


Changement de vitesse :

Cibler, non plus les soins de santé au Canada,
mais un Canada en santé



TABLE DES MATIÈRES

02	Avant-propos
03	Pour un Canada en meilleure santé : Qu'est-ce qui influence notre santé?
12	Guider le changement : Agir sur les déterminants de la santé
25	Liste de vérification pour l'action pangouvernementale ou intersectorielle
26	Observations finales : Et maintenant, quelle direction prendre?
31	Bibliographie
32	Remerciements



Si nous voulons que les Canadiens
soient les gens en meilleure santé au monde...
nous devons remédier au “durcissement des catégories”
qui, au fil des ans, a sévèrement cloisonné bien des
mécanismes d’intervention et de programmation, qu’il
faudra regrouper pour nous permettre de progresser
tout au long du continuum des résultats de santé. »

*A Cure for the Hardening of the Categories, L’Hon. Roy Romanow, Allocution d’ouverture,
réunion inaugurale du Conseil canadien de la santé, 29 janvier 2004*

AVANT-PROPOS

Comment le Canada peut-il devenir un pays en meilleure santé?

Peut-être pas comme vous le pensez. Nous savons tous que nous devrions avoir une alimentation saine, faire de l'exercice et cesser de fumer. Ces aspects de notre mode de vie ont de l'importance, mais la recherche montre que les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales dans lesquelles nous vivons, et que l'on appelle les déterminants de la santé, ont un impact tout aussi marqué, peut-être même plus marqué. Ceci est particulièrement flagrant chez les personnes qui peinent, aux prises avec la pauvreté ou la quasi-pauvreté, et qui risquent bien plus que le reste des Canadiens de souffrir de maladies chroniques, d'utiliser davantage le système de soins de santé, et de mourir prématurément.

Comme vous le montreront les citations apparaissant un peu partout dans le présent rapport, on sait depuis longtemps qu'il est important d'agir sur les déterminants de la santé. Mais au Canada, notre mentalité veut que la santé des Canadiens soit la responsabilité du ministère de la Santé, ou de la Promotion de la santé, alors qu'en fait, la majorité des facteurs influant sur notre santé font appel aux aptitudes de résolution de problèmes d'une multiplicité de ministères, d'ordres de gouvernement et d'autres secteurs de la société. Les projets actuels de promotion de la santé, qui encouragent les gens à adopter un mode de vie sain, sont sans doute bénéfiques, mais il y a des limites à ce que ce genre d'approche peut obtenir.

On a parlé des déterminants de la santé comme d'un « méchant problème », qui exige une approche pangouvernementale en collaboration avec le reste de la société. Dans ce rapport, nous présentons ce que nous avons appris des hauts fonctionnaires et des chercheurs de tout le pays, dont beaucoup ont créé (ou essaient de créer) de telles alliances. Ils s'unissent autour d'une question qui porte gravement atteinte à la santé, comme la pauvreté ou l'obésité, d'une population, comme les enfants ou les personnes âgées, ou d'un processus, comme l'évaluation de l'impact sur la santé, qui sert à évaluer, avant leur mise

en place, les effets potentiels sur la santé des politiques et des réglementations gouvernementales. Et pendant qu'ils travaillent ensemble à ces questions, ils commencent aussi à faire évoluer le mode de penser du gouvernement touchant ce qui a vraiment des incidences sur notre santé, et ce que signifie gouverner en collaboration.

En sommes-nous déjà là? Non. Mais beaucoup de gens nous ont confié qu'on examine les déterminants de la santé avec une nouvelle urgence. J'en ai moi-même été témoin dans des conférences d'un bout à l'autre du pays cette année. On voit un réel désir d'action. Le moment est venu de mettre en œuvre ce qui, comme nous le croyons fermement, changera la santé de notre pays. Même si une stratégie relative aux modes de vie sains est importante en soi, il nous revient à nous tous de nous intéresser aux grandes questions.

Je souhaite que ce rapport aide à éclairer les Canadiens sur l'importance d'une action touchant les déterminants de la santé et sur les interventions que les gouvernements peuvent mener (et mènent) dans ce domaine.

En tant qu'ancien sous-ministre, j'aime aussi m'imaginer ce rapport sur le bureau d'un haut fonctionnaire appartenant à un ministère qui n'a rien à voir avec la santé. Elle (ou il) ne sait pas pourquoi elle a reçu un envoi du Conseil canadien de la santé, mais elle ouvre le document. Elle lit cet avant-propos. Elle continue sa lecture. Et six mois plus tard, quand on lui demande de se joindre à un groupe de travail pour parler de l'évaluation de l'impact sur la santé, ou de la diminution de la pauvreté, ou de la santé mentale, ou d'une amélioration du logement, elle accepte, parce qu'elle sait qu'elle a sa place à la table où se crée un Canada en meilleure santé.

Cordialement,
John G. Abbott
Chef de la direction,
Conseil canadien de la santé

POUR UN CANADA
EN MEILLEURE SANTÉ

QU'EST-CE QUI
INFLUENCE
NOTRE SANTÉ?



... nous ne pouvons pas inviter les gens à se tenir responsables de leur santé et ensuite, retourner la situation et les rendre également responsables de maladies ou d'incapacités qui sont les conséquences de situations sociales et économiques. »

Rapport Epp, *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, 1986

POUR UN CANADA EN MEILLEURE SANTÉ

Les Canadiens font preuve d'un grand intérêt pour notre système de soins de santé, mais ils n'ont qu'une compréhension limitée de ce qui contribue à la santé. La plupart des répondants interrogés dans le cadre d'une enquête nationale ont déclaré que la santé était le fruit de choix de vie sains, par exemple une bonne alimentation et la pratique de l'activité physique¹. En réalité, notre santé (de même que notre capacité à mener un mode de vie sain) est soumise à l'influence d'un ensemble bien plus vaste de facteurs.

Ces facteurs, appelés déterminants de la santé, incluent le montant de nos revenus, notre petite enfance, notre petite enfance et notre niveau scolaire. Ils comprennent le fait que nous travaillons ou non (et le genre de travail que nous faisons), nos relations avec notre famille et nos amis, les liens que nous avons avec les communautés et la société auxquelles nous appartenons, l'accès à une nourriture saine et bon marché et la qualité de nos services de soins de santé. Notre appartenance à une race, une ethnie ou une culture précise peut aussi influencer notre santé. Notre milieu physique joue aussi un rôle important :

nous sommes affectés par des facteurs comme la qualité de l'air et de l'eau, le climat et l'environnement, la qualité et la sécurité du logement, du milieu de travail, des écoles et des collectivités^{2,3} (voir Figure 1, page 8).

Ce qui ne veut pas dire que les choix liés au mode de vie, tels la nutrition adéquate et l'exercice physique, sont sans importance, au contraire. Mais de nombreuses données ont montré que les répercussions de cet ensemble de déterminants de la santé sur notre vie sont tout aussi fortes, sinon plus fortes⁴.

Les connaissances acquises pendant 35 ans dans le domaine de la promotion de la santé ont clairement démontré que c'est en agissant sur les principales conditions qui affectent la vie des gens que l'on peut davantage améliorer la santé de la population³. Mais ces connaissances ne semblent pas se traduire par des actions. En 2009, l'Institut du mieux-être annonçait que le Canada se laissait distancer par d'autres nations industrialisées sur des mesures comme le taux de pauvreté, les inégalités entre riches et pauvres et les investissements dans les programmes sociaux^{8,9}.

INIQUITÉ OU INÉGALITÉ?

Le terme iniquité a souvent été utilisé de façon interchangeable avec inégalité, mais il est essentiel de différencier ces deux mots.

Inégalité se rapporte à des différences que l'on peut réduire, mais non éliminer, telles celles d'origine génétique, ou qui découlent du vieillissement; iniquité concerne des différences injustes et évitables. Les gouvernements ne peuvent pas corriger toutes les inégalités, mais ils peuvent prendre des mesures pour réduire les iniquités^{5,6,7}.

À moins que nous ne parlions de travaux traitant particulièrement d'inégalités ou de disparités, nous utilisons le terme iniquité dans tout ce document.

UN RAPPORT SÉPARÉ SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Au Canada, il existe des différences de santé marquées entre les Autochtones et le reste de la population.

Cette crise de la santé chez les Autochtones et ses répercussions toutes particulières sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que leurs besoins spécifiques, exigent un examen plus approfondi.

À cette fin, le Conseil canadien de la santé a mis sur pied un projet séparé pour étudier ces questions avec discernement. Il publiera un rapport en 2011.

Des informations supplémentaires sur les projets du Conseil se trouvent dans notre mise à jour d'octobre 2010 : *Améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones au Canada*. (www.conseilcanadiendelasante.ca)

La même année, le Sénat canadien avait des mots durs pour cette absence de progrès : «...il est inacceptable pour un pays privilégié comme le Canada de continuer à tolérer des disparités en santé »¹⁰.

Le Canada a été autrefois un leader novateur, qui dès 1974 mettait en avant l'importance des déterminants de la santé, avec la publication d'un rapport historique, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ce rapport affirmait que l'état de santé ne dépendait pas seulement des soins de santé, mais également d'autres facteurs extérieurs au système de santé (biologie humaine, environnement, mode de vie). En 1986, le Canada accueillait à Ottawa la première conférence internationale sur la promotion de la santé. Celle-ci s'est conclue par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé, et qui déclare que « la promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard¹¹ ». Un rapport

fédéral présenté durant la conférence, *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, soulignait ces messages et contestait la priorité accordée aux stratégies axées sur les modes de vie¹². Affirmant que la prévention « est une entreprise beaucoup plus complexe que nous avons pu d'abord l'imaginer », le rapport soulignait que les défis actuels consistaient à réduire les iniquités, à augmenter les efforts de prévention et à accroître la capacité des gens à résister au stress.

Grâce à la Charte d'Ottawa, de nombreux pays ont commencé à se pencher de plus près sur les déterminants de la santé et à examiner quel soutien pouvaient apporter les politiques publiques. Mais les gouvernements canadiens et les responsables de la promotion de la santé ont concentré leurs efforts dans ce domaine essentiellement sur des questions de mode de vie, élaborant des programmes qui visaient à agir sur des paramètres tels le tabagisme, l'exercice physique et l'alimentation saine^{16,17}. Dans l'ensemble, les gouvernements canadiens n'ont pas ciblé les déterminants de la santé, ni mis en œuvre des politiques relatives

LES COÛTS ÉLEVÉS DE LA PAUVRETÉ

Les statistiques indiquent que la santé globale et l'espérance de vie des Canadiens vont en s'améliorant, mais tout le monde ne profite pas de cette amélioration de la santé.

Les personnes vivant dans la pauvreté ont une plus forte probabilité d'être en mauvaise santé et de mourir plus tôt que celles qui vivent dans des collectivités plus prospères³. Elles souffrent davantage de maladies chroniques, d'obésité et de détresse psychologique^{3, 8}. Le stress chronique que cause une situation défavorisée peut avoir des répercussions tant sur le système cardiovasculaire que sur le système immunitaire. Au fil du temps, ces personnes peuvent devenir plus vulnérables aux maladies chroniques et aux infections, et à des affections mentales comme la dépression⁴.

Des recherches internationales indiquent que, pour réduire les écarts sur le plan de la santé, l'état de santé des 30 à 40 % les

plus pauvres de la population doit s'améliorer à un rythme plus rapide que celui du reste de la population¹³.

