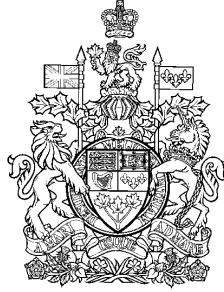


SENATE



SÉNAT

***POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVES FÉDÉRALE, PROVINCIALE ET
TERRITORIALE***

Troisième rapport du Sous-comité sur la santé
des populations du Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président
L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président
L'honorable Lucie Pépin

Avril 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39^e législature – 2^{ième} session

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI	i
MEMBRES	ii
RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1 : GOUVERNEMENT FÉDÉRAL	5
1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	5
1.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	6
1.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION.....	15
1.4 LA SANTÉ DES AUTOCHTONES.....	19
CHAPITRE 2 : ALBERTA	21
2.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	21
2.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	21
2.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION.....	25
CHAPITRE 3 : COLOMBIE-BRITANNIQUE	27
3.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	27
3.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	27
3.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION.....	31
CHAPITRE 4 : MANITOBA	34
4.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	34
4.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	34
4.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION.....	38
CHAPITRE 5 : NOUVEAU-BRUNSWICK	41
5.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	41
5.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	41
5.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION.....	46
CHAPITRE 6 : TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	47
6.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	47
6.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	48
A. Plan social stratégique.....	48
B. Plan de santé stratégique.....	49
C. Projet de charte de la santé.....	50
D. Stratégie de réduction de la pauvreté.....	51
E. Plan provincial de mieux-être.....	53
6.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	55
A. Comptes communautaires.....	56
B. Étude sur l'apprentissage.....	57
CHAPITRE 7 : NOUVELLE-ÉCOSSE	59
7.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	59
7.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	60
7.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION.....	64
CHAPITRE 8 : ONTARIO	66
8.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	66
8.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE.....	66

8.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	71
CHAPITRE 9 : ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	73
9.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS	73
9.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE	73
9.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	79
CHAPITRE 10 : QUÉBEC	82
10.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS	82
10.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE	82
10.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	86
10.4 PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ.....	88
CHAPITRE 11 : SASKATCHEWAN.....	90
11.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS	90
11.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE	90
11.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	94
CHAPITRE 12 : LES TERRITOIRES.....	96
12.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS	96
12.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE	96
<i>i. Territoires du Nord-Ouest</i>	<i>97</i>
<i>ii. Yukon</i>	<i>100</i>
<i>iii. Nunavut.....</i>	<i>101</i>
12.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	102
CHAPITRE 13 : ANALYSE COMPARATIVE	105
13.1 LE CONCEPT DE « SANTÉ DE LA POPULATION »	105
13.2 OBJECTIFS ET CIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ	106
13.3 ÉVALUATION DES INCIDENCES SUR LA SANTÉ	108
13.4 SURVEILLANCE, ÉVALUATION ET RECHERCHE.....	108
13.5 RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	110
13.6 RÉGIONALISATION	110
13.7 FINANCEMENT	111
13.8 ACTION INTERSECTORIELLE	112
13.9 POURQUOI Y A-T-IL ENCORE DE SÉRIEUSES DISPARITÉS EN SANTÉ AU CANADA?.....	114
ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS	115

Le Comité aimerait remercier les membres du personnel suivants qui ont travaillé fort à la préparation du rapport.

De la Bibliothèque du Parlement :

Odette Madore, analyste

Michael Toye, analyste

Laura Corbett, consultante

Bev Nickoloff, consultante

De la Direction des comités :

Josée Thérien, greffière du Comité, 1^{re} session de la 39^e législature

Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2^e session de la 39^e législature

Louise Pronovost, adjointe administrative, 1^{re} session de la 39^e législature

Tracy Amendola, adjointe administrative, 2^e session de la 39^e législature

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Watt,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le Comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au Comité;

Que le Comité soumette son rapport final au plus tard le 30 juin 2009 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 180 jours suivant le dépôt du rapport final.

Après débat, la motion mise aux voix, est adoptée.

MEMBRES

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet du *Politiques sur la santé de la population : perspective internationale*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs: Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory

LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

Autres sénateurs ayant participé de temps en temps à cette étude:

Les honorables sénateurs: Art Eggleton, C.P., Jim Munson et Hugh Segal

RÉSUMÉ

- Dans le présent rapport, nous examinons les efforts déployés par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé au Canada.
- Le concept de la santé de la population a vu le jour au Canada en 1974 dans le rapport Lalonde; d'abord axé sur l'amélioration de l'état de santé général, il a ensuite porté sur la réduction des disparités en santé.
- Autant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont longuement penchés sur la question de la santé de la population. Il n'existe cependant aucun plan national visant à réduire les disparités en santé et à améliorer l'état de santé de la population en général.
- En 1997, le gouvernement fédéral a approuvé un mémoire au Cabinet portant sur la santé de la population; la proposition qui y était présentée faisait appel à 18 ministères ayant pour principal responsable Santé Canada. Le gouvernement n'a toutefois pas réussi à coordonner les activités des divers ministères en raison de compressions de financement non négligeables qui ont entravé la mise en œuvre de la proposition. Seul Santé Canada a pu appliquer une approche axée sur la santé de la population à ses programmes et initiatives.
- En 2001, Santé Canada a élaboré un modèle qui encadre l'application fructueuse de la politique sur la santé de la population dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Bien qu'utile, ce modèle n'a pas convaincu les autres secteurs à adhérer à un ambitieux programme d'action concernant la santé de la population.
- Un mauvais état de santé et la souffrance sociale affligent démesurément les populations autochtones. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard en s'attaquant à ces disparités en santé. À l'heure actuelle, 30 ministères et organismes fédéraux offrent aux Autochtones quelque 360 programmes et services, dont le coût s'établit à 8,2 milliards de dollars. Ces programmes et services ne sont cependant pas coordonnés et intégrés de manière à réduire les disparités en santé.
- À Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec, la politique sur la santé de la population émane du ministère de la Santé, mais les deux gouvernements ont également des politiques distinctes d'élimination de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Dans d'autres provinces, les approches pangouvernementales actuelles s'articulent généralement autour de déterminants de la santé particuliers, par exemple ActNow BC, qui porte sur les pratiques personnelles en matière de santé, et Enfants en santé Manitoba, initiative axée sur le développement de la petite enfance.
- Entre 1989 et 1998, toutes les provinces se sont fixé des objectifs dans le domaine de la santé, mais, à la fin des années 1990, elles ne les utilisaient plus. En 2005, les

ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi des objectifs de santé pour le Canada, mais ceux-ci ne forment pas encore une stratégie nationale ni ne se sont traduits par des actions mesurables. Il n'existe pas non plus de cibles nationales pour la réduction des disparités en santé.

- Dans le mémoire au Cabinet sur la santé de la population, présenté en 1997, on recommandait d'évaluer les incidences sur la santé des politiques et programmes fédéraux. De façon analogue, de nombreuses provinces ont favorisé l'utilisation d'outils d'évaluation des incidences sur la santé et, dans un certain nombre de rapports provinciaux, on a recommandé que l'évaluation de ces incidences soit intégrée à tous les mémoires au Cabinet. Jusqu'à maintenant, seul le Québec a adopté des mesures législatives garantissant l'évaluation des incidences sur la santé des projets de loi et de règlement.
- Le Canada dispose de données fiables concernant l'état de santé de la population fondées sur les déterminants de la santé et des données sur les disparités en santé. Au niveau national, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada fournissent des informations fiables. Au niveau provincial, il existe plusieurs sources d'information utiles sur les indicateurs de la santé et sur les disparités en santé, dont le répertoire de données sur la santé du Manitoba, les comptes communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador et l'enquête sur la santé et le mieux-être de la Colombie-Britannique.
- Le Canada joue un rôle important dans la recherche sur la santé de la population; en témoignent les travaux financés ou exécutés à l'échelle nationale par les Instituts de recherche en santé du Canada, le Centre national de collaboration de la santé autochtone, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, de même que les travaux financés ou réalisés au niveau provincial par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, l'Institut de la santé publique du Québec, l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario et la Population Health and Evaluation Research Unit de la Saskatchewan, pour ne nommer que ceux-là.
- Entre 1994 et 2004, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a été l'un des principaux outils de coordination et de dialogue intergouvernementaux dans le domaine de la santé de la population. Ce comité, qui a fourni des conseils à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada, a joué un rôle de premier plan en adoptant une perspective à long terme et intégrée à l'égard de la santé de la population et en garantissant la cohérence entre les secteurs d'intervention. En 2004, dans le document intitulé *Réduire les disparités sur le plan de la santé*, le Comité consultatif s'est penché, pour la première fois au Canada, sur les disparités en santé dans une perspective systémique au lieu d'examiner en particulier des populations aux prises avec des disparités.

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu le mandat d'étudier, en vue d'en faire rapport, l'ensemble des facteurs qui contribuent à la santé des Canadiens. Le Sous-comité s'intéresse en particulier aux mesures que devrait prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre une politique sur la santé de la population. Dans cette étude, « politique sur la santé de la population » ou « approche axée sur la santé de la population » désigne la politique publique qui vise à réduire les disparités en matière de santé et à améliorer l'état de santé général de la population en s'attaquant d'une façon concertée aux multiples facteurs qui ont une influence sur la santé. Une telle approche nécessite une action intersectorielle : coordination des différents ministères fédéraux, collaboration entre tous les ordres de gouvernement et participation des différents intervenants issus des organisations non gouvernementales, du secteur privé et du secteur communautaire.

Dans les 13 chapitres du présent rapport, nous examinons les efforts déployés par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population. Le chapitre 1^{er} décrit les efforts du gouvernement fédéral, tandis que les chapitres 2 à 12 passent en revue les mesures prises dans chaque province et dans les territoires. Enfin, le chapitre 13 présente un examen comparatif des approches qui ont servi à élaborer et à mettre en œuvre une politique sur la santé de la population dans les différentes administrations du Canada.

1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le gouvernement fédéral a été reconnu comme chef de file mondial dans la mise en valeur du concept de la santé de la population. Santé Canada a joué un rôle clé dans la promotion de la santé de la population au niveau fédéral et a officiellement adopté un cadre de santé de la population pour ses programmes et initiatives.
- En 1997, le Cabinet a officiellement convenu d'adopter une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population qui associait 18 ministères sous la direction de Santé Canada. Toutefois, les fonds engagés pour la mise en œuvre ont par la suite été sensiblement réduits, de sorte que le gouvernement fédéral n'a pas concrétisé l'approche globale.
- Le travail du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a permis d'établir un consensus et une collaboration visant à promouvoir la santé de la population au Canada. Tous les ministres de la santé ont officiellement approuvé l'approche préconisée par le Comité consultatif.
- Santé Canada et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial ont produit des documents sur la façon de procéder, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, pour concevoir et mettre en œuvre des mesures intersectorielles d'amélioration de la santé de la population et de réduction des disparités en matière de santé. Bien que jugés utiles dans le secteur de la santé, les documents n'ont pas convaincu les autres secteurs d'adopter cet ambitieux programme.
- Au fil des ans, le gouvernement fédéral a joué un rôle clé dans l'édification d'une bonne infrastructure d'information sur la santé de la population. Il a également beaucoup investi dans la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé. Parmi les principaux intervenants du domaine, il y a lieu de mentionner Statistique Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les centres de collaboration nationale en santé publique.
- En 2005, une étape importante vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population a été franchie lorsque les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont convenu d'un ensemble d'objectifs à atteindre. Il appartient à chaque gouvernement de les concrétiser par les moyens qu'il juge les plus appropriés. Jusqu'ici, toutefois, les objectifs ne se sont pas traduits par des mesures concrètes et n'ont pas abouti à une stratégie pancanadienne de la santé de la population.
- En 2005 également, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains,

stratégie intersectorielle visant à accroître la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, ont une alimentation saine et conservent un poids sain sur une période de 10 ans. La stratégie est susceptible de contribuer sensiblement à la réduction des disparités en matière de santé.

