevé sont liés à un risque plus faible de diabète de type 2.

Cependant, il est nécessaire d'effectuer des études longitudinales de haute qualité et des examens systématiques afin de mieux comprendre les liens entre le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2. Il est essentiel de souligner que les incohérences des résultats des différentes études peuvent être attribuées à divers facteurs, comme des populations et des régions d'étude différentes, entre autres.

Limitations

Les études incluses comportent certaines limitations. Premièrement, trois des cinq études sont des études transversales, ce qui ne permet pas d'établir une relation temporelle et de les utiliser pour tirer des conclusions causales.¹⁵ Deuxièmement, plus de la moitié des études incluses ont été réalisées en Ontario et au Canada, et leurs constatations ne s'appliquent pas nécessairement ailleurs. Troisièmement, certaines études ne font pas la distinction entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Toutefois, la plupart des cas devraient être du diabète de type 2 en raison de l'âge minimal de 30 ans des participants à ces études.^{4,15,16} Quatrièmement, bien que toutes les études incluses aient tenu compte d'importants facteurs confusionnels, comme l'âge, d'autres facteurs confusionnels peuvent être absents, ce qui donne lieu à un effet confusionnel résiduel en raison de variables comme le statut socio-économique. L'effet confusionnel résiduel peut être attribué à des facteurs inconnus, qui ne peuvent être mesurés, ou à des facteurs mesurés de façon erronée.²⁰

Il est important de noter que les mesures utilisées pour évaluer le potentiel piétonnier sont incohérentes dans la littérature. Par exemple, pour évaluer le potentiel piétonnier, Muller-Riemenschneider et al. ont combiné la densité résidentielle, la connectivité des rues et la diversité de l'aménagement du territoire.¹⁷ Toutefois, Booth et al. utilisent la densité de la population, la densité résidentielle, la connectivité des rues et les destinations qui peuvent être atteintes à pied.¹⁶ Même si les critères d'inclusion étaient suffisamment restrictifs pour assurer une certaine cohérence entre les mesures du potentiel piétonnier, une mesure normalisée du potentiel piétonnier permettrait de tirer des conclusions plus solides des synthèses d'études qui examinent le potentiel piétonnier et le diabète de type 2.

Retombées sur la pratique

Malgré les limitations énumérées, les études incluses donnent un aperçu précieux sur ce sujet. Devant une variété de facteurs ayant une influence sur le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2, la plupart des premières études ont présenté des résultats indiquant un certain niveau de lien. Si de futures études bien conçues en arrivent à des résultats similaires, ces résultats devraient éclairer l'aménagement de quartiers ayant un potentiel piétonnier élevé et de milieux dans lesquels les gens pourront facilement faire des choix sains.

Les données probantes qui existent à l'heure actuelle, même si elles sont limitées, appuient l'aménagement de quartiers ayant un potentiel piétonnier élevé dans le cadre d'une stratégie visant à prévenir le diabète. Cela comprend une densité démographique et résidentielle élevée, ainsi que des rues bien reliées et des commodités, comme des bibliothèques, des banques, des centres

communautaires, etc., à distance de marche. Ces résultats indiquent que des facteurs plus larges peuvent avoir une incidence sur le diabète et suggèrent que l'on devrait élargir l'approche d'interventions individuelles afin de faire place à des interventions multifactorielles et holistiques qui mettent l'accent sur l'environnement bâti. Des facteurs communautaires, comme le potentiel piétonnier des quartiers et l'accès à des aliments sains peuvent jouer un rôle important dans le maintien de la santé des populations et devraient être pris en compte lors de la conception de l'aménagement des quartiers afin d'améliorer les résultats en matière de santé.

Ressource supplémentaire

Des ressources supplémentaires susceptibles d'intéresser les lecteurs ont été trouvées dans le cadre de la préparation du présent document :

- La base de données sur le diabète de l'Ontario (BDDO) est un registre des maladies fondé sur la population qui est maintenu par l'Institute of Clinical Evaluative Sciences (ICES). Elle est compilée à l'aide d'un algorithme validé fondé sur les hospitalisations et les visites chez le médecin afin d'identifier les personnes atteintes de diabète sucré diagnostiqué par un médecin en Ontario. Disponible en anglais seulement.
(<https://datadictionary.ices.on.ca/Applications/DataDictionary/Library.aspx?Library=ODD>)

Bibliographie

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. 2006;3(11):e442. Disponible à : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030442>
2. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1999 [cité le 17 août 2017]. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016. Disponible à : <http://www.who.int/diabetes/global-report/fr/>
4. Creatore MI, Glazier RH, Moineddin R, Fazli GS, Johns A, Gozdyra P, et al. Association of neighborhood walkability with change in overweight, obesity, and diabetes. JAMA. 2016;315(20):2211-20.
5. Diabetes Canada. Diabetes statistics in Canada [Internet]. Toronto, ON: Canadian Diabetes Association; 2017 [cité le 24 juin 2017]. Disponible à : <http://www.diabetes.ca/how-you-can-help/advocate/why-federal-leadership-is-essential/diabetes-statistics-in-canada>
6. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