Examinons les statistiques ci-dessous :

- Alors que le taux global de la pauvreté au Canada était estimé à près de 11 % en 2005, le taux de pauvreté est plus élevé dans des secteurs précis de la société : les familles monoparentales (26 %), les personnes ayant des restrictions quant au travail (21 %), les immigrants récents (19 %) et les Autochtones hors-réserve (17 %).

En outre, selon les mêmes statistiques de 2005, 11,7 % des enfants canadiens âgés de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté^{3, 14}. D'après un rapport du Conference Board of Canada portant sur des statistiques plus récentes de l'Organisation de coopération et de développement économiques, datant de 2008, le taux de pauvreté au Canada était encore plus élevé, atteignant 15 %¹⁵.

- Lorsqu'on divise la population canadienne en cinq tranches de revenu, les taux de diabète et de maladies cardiaques parmi les 20 % les plus pauvres (les travailleurs à faible revenu et les bénéficiaires de l'aide sociale) sont plus du double de ceux que l'on trouve chez les 20 % les plus riches⁸, et pour beaucoup d'Autochtones du Canada, la situation est encore pire. (voir Un rapport séparé sur la santé des Autochtones, page 5)

- Tous les pays développés présentent des iniquités en santé, mais au Canada, l'inégalité du revenu s'accroît, ce qui amplifie les iniquités en santé. Après avoir reculé pendant 20 ans, les taux d'inégalité et de pauvreté ont augmenté au Canada au cours des 10 dernières années; ils atteignent maintenant un niveau supérieur à la moyenne de l'OCDE^{8, 9}.

à la santé de la population^{10, 17, 18}. D'une manière générale, un fossé sépare les conclusions que rapporte la recherche reconnue et la mise à exécution des interventions de la politique publique^{19, 20, 21}.

Le Canada ne peut plus se permettre de retarder ces mesures. Les coûts des soins de santé au Canada ont plus que doublé entre 1997 (79 milliards de dollars) et 2007 (160 milliards de dollars)²². En 2010, les dépenses devraient atteindre 192 milliards²³.

On calcule que les dépenses directes en soins de santé vont augmenter encore davantage et éventuellement supplanter d'autres investissements publics nécessaires dans des secteurs importants du point de vue des déterminants de la santé, à moins que nous ne réexaminions nos priorités budgétaires. Le sénateur Wilbert Keon, président du sous-comité sénatorial sur la santé des populations et chirurgien cardiaque de renom, est allé jusqu'à déclarer que « l'augmentation des dépenses de soins de santé a vraisemblablement une incidence négative sur la santé générale de notre population dans

« ... les pratiques exemplaires de la lutte contre la pauvreté suggèrent une approche générale, coordonnée, qui mobilise les partenaires de la collectivité ainsi que tous les paliers de gouvernement... la Stratégie de réduction de la pauvreté de la province est une approche coordonnée pangouvernementale, fondée sur les principes d'inclusion sociale et de collaboration... La pauvreté est un problème multidimensionnel. »

Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador, 2006

L'inégalité du revenu a des répercussions sur les coûts en soins de santé

- Une étude effectuée à Saskatoon a comparé les taux actuels d'utilisation des services de santé, les habitudes de forte utilisation des soins de santé et les coûts globaux selon les tranches de revenu. Cette recherche a révélé que les résidents des quartiers socioéconomiquement faibles ont recours, dans une mesure disproportionnellement élevée, aux médecins, aux médicaments et aux hôpitaux à cause de la prévalence plus élevée de maladies.

L'étude constate que l'utilisation des ressources de soins de santé par les résidents à faible revenu est de 35 % supérieure à celle des résidents à revenu moyen ou élevé, ce qui signifie que cette utilisation aura coûté environ 179 millions de dollars de plus que s'ils avaient appartenu à la tranche des revenus moyens²⁴.

- À Winnipeg, une recherche a examiné les données de santé de 1995 à 1999, afin de cerner les économies qu'on pourrait réaliser en réduisant les inégalités sur le plan de la santé. Les résultats montrent qu'en éliminant les disparités entre les quartiers les plus riches et les plus pauvres de Winnipeg, on réduirait les crises cardiaques de 22 % et les fractures de la hanche de 20 %. En comblant l'écart entre les quartiers les plus riches et tous les autres quartiers, on aurait obtenu une économie de 62 millions de dollars en 1999, soit 15 % de tous les frais d'hôpital et de médecin à Winnipeg cette année-là²⁵.
- À cause de la complexité du problème, il peut être difficile d'estimer le coût des disparités sur le plan de la santé découlant des inégalités de statut socioéconomique. Les recherches qui ont essayé de traduire ces écarts en termes de valeur réelle en dollars sont peu nombreuses. Toutefois, l'Agence de la santé

publique du Canada prépare un rapport sur l'état de santé et les coûts des soins de santé par tranche de revenu au Canada, qui sera publié en 2011.

Stratégies de réduction de la pauvreté au Canada

Au cours des dernières années, un nombre d'administrations canadiennes ont lancé des stratégies de réduction de la pauvreté qui pourraient améliorer la santé de beaucoup de Canadiens et réduire de façon sensible les iniquités en santé. Il s'agit là d'une nouvelle avancée dans la manière dont certains gouvernements canadiens réinventent leurs politiques pour influencer sur les déterminants de la santé.

Vous trouverez plus de renseignements sur les stratégies de réduction de la pauvreté dans une annexe en ligne consacrée aux initiatives des secteurs de compétence.

la mesure où elle restreint l'investissement dans d'autres domaines comme l'éducation (notamment l'éducation à la petite enfance), le logement public, la sécurité du revenu et d'autres services publics²⁶ ».

Les iniquités en matière de santé jouent un rôle non négligeable dans ces coûts du système de santé. Les Canadiens dont le revenu est le plus faible risquent plus que le reste de la population de souffrir d'une maladie chronique comme le diabète, l'arthrite et les maladies cardiaques, d'avoir une incapacité et d'être hospitalisés pour divers problèmes de santé³. Ils sont deux fois plus portés à utiliser les services de santé que ceux disposant des revenus les plus élevés^{3, 27}. Il ne s'agit pas ici d'un simple cas d'opposition pauvreté-affluence : les inégalités sur le plan de la santé progressent selon un gradient³. En général, les individus sont en moins bonne santé que ceux qui se situent au-dessus d'eux sur l'échelle des revenus, mais en meilleure santé que ceux qui se trouvent au-dessous^{3, 13}. On estime que 20 % de la totalité des dépenses de santé peuvent être attribuées aux écarts de revenu²⁸.

Les préoccupations graves et généralisées que causent les disparités de plus en plus marquées sur le plan de la santé, la prévalence toujours croissante des maladies chroniques, et la durabilité du système de santé créent, par leur convergence, un sentiment d'urgence par rapport à la promotion de la santé et la prévention des maladies au Canada. Cet état de choses a été illustré récemment par une déclaration des ministres de la Santé et de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux parue sous le titre de *Pour un Canada plus sain : Faire de la prévention une priorité*, qui expose leur intention collective de privilégier davantage la prévention des maladies et la promotion de la santé²⁹.

L'urgence de la tâche à laquelle sont confrontés les gouvernements amène à traduire les principes en pratiques et à accélérer les efforts qui feront du Canada une nation en meilleure santé.

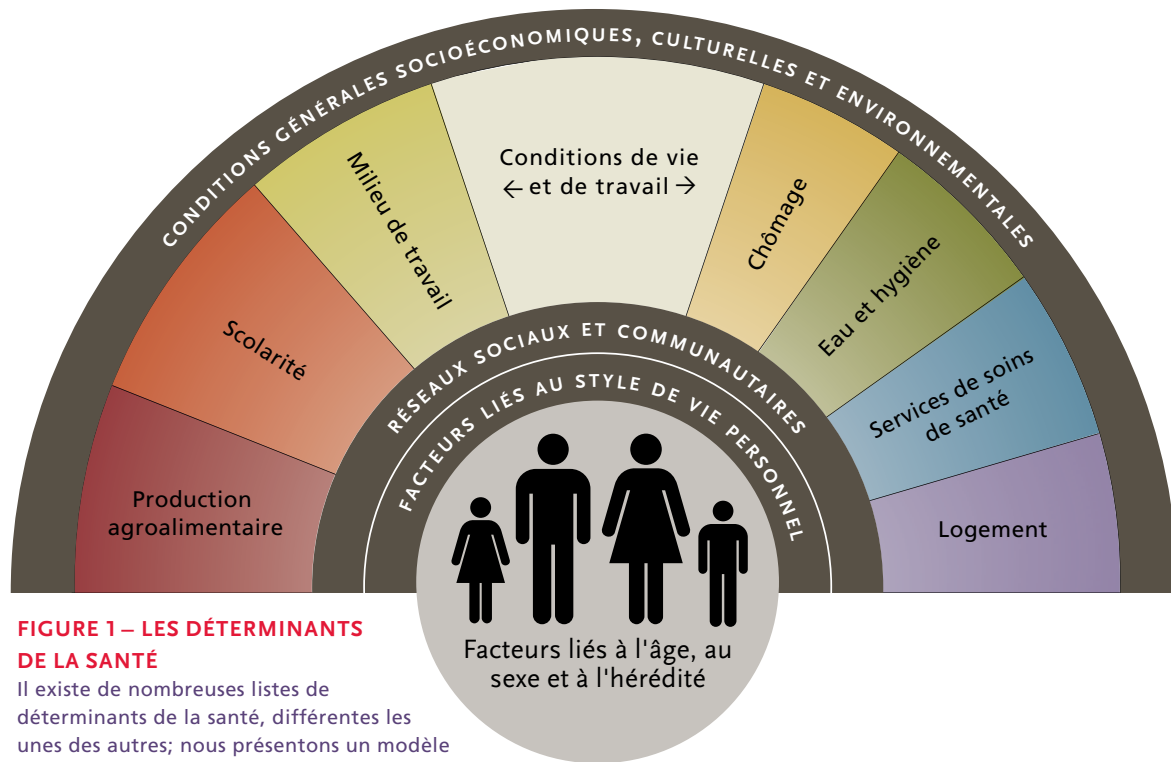


FIGURE 1 – LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Il existe de nombreuses listes de déterminants de la santé, différentes les unes des autres; nous présentons un modèle très reconnu, qui illustre plusieurs des facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux influant sur notre style de vie.

Pour mieux comprendre comment ces déterminants de la santé influent sur les résultats en santé, rendez-vous au www.who.int où vous pourrez consulter le rapport 2008 de l'Organisation mondiale de la santé, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*.

Adapté de Dahlgren, G. et Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

À PROPOS DE CE RAPPORT

Comme nous l'avons signalé plus haut, la plupart des facteurs affectant la santé sont hors de la portée du seul système des soins de santé, et la mise en œuvre des mesures visant à les modifier exige que tous les échelons de gouvernement, de multiples services gouvernementaux, les collectivités, les chercheurs, le secteur sans but lucratif et le secteur privé s'y attellent.

Un grand nombre de rapports et de recherches constatent que l'action intersectorielle et les approches pangouvernementales (qui relient entre eux un grand nombre de ces acteurs) ont le potentiel d'avoir des retombées positives sur les déterminants de la santé et pourraient améliorer la santé des populations^{8,10}.