- Il existe d'importantes disparités en matière de santé entre les différentes populations et communautés autochtones et entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre ces disparités. À l'heure actuelle, 30 ministères et organismes fédéraux offrent aux Autochtones quelque 360 programmes et services, qui ne sont cependant pas coordonnés et intégrés de façon à réduire les disparités en matière de santé.

1.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Il y a une trentaine d'années, le gouvernement fédéral a été reconnu comme chef de file mondial dans la mise en valeur du concept de la santé de la population. Depuis, le concept a évolué : les efforts sont maintenant davantage axés sur la réduction des disparités en matière de santé que sur l'amélioration de l'état de santé général.

En 1974, le ministre de la Santé de l'époque, Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ce rapport, qui légitimait l'idée d'élaborer une politique générale sur la santé de la population, faisait valoir qu'un bon état de santé ne résulte pas seulement de soins médicaux et que des changements dans le mode de vie, le milieu social et l'environnement physique étaient plus susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens que l'affectation de crédits supplémentaires aux soins de santé. Le rapport Lalonde définissait quatre grands déterminants de la santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé⁽¹⁾. Après la publication du rapport Lalonde, le ministère fédéral de la Santé a établi des programmes communautaires et a lancé des campagnes ciblées de marketing social visant la promotion de la santé (comme ParticipACTION, Dialogue sur l'alcool et le Guide alimentaire canadien).

⁽¹⁾ Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens – Un document de travail*, Ottawa, avril 1974, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde_f.html.

En 1986, le ministre fédéral de la Santé de l'époque, Jake Epp, a publié le document *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Comme le rapport Lalonde, ce document reconnaissait les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui ont une influence sur la santé et préconisait l'élaboration d'une politique sur la santé de la population. Fait plus important encore, le rapport Epp considérait qu'une approche axée sur la santé de la population constituait non seulement un élément complémentaire du système de santé, mais aussi un moyen de réduire les disparités en matière de santé parmi les différents groupes socioéconomiques de la population canadienne. Il recommandait de coordonner toutes les politiques ayant des incidences directes sur la santé, notamment la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les affaires, l'agriculture, les transports, la justice et la technologie⁽²⁾. Parmi les programmes fédéraux fondés sur une telle approche interministérielle qui ont été mis en œuvre au cours de cette période, il y a lieu de mentionner entre autres la Stratégie canadienne antidrogue, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, l'Initiative de lutte contre la violence familiale et la Stratégie canadienne sur le sida⁽³⁾.

En 1989, un groupe de réflexion, l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA), a présenté des données empiriques établissant que la santé des populations est le fruit d'une interaction complexe de plusieurs déterminants de la santé. Dans leur ouvrage majeur conjoint, *Why are Some People Healthy and Others Not*, les chercheurs de l'ICRA ont démontré de façon convaincante que les conditions sociales et économiques exercent une influence considérable et potentiellement modifiable sur la

⁽²⁾ Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index_f.html.

⁽³⁾ Il est intéressant de noter que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, également parue en 1986, insistait sur la nécessité d'une action intersectorielle visant la réduction des disparités en matière de santé. La Charte, qui a été adoptée à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé, avait défini cinq priorités : 1) élaborer une politique publique saine, 2) créer des milieux favorables, 3) renforcer l'action communautaire, 4) acquérir des aptitudes individuelles et 5) réorienter les services de santé. Elle reconnaissait en outre que les conditions et les ressources préalables à la santé sont la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables ainsi que la justice et l'équité sociale. (Organisation mondiale de la santé, *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.)

santé en raison de leurs effets sur les mécanismes biologiques (systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire), que les scientifiques commençaient à peine à comprendre. De plus, les chercheurs étaient d'avis que la petite enfance – au cours de laquelle se développent les voies neuronales fondamentales – était extrêmement importante pour le développement de l'intelligence et de la faculté d'adaptation⁽⁴⁾.

Les données empiriques présentées par l'ICRA sur le lien entre les facteurs socioéconomiques et la santé des individus et de la population d'une part et entre les expériences de la petite enfance et la santé d'autre part ont eu une influence considérable sur la politique publique. En 1993, la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé a donné naissance au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, chargé de donner des conseils stratégiques, à l'échelle nationale et intergouvernementale, sur les moyens d'améliorer l'état de santé général et de réduire les disparités grâce à un cadre de santé de la population. Un an plus tard, le Comité consultatif a publié le document *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ce rapport résumait ce qu'on savait à l'époque des grands déterminants de la santé et proposait des mesures nationales destinées à mieux faire comprendre l'approche axée sur la santé de la population au public et aux partenaires gouvernementaux de l'extérieur du secteur de la santé et à lancer des initiatives intersectorielles complètes en matière de santé de la population pour un petit nombre de priorités clés⁽⁵⁾. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont officiellement approuvé l'approche préconisée par le Comité consultatif. À cette époque, plusieurs programmes ont été mis sur pied pour améliorer le bien-être des enfants canadiens, y compris la Prestation nationale pour enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

⁽⁴⁾ *Why are Some People Healthy and Others Not? – The Determinants of Health of Populations*, éditeurs Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore Marmor, 1994.

⁽⁵⁾ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 1994, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/connexes.html>.

En 1996, Santé Canada a publié le rapport *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, qui décrivait 12 déterminants de la santé (revenu et situation sociale, réseau de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnements sociaux, environnements physiques, patrimoine biologique et génétique, hygiène de vie personnelle et capacités d'adaptation, sain développement dans l'enfance, services de santé, sexe et culture) et définissait cinq postulats de l'approche axée sur la santé de la population : 1) La santé est déterminée par les interactions complexes entre les caractéristiques individuelles, les facteurs sociaux et économiques et les environnements physiques; 2) la santé d'une population est étroitement liée à la répartition de la richesse dans cette population; 3) les stratégies visant à améliorer la santé de la population doivent tenir compte de l'éventail complet de facteurs qui déterminent la santé; 4) on peut réaliser des progrès importants en centrant les interventions sur la santé de l'ensemble d'une population (ou de sous-groupes importants) plutôt que sur celle des individus; 5) l'amélioration de la santé est une responsabilité partagée qui exige l'adoption de politiques publiques favorables à la santé en dehors du système de santé traditionnel. Une des principales mesures mises en avant était la promotion d'un investissement et d'un engagement soutenus à long terme à Santé Canada et dans les autres ministères dont les politiques ont une incidence sur la santé des Canadiens. En vue d'atteindre cet objectif, Santé Canada a établi un groupe de référence interministériel sur la santé de la population composé de représentants de 18 ministères fédéraux. Les membres du groupe ont échangé de l'information sur les programmes et les politiques des ministères concernés et exploré les possibilités de collaboration dans des domaines d'intérêt commun⁽⁶⁾.

En 1997, le groupe de référence interministériel a fait considérablement avancer la cause de la santé de la population dans l'administration fédérale en présentant au Cabinet un mémoire à ce sujet. Fait important, le Cabinet a officiellement pris la décision d'adopter une approche axée sur la santé de la population pour orienter sa politique et a confirmé le rôle de Santé Canada comme premier ministère responsable.

⁽⁶⁾ Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, document de travail, 1996, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/commune/index.html>.

Les ministres ont également convenu de travailler avec Santé Canada à l'élaboration d'outils et de mécanismes servant à évaluer l'incidence des politiques et des programmes fédéraux sur la santé. À cause de restrictions budgétaires, toutefois, les fonds engagés pour la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population ont par la suite été sensiblement réduits⁽⁷⁾.

Malgré la réduction des ressources financières, Santé Canada a officiellement adopté en 1998 un cadre de santé de la population pour l'ensemble de ses programmes et initiatives. Désirant s'attaquer aux problèmes conceptuels et organisationnels posés par la transition vers une approche axée sur la santé de la population, le ministère a rassemblé des informations et mis au point des outils destinés aux membres de son personnel, y compris le document *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*⁽⁸⁾. Santé Canada a également publié le *Plan d'action pour promouvoir l'approche axée sur la santé de la population au Canada*, qui définissait six domaines d'action – théorie, politiques, données, marketing, mobilisation et institutionnalisation – pour faciliter l'intégration dans le ministère de l'approche axée sur la santé de la population. Ces domaines d'action sont ainsi définis :

- Théorie : Étoffer le cadre théorique de la santé de la population qui intégrera des données probantes, proposera des interventions pertinentes en matière de politiques et de programmes et établira une base de connaissances pour créer les outils nécessaires à l'application d'une approche axée sur la santé de la population.
- Politiques : Intégrer le concept de santé de la population dans le processus d'élaboration des politiques publiques dans tous les secteurs, en prévoyant des outils de détermination des priorités et de responsabilisation, comme les rapports sur la santé de la population et les comptes de la santé.
- Données : Encourager les programmes de recherche adaptés aux priorités de la santé de la population ainsi que les systèmes d'information qui permettent de saisir les données relatives à la santé de la population.

⁽⁷⁾ Barbara Legowski et Lindsey McKay, *Health beyond Health Care: Twenty-five Years of Federal Health Policy Development*, document de travail, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, octobre 2000, <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=131&l=fr>.

⁽⁸⁾ Santé Canada, *Pour une population en meilleure santé : Une action concrète*, document de travail à l'intention des employés de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, 1998, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/tad_f.pdf.

- Marketing : Informer et influencer les décideurs, les intervenants et le public au sujet de la santé de la population grâce à des campagnes de communication, des ateliers, des exposés et des publications.
- Mobilisation : Concevoir des outils, des partenariats et des approches à l'appui de la mise en œuvre.
- Institutionnalisation : Former des comités conjoints, établir des politiques et des structures appropriées dans les organisations et les charger clairement de rendre compte des approches axées sur la santé de la population et de les évaluer⁽⁹⁾.

En 1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié le rapport *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, qui faisait valoir que l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population ainsi que la réduction des disparités persistantes en matière de santé nécessitent l'action conjuguée de nombreux secteurs. Le rapport soulignait que l'action intersectorielle – c'est-à-dire la coopération dans les organisations et les secteurs et entre eux – implique la participation du secteur public, des gouvernements, du secteur bénévole, du secteur privé, des entreprises, des professionnels et des utilisateurs dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation, des services sociaux, des finances, de l'agriculture, de l'environnement, etc.⁽¹⁰⁾ Le document ne se voulait pas un guide détaillé pour la conception et la mise en œuvre de l'action intersectorielle, mais il énonçait les conditions d'une collaboration intersectorielle réussie, notamment :

- Trouver des valeurs, des intérêts et des objectifs communs aux partenaires actuels et potentiels.
- Assurer l'appui politique et se fonder sur les facteurs positifs de l'environnement politique.
- Assurer l'engagement des principaux partenaires dès le départ; être inclusif.
- Établir des liens horizontaux appropriés entre les secteurs ainsi que des liens verticaux entre les différents niveaux de chacun.
- Investir dans la constitution d'alliances; favoriser le consensus au stade de la planification.
- Viser des objectifs concrets et des résultats tangibles.
- Veiller au partage du leadership, de la responsabilité et des récompenses parmi les partenaires.

⁽⁹⁾ *Ibid.*

⁽¹⁰⁾ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, juin 1999, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/collab/connexes.html>.

- Constituer des équipes stables formées de personnes qui travaillent bien ensemble et prévoir le soutien nécessaire.

Les mesures intersectorielles prises alors comprenaient notamment la Stratégie nationale de contrôle du tabac et l'Accord de Vancouver.