7. Mozaffarian D, Kamineni A, Carnethon M, Djoussé L, Mukamal KJ, Siscovick D. Lifestyle risk factors and new-onset diabetes mellitus in older adults: the cardiovascular health study. Arch Intern Med. 2009;169(8):798-807. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828342/pdf/nihms174206.pdf>
8. Chronic Disease Prevention Alliance of Canada. Background paper: national scan of actions to address the relationship between built environments, physical activity and obesity. Ottawa, ON: Chronic Disease Prevention Alliance of Canada; 2006. Disponible à : <http://www.cdpac.ca/media.php?mid=61>
9. Perrotta K, Campbell M, Chirrey S, Frank L, Chapman J. The walkable city: neighbourhood design and preferences, travel choices and health. Toronto, ON: Toronto Public Health; 2012. Disponible à : https://www1.toronto.ca/city_of_toronto/toronto_public_health/healthy_public_policy/hphe/files/pdf/walkable_city.pdf
10. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. Lancet. 2016;387(10034):2207-17.
11. Saelens BE, Handy SL. Built environment correlates of walking: a review. Med Sci Sports Exerc. 2008;40(7 Suppl):S550-66. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921187/pdf/nihms219960.pdf>
12. Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Carnethon MR, Sánchez BN, Moore K, et al. Longitudinal associations between neighborhood physical and social environments and incident type 2 diabetes mellitus: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). JAMA internal medicine. 2015;175(8):1311-20. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799846/pdf/nihms-759937.pdf>
13. Cameron I, Lyons T, Kenworthy J. Trends in vehicle kilometres of travel in world cities, 1960-1990: underlying drivers and policy responses. Transp Policy. 2004;11(3):287-298.
14. Frank LD, Andresen MA Schmid TL. Obesity relationships with community design, physical activity and time spent in cars. Am J Prev Med. 2004;27(2):87-96.
15. Glazier RH, Creatore MI, Weyman JT, Fazli G, Matheson FI, Gozdyra P, et al. Density, destinations or both? A comparison of measures of walkability in relation to transportation behaviors, obesity and diabetes in Toronto, Canada. PloS One. 2014;9(1):e85295. Disponible à : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0085295>
16. Booth GL, Creatore MI, Moineddin R, Gozdyra P, Weyman JT, Matheson FI, et al. Unwalkable neighborhoods, poverty, and the risk of diabetes among recent immigrants to Canada compared with long-term residents. Diabetes Care. 2013;36(2):302-8. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3554289/pdf/302.pdf>
17. Muller-Riemenschneider F, Pereira G, Villanueva K, Christian H, Knuiman M, Giles-Corti B, et al. Neighborhood walkability and cardiometabolic risk factors in Australian adults: an observational study. BMC Public Health. 2013;13:755. Disponible à : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-755>
18. Sundquist K, Eriksson U, Mezuk B, Ohlsson H. Neighborhood walkability, deprivation and incidence of type 2 diabetes: a population-based study on 512,061 Swedish adults. Health Place. 2015;31:24-30. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305451/pdf/nihms642714.pdf>

19. Sallis JF, Floyd MF, Rodriguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012;125(5):729-37. Disponible à : <http://circ.ahajournals.org/content/125/5/729.long>

20. Skelly AC, Dettori JR and Brodt ED. Assessing bias: the importance of considering confounding. *Evid Based Spine Care J*. 2012;3(1):9-12. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503514/pdf/ebsj03009.pdf>

Particularités et limitations du résumé de preuves pertinentes

Le but de ce résumé de preuves pertinentes est d'analyser l'objet de la recherche en temps opportun afin d'éclairer la prise de décisions. Le résumé de preuves pertinentes présente les principales conclusions découlant d'une recherche systématique tirées des meilleures preuves disponibles au moment de la publication, de même que d'une analyse et d'une extraction de données provenant de ces preuves. Ce rapport n'est pas aussi détaillé qu'un examen systématique. Tous les efforts possibles ont été faits pour inclure les preuves les plus détaillées qui soient sur le sujet. Il est possible que certaines études pertinentes ne soient pas incluses. Toutefois, il est important de déterminer, au moment de la lecture du présent résumé, si ces études auraient pu modifier les conclusions du document.

Auteurs

Ruhi Kiflen, étudiante stagiaire, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, SPO

Justin Thielman, responsable des enjeux épidémiologiques, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, SPO

D^{re} Heather Manson, directrice générale, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, SPO

Réviseurs

Sima Sajedinejad, conseillère principal en développement de projet, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, SPO

Sue Keller-Olaman, chef de service, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, SPO

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Kiflen, R, Thielman J, Manson H. Résumé de preuves pertinentes : Le potentiel piétonnier des quartiers et le diabète de type 2. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017.

ISBN: 978-1-4868-0920-2

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

SPO n'assume aucune responsabilité à l'égard des résultats de l'utilisation du présent document par qui que ce soit.

Le présent document peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales uniquement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucune modification ne doit lui être apportée sans l'autorisation écrite explicite de Santé publique Ontario.

Renseignements

Services de synthèse du savoir, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Courriel : hpcdip@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société d'État vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, visitez www.santepubliqueontario.ca

Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