Le Conseil de la santé a voulu découvrir comment ces approches se manifestent, comment on les implante et on les adapte à l'échelle du Canada, car il a, dans le cadre de son mandat, la responsabilité de faire rapport aux Canadiens des progrès accomplis par les gouvernements dans le renouvellement des soins de santé, sur la base

« À chaque échelon de l'échelle des revenus et de la scolarité, la prévalence des problèmes de santé ou des comportements qui nuisent à la santé diminue. Il s'agit là d'un fait important que l'on ne peut mettre de côté, car les programmes qui ne tiennent pas compte de ces facteurs peuvent, par inadvertance, augmenter les écarts sur le plan du statut ou des comportements liés à la santé. »

Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé, Ministres de la Santé et de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain, 2010

STRATÉGIE PANCANADIENNE EN MATIÈRE DE MODES DE VIE SAINS

De nombreux secteurs – gouvernements, organisations non gouvernementales, secteur privé, organisations autochtones, et d'autres encore – sont partenaires de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Cette stratégie vise à prévenir les maladies chroniques et à faire la promotion de la santé en aidant différents secteurs à harmoniser et à coordonner leurs interventions ciblant les risques ordinaires de mauvaise santé, telles l'inactivité physique et les mauvaises habitudes alimentaires.

Cette stratégie est l'aboutissement de consultations et de propositions venant de personnes et d'organisations très diverses, de tous les secteurs. Ensemble, les partenaires ciblent la population entière, avec une attention

particulière envers les enfants et les jeunes, les personnes vivant dans des zones isolées, éloignées ou rurales, et les collectivités autochtones. Son but est d'améliorer globalement les résultats de santé et de réduire les disparités sur le plan de la santé chez les Canadiens.

- Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont entériné la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains dès 2005. En 2010, le cadre de la Stratégie a été consolidé, et pour appuyer cette démarche, les ministres de la Santé et de la Promotion de la santé et des modes de vie sains ont souscrit à deux nouvelles initiatives :
- *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité* est une déclaration sur la prévention et la promotion de la santé de la part des ministres de la Santé, de la

Promotion de la santé et du Mode de vie sain, où ils décrivent leur vision commune d'une collaboration devant faire une priorité de la prévention des maladies, des incapacités et des blessures.

- *Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé* met l'accent sur la réduction de la prévalence de l'obésité juvénile au Canada, en offrant des stratégies et en établissant des priorités pour la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

On peut trouver ces deux documents sur le site Web de l'Agence de la santé publique, à www.phac-aspc.gc.ca.

des engagements pris en 2003 et 2004 dans les accords sur la santé.

Pour effectuer cette analyse, le Conseil de la santé a créé un comité d'experts et conclu un contrat avec une société de conseil, le Todres Leadership Counsel, dont les consultants travaillaient en partenariat avec le Dr Dennis Raphael, l'un des chercheurs les plus réputés au Canada dans le domaine des déterminants sociaux de la santé. Les consultants ont examiné et analysé la documentation, les politiques, les initiatives et les programmes dans ce domaine, au Canada et à l'étranger. Ils ont rencontré 35 intervenants clés de toutes les provinces et de tous les territoires : des hauts fonctionnaires (allant de sous-ministre et de sous-ministre adjoint à médecin-hygiéniste), des directeurs et des coordonnateurs de programmes, et des universitaires de premier plan. Un comité d'experts ont fourni des informations supplémentaires sur le contexte dans lequel cette question évolue au Canada et dans le reste du monde. L'orientation du présent rapport et les commentaires qu'il contient se situent dans la ligne des

« Certains Canadiens sont en excellente santé toute leur vie et leur espérance de vie est parmi les plus élevées au monde... D'autres sont en mauvaise santé toute leur vie et leur espérance de vie s'apparente à celle de certains pays du tiers monde... Notre système de santé ne peut à lui seul remédier à ces inégalités, quel que soit l'argent que nous y investissons. »

Un Canada productif et en santé : Une approche axée sur les déterminants de la santé, 2009



Le revenu est en soi un déterminant de la santé, mais c'est aussi un déterminant de la petite enfance, de la scolarité, de l'emploi et des conditions de travail et de la sécurité alimentaire. Le revenu est aussi un déterminant de la qualité du logement, du besoin d'un filet social, de l'expérience de l'exclusion sociale, et de l'expérience du chômage et de l'insécurité en matière d'emploi au long de la vie. »

Social Determinants of Health, Dr Dennis Raphael, 2009

conclusions que le Conseil de la santé a tirées des informations et des recommandations reçues.

Nos résultats montrent que l'on a mis en place beaucoup d'initiatives visant à promouvoir la santé et à réduire les iniquités sur le plan de la santé à l'échelon fédéral, provincial et territorial. À l'échelon fédéral, l'Agence de la santé publique du Canada, avec Santé Canada, prend un rôle de chef de file sur plusieurs fronts, notamment la recherche et l'amélioration des connaissances, ainsi que la mise en place de programmes de santé destinés aux populations Inuites, Métisses et des Premières Nations. À l'échelon national, des collectes de données, des recherches et des travaux stratégiques ont été entrepris par des organisations et des organismes comme Statistique Canada, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, les Centres nationaux de collaboration en santé publique, le Réseau pancanadien de santé publique, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (y compris son Initiative sur la santé de la population canadienne), ainsi

que par des groupes de réflexion sur les politiques publiques et des instituts, tels l'Institut canadien de recherche avancée, l'Association canadienne de santé publique, le Conference Board of Canada, et l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada.

Tous les secteurs de compétence ont travaillé à consolider le système de santé public du Canada, à favoriser le développement du jeune enfant, et à mettre en place des stratégies en matière de modes de vie sains et autres initiatives en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. En outre, un travail important a été effectué aux tables de concertation fédérales, provinciales et territoriales sur la politique.

Dans ce rapport, nous nous concentrons sur les initiatives des provinces et des territoires; toutefois, le Conseil de la santé reconnaît qu'une bonne part des actions intersectorielles et pangouvernementales prennent place à l'échelon local, particulièrement grâce aux projets Villes-santé et Villes et villages en santé, et aux autorités de la santé publique. Nous y exposons une partie des préconditions,

UNE THÈSE À DÉFENDRE : LA PRÉVENTION PAIE

Une étude, la première de son genre au Manitoba, a examiné les avantages économiques qui découleraient d'un investissement en prévention primaire, ciblant les économies potentielles que feraient les Manitobains en coûts directs et indirects de soins de santé, si l'on s'attaquait à des facteurs de risques tels le tabagisme, l'inactivité physique et l'obésité en mettant en place des programmes qui ont démontré leur efficacité.

Cette analyse a estimé les coûts économiques et de santé actuels résultant de ces facteurs de risque, a modélisé les avantages économiques à long terme de leur réduction, a estimé les coûts de la mise en œuvre d'interventions précises (avérées) et a combiné ces informations pour définir les coûts et les avantages à long terme.

Selon des statistiques de 2008, 55 % de la population est en surpoids ou obèse, 45 % est inactive et 27 % fume. Le total des coûts

directs (en soins de santé) associés à ces facteurs de risque est estimé à 492 millions de dollars, tandis que les coûts indirects s'élevaient à 1,12 milliards, résultant en des coûts imputables d'un total de 1,62 milliards de dollars.

Si la proportion de la population présentant ces facteurs de risque demeure aux niveaux de 2008, le fardeau économique annuel qui leur est associé passerait de 1,62 milliards en 2008 à 2,13 milliards en 2026. L'augmentation cumulative du fardeau économique entre 2008 et 2026 serait de 4,7 milliards de dollars.

Les chercheurs qui ont mené cette étude ont trouvé qu'une simple réduction de 1% par an (à partir de 2011) de la population présentant ces facteurs de risque, avec un investissement type de 529 millions de dollars dans des programmes efficaces, engendrerait des économies de 540 millions dans les coûts directs en soins de santé. Quand on tient

compte des coûts indirects, l'économie du Manitoba aurait épargné environ 1,8 milliards de dollars, soit un rendement supérieur à trois pour un. Si le nombre de personnes présentant ces facteurs de risque se réduisait de 2 % par an à partir de 2011, la réduction cumulative du fardeau économique atteindrait 3,58 milliards de dollars en 2026.

Ce rapport est un appel à l'action; il souligne que le défi des gros investissements dans la prévention primaire exigera :

- un changement radical du traitement à la prévention
- de vastes partenariats et interventions coopératives dans l'ensemble des secteurs afin d'agir sur les déterminants de la santé
- des recherches et des évaluations pour surmonter l'absence de connaissances concernant l'efficacité des programmes (résultats et coûts du programme)³⁰.

des structures, des processus, des outils et autres facteurs qui permettent aux gouvernements d'intervenir avec succès dans le domaine des déterminants de la santé par des démarches intersectorielles ou pangouvernementales. Notre intention était d'aborder les initiatives gouvernementales globalement, plutôt que par l'entremise d'études de cas approfondies. Pour plus de renseignements, consulter l'annexe en ligne qui fournit un résumé d'initiatives clés précises, promues par le gouvernement fédéral ou réalisées dans les provinces et les territoires.

En dépit de l'ampleur de l'activité déployée dans l'ensemble du Canada, notre analyse confirme ce que la documentation nous a déjà dit : la recherche et l'analyse portant sur la promotion de la santé et sur les déterminants de la santé ne se traduisent pas dans la mesure attendue par une campagne de programmes et de politiques publiques dans notre pays.

Sans ambages, nous avons posé nos questions aux secteurs de compétence : Quels sont les facteurs principaux qui vous ont permis d'implanter des approches coopératives

et concertées en matière de promotion de la santé et de réduction des iniquités en santé? Qu'est-ce qui a obtenu de bons résultats? Qu'avez-vous appris?

Nous souhaitons que leurs réponses et nos observations fassent progresser cette discussion (ainsi que les actions) sur ce point important des politiques de la santé.

GUIDER LE CHANGEMENT

AGIR SUR LES
DÉTERMINANTS
DE LA SANTÉ



Tout changement exigera une mobilisation de la part de l'ensemble des particuliers, des ONG, des entreprises, des collectivités, des ordres de gouvernement et des différents secteurs de la société canadienne. L'entreprise ne pourra être menée à bien que si le premier ministre canadien et nos premiers ministres provinciaux, nos maires, nos dirigeants municipaux et communautaires ainsi que les chefs des Premières Nations exercent un leadership. Il faudra adopter une approche pangouvernementale axée sur une intervention intersectorielle reposant sur la participation des entreprises, des bénévoles et des organismes communautaires. La tâche ne sera pas facile, mais elle peut et doit être accomplie. Nous ne pouvons nous y soustraire. »

Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, Sénat du Canada, 2009

GUIDER LE CHANGEMENT

Les déterminants de la santé appartiennent à la catégorie de ce que l'on appelle les « méchants problèmes » : ces questions sociales complexes qui transcendent les frontières des ministères, et qui peuvent s'accompagner d'informations difficiles à interpréter, faire appel à une multitude de décideurs et faire intervenir des valeurs contradictoires^{31, 32, 33}. Pour agir sur ces déterminants de la santé, il faut une action intégrée des gouvernements, transcendant les clivages des ministères et des services gouvernementaux, mais aussi, souvent, ceux de divers ordres de gouvernement, et habituellement en collaboration avec d'autres secteurs, dont le secteur sans but lucratif et le secteur privé.

Dans le cadre de ce rapport, nous avons examiné quatre pays dont les bons résultats en matière d'amélioration de la santé et de réduction des iniquités en santé ont suscité de l'intérêt : la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et l'Australie. Pour intervenir sur les déterminants de la santé, toutes ces nations utilisent une approche concertée : elles ont mis en place des initiatives faisant appel à tous les ministères et les services gouvernementaux

pertinents, et ont pris des mesures hardies pour implanter des démarches pangouvernementales visant à combler le fossé séparant les populations en meilleure santé de celles qui sont plus vulnérables. L'Australie présente un intérêt particulier, car elle est dotée d'un système de gouvernement analogue au modèle canadien. Un aperçu de ces initiatives internationales est disponible sous la forme d'une annexe en ligne.