En 2001, Santé Canada a publié *Le modèle de promotion de la santé de la population*, qui décrivait les processus et les procédures nécessaires pour mettre en œuvre une approche plus complète de la santé de la population s'appliquant tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. Le modèle définissait huit éléments clés nécessaires à la mise en œuvre efficace de l'approche axée sur la santé de la population (tableau 1.1)⁽¹¹⁾.

TABLEAU 1.1 – ÉLÉMENTS CLÉS EN SANTÉ DE LA POPULATION

Élément clé	Actions
Placer la santé des populations au centre des préoccupations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer les indicateurs de mesure de la santé. Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités en santé pour déterminer les problèmes de santé. ▪ Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu.
Examiner les déterminants de la santé et leur interaction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé. ▪ Mesurer et analyser les déterminants de la santé et leur interaction pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants.
Fonder les décisions sur des données probantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes. ▪ Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données. ▪ S'appuyer sur des sources de données variées. ▪ Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées. ▪ Déterminer les interventions efficaces et les évaluer. ▪ Diffuser les résultats de recherche et faciliter leur prise en compte dans les politiques.
Accroître les investissements en amont	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement. ▪ Équilibrer les investissements à court et à long terme. ▪ Influencer les investissements dans d'autres secteurs.

⁽¹¹⁾ Santé Canada, *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, juillet 2001, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/index.html>.

Élément clé	Actions
Miser sur des stratégies multiples	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer l'étendue des interventions. ▪ Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction. ▪ Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en santé entre les différents groupes démographiques. ▪ Mettre en œuvre un ensemble complet d'interventions et de stratégies. ▪ Mettre en œuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée. ▪ Appliquer des méthodes qui améliorent la santé au cours de la vie. ▪ Agir dans différents milieux. ▪ Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions.
Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser les partenaires dès le départ pour assurer l'adoption de valeurs et de visées communes. ▪ Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets. ▪ Identifier et soutenir un chef de file. ▪ Investir dans le processus d'établissement d'alliances intersectorielles. ▪ Trouver des appuis politiques et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques. ▪ Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires.
Prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Susciter l'intérêt du public. ▪ Contribuer à l'accroissement du niveau des connaissances en santé. ▪ Mettre en œuvre des stratégies de participation du public en harmonie avec l'objectif fondamental.
Assumer la responsabilité des résultats en santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats. ▪ Déterminer les mesures de base et fixer des objectifs d'amélioration de la santé. ▪ Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces. ▪ Favoriser l'utilisation d'outils d'évaluation des incidences sur la santé. ▪ Rendre publics les résultats.

Source : Santé Canada, *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, juillet 2001, p. 8, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/discussion_fr.pdf.

En 2002, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a établi le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé en lui donnant pour mandat d'examiner le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre les disparités. Le groupe de travail, composé de décideurs et de chercheurs des secteurs

social et de la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'administration publique⁽¹²⁾, a défini quatre rôles à jouer par le secteur de la santé dans la réduction des disparités :

- Faire de la réduction des disparités en matière de santé une priorité du secteur de la santé (établir des capacités nationales de leadership, fixer des objectifs et des cibles, évaluer les incidences sur la santé, collaborer avec les administrations, définir des domaines prioritaires).
- Intégrer la réduction des disparités aux programmes et services de santé.
- Collaborer avec d'autres secteurs pour réduire les disparités en matière de santé.
- Renforcer les activités d'acquisition et d'échange de données (définir des indicateurs pour mesurer l'impact des disparités en matière de santé, continuer à appuyer la recherche, améliorer les systèmes d'information sur la santé, mettre en commun les données sur les disparités en matière de santé)⁽¹³⁾.

En 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains après trois ans de consultations et d'échanges avec de nombreuses personnes et organisations de tous les secteurs. Cette stratégie encadre l'action soutenue dans l'optique de la santé de la population, son but étant d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités. De nature intersectorielle, elle fait intervenir des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, des réseaux régionaux, le secteur privé, des groupes non gouvernementaux et des organisations nationales autochtones. Il a été entendu que la stratégie viserait au départ l'activité physique, une alimentation saine et leur rapport avec un poids sain, surtout parmi les enfants et les jeunes, les Autochtones et d'autres groupes vulnérables. La cible à atteindre est une augmentation sur dix ans de 20 p. 100 de la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, mangent bien et conservent un poids sain⁽¹⁴⁾.

⁽¹²⁾ Santé Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada, provinces, universités, Conseil canadien de développement social et Caledon Institute of Social Policy.

⁽¹³⁾ Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé, document de travail et Orientations stratégiques et activités recommandées*, décembre 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_f.html et http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_f.html.

⁽¹⁴⁾ Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les modes de vie sains et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

La stratégie pourrait contribuer sensiblement à la réduction des disparités en matière de santé.

1.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le gouvernement fédéral a joué un rôle important, au fil des ans, dans le développement continu d'une bonne infrastructure d'information sur la santé de la population et a investi des sommes considérables dans la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé.

Statistique Canada, par exemple, tient de solides bases de données fondées sur d'excellentes enquêtes relatives à la santé de la population. En 1994, l'organisme a lancé l'Enquête nationale sur la santé de la population dans le but d'améliorer l'information disponible à l'appui de l'élaboration et de l'évaluation des politiques et des programmes de santé du Canada⁽¹⁵⁾. La même année, il a entrepris l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, étude destinée à long terme à suivre le développement et le bien-être des enfants, de la naissance jusqu'à l'âge adulte. Les données sont recueillies à des intervalles de deux ans auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens⁽¹⁶⁾. En 2000, Statistique Canada a également lancé l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour produire régulièrement des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé dans 136 régions socio-sanitaires du Canada⁽¹⁷⁾.

En 1998, Santé Canada a créé le Fonds pour la santé de la population après avoir adopté l'approche axée sur la santé de la population pour, conformément à son mandat, préserver et améliorer la santé des Canadiens. Le Fonds vise à accroître la

⁽¹⁵⁾ Statistique Canada, *Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population*, <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82F0068XIF/82F0068XIF1997001.htm>.

⁽¹⁶⁾ Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – Aperçu*, http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&SP_Action=Theme&SP_ID=20000.

⁽¹⁷⁾ Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cchsinfo_f.htm.

capacité communautaire d'agir sur les déterminants de la santé et sur leurs interactions réciproques⁽¹⁸⁾.

En 1999, le gouvernement fédéral a lancé l'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'Institut canadien d'information sur la santé. L'Initiative cible tout spécialement la santé de la population. Elle a un double objectif : 1) aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités et 2) contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens⁽¹⁹⁾.

En 2000, le gouvernement fédéral a créé les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dont une partie du mandat consiste à réaliser des recherches en vue d'améliorer l'état de santé des populations vulnérables. En conséquence, la plupart des 13 instituts de recherche virtuels des IRSC financent des études sur la santé de la population. En 2005, les IRSC ont lancé l'Initiative de réduction des disparités sur le plan de la santé – entreprise de recherche stratégique mettant à contribution plusieurs instituts – en vue de réduire les disparités en matière de santé et de favoriser l'équité au sein des populations vulnérables⁽²⁰⁾.

En 2001, le gouvernement fédéral a créé Inforoute Santé du Canada, de concert avec les provinces et les territoires, afin d'accélérer l'établissement et l'utilisation de systèmes électroniques d'information sur la santé et de dossiers de santé électroniques (DSE) partout dans le pays⁽²¹⁾. Les données produites par les premiers DSE pourraient être exploitées très avantageusement à des fins de santé de la population si les dossiers sont conçus d'une façon appropriée.

(18) Agence de la santé publique du Canada, *Fonds pour la santé de la population*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/budget/index.html>.

(19) Institut canadien d'information sur la santé, *À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=cphi_about_f.

(20) Instituts de recherche en santé du Canada, *Initiative de réduction des disparités sur le plan de la santé*, <http://www.cih-irsc.gc.ca/f/25703.html>.

(21) <http://www.infoway-inforoute.ca/fr/Home/home.aspx>.

En 2004, le gouvernement fédéral a créé l'Agence de la santé publique du Canada et a nommé le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada (qui a un rang équivalent à celui de sous-ministre de la Santé). L'une des responsabilités de l'administrateur en chef est de présenter au Parlement un rapport annuel sur la situation de la santé publique au Canada⁽²²⁾. Le premier rapport, qui sera déposé en mai 2008, portera sur les disparités en matière de santé.

Parallèlement à l'Agence de la santé publique du Canada, le gouvernement fédéral a établi six centres de collaboration nationale chargés de favoriser l'utilisation de données probantes à l'appui du processus décisionnel en santé publique. Quatre de ces centres s'occupent principalement de la santé de la population et des disparités en matière de santé⁽²³⁾. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (Canada atlantique) étudie la façon dont les différents déterminants de la santé influent sur les politiques et les pratiques⁽²⁴⁾. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Québec) examine les incidences des politiques publiques – du secteur de la santé et d'autres secteurs comme les transports et l'urbanisation – sur la santé et le bien-être des Canadiens⁽²⁵⁾. Le Centre de collaboration nationale en santé environnementale (Colombie-Britannique) étudie les facteurs environnementaux qui influent sur la santé humaine et détermine, en se fondant sur des données probantes, les interventions permettant de réduire les risques découlant de l'environnement⁽²⁶⁾. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (Colombie-Britannique) se penche sur les moyens et les stratégies susceptibles d'améliorer l'état de santé des Autochtones du Canada⁽²⁷⁾.

(22) Agence de la santé publique du Canada, *À propos de l'Agence*, 2008, http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php.

(23) Agence de la santé publique du Canada, *Centres nationaux de collaboration en santé publique, Information*, mai 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk2_f.html.

(24) <http://www.sfx.ca/research/ncc/about-us.htm>.

(25) <http://healthypublicpolicy.ca/493/Le+Centre.htm>.

(26) <http://www.ncceh.ca/fr>.

(27) <http://www.unbc.ca/nccah/>.

En 2004, une autre étape importante a été franchie dans le domaine de la santé de la population lorsque les premiers ministres canadiens se sont engagés à établir « des objectifs et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts ». Les ministres de la santé ont convenu en 2005 d'un ensemble d'objectifs à atteindre dans quatre domaines : besoins fondamentaux dans les milieux social et physique, appartenance et engagement, modes de vie sains et système de santé (tableau 1.2)⁽²⁸⁾.

TABLEAU 1.2

OBJECTIFS DE SANTÉ POUR LE CANADA	
<i>Besoins fondamentaux (milieux social et physique)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité. • L'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, la nourriture que nous mangeons et les milieux dans lesquels nous vivons, travaillons et nous divertissons sont sécuritaires et sains, aujourd'hui et pour les générations à venir.
<i>Appartenance et engagement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque personne vit dans la dignité, a un sens d'appartenance et contribue à des familles, des groupes d'amis et des collectivités diverses qui favorisent l'entraide. • Nous apprenons tout au long de la vie par le biais de l'enseignement formel et informel et de relations avec autrui et avec la terre. • Nous contribuons aux décisions qui touchent notre santé et notre bien-être personnels et collectifs, et nous influons sur ces décisions. • Par le biais du leadership, de la collaboration et des connaissances, nous travaillons à faire du monde un endroit sain pour tous.
<i>Modes de vie sains</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque personne reçoit le soutien et l'information dont elle a besoin pour faire des choix sains.
<i>Système de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nous travaillons à la prévention des menaces pour notre santé et notre sécurité grâce à des efforts coordonnés à l'échelle nationale et internationale. • Un solide réseau de santé et de bien-être social réduit les disparités en matière de santé et offre des soins appropriés, au moment opportun.

Source : *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html>.

⁽²⁸⁾ *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html>.