Nous avons demandé à nos intervenants clés dans quelle mesure les gouvernements canadiens utilisaient une approche pangouvernementale dans le contexte de la promotion de la santé, et plus particulièrement, des améliorations à apporter aux déterminants de la santé.

Nous avons découvert que les provinces et les territoires connaissent des variations considérables en ce qui concerne les types de structures et de processus utilisés pour améliorer la santé de la population avec, par exemple, des ministères de la promotion de la santé, du mieux-être ou des modes de vie sains; des initiatives axées sur des approches pangouvernementales (parfois renforcées

COMPRENDRE LE MOUVEMENT PANGOUVERNEMENTAL

Le terme pangouvernemental désigne une tentative de modifier la façon de travailler du secteur public en passant d'une vision limitée aux tâches particulières d'un ministère ou d'un service (ce que l'on décrit parfois comme une mentalité de cloisonnement) à une optique axée sur les questions complexes que l'on ne peut aborder qu'au moyen d'une approche coopérative intégrée unissant plusieurs ministères ou services gouvernementaux dans un but commun^{32, 33}.

Dans beaucoup de cas, cette conception déborde les limites du gouvernement pour inclure des partenariats avec des organisations non gouvernementales, s'ouvrant même au secteur privé³².

Il peut être difficile de donner une définition du concept pangouvernemental, parce qu'il n'existe pas une unique formule expliquant le terme ou la façon de le mettre en pratique.

Au cours de la préparation de ce rapport, les experts ont exprimé des opinions divergentes quant aux actions canadiennes que l'on pourrait décrire comme appartenant à une approche pangouvernementale.

En outre, différents pays ont adopté des désignations différentes : en Australie, on utilise habituellement pangouvernemental; chez les Britanniques, on parle de *gouvernement décloisonné*; au Canada, nous préférons les termes *initiatives intersectorielles* ou *gestion horizontale*^{32, 33}.

Un appel à augmenter les démarches pangouvernementales au Canada

Dans son rapport 2009 sur les déterminants de la santé, le sous-comité sénatorial sur la santé des populations préconisait que le premier ministre du Canada montre la voie en élaborant et en appliquant une politique en matière de santé de la population à l'échelon fédéral.

Reconnaissant que toute politique en matière de santé de la population est par nature intersectorielle, étant conçue pour agir, d'une façon concertée, sur une variété de déterminants qui influencent la santé, ce rapport recommandait : « il faudra opérer un profond changement de structure dans l'approche gouvernementale de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques d'intérêt public », autrement dit, « adopter une approche pangouvernementale ou horizontale pour éliminer les cloisonnements¹⁰ ».

par une législation) et d'autres collaborations à l'échelle des ministères. Une grande partie des activités gouvernementales de promotion de la santé se concentre sur la modification de comportements liés au mode de vie (tel le tabagisme, le manque d'exercice physique, la mauvaise alimentation et la consommation excessive de boissons alcoolisées). Mais on a porté trop peu d'attention aux facteurs environnementaux, sociaux, économiques, culturels et autres, qui déterminent initialement ces comportements, évitant également d'analyser en profondeur ces questions, qui peuvent se ressentir fortement des politiques gouvernementales.

Au cours des dernières années, certaines administrations ont fait preuve d'une activité intense axée sur la réduction de la pauvreté, avec des programmes ciblant les enfants et les familles. La plupart des gouvernements appuient aussi le développement des ressources locales, car il est reconnu (par nos personnes-ressources ainsi que par les publications) qu'une partie des actions les plus importantes en matière d'iniquités en santé et de déterminants de la santé ont lieu à l'échelle de la collectivité^{10, 34, 35}.

Certains intervenants clés jugent que les démarches visant à amener les Canadiens à adopter un mode de vie plus sain sont à l'arrêt. On se rend de plus en plus compte qu'il ne suffit pas de cibler le mode de vie et les comportements pour améliorer globalement l'état de santé de la population. Plusieurs autres personnes-ressources ont abondé dans le sens de l'intervenant qui confiait : « Nous avons déjà cueilli les fruits des branches basses ». Cette attitude trouve son expression dans un intérêt accru pour les approches pangouvernementales et intersectorielles lorsqu'il s'agit d'aborder ce que ces intervenants considèrent comme de « méchants problèmes ».

Cette approche pangouvernementale est souvent recommandée comme une solution idéale quand il faut agir sur les déterminants de la santé, mais les personnes interrogées (et, en fait, la documentation aussi) soulignent qu'elle n'est pas nécessairement indiquée pour tous les problèmes ni à tous les paliers de gouvernement.³⁵ Nous avons remarqué une recrudescence d'intérêt pour l'utilisation de *l'évaluation de l'impact sur la santé* (une

L'IMPORTANCE DES COLLECTIVITÉS

Les activités pangouvernementales conçues à l'échelon national, provincial ou territorial peuvent n'avoir qu'une capacité limitée d'influencer les déterminants de la santé si ces projets ne sont pas soutenus par des initiatives complètement locales venant de la base. Les collectivités ont besoin de l'appui de divers ministères et services appartenant à plusieurs échelons de gouvernement^{10,14}.

En outre, les gouvernements et les organisations à l'échelon local ont traditionnellement réussi l'élaboration et la mise en œuvre d'approches pangouvernementales ou intersectorielles. Il pourrait être très instructif pour les ordres supérieurs de gouvernement de collaborer avec les gouvernements et les organisations à l'échelon local¹⁰.

De nombreux exemples de réussites en matière d'actions intersectorielles et d'approches pangouvernementales s'inspirent des mouvements Villes saines / Collectivités saines insistant sur l'importance d'améliorer les déterminants de la santé à l'échelle de la collectivité^{14,34}. La philosophie fondamentale qui sous-tend ce point de vue est que les collectivités, même plus défavorisées, recèlent en elles-mêmes les atouts permettant d'effectuer des changements positifs.

Le mouvement des Collectivités saines est particulièrement vigoureux en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique. Ses activités au Québec et en Ontario sont en grande partie, voire en totalité, financées par la province, mais en Colombie-Britannique, le financement provincial destiné à l'initiative

des collectivités saines a été éliminé en 2009. L'organisation continue ses opérations, mais elle a dû les réduire.

Beaucoup d'autres initiatives mobilisant la collectivité suivent ce même principe de faire appel à ses propres atouts, notamment Collectivités dynamiques et Inclusive Cities Canada.

méthode qui étudie les répercussions potentielles ou réelles d'une politique ou d'un programme sur la santé de la population) comme moyen de favoriser une réflexion à l'échelle pangouvernementale. Certains répondants ont aussi fait remarquer que les stratégies de réduction de la pauvreté (lancées au cours des dernières années par certaines administrations) contribuent à sensibiliser les gouvernements à l'importance de l'approche pangouvernementale.

LA RÉALISATION : LES PRÉCONDITIONS DE LA RÉUSSITE

Les répondants rappellent que, dans chaque secteur de compétence, il faut tenir compte de différents facteurs politiques et culturels, et qu'ils n'entrent pas tous dans le même moule. Le contexte a de l'importance. Cela dit, les listes que nous ont fournies nos intervenants clés sur les conditions indispensables à la réussite présentent des similarités et reprennent ce que constatait la documentation.

Un fort leadership de la part des politiciens et des fonctionnaires.

Le leadership politique se trouve au cœur de toutes les interventions des secteurs de compétence qui ont réussi à réduire les iniquités en santé. Des personnes profondément engagées, qu'il s'agisse de représentants élus ou de fonctionnaires, jouent à la fois le rôle de chef de file et de champion de la cause afin de créer une vision pour la stratégie et de lui donner une impulsion, tout en développant les structures de prise de décision qu'il faut mettre en place. Plusieurs intervenants clés ont fait remarquer que c'était de loin le facteur de réussite le plus important.

Des arguments de poids, mobilisateurs, en faveur d'un engagement, accompagnés de buts et d'objectifs chiffrés, clairs et audacieux.

Les secteurs de compétence doivent définir parfaitement les problèmes qu'ils essaient de résoudre, leurs buts et leurs objectifs, les résultats souhaités, leurs tactiques et leurs échéanciers. On produit souvent un document de position, qui sert d'appel à l'action. Mais plusieurs intervenants clés font remarquer qu'un document de position ne peut



Les déterminants de la santé sont des questions sociales à long terme, qui devraient dépasser les clivages politiques et survivre à des mandats de quatre ans. »

Act Locally, un rapport du Sénat du Canada, Dr Trevor Hancock, 2009

déclencher des changements que lorsqu'un leadership fort est en place. Et dans tous les secteurs de compétence qui ont entrepris ces activités avec succès, la communication avec le public a joué un rôle essentiel. Ces personnes-ressources affirment que les gouvernements n'interviendront sur ces questions que s'ils sont certains que le public comprend et appuie ce qu'ils essaient de faire.

Des structures gouvernementales adéquates, facilitant la prise d'initiative et appuyant l'action.

Quand on parle de structures gouvernementales adéquates complémentaires, cela peut se traduire par l'instauration au sein du gouvernement d'une instance spécialisée chargée de coordonner les activités dans les différents ministères ou services. Cela peut aussi se faire en confiant ce mandat à un ministère ou à un service déjà en place. Cette instance, avec le soutien clairement exprimé des chefs du gouvernement, aura, avec l'obligation d'en rendre compte, la responsabilité de recommander les politiques prioritaires, d'assurer que des mesures sont prises pour atteindre les objectifs ainsi définis, et d'évaluer les résultats. Plusieurs intervenants clés ont cependant souligné que le rôle de ces structures administratives devrait être de se

mettre au service du projet, non d'en assurer la supervision. Comme le dit une des personnes-ressources, les buts audacieux et les objectifs clairs doivent aller de pair avec « la volonté de laisser la place libre »; les structures administratives doivent encourager l'innovation aux avant-postes, plutôt que s'ingérer dans les détails de la gestion des moyens utilisés pour atteindre les buts.

LA RÉALISATION : LES VOIX DE L'EXPÉRIENCE

Nos personnes-ressources nous ont fourni une information abondante à propos des facteurs pouvant avoir des répercussions sur la réussite de la mise en œuvre d'approches intersectorielles ou pangouvernementales. Leurs commentaires offrent des informations concrètes sur la façon de lancer et de poursuivre des initiatives. Ce qu'ils ont dit :

Les raisons d'agir sur les déterminants de la santé sont complexes, et c'est pour cela qu'elles ont du mal à convaincre.

Les fonctionnaires disent qu'il est difficile de militer auprès des politiciens en faveur de la nécessité d'investir dans tous les domaines pour agir sur les déterminants de la santé parce

LE RÔLE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ EN CE QUI A TRAIT AUX INIQUITÉS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ

On considère le système de santé comme l'un des déterminants principaux de la santé de la population. Pour citer le rapport d'un comité fédéral-provincial-territorial, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations et activités stratégiques recommandées*, par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé :

« Si les soins de santé et les programmes et services de santé publiques ne mettent pas l'accent sur les besoins des personnes, des populations et des collectivités désavantagées, on risque d'accroître plutôt que de réduire les disparités en santé.

Le secteur de la santé a également un rôle important à jouer pour atténuer les causes et les effets d'autres déterminants de la santé par des interventions touchant les personnes, les populations et les collectivités désavantagées. »²⁸

Pour agir sur les déterminants de la santé, il faut un leadership dans ce secteur, de même que dans les autres secteurs dont les activités se situent dans la ligne des grands déterminants de la santé.

L'intégration d'une perspective sur les disparités qui leur donnerait une place importante dans la planification et la dispensation des soins de santé devrait faire partie d'une approche cohérente et approfondie de la réduction des iniquités en santé²⁹. Une façon d'y parvenir serait de procéder à une vérification de l'équité

en santé, selon un processus qui étudie comment s'attaquer aux iniquités dans la planification et la prestation de services de santé³⁶. Le ministère de la Santé du Royaume-Uni offre un manuel sur la vérification de l'équité en santé, disponible à www.dh.gov.uk.

que ces questions sont complexes et étroitement liées, et leur issue, à longue échéance. Un répondant a fait remarquer que parler des déterminants de la santé à certains responsables du gouvernement peut avoir pour effet de les paralyser.

Ce qui semble plus profitable serait de présenter une analyse de rentabilisation bien construite, portant sur une question majeure, par exemple la réduction de la pauvreté, le sans-abrisme ou le développement de l'enfant. Pour être efficace, cette analyse de rentabilité doit pouvoir expliquer comment, en investissant dans de tels projets, on influe sur le problème immédiat et on obtient divers avantages sociaux et économiques, y compris des retombées sur la santé de la population. Il est aussi important de montrer que le plan va dans le même sens que l'ensemble de l'ordre du jour politique du gouvernement.

C'est un bouleversement pour la culture organisationnelle.

Les décideurs gouvernementaux ont besoin d'un certain temps pour passer d'une vision de la santé sous la responsabilité du ministère de la Santé ou de la Promotion de la santé à une philosophie selon laquelle l'amélioration de la santé revient à l'ensemble du gouvernement. Plusieurs

fonctionnaires mentionnent le défi que représente la communication avec des ministres qui ne traitent pas normalement des problèmes de santé (tels ceux dont le domaine est l'industrie, la réglementation ou les ressources naturelles), parce que le lien entre leur travail et les déterminants de la santé n'est pas évident pour eux. Dans de tels cas, ces fonctionnaires se trouvent continuellement en train de faire un exposé d'introduction à la santé de la population lorsqu'ils présentent les arguments en faveur du projet.

Les intervenants clés parlent de la nécessité de présenter les questions liées à la santé dans des termes compréhensibles pour les secteurs extérieurs à ce domaine. Comme l'affirme un répondant : « Beaucoup de sous-ministres n'ont pas la moindre idée de leur impact sur la santé de la population ». Plusieurs fonctionnaires suggèrent que le champion des projets visant à améliorer la santé ou à réduire les iniquités en santé ne soit pas toujours le ministère de la Santé ou de la Promotion de la santé. À leur avis, une des clés de la réussite est d'arriver à convaincre les autres ministères que la santé constitue un investissement, non une dépense, et que cet investissement appartient à tous, pas seulement au ministère de la Santé.



Il faut plus que de bonnes idées et des idéaux honorables pour susciter une action... Un leadership de niveau calibre dans tous les secteurs (santé et autres) est essentiel pour réduire les inégalités sur le plan de la santé. »

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités

Selon certains fonctionnaires, les accords de rendements des sous-ministres et les lettres de mandats envoyées par les premiers ministres à leurs ministres formulent clairement leurs attentes quant à la collaboration interministérielle. Dans le cas d'un secteur de compétence particulier, les mécanismes de responsabilisation soulignaient l'importance de la collaboration interministérielle qui n'était alors qu'une notion assez récente, en liant étroitement une partie importante de la prime de rendement des sous-ministres à leur participation à des initiatives interministérielles.

L'évaluation de l'impact sur la santé « a le potentiel de changer énormément la façon de du gouvernement ». Plusieurs personnes-ressources ont parlé de la capacité qu'a l'évaluation de l'impact sur la santé d'aider les représentants du gouvernement à comprendre comment les activités de leur ministère peuvent avoir des effets sur la santé. L'évaluation de l'impact sur la santé est une méthode systématique d'évaluer l'impact éventuel de politiques ou de programmes sur la santé de la population et sur les iniquités en santé. Le Québec est le chef de file

du Canada dans ce domaine. La *Loi provinciale sur la Santé publique* exige que les propositions en matière de législation ou de réglementation venant de tous les ministères soient soumises à une évaluation de l'impact sur la santé; cette disposition a été utilisée, par exemple, pour réglementer l'exploitation de l'amiante et pour interdire l'utilisation des téléphones cellulaires dans les automobiles¹⁰. Les provinces de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan indiquent qu'elles travaillent toutes à l'élaboration d'un type d'évaluation de l'impact sur la santé (ce qu'on appelle parfois : La santé dans toutes les politiques). Une des personnes interrogées déclare que l'évaluation de l'impact sur la santé a « le potentiel de changer énormément la façon de penser du gouvernement », une idée reprise par d'autres fonctionnaires (voir l'encadré *L'évaluation de l'impact sur la santé gagne en popularité*, page 20).

Les structures de cette entreprise peuvent varier selon les gouvernements et changer au fil du temps.

De nombreux intervenants clés ont attiré l'attention sur le fait que les secteurs de compétence doivent adapter



Porter l'attention sur des investissements stratégiques dans les déterminants socioéconomiques de la santé promet non seulement d'améliorer les résultats de santé, mais aussi de réduire les dépenses et d'obtenir des avantages économiques. »

Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits, The Conference Board of Canada, 2008

aux questions à l'étude la façon dont ils accomplissent ce projet. La plupart des administrations qui travaillent de façon intersectorielle disposent de comités ministériels et de comités de hauts fonctionnaires complémentaires. Certains sont ad hoc, d'autres sont permanents. Dans un secteur de compétence particulier, un comité permanent du cabinet prend en charge les activités intersectorielles les plus importantes. Les fonctionnaires expliquent qu'il leur faut continuellement faire toutes sortes d'efforts pour s'assurer que les comités sont réellement constructifs, et non de pure forme.

Dans quelques secteurs de compétences, le premier ministre apporte son plein soutien à la direction de certains comités intersectoriels. Certaines démarches intersectorielles ont commencé par des comités spéciaux du cabinet, et certaines de ces structures ont été absorbées par les structures gouvernementales et les systèmes budgétaires déjà en existence. Nos données montrent qu'il existe de nombreuses façons d'organiser les projets intersectoriels et d'établir leur budget.

Les personnes-ressources soulignent que la phase de lancement du projet peut exiger un type de mécanisme de supervision politique et administrative différente de celle de l'implantation, car le défi consiste à maintenir l'élan initial. Pour que le nouveau projet réussisse, les réseaux informels des administrations gouvernementales sont tout aussi importants que les réseaux formels, comme c'est le cas chaque fois qu'il s'agit d'entraîner un changement.

La réussite d'un projet interministériel est la clé d'autres succès.

Certains secteurs de compétence ont plus d'expérience que d'autres dans les travaux interministériels, et les personnes-ressources confient que chaque réussite ouvre la voie à une nouvelle initiative. Une fois qu'un changement culturel a commencé à s'enraciner, les intéressés sont prêts à collaborer à d'autres questions. La Colombie-Britannique offre un exemple de cette dynamique, avec le programme ActNow BC, un vaste programme pangouvernemental sur les modes de vie sains. Il a servi de modèle à d'autres projets interministériels coopératifs

L'ÉVALUATION DE L'IMPACT SUR LA SANTÉ GAGNE EN POPULARITÉ

« L'évaluation de l'impact sur la santé consiste en une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population »³⁷.

L'évaluation de l'impact sur la santé appartenait au départ au domaine de l'environnement. Dans le cadre des études d'impact sur l'environnement, les gouvernements avaient aussi commencé à examiner l'impact potentiel de leurs projets sur la santé humaine.

Au cours des 15 dernières années, l'application d'évaluations de l'impact sur la santé s'est élargie, et on observe un intérêt croissant envers son utilisation dans le cadre de l'évaluation d'une grande variété de politiques éventuelles qui pourraient avoir des répercussions sur la santé³⁸.

En 2009, le Centre de collaboration nationale pour les politiques publiques et la santé a publié une série de documents visant à aider les responsables politiques à mieux comprendre l'évaluation de l'impact sur la santé (disponible à www.ncchpp.ca).

Alors que sa popularité grandit au Canada, l'évaluation de l'impact sur la santé est déjà bien établie dans plusieurs autres pays.

En Australie et au Royaume-Uni,

ce concept a été élargi et inclut une évaluation de l'impact sur la santé axée sur l'équité, qui examine les répercussions possibles de politiques, programmes ou projets sur la santé de la population et sur des groupes particuliers qui pourraient subir des effets différents. L'évaluation de l'impact sur la santé axée sur l'équité vérifie aussi si les différences en santé sont évitables et injustes³⁹.

« Les complexités des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux qui influencent la santé et les injustices sur le plan de la santé, ainsi que le fait que la plupart de ces déterminants ne relèvent pas exclusivement du seul secteur de la santé, font en sorte que ce dernier doit collaborer avec d'autres secteurs gouvernementaux et de la société. »

L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays, Agence de la santé publique du Canada et l'Organisation mondiale de la santé, 2008

touchant la santé mentale et la toxicomanie, ainsi que la gestion des maladies chroniques.

Le travail réalisé autour des tables de concertation fédérales, provinciales et territoriales est important.

Selon de nombreux hauts fonctionnaires, les travaux réalisés autour des tables de concertation politique ont beaucoup d'importance, de même que ceux effectués pendant des réunions régionales. Par exemple, une réunion des ministres de la Santé de la zone atlantique a débouché sur la tenue du premier Sommet sur la santé mentale de l'Atlantique en octobre 2010. Sur un plan plus technique, les projets entrepris par le Groupe d'experts en promotion de la santé de la population et le Groupe des modes de vie sains pour le Réseau pancanadien de santé publique comprenaient l'élaboration d'un ensemble complet d'indicateurs des disparités sur le plan de la santé. On peut se servir de ces indicateurs pour mesurer les inégalités sur le plan de la santé ainsi que les déterminants clés de la santé au Canada et en faire rapport, ce qui, selon le Sénat¹⁰, constitue une étape future indispensable, si l'on veut favoriser une approche pancanadienne de la santé



Nous déclarons collectivement notre vision d'un Canada où les administrations publiques travaillent de concert et collaborent aussi avec les secteurs privé, sans but lucratif, municipal, universitaire et communautaire ainsi qu'avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis en vue d'améliorer l'état de santé des populations, de réduire les écarts en matière de santé et de créer et d'adapter les conditions matérielles, sociales et économiques qui favoriseront la santé et le mieux-être et qui préviendront la maladie, permettant ainsi aux Canadiennes et aux Canadiens de jouir d'une bonne santé pour les années à venir. »

Pour un Canada plus sain : Faire de la prévention une priorité, Ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain, 2010

de la population en matière de politique publique. Le Groupe d'experts en promotion de la santé de la population et le Groupe d'experts en matière de Surveillance et d'information poursuivent leurs discussions sur la manière de faire progresser leurs projets dans ce domaine.