Les Objectifs de santé pour le Canada consistent en énoncés d'orientation générale destinés à guider l'action sur les déterminants de la santé et à renforcer la gestion des questions horizontales ou intersectorielles. Il appartient toutefois à chaque gouvernement de les concrétiser par les moyens qu'il juge utiles et pertinents. Jusqu'à maintenant, ces objectifs n'ont pas évolué dans le sens d'une stratégie pancanadienne et n'ont donné lieu à aucune action mesurable.

1.4 LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Le gouvernement fédéral joue un rôle primordial dans la lutte contre les disparités liées à la santé et à la situation socioéconomique des Autochtones. À l'heure actuelle, plus de 30 ministères et organismes fédéraux mettent à leur disposition quelque 360 programmes et services. Plus de la moitié (190) sont offerts à tous les Autochtones, tandis que les autres ne sont accessibles qu'à certains groupes. En 2004-2005, 8,2 milliards de dollars ont été affectés à ces programmes et services sous sept grands objectifs stratégiques : santé (1,8 milliard de dollars), apprentissage continu (1,9 milliard de dollars), collectivités sécuritaires et viables (2,5 milliards de dollars), logement (0,5 milliard de dollars), possibilités économiques (0,2 milliard de dollars), terres et ressources (0,2 milliard de dollars) et gouvernance et relations (1,1 milliard de dollars). Affaires indiennes et du Nord Canada a dépensé 61,5 p. 100 du total et Santé Canada, 21,0 p. 100⁽²⁹⁾.

En outre, le gouvernement fédéral finance des programmes pancanadiens, dont les paiements de transfert aux provinces et aux territoires, qui profitent à tous les Canadiens, y compris les Autochtones. Les provinces et les territoires ont également leurs propres programmes et services destinés à améliorer la qualité de vie des Autochtones vivant hors réserve et dans le Nord.

⁽²⁹⁾ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, *Les affaires autochtones : Programmes et dépenses, 2004-2005*, <http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/intro.aspx?Language=FR>.

Malgré tout, de grandes disparités demeurent aussi bien entre les Autochtones et le reste de la population qu'entre les Autochtones des réserves et ceux qui vivent hors réserve, surtout en milieu urbain.

Les problèmes de santé pressants auxquels les Autochtones continuent d'être confrontés ont donné lieu à un processus de négociation entre les premiers ministres et les organisations nationales autochtones en 2004 et 2005. Ce processus, sans précédent dans l'histoire du Canada, a débouché sur l'Accord de Kelowna, un ambitieux plan de 10 ans destiné à « combler l'écart » entre Autochtones et non-Autochtones du Canada dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'infrastructure, de la santé et des perspectives économiques, qui comptent tous parmi les grands déterminants de la santé. Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 5,1 milliards de dollars sur cinq ans pour améliorer les conditions socioéconomiques des Autochtones, de façon à faire correspondre leur niveau de vie à celui des autres Canadiens d'ici 2016⁽³⁰⁾. On ne sait pas si l'Accord de Kelowna sera mis en œuvre et, le cas échéant, et de quelle façon.

⁽³⁰⁾ *Premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux – Renforcer les relations et combler l'écart*, Kelowna (Colombie-Britannique), 24-25 novembre 2005, http://www.scics.gc.ca/confer05_f.html.

CHAPITRE 2 : ALBERTA⁽³¹⁾

2.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Au début des années 1990, le gouvernement de l'Alberta a chargé un comité consultatif de fixer des objectifs en matière de santé. Au début des années 2000, il a énoncé de nouveaux objectifs et cibles qui s'inscrivaient dans un cadre de santé de la population bien défini. Il n'a cependant pas utilisé ce cadre pour concrétiser des mesures permettant d'agir sur les grands déterminants de la santé.
- À l'heure actuelle, le message du gouvernement de l'Alberta par rapport à la santé de la population est avant tout d'encourager chaque personne à prendre en main sa santé et son bien-être. Il incombe principalement aux réseaux provinciaux non gouvernementaux de mieux sensibiliser les gens et de promouvoir des mesures favorisant la santé de la population.
- Bien qu'on ne trouve pas grand-chose sur la santé de la population dans les documents du ministère albertain de la Santé et du Mieux-être, trois des neuf régions régionales de la santé de l'Alberta ont choisi d'intégrer les déterminants de la santé dans leurs rapports annuels sur la santé.
- Dans un rapport produit en 2004, le Comité d'examen international de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research a conseillé à la Fondation d'accorder plus d'importance au financement de la recherche sur la santé de la population, comme elle l'a fait pour la recherche biomédicale. Le Comité a également exhorté la Fondation à intervenir auprès de la province pour qu'elle rende les données provinciales sur la santé plus accessibles aux chercheurs.

2.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

En 1987, la Commission du premier ministre sur l'avenir des soins de santé en Alberta a été constituée en vue d'examiner les problèmes du système de santé. Dès le départ, la Commission a déterminé que la santé, au sens très large que lui donne l'Organisation mondiale de la santé, occuperait la place centrale dans son étude. Le rapport qu'elle a présenté en 1989 soulignait la nécessité d'une approche plus concertée, adoptée sur une échelle beaucoup plus grande et assortie de cibles et d'objectifs précis. À part une série de recommandations visant la réforme du système de santé, la Commission

⁽³¹⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Alberta*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

a formulé trois recommandations liées à la santé de la population : 1) nommer un défenseur de la santé des Albertains, chargé de définir les grandes priorités, de surveiller l'état de santé de la population et de faire régulièrement part de ses observations à l'Assemblée législative, 2) évaluer les incidences sur la santé des nouvelles lois, réglementations et procédures, 3) attribuer des fonds supplémentaires pour la recherche sur la santé de la population⁽³²⁾.

Dans sa réponse, le gouvernement a annoncé son intention de fixer des cibles et des objectifs en matière de santé, de consacrer des fonds supplémentaires à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et des blessures et à la recherche sur la santé de la population et d'étudier la faisabilité d'un système d'évaluation des incidences sur la santé⁽³³⁾. Il n'a cependant pas appuyé la création d'un poste de défenseur de la santé des Albertains, estimant que cette fonction faisait partie des responsabilités du ministre de la Santé.

Le Comité consultatif sur les objectifs de santé créé en 1991 a fait paraître en 1993 le rapport *Health Goals for Alberta*, qui définissait neuf objectifs favorables à une approche axée sur la santé de la population :

1. Augmenter le nombre d'années vécues en bonne santé en réduisant les maladies, les blessures et les décès prématurés et en augmentant le bien-être.
2. Prendre des décisions fondées sur des données et des recherches fiables.
3. Tenir compte de la santé dans l'élaboration des politiques publiques.
4. Établir des services de santé adéquats, accessibles et abordables.
5. Vivre dans des familles et des collectivités fortes, solidaires et saines.
6. Vivre dans un milieu physique sain.
7. Reconnaître et maximiser le potentiel individuel malgré les différences biologiques.
8. Opter pour des comportements sains.
9. Développer et conserver des compétences permettant d'affronter les difficultés de la vie d'une façon saine⁽³⁴⁾.

⁽³²⁾ Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, *The Rainbow Report: Our Vision for Health*, rapport final, décembre 1989.

⁽³³⁾ Government of Alberta, *Partners in Health, Government's Response to the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans*, novembre 1991.

⁽³⁴⁾ Alberta Health, *Health Goals for Alberta : Progress Report*, décembre 1993.

Une autre étude, menée quelques années plus tard par le Comité consultatif du premier ministre sur la santé de l'Alberta, a débouché sur la publication du rapport *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* en 2001⁽³⁵⁾. Le message prédominant du rapport, c'est-à-dire la solution à long terme que le Comité préconisait pour la réforme du système de santé, était d'encourager les Albertains à rester en santé et en forme. À l'appui de ce message, le Comité proposait des mesures incitatives comprenant des récompenses et des pénalités en fonction de l'utilisation du système de santé.

Dans sa réponse, *Framework for a Healthy Alberta*, le gouvernement a reconnu que de multiples facteurs influent sur la santé, dont une partie seulement peut être contrôlée par l'individu. Le document, qui faisait intervenir 11 ministères et organismes provinciaux, fixait deux grands objectifs pour son approche axée sur la santé de la population : la réduction des maladies chroniques et le renforcement des comportements sains. Il énonçait des cibles et des objectifs clairs, mais les interventions gouvernementales restaient centrées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies⁽³⁶⁾. L'action visant les grands déterminants de la santé ne s'est pas matérialisée.

En 2006, dans le cadre de sa « troisième voie » de la réforme du système de santé, le gouvernement a publié le rapport *Health Policy Framework*⁽³⁷⁾, qui insistait encore sur l'autonomie et la responsabilité personnelle en matière de santé.

C'est le personnel clé des administrations locales et des organisations non gouvernementales, plutôt que le gouvernement provincial, qui s'est dit le plus préoccupé par les effets du milieu socioéconomique sur la santé de la population. Par exemple, l'Alberta Healthy Living Network (AHLN), formé en 2002, est un réseau informel de 100 organisations multisectorielles locales, régionales et provinciales ainsi que de

⁽³⁵⁾ http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/PACH_report_final.pdf.

⁽³⁶⁾ <http://www.health.gov.ab.ca/key/Framework.pdf>.

⁽³⁷⁾ <http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/GettingBetterHealthcare.pdf>.

ministères et d'organismes gouvernementaux qui œuvrent dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la recherche, des services sociaux, de l'agriculture, des transports et des milieux autochtones et multiculturels. Il a pour mission de diriger les efforts conjoints nécessaires à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques en Alberta. L'AHLN a identifié en 2004 les disparités en matière de santé comme l'un des sept domaines prioritaires et a formé le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé⁽³⁸⁾.

L'Alberta Social and Health Equities Network est une autre ONG créée en 2005. Elle est formée d'une coalition d'organismes, de groupes de défense, de décideurs, de chercheurs et de citoyens qui vivent dans la pauvreté ou qui s'inquiètent des disparités en matière de santé en Alberta⁽³⁹⁾. L'organisation Families First Edmonton a vu le jour la même année⁽⁴⁰⁾. Il s'agit d'un partenariat de collaboration regroupant des organismes provinciaux et municipaux et des ONG qui s'efforcent ensemble d'aider les familles à faible revenu à accéder plus facilement aux services dans la région d'Edmonton. Le but ultime est de déterminer si les services de santé, de soutien familial et de loisirs dispensés d'une manière coordonnée peuvent améliorer la santé des familles à faible revenu.

À l'échelon municipal, Edmonton semble vouloir laisser sa marque dans le domaine de la santé de la population. Dans le document *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*⁽⁴¹⁾, publié en 2005, le Conseil de planification sociale de la ville a reconnu clairement que les facteurs qui influent le plus sur la santé sont extérieurs au système de santé et qu'il fallait passer d'un système fondé sur la maladie à un système basé sur le mieux-être qui agit sur les déterminants de la santé et prévient les maladies et les affections chroniques. Récemment, le Conseil a publié un autre rapport, *Tracking the Trends: Social Health in Edmonton*,

⁽³⁸⁾ A. Dedrick, *Social Determinants of Health – Environmental Scan*, 2005, <http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=>.

⁽³⁹⁾ ASHEN Charter, <http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=>.

⁽⁴⁰⁾ <http://www.familiesfirstedmonton.ualberta.ca/index.html>.

⁽⁴¹⁾ <http://www.edmspc.com/Uploads/sdoh%20discussion%20paper.pdf>.

dans lequel il passe en revue les tendances sociales et économiques qui influencent la qualité de vie et le bien-être des habitants d'Edmonton.