Au fil des années, d'importantes ententes fédérales, provinciales et territoriales ont été conclues concernant la promotion de la santé. Par exemple, entre 1994 et 2004, un des principaux moyens de coordination et de dialogue intergouvernementaux touchant la santé de la population était le Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé qui conseillait la Conférence fédérale, provinciale et territoriale des sous-ministres de la Santé⁴⁰ et qui, en offrant une vision d'ensemble, à long terme, de la santé de la population, jouait un rôle clé, garantissant la cohérence des politiques sur toutes les questions.

Entre 1989 et 1998, tous les secteurs de compétence ont défini des buts en matière de santé, qui ne sont plus en vigueur. En 2005, les ministres de la Santé fédéral,

provinciaux et territoriaux ont assigné des buts en matière de santé pour le Canada, mais ceux-ci ne se sont pas concrétisés par des actions mesurables ou une stratégie nationale. De plus, aucun objectif national n'a été fixé relativement à la réduction des disparités sur le plan de la santé¹⁰. Une somme de travail importante a été réalisée aux tables de concertation fédérales, provinciales et territoriales, notamment la communication d'informations, la préparation d'ensembles de données, et la conception de buts et de cadres stratégiques, mais sans les mesures à large échelle permettant de transformer ces informations en actions.

Les travaux les plus récents à l'échelon fédéral, provincial et territorial consistent en une déclaration sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, intitulée *Pour un Canada plus sain : Faire de la prévention une priorité*, et publiée en septembre 2010. Dans ce document, les ministres de la Santé reconnaissent l'importance des déterminants de la santé et précisent que « la promotion de la santé est l'affaire de tous » et qu'on doit utiliser de nombreuses approches. Cette déclaration donne au

RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Réseau pancanadien de santé publique a été créé en 2005 par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada.

Ce Réseau a de nombreuses fonctions : entre autres, il facilite la mise en commun d'informations entre les secteurs de compétence, il fournit aux sous-ministres des avis sur des questions techniques ou politiques du domaine de la santé publique, et il apporte son soutien aux secteurs de compétence concernant les problèmes de santé publique que ceux-ci sont susceptibles de devoir affronter dans des temps d'urgence ou de crise.

Le Réseau est dirigé par un conseil composé de représentants de toutes les provinces et de tous les territoires, ainsi que du gouvernement fédéral. Agissant au nom du Réseau, le conseil est rattaché aux sous-ministres de la Santé, et par là, au conseil des ministres.

Trois documents clés préparés par le Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population, du Réseau pancanadien de santé publique, ont servi à l'élaboration de ce rapport :

- *Comblant l'écart sur le plan de la santé : synthèse des rapports importants sur la santé de la population publiés en 2008*
- *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé : Un rapport du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population et du Groupe des modes de vie sains pour le Réseau de santé publique du Canada (2009)*

- Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé de la population – *Un Canada en santé et productif – Une approche axée sur les déterminants de la santé (2009)*

Les trois rapports sont disponibles sur www.phn-rsp.ca.

pays une orientation positive, avec l'espoir que les gouvernements passeront bientôt de l'intention à l'action.

Il faut davantage mobiliser le public en faveur des déterminants de la santé.

Plusieurs répondants ont parlé de l'importance d'informer le public sur les déterminants de la santé, car ils jugent que cela permettrait d'intensifier le soutien public et politique aux mesures des gouvernements. Cette action éducative suppose que l'on trouve le moyen de faire passer des messages importants au sujet des déterminants de la santé, et du rôle qu'ont à jouer l'administration publique, la société et les particuliers pour accéder à un meilleur état de santé. Tous les secteurs de compétence qui ont mené à bien leurs activités touchant les déterminants de la santé y ont incorporé la communication avec le public. Mais cette mobilisation va plus loin : elle demande aussi que le public, y compris les associations de défense des droits, ait la possibilité d'avoir une véritable influence.

Il est essentiel d'agir à échelle de la collectivité.

Une grande partie du travail pangouvernemental et intersectoriel concernant la promotion et les déterminants de la santé prend place à l'échelle de la municipalité et de la communauté. La plupart des provinces et des territoires fournissent un financement pour aider les activités communautaires. De nombreux intervenants clés ont exprimé leur profond attachement à la philosophie voulant que l'engagement et le développement de la communauté soient indispensables à l'amélioration de la santé de la population.

Tous les secteurs de compétence déclarent qu'ils ont lancé des consultations de grande ampleur au sein des collectivités avant de mettre au point leur politique. La plupart de ceux qui participent à des activités intersectorielles ont établi, et ont aidé à établir, des mécanismes pour mobiliser les parties prenantes, tels des conseils consultatifs ou autres organismes. Certains se situent à l'échelon provincial et territorial, d'autres à l'échelon de la collectivité ou de la région. De l'avis des fonctionnaires, il est important de s'assurer que les réunions

JETER LES BASES D'UNE BONNE SANTÉ

Nous le savons intuitivement, mais les conditions et les expériences de vie d'un enfant – les déterminants de sa santé – façonneront sa santé physique, son développement et son bien-être et auront non seulement des répercussions sur son enfance, mais affecteront aussi les fondements mêmes de sa santé à l'âge adulte^{41, 42}.

Le revenu des parents est un indicatif important pour un ensemble de conditions de vie qui influent sur le développement de l'enfant. L'argent dont dispose sa famille aura des effets sur son alimentation, ses vêtements, son logement, son éducation et ses loisirs. Le statut socioéconomique des parents d'un enfant affecte aussi habituellement la qualité de la collectivité où vit sa famille, ce qui influe habituellement sur la qualité des écoles et des garderies de son milieu. Les parents qui luttent au jour le jour pour survivre ont également de la difficulté à assurer à leur enfant

un milieu de vie où ils se sentent appuyés, nourris et stimulés⁴¹.

Les effets de ces conditions de vie sont cumulatifs. Les recherches démontrent que plus les enfants vivent dans des conditions défavorisées, plus ils courent de risques de souffrir de problèmes de santé et de développement. Ils sont par exemple incapables de bien fonctionner à l'école, immatures sur le plan affectif et ont peu de compétences sociales, en plus d'avoir une moins bonne santé physique et d'afficher un bien-être moindre⁴¹.

Deux problèmes de santé des enfants intimement liés au revenu parental sont utilisés comme indicatifs importants de la santé globale de la population. Le premier est le taux de mortalité infantile, qui se rapporte aux décès qui surviennent au cours de la première année de vie. Le deuxième, un faible poids à la naissance, constitue lui aussi un indicateur de santé important parce qu'il est associé à un large éventail

de problèmes de santé au cours de toute une vie⁴³.

Des recherches récentes sur la santé des enfants démontrent que l'incidence de la mortalité infantile et d'un faible poids à la naissance est plus élevée au Canada que dans de nombreux autres pays industrialisés comme la Suède, la Norvège et le Danemark⁴³. Les politiques de réduction de la pauvreté de ces pays sont reconnues, de même que leurs programmes d'aide tels que leurs politiques axées sur la famille en matière de travail pour les parents qui ont besoin de recyclage et de soutien, leur filet social et leurs services de garde et d'éducation à la petite enfance⁴¹. Les recherches démontrent que les politiques et les programmes d'aide qui contribuent à améliorer les conditions de vie peuvent réduire l'incidence de la mortalité infantile et d'un faible poids à la naissance⁴⁴.

avec les parties prenantes respectent les principes du développement de la communauté. Dans plusieurs secteurs de compétence il existe une obligation permanente de consulter ces groupes assez régulièrement et de rendre compte des résultats.

On ne peut pas gérer ce que l'on ne peut pas mesurer.

De nombreux fonctionnaires ont parlé de l'importance de partir de données fiables pour préparer une analyse de rentabilisation et pour fixer des objectifs, ainsi que pour évaluer et réviser le programme. On considère que le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador est un chef de file dans ce domaine en raison de la mise en place des Community Accounts, une base de données gratuite en ligne, qui constitue une source unique de statistiques fournies par les collectivités, les régions et la province sur des sujets comme la santé, le revenu, l'éducation, l'emploi, les ressources et la criminalité. La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont aussi créé des bases de données similaires¹⁰. Le Sénat a recommandé la création d'un système pancanadien de rapports sur les collectivités.

OBTENIR L'ADHÉSION : QU'EST-CE QUI A LE PLUS D'EFFET?

Comment et pourquoi les administrations publiques ont-elles choisi une approche pangouvernementale ou une démarche intersectorielle largement ouverte pour aborder les déterminants de la santé? Selon certains fonctionnaires, les ministres et les sous-ministres en sont venus au fil du temps à comprendre qu'ils obtiendraient plus de résultats sur le plan de la santé des populations en adoptant une démarche de coopération et de collaboration interministérielles. Mais d'autres moments clés ont conduit les gouvernements à prendre conscience qu'ils pouvaient traiter ces questions différemment et plus efficacement.

Conférences présentées par des guides d'opinion

Quand on les a interrogés sur l'illumination subite qui leur a fait reconnaître la nécessité de l'action interministérielle et intersectorielle pour la promotion de la santé, certains fonctionnaires ont fait référence à des journées de réflexion pour le cabinet et à des conférences. Les exposés présentés par des guides d'opinion ont provoqué un retournement marqué, quasi violent, de leur façon



Les chefs politiques courageux sont souvent prêts à dépenser de l'argent pour améliorer la santé aujourd'hui, à la fois pour éviter des souffrances inutiles et pour faire des économies dans les soins de santé demain. »

What Does It Take to Make a Healthy Province? Institut de recherche en services de santé, 2009

de penser, et ont mené à la création d'un certain nombre d'initiatives intersectorielles.

Une conférence décisive : la diapositive-choc

D'autres fonctionnaires mentionnent une présentation décisive, avec une diapositive-choc, à une réunion du Cabinet en Colombie-Britannique, et qui a essentiellement amené le premier ministre à lancer le programme ActNow BC.

Une analyse de rentabilisation convaincante

À Terre-Neuve-et-Labrador, cela faisait longtemps que les militants anti-pauvreté parlaient au gouvernement de leurs problèmes. Un nouveau premier ministre apparaît, demande une analyse de rentabilisation convaincante : celle-ci conduit finalement à l'élaboration de la stratégie provinciale de réduction de la pauvreté, qui a suscité beaucoup d'éloges.

Il faut bien noter que les conférenciers, les exposés et les analyses de rentabilité convaincantes ne réussissent que là où les gouvernements élaborent des plans visant

à mettre les idées en pratique. Pour citer une personne-ressource : « Quand les conférenciers sont partis, qu'est-ce qu'on fait? »

Prévisions fiscales et problèmes de budget

Ils sont plusieurs à juger que le climat économique actuel a obligé à repenser les stratégies des dépenses à l'échelle de la province. Comme le dit un répondant : « En 2003, nous nous sommes rendus compte que si nous ne changions pas notre mode de penser, nous ferions faillite ». Dans le cas d'autres intervenants, le sujet de beaucoup de discussions au cabinet concernait le moyen d'infléchir la courbe des coûts en santé, abordant des questions comme le coût du système de soins de courte durée, les solutions que pourraient offrir les soins de santé primaires, la remise en question du rôle de la promotion de la santé.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ACTION PANGOUVERNEMENTALE OU INTERSECTORIELLE

La liste ci-dessous fait la synthèse d'éléments clés tirés de rapports et de documents canadiens et internationaux portant sur la mise en œuvre d'approches intersectorielles et pangouvernementales, des expériences de nos consultants dans leur travail auprès des gouvernements, des services et des organisations du Canada, ainsi que des informations que nous avons recueillies au cours de nos entrevues avec des fonctionnaires de tout le pays.