2.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Parmi les publications et les renseignements sur la santé produits par le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être figurent les rapports d'enquête annuels sur la santé de la population et le système de santé de la province. Ces enquêtes permettent de mesurer différentes données sur l'état de santé des Albertains, leur utilisation des services de santé et leurs caractéristiques démographiques, y compris le revenu du ménage. Toutefois, les analyses rendues publiques ne donnent aucun renseignement sur le lien entre l'état de santé et le revenu ou le contexte social⁽⁴²⁾. Les rapports mentionnent également divers déterminants de la santé liés aux habitudes de vie et au comportement – allant de l'alimentation à la vaccination, en passant par l'activité physique et les blessures –, mais ils s'attardent rarement sur la façon dont les habitudes et les comportements sont rattachés à la situation de chacun.

En se basant sur l'information provenant de diverses bases de données canadiennes, trois des neuf régions régionales de la santé de l'Alberta (Chinook, Calgary et David Thompson) ont choisi de s'attaquer aux déterminants de la santé dans leurs rapports annuels. Il y a lieu de noter en particulier le rapport *Determinants of Health Survey* publié en 2003 par la région régionale de Chinook, qui est allée jusqu'à présenter une analyse statistique des effets de certains déterminants locaux sur la santé de la population⁽⁴³⁾.

L'Alberta Heritage Foundation for Medical Research est le principal organisme provincial de financement de la recherche médicale. Tous les six ans, le Comité d'examen international effectue une évaluation et présente un rapport à la Fondation et au gouvernement de l'Alberta. Dans son rapport le plus récent, le Comité a

⁽⁴²⁾ <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Survey2004.pdf>.

⁽⁴³⁾ http://www.chr.ab.ca/bins/doc.asp?rdc_id=5455.

conseillé à la Fondation d'accorder plus d'importance au financement de la recherche sur la santé de la population, comme elle l'a fait pour la recherche biomédicale, et d'utiliser les résultats de toutes les recherches pour améliorer la santé des Albertains⁽⁴⁴⁾.

⁽⁴⁴⁾ http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/IBR2004/pdf/IBR_report_final.pdf.

CHAPITRE 3 : COLOMBIE-BRITANNIQUE⁴⁵

3.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En Colombie-Britannique, l'élaboration de la politique sur la santé de la population est guidée par des cibles, et particulièrement par les objectifs provinciaux de santé de 1997, que les régies régionales de la santé se chargent d'interpréter et de réaliser. Cependant, une seule de ces régies, celle du district intérieur de la province, semble avoir adopté une véritable approche axée sur la santé de la population.
- À l'échelle provinciale, ActNow BC – initiative pangouvernementale de promotion de la santé – a établi des partenariats intersectoriels pour lutter contre les facteurs de risque communs et réduire les maladies chroniques par la promotion de la santé dans les écoles, les collectivités et les lieux de travail.
- En dépit de moyens restreints et d'une information limitée, la province insiste de plus en plus sur la nécessité d'avoir des données probantes pour éclairer la prise de décisions en matière de politiques et de programmes. Plusieurs faits témoignent de cette évolution, notamment la récente création des enquêtes provinciales sur la santé et le mieux-être qui servent à surveiller les cibles relatives aux habitudes de vie et les questions de santé publique aux fins de la planification et de l'évaluation des programmes, ainsi que les travaux réalisés par le Groupe d'experts sur les données pour évaluer l'état des connaissances en matière de santé de la population.

3.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

La politique sur la santé de la population de la Colombie-Britannique repose sur les objectifs de santé de la province et a été élaborée dans le contexte de la décentralisation des services. En 1991, la Commission royale d'enquête sur les soins et les coûts de santé de la Colombie-Britannique a conseillé au gouvernement de fixer des objectifs provinciaux précis et a recommandé une méthode pour mesurer et consigner les progrès accomplis⁽⁴⁶⁾. Pour favoriser l'acceptation des objectifs par la population, le médecin-chef de la province, qui avait été chargé de leur élaboration, a consulté des

(45) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Colombie-britannique*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

(46) British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, *Policy and Practice: A Report on the Use of British Columbia's Health Goals by B.C. Government Ministries*, BC Provincial Health Officer, janvier 2001, <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/ppfinal.pdf>.

ministères, des organismes communautaires et des citoyens en recourant à des processus jugés exhaustifs qui ont nécessité d'importantes ressources⁽⁴⁷⁾.

Approuvés en 1997, les objectifs ont défini une vision et un plan d'action pour une population en santé. Axés sur la santé de la population, ils allaient au-delà de la prestation de services de santé pour s'attaquer à d'autres déterminants de la santé :

1. Conditions de vie et de travail : Conditions de travail positives et favorables dans toutes les collectivités de la Colombie-Britannique.
2. Capacités, compétences et choix individuels : Occasion pour tous d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences nécessaires pour s'épanouir, surmonter les difficultés de la vie et faire des choix propices à la santé.
3. Environnement physique : Environnement physique diversifié et durable où l'air, l'eau et la terre sont propres, sains et sûrs.
4. Services de santé : Système de santé efficace et efficient qui assure un accès équitable à des services adéquats.
5. Santé des Autochtones : Amélioration de la santé des peuples autochtones.
6. Prévention des maladies et des blessures : Réduction des maladies, des blessures, des handicaps et réduction des décès prématurés évitables⁽⁴⁸⁾.

Ces objectifs étaient assortis de 44 cibles précises et de 150 exemples d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés. De plus, le gouvernement a mis un guide à la disposition des régies régionales de la santé et des organismes communautaires pour les aider à établir des cibles et des stratégies adaptées aux conditions locales, mais reflétant la vision et les objectifs provinciaux⁽⁴⁹⁾. Le médecin-chef de la Colombie-Britannique a dirigé les efforts destinés à promouvoir et à consigner les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

Les objectifs provinciaux de santé n'étaient pas exclusivement destinés aux régies régionales de la santé, au médecin-chef de la province ou au ministère de la Santé. Ils ont été conçus pour être utilisés par tous les ordres de gouvernement, le secteur

⁽⁴⁷⁾ D. L. Williamson, C. D. Milligan, B. Kwan, C. J. Frankish et P. A. Ratner, « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 63, 2001, p. 173 à 191.

⁽⁴⁸⁾ British Columbia Ministry of Health, *Framework for Health Goals and a Healthy Population in BC*, 1997, <http://www.health.gov.bc.ca/pho/hlthgoals.html>.

⁽⁴⁹⁾ D.L. Williamson et coll. (2003), *op. cit.*

privé, les entreprises, le secteur sans but lucratif et la société dans son ensemble. Toutefois, un examen réalisé en 2000 par le médecin-chef de la province a révélé que, même si la plupart des ministères avaient une meilleure compréhension de la santé et de ses déterminants, l'administration provinciale n'avait pas pleinement adopté ni utilisé les objectifs comme modèle de planification officiel⁽⁵⁰⁾.

Pendant que les objectifs provinciaux de santé étaient en cours d'élaboration, le système de santé de la Colombie-Britannique a fait l'objet d'une importante restructuration caractérisée par une décentralisation partielle de la prestation des services, dont la responsabilité est passée aux régies régionales de la santé. On s'attendait à ce que ces régies soient plus à même que leurs équivalents provinciaux et fédéraux de produire des cibles, des indicateurs, des stratégies et des programmes mieux adaptés aux caractéristiques et aux ressources locales⁽⁵¹⁾. Toutefois, une vérification effectuée deux ans après le lancement des objectifs provinciaux a révélé que leur utilisation restait très mitigée au niveau régional⁽⁵²⁾.

À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique compte cinq régies régionales de la santé. Parmi elles, la régie du district intérieur de la province a pris les devants pour ce qui est des déterminants de la santé. Son rapport intitulé *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*⁽⁵³⁾ vise à susciter un débat sur la santé de la population en permettant aux intéressés de mieux comprendre la façon dont les conditions socioéconomiques influencent la santé, tout comme la génétique, les habitudes de vie et les services de santé. Il est à espérer que cette conscientisation, conjuguée à une volonté politique, exercera un effet catalyseur sur le travail de collaboration intersectorielle nécessaire à la réduction des disparités en matière de santé.

⁽⁵⁰⁾ British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001), *op. cit.*

⁽⁵¹⁾ D. L. Williamson et coll. (2003), *op. cit.*

⁽⁵²⁾ P. Kendall, *Report on the Use of Provincial Health Goals in Regional Health Service Plans*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999.

⁽⁵³⁾ R. Dovell (2006), *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*, Kelowna: Interior Health, <http://www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/BD005CE4-E0DF-441A-8DD2-4AC315A359B2/0/PopHealthSDOHRReportOctober2006.pdf>.

La régie du district intérieur de la Colombie-Britannique reconnaît qu'une lutte efficace contre ces disparités nécessite des interventions tant sociales qu'économiques qui dépassent le cadre de ses responsabilités. Pour elle, le défi consiste à aller au-delà du traitement des maladies et de la promotion de habitudes de vie saines pour agir, de concert avec d'autres intervenants, sur les grands déterminants sociaux de la santé. Autrement dit, la régie régionale accepte la responsabilité particulière d'agir comme catalyseur du changement.

ActNow BC, initiative pangouvernementale de promotion de la santé lancée en 2006 au sein du ministère de la Santé, est l'un des principaux exemples d'action intersectorielle menée à l'échelle provinciale. ActNow BC cherche à améliorer la santé des habitants de la Colombie-Britannique par des mesures permettant de réduire les maladies chroniques et d'affronter les facteurs courants de risque, tels que l'inactivité, la mauvaise alimentation, l'obésité, le tabagisme et les habitudes de vie malsaines prises durant la grossesse. ActNow BC s'est fixé les objectifs suivants pour 2010 :

- Accroître de 20 p. 100 la proportion de résidents de la province qui sont physiquement actifs.
- Accroître de 20 p. 100 la proportion d'adultes qui consomment chaque jour au moins cinq portions de fruits et de légumes.
- Réduire de 20 p. 100 la proportion d'adultes qui ont un excès de poids ou sont obèses;
- Réduire de 10 p. 100 la consommation de tabac.
- Accroître de 50 p. 100 le nombre de femmes qui assistent à des séances d'information sur les dangers de l'alcool et du tabac durant la grossesse⁽⁵⁴⁾.

ActNow BC, qui est dirigé par un ministre d'État, met à contribution la totalité des 19 ministères provinciaux. Chaque ministère est tenu d'examiner son mandat, ses objectifs, ses programmes, ses activités et ses résultats dans une optique de promotion de la santé et de les faire correspondre aux objectifs d'ActNow BC. Le ministre d'État est responsable du marketing social et de la sensibilisation. Il donne des conseils et appuie les ministères, s'occupe de la surveillance et de l'évaluation et fait part au Cabinet des

⁽⁵⁴⁾ British Columbia Ministry of Health, *Backgrounder: About ActNow BC*, 23 mars 2006, http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2006HEALTH0017-000253-Attachment1.htm.

progrès réalisés. Un appui est assuré par le comité des sous-ministres adjoints d'ActNow BC, qui se compose de représentants de tous les ministères provinciaux. Le comité tient des réunions mensuelles au cours desquelles ses membres échangent des informations et discutent de stratégies. Ces réunions aident les sous-ministres adjoints à considérer le mandat et les activités de leurs ministères dans une optique de promotion de la santé, de façon à renforcer l'adhésion des ministères et de leurs dirigeants⁽⁵⁵⁾.

ActNow BC est aussi une initiative intersectorielle, qui déborde le cadre de l'administration provinciale. Plus de 70 partenaires du gouvernement fédéral, des administrations locales, du secteur non gouvernemental, des collectivités, des écoles et du secteur privé participent aux activités, veillant ainsi à étendre la responsabilité de l'amélioration de la santé de la population de la Colombie-Britannique à tous les secteurs de la société.

3.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Un certain nombre d'initiatives sont actuellement en cours en Colombie-Britannique en vue d'améliorer la base d'information dont peuvent se servir les décideurs qui adoptent une approche axée sur la santé de la population. Ainsi, l'Enquête sur la santé et le mieux-être de la Colombie-Britannique a été lancée en 2006 en vue de recueillir de meilleurs renseignements sur les habitudes de vie liées à la santé dans la province. Les données tirées de l'enquête ont une triple utilité : permettre aux collectivités locales de surveiller les cibles d'ActNow BC relatives aux habitudes de vie et les initiatives visant à atteindre ces cibles; servir à évaluer les grandes questions de santé publique; orienter l'élaboration des politiques publiques visant à améliorer la santé de la population de la province. L'enquête est conçue sur le modèle du Système rapide de surveillance des facteurs de risque de l'Ontario, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire qui se déroule pendant toute l'année et permet de suivre les facteurs comportementaux de risque pour la santé ainsi que l'état général de santé. L'enquête a été mise au point pour donner

⁽⁵⁵⁾ Gordon Hogg, ministre d'État, ActNow BC, Mémoire au Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 12 décembre 2007.

suite aux demandes de médecins, d'épidémiologistes, de planificateurs et d'administrateurs de la santé qui avaient besoin de données plus détaillées, au niveau local, que celles qui étaient auparavant recueillies en Colombie-Britannique⁽⁵⁶⁾.

Pour appliquer des données à l'échelle locale, l'Unité de surveillance de la santé de la population de la régie de la santé de l'île de Vancouver a conçu un système d'information géographique sur la santé, qui sert à la fois de plate-forme d'intégration de l'information et d'outil d'analyse détaillée dans une perspective de santé de la population⁽⁵⁷⁾. À l'aide de ce système et d'un vaste éventail de sources de données, il est possible d'examiner les services de santé et la planification des programmes dans une optique de santé de la population. Les renseignements tirés du système servent de base aux décisions de la régie de la santé de l'île de Vancouver quant à l'emplacement des services, à la composition et au nombre des équipes de gestion des cas et à l'éventail des services nécessaires.

Une étude a fait ressortir de sérieuses lacunes dans la capacité du milieu de la recherche de la Colombie-Britannique à utiliser les données sur la protection de la santé, la prévention des maladies et l'action sur les déterminants de la santé pour concevoir des politiques et des programmes, mais elle a révélé la présence dans chacune des cinq régions régionales de la santé d'au moins un employé pouvant faire de la recherche dans ces domaines⁽⁵⁸⁾. Au cours des deux dernières années, le Réseau de la santé de la population de la Colombie-Britannique a amené les chefs de file de la santé de la population de toutes les régions régionales de la santé à communiquer entre eux pour échanger les pratiques les plus fonctionnelles et renforcer les capacités⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁶⁾ British Columbia Provincial Health Services Authority, *British Columbia Health and Wellness Survey Descriptive Report*, janvier 2007.

⁽⁵⁷⁾ D. K. Barnard et W. Hu, « The Population Health Approach: Health GIS as a Bridge from Theory to Practice », *International Journal of Health Geographics*, 4, 23, 2007.

⁽⁵⁸⁾ Ron Dovell, *Discussion Paper: Capacity for Upstream Evidence in B.C.*, BC Population & Public Health Evidence Network, décembre 2006, <http://www.phabc.org/modules.php?name=Contentpub&pa=showpage&pid=34>.

⁽⁵⁹⁾ Lex Baas, régie régionale de la santé du district intérieur de la Colombie-Britannique, *Témoignages*, 12 décembre 2007.

Enfin, la régie provinciale des services de santé et la Direction de la gestion du savoir et de la technologie du ministère de la Santé ont chargé un groupe d'experts de déterminer l'état actuel des connaissances sur la santé de la population et les domaines où les données probantes demeurent insuffisantes. Les conclusions du groupe serviront de point de départ pour l'établissement du programme de recherche du ministère⁽⁶⁰⁾.

⁽⁶⁰⁾ Ron Dovell (2006), *op. cit.*

CHAPITRE 4 : MANITOBA⁶¹

4.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Depuis le début des années 1990, le ministère de la Santé appuie une approche axée sur la santé de la population qui vise à réduire les disparités en matière de santé. La terminologie de la santé de la population est présente dans les documents de politique et de planification des offices régionaux de la santé du Manitoba, mais le rôle des offices à l'égard des grands déterminants de la santé semble ambigu.
- Le programme Enfants en santé Manitoba est un exemple intéressant d'initiative interministérielle dirigée par un comité de haut niveau du Cabinet qui se fonde sur une approche intersectorielle pour améliorer le bien-être des enfants et des jeunes manitobains.
- Pour ce qui est des efforts en matière de santé de la population déployés à l'extérieur du secteur de la santé, un cadre stratégique et une optique de développement économique communautaire ont été élaborés afin d'institutionnaliser l'intégration des stratégies de développement communautaire dans les politiques et les programmes de l'ensemble des ministères provinciaux, mais des problèmes se sont posés au stade de la mise en œuvre.
- Le Manitoba a l'avantage de recueillir depuis longtemps des données administratives longitudinales, de disposer d'une bonne capacité de recherche conjointe et de pouvoir mener des activités d'application des connaissances acquises, ce qui lui procure une assise solide pour la surveillance, l'évaluation et la production de données pour élaborer des politiques publiques, des programmes et des pratiques favorables à la santé.

4.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

En 1992, Santé Manitoba a publié le *Plan d'action manitobain : Pour un meilleur système de santé*, qui énonçait le credo et les objectifs d'une stratégie devant définir la nouvelle politique de la santé et le mode de planification et de prestation des services au Manitoba pour les années 1990. Le Plan d'action comprenait une série

(61) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Manitoba*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

d'objectifs de réforme de la santé, dont l'amélioration de l'état de santé général des Manitobains et la réduction des disparités⁽⁶²⁾.

Les responsabilités provinciales en matière de santé de la population ont été décrites en 1997 dans le document *Cadre de planification visant à promouvoir, à préserver et à protéger la santé des Manitobains*. Elles comprenaient ce qui suit : 1) déterminer les priorités provinciales, 2) élaborer une stratégie provinciale de la santé, 3) évaluer l'état de santé et les besoins en matière de santé à l'échelle provinciale, 4) coordonner la stratégie de la santé à l'échelle de la province, 5) diriger des projets de recherche, y participer et communiquer les résultats⁽⁶³⁾.

La *Loi sur les offices régionaux de la santé* de 1997 définit les responsabilités des offices régionaux de la santé en matière de santé publique et de santé de la population. Chaque office est responsable de l'évaluation de l'état de santé et des besoins en santé dans la région qu'il dessert, de l'établissement des priorités régionales ainsi que de la gestion de l'organisation et de la prestation des programmes et des services⁽⁶⁴⁾. Il incombe en outre aux offices régionaux de surveiller les effets de leurs interventions sur la santé, de faire des recherches sur le terrain et de participer aux recherches provinciales⁽⁶⁵⁾.

Une récente enquête réalisée dans trois offices régionaux de la santé du Manitoba a montré à quel point il est difficile d'adopter une approche axée sur la santé de la population à l'échelle régionale. Peu de répondants ont dit de la santé de la population qu'elle nécessitait une action au niveau des déterminants de la santé et presque personne

⁽⁶²⁾ Kay Willson et Jennifer Howard, *Le Chaînon manquant : Les effets de la privatisation des soins de santé sur les femmes du Manitoba et de la Saskatchewan*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Prairies, 2000.

⁽⁶³⁾ Santé Manitoba, *Cadre de planification visant à promouvoir, préserver et protéger la santé de tous les Manitobains*, 1997, <http://www.gov.mb.ca/health/documents/planning.fr.pdf>.

⁽⁶⁴⁾ Benita Cohen, « Population Health as a Framework for Public Health Practice: a Canadian Perspective », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 9, 2006, p. 1574 à 1576.

⁽⁶⁵⁾ Santé Manitoba (1997), *op. cit.*

n'a évoqué la réduction des disparités sociales et économiques en matière de santé comme étant d'une importance cruciale dans l'optique de la santé de la population⁽⁶⁶⁾.

Le programme Enfants en santé Manitoba est un modèle d'action intersectorielle offrant une gamme complète de programmes et de services aux enfants, aux jeunes et aux familles, de la conception jusqu'à l'adolescence : Approche axée sur les parents et les enfants, Stratégie de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, Bébés en santé, Familles d'abord, Triple P ou Programme d'entraînement parental positif, Écoles en santé et Stratégie de développement des adolescents en santé. Lancé en 2000, le programme Enfants santé Manitoba fait intervenir différents ministères provinciaux, d'autres ordres de gouvernement et des groupes communautaires dans l'élaboration d'une politique publique axée sur l'enfant, qui prévoit une aide financière et des services communautaires de soutien à la famille⁽⁶⁷⁾.

Enfants en santé Manitoba est guidé par un comité ministériel qui se réunit tous les deux mois pour veiller à la coopération et à la coordination interministérielles des programmes et des services. Dirigé par la ministre déléguée à la Vie saine et appuyé par le Comité des sous-ministres pour Enfants en santé, le comité ministériel était composé des membres suivants du Cabinet en 2006-2007 : ministre de la Santé, ministre des Affaires autochtones et du Nord, ministre de la Justice, ministre de la Culture, du Patrimoine et du Tourisme, ministre du Travail et de l'Immigration et ministre déléguée à la Situation de la femme, ministre de l'Éducation, de la Citoyenneté et de la Jeunesse, ministre des Services à la famille et du Logement. L'existence de ce comité parmi le petit nombre de comités du Cabinet suffit pour indiquer que la santé des enfants et des jeunes constitue une importante priorité du gouvernement. À l'heure actuelle, le comité ministériel pour Enfants en santé du Manitoba est le seul groupe canadien de ce rang dont l'activité est consacrée aux enfants et aux jeunes⁽⁶⁸⁾.

⁽⁶⁶⁾ Benita Cohen (2006), *op. cit.*

⁽⁶⁷⁾ Enfants en santé Manitoba, *À propos du programme Enfants en santé Manitoba*, <http://www.gov.mb.ca/healthchild/about/index.fr.html>.

⁽⁶⁸⁾ Enfants en santé Manitoba, *Rapport annuel 2006-20007*, http://www.gov.mb.ca/healthchild/about/annual_report_2006_07_fr.pdf.

Un autre exemple d'action intersectorielle est l'adoption par le gouvernement d'un cadre stratégique et d'une optique de développement économique communautaire (DEC) devant régir l'élaboration des politiques et des programmes⁽⁶⁹⁾. La province considère le développement économique communautaire comme un processus dirigé par la collectivité, qui combine des objectifs sociaux, économiques et environnementaux pour bâtir des collectivités saines et économiquement viables⁽⁷⁰⁾. Le cadre stratégique aide les ministères à soutenir les initiatives économiques communautaires à objectifs multiples, qui permettent souvent d'agir sur plusieurs déterminants de la santé. Les fonctionnaires se servent de l'optique définie pour examiner les politiques et les programmes.

Pour faciliter les relations interministérielles, le gouvernement a créé un organisme central, le Secrétariat du Comité du Cabinet chargé du développement économique et communautaire, qui est responsable de la mise en œuvre de la politique de DEC. Par l'intermédiaire du Comité du Cabinet, le Secrétariat coordonne les grands projets économiques et de développement qui nécessitent une collaboration interministérielle. Il dirige aussi le groupe de travail sur le DEC, équipe interministérielle qui se réunit régulièrement pour sensibiliser l'administration publique au DEC et encourager l'utilisation du cadre stratégique et de l'optique de DEC.