Valeurs et engagement

- Un principe absolu que les initiatives en santé doivent être examinées sous l'angle de la santé de la population.
- L'exercice du leadership au sommet de la hiérarchie avec le premier ministre, les premiers ministres provinciaux, les secrétaires de cabinet, etc.
- Prise de conscience et sensibilisation des représentants élus quant à l'importance des déterminants de la santé dans la promotion de la santé et la réduction des iniquités en santé.
- Reconnaître qu'il se passera peut-être des années, voire des décennies, avant que les avantages se concrétisent.
- Consentir à identifier les problèmes difficiles et les obstacles actuels, et à allouer les ressources nécessaires pour les surmonter.
- L'engagement des fonctionnaires d'adopter une plus vaste approche envers la santé de la population et la réduction des iniquités en santé.
- La volonté et le souci d'assurer une approche structurelle à l'inscription des projets de santé sur la liste des priorités en politiques publiques.
- Attribuer un financement important afin de permettre au gouvernement de commander des recherches, des analyses et la mise en œuvre de politiques.

Information et données

- Les décisions prises et les actions engagées se fondent sur les preuves disponibles, sans nécessairement attendre des données probantes.
- La présentation des informations et des données probantes relatives à l'état de santé de la population et la présence d'iniquités en santé dans un rapport ou une déclaration, inspiré du gouvernement, et visant une démarche d'ensemble.
- Définir des buts et des cibles clairs, identifiables et mesurables.
- Viser des objectifs concrets et clairement définis, et des résultats visibles. S'assurer de la transparence des initiatives et des activités gouvernementales.
- Transmettre au public des messages, y compris avec le soutien des médias, sur l'importance de prendre charge de la santé de la population et de réduire les iniquités en santé en agissant sur les déterminants de la santé.

- Élaborer des modèles, des outils et des mécanismes pratiques, tels que l'évaluation de l'impact sur la santé, pour accompagner la mise en place.
- Fixer des calendriers réalistes.
- Appuyer la compilation de données et les évaluations de ces initiatives par les universités et les organismes.

- Fournir au public des rapports suivis décrivant les réussites et les difficultés.

Infrastructure gouvernementale

- Les gouvernements doivent mettre en place des moyens permettant la participation de la société civile aux initiatives.
- Instaurer au sein du gouvernement une instance indépendante qui aura la responsabilité de coordonner les activités entre les ministères et les départements.
- Des structures et des processus interministériels constituant le fondement de ces types d'approches pangouvernementales.
- Contacter diverses organisations qui réagiraient positivement à l'action du gouvernement sur les déterminants de la santé et obtenir leur appui.
- Donner aux fonctionnaires du gouvernement la capacité de réaliser leur tâche.
- S'assurer que le leadership, la responsabilisation et les avantages sont répartis entre les partenaires.
- Prévoir des ressources adéquates pour poursuivre les activités au-delà du mandat de l'instance gouvernementale actuelle.
- Établir un équilibre entre la direction centrale et le pouvoir des instances locales de fixer des buts et des objectifs.
- Établir une structure de responsabilisation et d'évaluation.
- Construire des équipes stables de personnes travaillant bien ensemble, avec un système de soutien approprié.

OBSERVATIONS
FINALES

ET MAINTENANT,
QUELLE DIRECTION
PRENDRE?



Au fur et à mesure

que nous avons poursuivi notre travail, nous avons été convaincus qu'il est possible de combler les inégalités en santé en l'espace d'une génération. Cela demandera un effort énorme, mais c'est réalisable. »

Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.
Organisation mondiale de la santé, 2008

OBSERVATIONS FINALES

Certains lecteurs vont parcourir ce rapport d'un œil sceptique, ils ne seront pas convaincus de la nécessité de créer des politiques s'attaquant aux causes premières des iniquités sociales et sur le plan de la santé, ni du besoin de réorienter des ressources vers la prévention et vers les déterminants de la santé. Mais les chiffres nous disent que le Canada ne peut pas retarder plus longtemps ces mesures. Les dépenses des soins de santé devraient atteindre 192 milliards de dollars en 2010. On estime que 20 % de l'ensemble des dépenses de santé peuvent être attribuées aux disparités de revenu. De plus en plus d'études montrent les économies potentielles que l'on pourrait réaliser en investissant dans la prévention et dans la réduction des iniquités sur le plan de la santé, et en agissant sur les déterminants de la santé qui sont nécessaires à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population.

Manifestement, le Canada a besoin d'établir un meilleur équilibre entre ses investissements dans le système de soins de courte durée et ses investissements dans les déterminants de la santé. Pour atteindre cet équilibre, il faudra sans doute que les gouvernements apportent des changements à leur façon de distribuer les fonds destinés à la santé. Les activités de promotion de la santé ont souvent été vues comme un accompagnement à la partie principale qu'est l'actuel système de soins de santé. Nous devons être disposés à poser des questions plus exigeantes sur les résultats de santé qu'obtiennent nos investissements dans le système des soins de santé et dans les stratégies actuelles de promotion de la santé, et nous devons être prêts à redistribuer ces montants à des stratégies qui réussissent, plutôt que d'en rester à ce statu quo.

Au Canada, les administrations publiques ont concentré jusqu'à présent leurs initiatives de promotion de la santé principalement sur des stratégies visant à encourager les Canadiens à adopter des modes de vie plus sains. Mais les stratégies portant sur les modes de vie sains ont leurs limites en ce qui concerne l'amélioration de la santé de tous les Canadiens, et les iniquités en santé augmentent. Comme l'ont exprimé certains des intervenants clés, il existe une conviction grandissante que l'optique des modes de vie sains plafonne.

Ce qu'il nous faut maintenant, c'est nous employer plus vigoureusement à mettre en place une action concertée axée sur les déterminants de la santé qui améliorera la santé des Canadiens et réduira les iniquités. Nous ne suggérons pas que les gouvernements devraient abandonner leurs programmes en matière de modes de vie sains, mais ces initiatives devraient se concentrer davantage sur la réduction des iniquités en santé et s'intégrer à une approche politique qui aura des effets sur les déterminants de la santé. Nous faisons nôtres les conclusions du rapport de 2009 du Sénat, *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*, à savoir que le défi de la réduction des inégalités et l'amélioration de la santé des populations « ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en santé dans tous les secteurs d'intervention ». (Pour en savoir plus sur les recommandations du Sénat, voir page 30.)

Deux importants documents récents d'une part, la déclaration sur la promotion de la santé et la prévention, et d'autre part, le cadre d'action concernant la réduction de l'obésité juvénile, constituent un signal sans ambiguïté que les ministres de la Santé et les ministres de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains ont compris l'importance de tenir compte des déterminants de la santé et la nécessité d'une collaboration intersectorielle.

Dans leur cadre d'action visant à freiner l'obésité juvénile, les ministres constatent que le surpoids et l'obésité chez les jeunes dépendent de l'interaction d'un système complexe de facteurs, et que pour faire face à ce problème, il faut avoir recours à une intervention multisectorielle prolongée. Le Conseil de la santé félicite les ministres d'avoir adopté ce rôle mobilisateur. Comme nous l'ont déclaré plusieurs de nos personnes-ressources, la réussite dépend en fin de compte de la qualité et de la détermination de ce type de leadership et de la clarté de son plan d'action.

Manifestement, en ce qui concerne la santé, il est temps que s'accomplissent des changements considérables dans la façon de fonctionner du gouvernement, et dans la façon de penser des politiciens et des fonctionnaires. Une multitude de facteurs, de l'environnement à la pauvreté, influent de façon significative sur la santé des Canadiens. Nous sommes convaincus que la santé de la population devrait être la responsabilité du gouvernement dans son ensemble, et non simplement celle des ministères de la Santé ou de la Promotion de la Santé et du Bien-être.

Nos conversations avec les intervenants clés, dans la préparation de ce rapport, indiquent que ce changement dans le mode de penser est en train de se produire dans tout le Canada, même s'il n'y a pas de modèle parfait, même si les secteurs de compétence se trouvent à différentes phases de leur compréhension et de leur préparation des approches pangouvernementales ou intersectorielles. On a souvent fait la remarque qu'une méthode pangouvernementale n'est pas nécessairement applicable à tous les secteurs de compétence ni à toutes les questions. L'utilisation de l'évaluation des impacts sur la santé ou d'un cadre de référence pour la santé dans toutes les politiques semble une façon efficace d'inciter les gouvernements à s'efforcer de mieux comprendre l'importance des déterminants de la santé et à favoriser un changement culturel ainsi que l'adoption d'un état d'esprit selon lequel la santé, c'est l'affaire de tous. Rallier les gouvernements à une cause précise de grande importance, comme la santé de l'enfant, la santé mentale ou la réduction de la pauvreté, est une autre manière d'utiliser une approche pangouvernementale pour influencer sur les déterminants de la santé.

Et maintenant, quelle direction prendre?

Le Conseil de la santé souscrit à cette conclusion du rapport du Sénat, affirmant que nous possédons déjà suffisamment d'information sur les déterminants de la santé et que continuer à investir dans l'acquisition de connaissances, c'est tomber dans la facilité.

Ce dont nous avons besoin de façon cruciale, c'est une action concertée fondée sur les connaissances et l'expérience dont nous disposons et visant la dissémination de ces connaissances et de cette expérience. L'Agence de la santé publique du Canada, le Réseau de la santé publique, le Centre for Health Promotion et les Centres nationaux de collaboration en santé publique pourraient apporter une contribution significative à cette action.

Dans leur déclaration de septembre 2010, *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité*, les ministres de la Santé reconnaissent ce que le Sénat et d'autres intervenants signalaient : « Le réseau de la santé du Canada est principalement axé sur le diagnostic, le traitement et la prestation de soins... Pour avoir des populations en meilleure santé et pour assurer la viabilité de notre réseau public de la santé, nous devons atteindre un meilleur équilibre entre la prévention et le traitement. »

Nous en concluons qu'avec cette déclaration, les gouvernements commencent à mettre en œuvre un nouveau programme ayant pour but un Canada renouvelé, en meilleure santé. Nous les pressons d'élaborer un plan qui mettra en pratique leurs prises de position. Le Canada a comme tradition de produire des documents mémorables sur la promotion de la santé, qui sont reçus avec enthousiasme, mais qui ne se traduisent pas par les actions, ou par le genre d'actions, que l'on attendait. Nous sommes conscients que les ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et des Modes de vie sains se sont engagés à mettre davantage l'accent sur la prévention, mais ils ne peuvent pas le faire seuls. Nous invitons les autres ministères à se joindre à eux en abaissant les pont-levis ministériels traditionnels et en écartant les obstacles bureaucratiques, et en adoptant une manière de gouverner intégrée et coopérative axée sur des questions et des objectifs communs, en particulier sur la réduction des iniquités en santé afin d'assurer une meilleure santé à la population canadienne.

**RECOMMANDATIONS TIRÉES DE
UN CANADA EN SANTÉ ET PRODUCTIF :
UNE APPROCHE AXÉE SUR
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

Dans son rapport de 2009, le Sénat a déclaré que, pour progresser, il fallait travailler dans un certain nombre de secteurs clés. Ces recommandations sont résumées ici, car nos personnes ressources les ont aussi proposées :

- 1) un ensemble plus intégré d'actions dans l'ensemble du Canada visant à revitaliser les objectifs nationaux en matière de santé et à associer ces objectifs à des indicateurs et à des cibles concernant les disparités sur le plan de la santé;
- 2) une approche redynamisée pour financer et favoriser l'utilisation de l'évaluation des impacts sur la santé par tous les gouvernements lorsqu'il s'agit de déterminer les répercussions potentielles de leurs politiques sur la santé;
- 3) une recherche qui indique quelles interventions de politique publique ont des résultats positifs et comment effectuer la recherche, suivie de la dissémination de l'information portant sur ces résultats. Plus précisément, concernant les approches pangouvernementales et intersectorielles, il faut des méthodes permettant de faire avancer la collecte des pratiques exemplaires ou de celles qui semblent les plus prometteuses, ainsi que la communication à leur sujet;
- 4) une infrastructure de bases de données permettant de recueillir, surveiller, analyser et transmettre les informations sur l'équité en matière de santé et sur les indicateurs de santé de la population, à l'échelle nationale, régionale et locale;
- 5) une compréhension plus approfondie de la part du public canadien des déterminants de la santé et du coût économique pour la société de ne pas agir sur ces déterminants;
- 6) des conditions favorables et un soutien pour les collectivités, afin qu'elles gèrent les situations à l'échelon local.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Initiative sur la santé de la population canadienne (2005). *Quelques points saillants de l'opinion publique sur les déterminants de la santé*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- 2 Agence de la santé publique du Canada (2006). *Déterminants de la santé*. (page Web). www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/2006_06bk2-eng.php.
- 3 Réseau pancanadien de santé publique (2008). *Comblant l'écart sur le plan de la santé : synthèse de rapports importants sur la santé publiés en 2008*. Réseau pancanadien de santé publique.
- 4 Mikkonen J. et Raphael D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto : York University School of Health Policy and Management.
- 5 D'Arcy C. (1988). Reducing Inequities in Health. (article non publié). Santé et Bien-être social Canada, Direction de la Promotion de la santé). Dans Hancock T. (2008). *Health Equity: Introduction and Overview*. (conférence). web.uvic.ca.
- 6 Frankish J. (2008). *Homelessness – Whose Fault? What Solutions?* Discours- programme du congrès de la BC Healthy Living Alliance, Vancouver. Dans Hancock T. (2008). *Health Equity: Introduction and Overview*. (conférence). web.uvic.ca.
- 7 Whitehead M. (1992). The Concepts and Principles of Equity in Health. *International Journal of Health Services*; 22 : 429–445. Dans Hancock T. (2008). *Health Equity: Introduction and Overview*. (conférence). web.uvic.ca.
- 8 Institut du Mieux-Être. (2009). *How are Canadians Really Doing? A Closer Look at Select Groups*. Waterloo, ON : Institut du Mieux-Être.
- 9 Denburg A et Daneman D. (Octobre 2010) The Link between Social Inequality and Child Health Outcomes. *Healthcare Quarterly*; 14 (Numéro spécial : Social Determinants: Child Health in Canada): 21–30.
- 10 Sénat du Canada (Juin 2009). *Un Canada en santé et productif : Une approche axée sur les déterminants de la santé*. Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa : Sénat du Canada.
- 11 Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. www.who.int.
- 12 Epp J. (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la Santé*. Présentation à la Conférence internationale sur la Promotion de la santé, Ottawa. Ottawa : Santé Canada.
- 13 Initiative sur la santé de la population canadienne (2008). *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- 14 Butler-Jones, D. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada en 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- 15 Conference Board of Canada (2009). *Society: Child Poverty*. (page Web). www.conferenceboard.ca.
- 16 Legowski B et McKay L. (2000). *Health beyond Health Care: Twenty-five Years of Federal Health Policy Development*. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.
- 17 Poland B. (2007). Health promotion in Canada: Perspectives and future prospects. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*; 20(1): 3–11.
- 18 Raphael D. (2008). Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health*; 18(4): 483–495.
- 19 Collins P et Hayes M. (2007). Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada. *Health Promotion International*; 22(4): 337–345.
- 20 Lavis J. (2002). Ideas At The Margin Or Marginalized Ideas? Nonmedical Determinants of Health in Canada. *Health Affairs*; 21(2): 107–112.
- 21 Low J et Thériault L. (2008). Health promotion policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn. *Health Promotion International*; 23(2): 200–206.
- 22 Conseil canadien de la santé (2009). *La valorisation de l'argent : Renforcer le système canadien de soins de santé*. Toronto : Conseil canadien de la santé.
- 23 Institut canadien d'information sur la santé (Octobre 2010). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*. Ottawa : ICIS.
- 24 Lemstra M, Mackenbach J, Neudorf C, et coll. (2009). High Health Care Utilization and Costs Associated with Lower Socio-economic Status: Results from a Linked Dataset. *Revue canadienne de santé publique*; 100(3) : 180–183.
- 25 Roos NP, Sullivan K, Walld R, et coll. (2004). Potential Savings from Reducing Inequalities in Health. *Revue canadienne de santé publique*; 95(6): 460–464.
- 26 Health Officers Council of BC. (2008). *Health Inequities in British Columbia: Discussion Paper*. Victoria: Public Health Association of BC.
- 27 Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Reducing Gaps in Health : A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada*. *Health of the Nation*.
- 28 Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2004). *Réduire les disparités en santé – Rôle du secteur de santé : Orientations et activités stratégiques recommandées*. www.phac-aspc.gc.ca.
- 29 Ministres de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain (2010). *Pour un Canada plus sain : Faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la promotion et la prévention de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain*. www.phac-aspc.gc.ca.
- 30 Krueger & Associates Inc. et Comité directeur (2010). *Making the Case for Primary Prevention: An Economic Analysis of Risk Factors in Manitoba*. Heart & Stroke Foundation of Manitoba; Health in Common; Actioncancer Manitoba; Alliance for the Prevention of Chronic Disease.
- 31 Churchman CW. (1967). Wicked Problems. (éditorial-collaboration spéciale). *Management Science*; 14(4): B141–142.
- 32 Kouri D et Gagnon F. (2007). *Whole-of-Government Approaches: Two Canadian Examples*. (diapositives). Vancouver : Union internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la santé.
- 33 Christensen T et Laegreid P. (2006). *The Whole-of-Government Approach – Regulation, Performance, and Public-Sector Reform*. Document de travail 6 – 2006. Helsinki, Finland: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- 34 Hancock T. (2009). *Act Locally: Community-based population health promotion*. Rapport sénatorial sur la santé des populations. Ottawa : Sénat du Canada.
- 35 Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la santé (2008). *L'Équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*. ASPC, OMS.
- 36 Department of Health (2003). *Health equity audit: a guide for the NHS*. www.dh.gov.uk.
- 37 Organisation mondiale de la santé (2010). Health Impact Assessment Definition. (page Web). www.who.int.
- 38 St. Pierre L. (Novembre 2009). *Introduction à l'ÉIS*. Série sur l'ÉIS. Québec: Centre de collaboration nationale Politiques publiques et santé et Institut national de santé publique du Québec.
- 39 Mahoney M., Simpson S., Harris E., et coll. (2004). *Equity Focused Health Impact Assessment Framework*. Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
- 40 Sénat du Canada (Avril 2008). *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale*. Troisième rapport du sous-comité sénatorial sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa : Sénat du Canada.
- 41 Raphael D. (2010). The health of Canada's children. Part II: Health mechanisms and pathways. *Paediatric Child Health*; 15(2): 71–76.
- 42 Organisation mondiale de la santé. (2008). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- 43 Raphael, D. (2010). La santé des enfants canadiens. Partie I : La santé des enfants canadiens dans une perspective comparative. *Paediatric and Child Health*; 15(1); 23-29.
- 44 Raphael, D. (2010). La santé des enfants canadiens. Partie III : Les politiques publiques et les déterminants sociaux de la santé des enfants. *Paediatric and Child Health*; 15(3); 143-149.

REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé voudrait exprimer sa gratitude pour l'importante participation de nombreuses personnes appartenant aux ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, à divers services gouvernementaux et à des universités, qui ont pris part à des entrevues dans le cadre de ce rapport.

Le Conseil voudrait également remercier M^{me} Elaine Todres et M. Rubin Todres, du Todres Leadership Counsel, ainsi que leur consultant universitaire, D^r Dennis Raphael, pour leur recherche et leur document d'orientation, qui ont fourni le fondement de ce rapport.

Celui-ci a été élaboré sous la direction du comité sur la santé de la population du Conseil et piloté par un groupe d'experts externe rassemblant de nombreux chefs de file canadiens de la promotion de la santé. Le Conseil salue avec reconnaissance le groupe d'experts pour son adhésion et son soutien à ce projet.

Les analyses et les conclusions de ce rapport ne correspondent pas nécessairement à celles des contributeurs externes ni à celles des organismes auxquels ils sont affiliés.

Le Conseil exprime aussi ses remerciements au personnel du secrétariat pour le travail accompli dans le cadre de la recherche, de l'analyse et de la production de ce rapport.

CONSEILLERS

D^r Jack Kitts (président)
 D^r Bruce Beaton
 D^{re} Catherine Cook
 M^{me} Cheryl Doiron
 D^r Dennis Kendel
 D^{re} Danielle Martin
 M^{me} Lyn McLeod
 D^r Michael Moffatt
 M. Murray Ramsden
 D^{re} Ingrid Sketris
 M. Gerald White
 D^r Charles J. Wright
 D^r Les Vertesi
 M. Vijay R. Bhashyakarla (membre de droit)

**ANCIENS MEMBRES DU
 CONSEIL AYANT
 PARTICIPÉ À L'ÉLABORATION
 DU PRÉSENT RAPPORT**

M. George Morfitt
 M^{me} Verda Petry
 M. David Richardson
 M^{me} Elizabeth Snider

**MEMBRES DU GROUPE
 D'EXPERTS**

M. Jim Ball
 D^{re} Hope Beanlands
 D^r Trevor Hancock
 D^r Douglas Manuel
 D^r Richard Massé
 D^r Blake Poland
 D^r Irving Rootman
 D^{re} Paulette Tremblay

À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Créé dans la foulée de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Conseil canadien de la santé est un organisme national indépendant qui prépare des rapports sur les progrès dans le renouvellement des soins de santé au Canada. Le Conseil offre une perspective globale du système de santé en ce qui a trait à la réforme des soins au Canada et diffuse dans tout le pays de l'information sur les pratiques exemplaires et l'innovation. Ses conseillers sont nommés par les gouvernements provinciaux et territoriaux participants et par le gouvernement du Canada.

Pour télécharger les rapports et autres documents du Conseil canadien de la santé, consultez www.conseilcanadiendelasante.ca.

Le Conseil canadien de la santé tient à remercier Santé Canada de son soutien financier. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :
90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléphone : 416.481.7397
Télécopieur : 416.481.1381
information@conseilcanadiendelasante.ca
www.conseilcanadiendelasante.ca

Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé.

Décembre 2010

ISBN 978-1-897463-98-7 PDF

ISBN 978-1-897463-99-4 Imprimé

Comment citer cette publication :

Changement de vitesse : Cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé. Conseil canadien de la santé. (2010) Toronto : Conseil de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© 2010 Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.



Utiliser le code-barres pour
consulter instantanément ce
rapport en ligne :

1. Allez à www.getscanlife.com
et téléchargez l'application
gratuite (tarifs standard de
données).
2. Touchez l'icône scanlife
sur votre téléphone et prenez
une photo du code-barres.
3. Votre téléphone lit le
code-barres et vous lie
instantanément au rapport
en ligne.

www.conseilcanadiendelasante.ca

Conseil canadien de la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléphone : 416.481.7397
Télécopieur : 416.481.1381