La création d'un comité de haut niveau du Cabinet ne semble pas, dans ce cas, avoir eu autant de succès que le programme Enfants en santé Manitoba. Comme le Comité du Cabinet chargé du développement économique communautaire est responsable de tout un éventail de domaines, la politique de DEC a rarement été considérée comme prioritaire. De plus, le Comité ne disposait que de son pouvoir de persuasion pour influencer les activités des ministères et encourager la mise en œuvre du

⁽⁶⁹⁾ Fran Racher et Robert Annis, « Health Promotion in Manitoba: Partnering for Action », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2^e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007.

⁽⁷⁰⁾ Eugene Kostyra, « Fait au Manitoba : Cadre stratégique et perspective de développement économique communautaire », *Horizons*, vol. 8, n^o 2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_f.pdf.

cadre stratégique et de l'optique de DEC. Les ministères n'ayant pas été tenus responsables de leur contribution au DEC, la mise en œuvre a varié d'un ministère à l'autre⁽⁷¹⁾.

4.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le Manitoba est reconnu pour la très grande richesse de ses données sur la santé grâce à sa Base de données sur la santé de la population, qui existe depuis 30 ans. La province est bien servie non seulement par la multitude des données, mais aussi par le fait qu'elles sont conservées sous une forme qui permet de les relier à des renseignements individuels provenant d'autres secteurs ministériels, comme le logement, le soutien du revenu et l'éducation, pour obtenir un tableau détaillé des déterminants de la santé et de l'état de santé de la population⁽⁷²⁾. En fait, une revue des études réalisées entre 1994 et 2002 à l'aide de données administratives longitudinales a révélé que la proportion des recherches portant sur les déterminants socioéconomiques de la santé au Manitoba (22 p. 100) dépassait de loin celle de la Colombie-Britannique (6 p. 100) et de l'Ontario (3 p. 100)⁽⁷³⁾. La possibilité de relier des ensembles de données entre différents secteurs a l'avantage supplémentaire de renforcer la collaboration interministérielle⁽⁷⁴⁾.

À l'Université du Manitoba, le Centre for Health Policy and Evaluation utilise la Base de données sur la santé de la population pour déterminer l'état de santé des Manitobains en analysant leur utilisation des services de santé, mais aussi en examinant les facteurs sociaux et économiques qui agissent sur différents segments géographiques et démographiques de la population. Ses travaux de recherche ont permis d'établir que les

⁽⁷¹⁾ Byron Sheldrick et Kevin Warkentin, *The Manitoba Community Economic Development Lens: Local Participation and State Restructuring*, Centre canadien de politiques alternatives – Manitoba, avril 2007; et Shauna MacKinnon, « L'économie sociale au Manitoba : Concevoir une politique publique d'inclusion sociale », *Horizons*, vol. 8, n° 2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_f.pdf.

⁽⁷²⁾ Marni Brownell, *Inégalités en santé des enfants : évaluation des rôles de la famille, de la collectivité, de l'instruction et des soins de santé*, Atelier régional de l'ISPC, 2003.

⁽⁷³⁾ Leslie Roos, Verena Menec et R.J. Currie, « Policy analysis in an information-rich environment », *Social Science & Medicine*, vol. 58(11), p. 2231 à 2241, 2004.

⁽⁷⁴⁾ Noraloo Roos, Université du Manitoba, *Témoignages*, 13 février 2008.

habitants des secteurs relativement défavorisés recourent plus fréquemment aux services de santé et tendent à être moins bien portants que les autres⁽⁷⁵⁾. Le manque d'accès aux soins de santé n'est pas le seul élément qui contribue à ce gradient; il y a aussi des facteurs économiques et sociaux comme le chômage, le revenu et le niveau d'instruction. Il n'est donc pas surprenant que le segment le plus défavorisé de la population ait la plus forte demande de soins de santé. Par conséquent, le Manitoba s'efforce de réaffecter des ressources dans le système de santé de façon à répondre aux besoins sociaux des segments de la population qui ont le plus de difficultés, et tout particulièrement des enfants qui vivent dans la pauvreté⁽⁷⁶⁾. Ces travaux ont été enrichis par une équipe de recherche du Centre, dont le travail d'application des connaissances a permis de « fournir des renseignements précis en temps opportun aux décideurs, aux analystes et aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent offrir des services à la fois efficaces et efficients pour améliorer la santé des Manitobains »⁽⁷⁷⁾.

⁽⁷⁵⁾ Norman Frohlich et coll., *A Report on the Health Status, Socio-Economic Risk and Health Care Use of the Manitoba Population 1992-93 and Overview of the 1990-91 to 1992-1993 Findings*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1994.

⁽⁷⁶⁾ John Frank et Fraser Mustard, *The Determinants of Health from a Historical Perspective*, Founders Network, 1998.

⁽⁷⁷⁾ Instituts canadiens de recherche en santé, D^{re} Patricia Martens – *L'équipe qui a besoin de savoir et le Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba*, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29970.html>.

Un autre point fort du travail de recherche sur la santé de la population au Manitoba est le partenariat officiel entre les Premières nations de la province et les chercheurs du département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba⁽⁷⁸⁾. Ce partenariat, formé il y a 20 ans, a donné naissance à des façons nouvelles et innovatrices d'élaborer des organismes, des initiatives de formation et des projets qui renforcent les principes de gouvernance des Premières nations. Ainsi, les efforts de l'Assemblée des chefs du Manitoba et de l'Unité de recherche sur la santé de la population du Nord ont permis de créer le Centre for Aboriginal Health Research, qui organise, coordonne et appuie des activités de recherche conçues pour aider les Premières nations ainsi que les communautés et les organismes autochtones à promouvoir la guérison, le mieux-être et l'amélioration des services de santé.

⁽⁷⁸⁾ John O'Neil, Brenda Elias et Jennie Wastesicoot, « Building a Health Research Relationship Between First Nations and the University in Manitoba », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. 1, p. S9 à S12, 2005.

5.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 2001, le Comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a recommandé l'adoption d'une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population. Son cadre de promotion du mieux-être a fourni au gouvernement une vaste orientation stratégique de portée générale visant à l'amélioration de la santé de la population.
- Le Comité spécial a recommandé l'élaboration d'un plan d'action appuyant la mise en œuvre de cette stratégie au moyen d'un mécanisme de coordination interministériel de haut niveau, par exemple un comité composé de sous-ministres.
- En 2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a rendu public le détail d'une stratégie du mieux-être, qui ne reflète cependant pas l'approche pangouvernementale recommandée par le Comité spécial pour l'amélioration de la santé de la population. Cette stratégie ne porte que sur les contributions du secteur de la santé, qui se résument à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.
- Le Comité de stratégie du mieux-être des sous-ministres a été mis sur pied dans le cadre de la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick. Il assurera notamment la promotion et la coordination des activités du gouvernement concernant le mieux-être et facilitera l'élaboration soutenue de la politique sur la santé publique. Il pourrait s'agir d'une importante étape vers l'adoption d'une approche plus vaste axée sur la santé de la population.

5.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Depuis deux décennies, on ne cesse de débattre, au Nouveau-Brunswick, de la vision globale de la santé et des stratégies relatives à la santé de la population. En 1989, la Commission sur certains programmes de soins de santé a souligné les limites du système de santé et la nécessité d'examiner des solutions de remplacement pour le développement de populations en santé. Elle a affirmé qu'il incombait au gouvernement de fixer des objectifs, des buts et des cibles en matière de santé pour que les politiques économique et sociale donnent des résultats. Elle a également fait observer que les gens avaient besoin d'aide pour faire des choix de vie sains dans leur vie et qu'ils devaient pour cela mieux comprendre les facteurs qui entraînent une bonne ou une mauvaise santé.

Il fallait également les aider à faire des choix éclairés relatifs aux traitements et aux soins parallèles. De plus, la Commission a souligné qu'à l'instar des ministères de la Santé et de l'Éducation, d'autres ministères tels que l'Environnement, le Soutien du revenu, le Travail, les Transports, l'Agriculture, les Pêches, l'Habitation et la Justice devraient se concerter pour créer un programme de promotion de la santé et d'éducation en matière de santé qui s'adresse aux personnes à faible revenu, aux enfants d'âge scolaire, aux parents, aux bénéficiaires de soins prénataux et postnataux, aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes handicapées, et qu'ils devraient y prendre part activement⁽⁷⁹⁾.

Pour donner suite à ce qui précède, le gouvernement provincial a publié en 1990 *Santé 2000*, qui appuyait le concept global de la santé défini par l'Organisation mondiale de la santé dans son plan *La santé pour tous d'ici l'an 2000*. Dans *Santé 2000*, le gouvernement a également énoncé cinq buts en matière de santé qui forment un cadre pour la planification, l'établissement des priorités et l'évaluation des programmes.

1. Faire en sorte que les résidents du Nouveau-Brunswick vivent plus longtemps sans maladie, invalidité ou handicap majeurs.
2. Chercher davantage à promouvoir la santé et à prévenir la maladie.
3. Faire en sorte que les personnes, les familles et les collectivités soient saines, fortes et solidaires.
4. Favoriser la création d'environnements sûrs pour tous les Néo-Brunswickois.
5. S'il y a lieu, rendre les services de santé et les services communautaires plus accessibles, plus abordables et mieux adaptés aux besoins de la population du Nouveau-Brunswick⁽⁸⁰⁾.

Dans *Santé 2000*, on invitait aussi les ministères, les fournisseurs de services de santé, les organismes communautaires et les personnes à transformer les buts en objectifs, cibles et actions stratégiques. Dans le document intitulé *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, publié en 1993, on a établi des objectifs

⁽⁷⁹⁾ Commission sur certains programmes de soins de santé, *Rapport*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, mai 1989.

⁽⁸⁰⁾ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Vers une stratégie globale en matière de santé – Santé 2000 : Vision, principes et objectifs*, 1990.

par domaine de priorité afin de surveiller l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick⁽⁸¹⁾.

En 1999, une commission mandatée par le gouvernement provincial a recommandé, elle aussi, l'adoption d'un modèle de mieux-être axé sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ce qui est peut-être plus intéressant encore, c'est qu'elle a recommandé au gouvernement de faire appel à tous les secteurs de la politique publique afin de favoriser la santé de manière coordonnée grâce à un comité de sous-ministres qui aurait aussi pour mandat de surveiller continuellement l'incidence des politiques, nouvelles et bien établies, sur les déterminants de la santé⁽⁸²⁾.

En 2000, le Comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a présenté un premier rapport sur les différentes politiques provinciales sur la santé et le mieux-être. Ce rapport contenait un répertoire des politiques, programmes et initiatives ayant une incidence sur les déterminants de la santé, qui a été élaboré à partir de renseignements fournis par les sous-ministres. Les politiques et les programmes de 15 ministères et organismes ont été classés en fonction de leur incidence sur huit déterminants de la santé (revenu et situation sociale, réseaux de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnement physique, santé personnelle et capacité d'adaptation, sain développement dans l'enfance et services de santé). Reconnaissant que de nombreux programmes gouvernementaux contribuent à la santé de la population, le Comité a signalé qu'il n'y avait encore aucune orientation coordonnée, globale et de haut niveau grâce à laquelle on pourrait s'assurer que tous les ministères s'efforcent d'améliorer la santé de la population⁽⁸³⁾.

⁽⁸¹⁾ Government of New-Brunswick, *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, 1993.

⁽⁸²⁾ Comité d'examen des soins de santé, *Rapport du Comité*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, février 1999.

⁽⁸³⁾ Comité spécial des soins de santé, *Rapport d'étape sur la stratégie du mieux-être*, premier rapport, deuxième session, 54^e législature du Nouveau-Brunswick, 15 juin 2000, <http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/healthfirstrep-f/healthfirstrep-f.asp>.

Un an plus tard, le Comité spécial des soins de santé a publié un deuxième rapport intitulé *Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick* dans lequel il a recommandé une approche pangouvernementale novatrice axée sur la santé de la population. La stratégie proposée était axée sur les modes de vie sains, les enfants et les jeunes, les aînés, les collectivités et le milieu de travail. Parmi les éléments clés nécessaires à la mise en œuvre efficace de la stratégie, indiquons le leadership du gouvernement, la collaboration et les partenariats, la recherche reposant sur des données probantes, la surveillance et la production de rapports, la participation des citoyens et l'engagement à long terme. Dans son rapport, le Comité a recommandé que tous les ministères effectuent une évaluation des incidences sur la santé lorsqu'ils élaborent ou revoient des politiques et des programmes; il a aussi recommandé que le thème de la santé de la population soit intégré au système de mesure du rendement du gouvernement. Pour favoriser l'action intersectorielle, le Comité a recommandé l'établissement d'un centre de liaison de premier plan au sein du gouvernement. Le mandat de ce centre de liaison, ou secrétariat, se résumerait comme suit : 1) travailler avec d'autres ministères et intervenants; 2) représenter une source de connaissances sur le mieux-être; 3) publier un rapport annuel sur le mieux-être de la population; 4) favoriser l'utilisation d'une approche communautaire axée sur le mieux-être. Enfin, le Comité a recommandé l'établissement d'un mécanisme de coordination interministériel de haut niveau, par exemple un comité composé de sous-ministres, pour l'élaboration d'un plan d'action concernant la mise en œuvre de la stratégie⁽⁸⁴⁾.

En 2002, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé, créé en 2000 et doté d'un mandat de deux ans, a publié un rapport sur le renouvellement du système de santé. Le Conseil affirmait : « La santé de la population du Nouveau-Brunswick n'est pas déterminée par les seuls investissements dans le système de santé. Le revenu, les conditions de travail, l'environnement, le développement de la petite enfance, l'éducation et le soutien social sont des déterminants sociaux de la santé, tout comme le mode de vie et les services de santé. Des changements durables dans l'état

⁽⁸⁴⁾ Comité spécial des soins de santé, *Ensemble pour le mieux-être – Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick*, deuxième rapport, troisième session, 54^e législature du Nouveau-Brunswick, avril 2001, <http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports-f.asp>.

de santé des Néo-Brunswickois passent par tous ces facteurs. » Le Conseil a donc appuyé les recommandations du Comité spécial des soins de santé et a affirmé que le schéma directeur du renouvellement du système de santé proposé devrait reposer sur la mise en œuvre des recommandations détaillées et réfléchies du Comité spécial⁽⁸⁵⁾.

En 2004, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick – Plan provincial de la santé 2004-2008*. Fait intéressant, il y mentionnait l'amélioration de la santé de la population comme sa première priorité stratégique et annonçait qu'il comptait mettre en œuvre une stratégie du mieux-être. Dans ce document, le gouvernement a approuvé l'orientation générale préconisée par le Comité spécial des soins de santé dans son rapport; il ne s'est toutefois pas engagé à adopter l'approche pangouvernementale à l'égard de la santé que recommandait le Comité spécial. En fait, *Un avenir en santé* traite uniquement des contributions du secteur de la santé, qui se traduisent par la promotion de la santé et par la prévention des maladies⁽⁸⁶⁾. Des experts croient toutefois que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies pourraient être considérées comme les premières étapes de l'élaboration d'une approche globale axée sur la santé de la population⁽⁸⁷⁾.

Le document *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick*, publié en 2006, fournit des précisions au sujet des initiatives qui allaient former la stratégie du mieux-être, annoncée dans le rapport *Un avenir en santé*. Cette stratégie vise l'augmentation de l'activité physique, la promotion d'une alimentation saine, la prévention et la réduction du tabagisme, ainsi que l'adoption de mesures favorisant la santé mentale et la résilience psychologique, et elle met l'accent sur les partenariats de même que sur la collaboration. Elle prévoyait une campagne de marketing social

⁽⁸⁵⁾ Rapport du Conseil du premier ministre, *Renouvellement du système de santé*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, janvier 2002, <http://www.gnb.ca/0089/documents/f-phqc.pdf>.

⁽⁸⁶⁾ Ministère de la Santé et du Mieux-être, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick – Plan provincial de la santé 2004-2008*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2004, <http://www.gnb.ca/0051/promos/healthplan/index-f.asp>.

⁽⁸⁷⁾ Monique Allain et Marlien MacKay, « Nouveau-Brunswick: Government Policy and Action », *Health Promotion in Canada – Critical Perspectives*, deuxième édition, 2007, p. 189 et 190.

multimédias ayant pour objectif de mieux faire connaître les avantages d'un mode de vie sain et actif et d'encourager les citoyens à assumer davantage la responsabilité de leur santé⁽⁸⁸⁾. Cette campagne a été lancée en 2007 et avait pour thème « Destination : mieux-être »⁽⁸⁹⁾.

Fait digne d'être mentionné, le gouvernement du Nouveau-Brunswick collabore avec d'autres gouvernements des provinces de l'Atlantique à l'élaboration d'une stratégie du mieux-être pour la région; les premiers ministres des provinces de l'Atlantique demandent l'élaboration d'une stratégie nationale du mieux-être avec la coopération de l'ensemble des provinces et des territoires⁽⁹⁰⁾.

5.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Dans le cadre de la Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, le gouvernement investit dans une étude longitudinale et dans un projet de recherche grâce auxquels il pourra évaluer systématiquement les progrès accomplis au fil du temps. Un comité de stratégie du mieux-être composé de sous-ministres surveillera la mise en œuvre de la Stratégie et présentera un rapport d'étape tous les quatre ans. Ce comité doit également promouvoir et coordonner les activités de mieux-être du gouvernement et faciliter l'élaboration soutenue de politiques de santé publique⁽⁹¹⁾. Voilà qui pourrait ouvrir la voie à une approche globale concernant la santé de la population.

⁽⁸⁸⁾ Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick : Une initiative du Plan provincial de la santé*, janvier 2006, http://www.cahperd.ca/eng/advocacy/cross_canada/documents/wellnessstrategy2006.pdf.

⁽⁸⁹⁾ Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, *Le Nouveau-Brunswick est invité à se diriger vers la « Destination : mieux-être »*, communiqué, gouvernement du Nouveau-Brunswick, 5 septembre 2007, <http://www.gnb.ca/cnb/newsf/wcs/2007f1104wc.htm>.

⁽⁹⁰⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Premiers Discuss Action on Issues of Mutual Concern*, communiqué, 22 novembre 2002, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2002/exec/1122n07.htm>.

⁽⁹¹⁾ Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick (2006), *op. cit.*

6.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le Plan social stratégique de Terre-Neuve-et-Labrador énonçait en 1998 une vision pour le développement social à long terme, en intégrant le développement social et le développement économique et en harmonisant l'investissement social avec les stratégies de développement communautaire et régional. Des consultations provinciales menées par un comité consultatif externe ont servi à l'élaboration du Plan. Sous l'égide du Comité de la politique sociale du Cabinet, le Plan a été mis en œuvre grâce à un partenariat entre les groupes communautaires, les conseils régionaux, les citoyens et les pouvoirs publics.
- Terre-Neuve-et-Labrador est la deuxième province canadienne à s'attaquer à la réduction de la pauvreté au moyen d'une stratégie exhaustive et intégrée. Sous la direction d'un comité ministériel, le plan décennal de la province vise à améliorer l'accès des personnes à faible revenu aux services, à renforcer le filet de sécurité sociale, à hausser les revenus d'emploi, à renforcer le développement de l'enfance et à améliorer le niveau général d'instruction de la population.
- Le Plan de mieux-être de Terre-Neuve-et-Labrador de 2006 représente la plus importante initiative de promotion de la santé dans l'histoire de la province. Dans un premier temps, il met l'accent sur un mode de vie sain fondé sur une alimentation saine, sur l'activité physique, sur la répression du tabagisme et sur la prévention des blessures; dans un second temps, il insiste sur la santé mentale, l'hygiène de l'environnement, le développement de l'enfance et de la jeunesse et la protection de la santé. Élaboré à la lumière de consultations tenues auprès d'un conseil consultatif sur le mieux-être, composé de représentants provenant d'un large éventail d'organismes non gouvernementaux et de ministères, le Plan est mis en œuvre par le ministère de la Santé et des Services communautaires.
- En matière de surveillance et d'évaluation, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a effectué la première vérification sociale provinciale au Canada. Pour ce faire, il a dû créer l'infrastructure requise pour évaluer la mise en œuvre du Plan social stratégique. Il a aussi créé une base de données socioéconomiques exhaustive et accessible au public, appelée Comptes communautaires, qu'exploite le ministère des Finances. De plus, il a effectué une étude détaillée afin de savoir dans quelle mesure les changements apportés aux processus opérationnels gouvernementaux ont porté fruit cinq ans après le lancement du Plan.

6.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Au cours des dix dernières années, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mené, de façon coordonnée, une série d'initiatives stratégiques portant sur les divers déterminants de la santé.

A. Plan social stratégique

Les bouleversements socioéconomiques occasionnés par la fermeture de la pêche à la morue au début des années 1990 ont mis en évidence la nécessité de modifier complètement la politique gouvernementale. Après la publication de son plan économique stratégique en 1992, le gouvernement a décidé d'élaborer un plan social exhaustif qui servirait à orienter les mesures à long terme et à déterminer les orientations stratégiques, les processus et les résultats.

En 1998, le gouvernement a approuvé le Plan social stratégique⁽⁹²⁾ quinquennal qui balisait l'élaboration d'une approche à long terme pour le développement social de la province. Ce plan reposait sur la vision d'une population en meilleure santé et plus instruite habitant des collectivités dynamiques et autonomes. Il reconnaissait explicitement que le développement social et le développement économique sont liés et que l'on ne peut s'occuper de l'un sans s'occuper de l'autre. Le Plan marquait un virage dans les politiques de développement social : on mettait l'accent non plus sur les gens mais sur les collectivités, afin d'intégrer le développement social et le développement économique aux échelons local et régional. De cette façon, les politiques ne viseraient pas à régler des problèmes en particulier, mais elles s'attaqueraient aux causes de ces problèmes, tout en tenant compte des besoins des personnes, du contexte communautaire et de l'environnement socioéconomique. Le renforcement des collectivités et des régions aiderait celles-ci à atteindre l'autonomie; il favoriserait ainsi le bien-être individuel et communautaire et fournirait une pluralité de choix. De plus, on espérait qu'« en réorientant les programmes et les services sociaux, de la résolution des

⁽⁹²⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *People, Partners and Prosperity: A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, 1998, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/ssp.pdf>.

problèmes à l'élimination des causes, on obtiendrait une programmation plus efficace et plus économique »⁽⁹³⁾.

Le Plan a été mis en œuvre grâce à un partenariat formé de groupes communautaires, de conseils régionaux, de citoyens et des pouvoirs publics. Il encourageait les ministères à collaborer entre eux, avec d'autres ordres de gouvernement et au sein des collectivités. Il a débouché sur la création de six comités directeurs régionaux ayant pour but d'aider les organismes gouvernementaux et communautaires à déterminer ensemble les problèmes liés au développement social ou économique des régions concernées et de les résoudre. Au sein du gouvernement, le Comité de la politique sociale du Cabinet a dirigé la mise en œuvre du Plan et devait veiller à la réalisation des objectifs suivants :

- intégrer la politique et la planification sociales et économiques;
- diriger les affaires gouvernementales de manière à favoriser la coordination et l'intégration et à mettre l'accent sur la responsabilité à l'égard des résultats;
- assurer la participation significative du public à la conception et à la prestation de services publics par le truchement de structures régionalisées/décentralisées;
- renforcer la capacité des régions à soutenir l'action communautaire en vue de l'atteinte d'objectifs de développement social et garantir la coordination des mesures prises pour obtenir les résultats prévus dans le Plan;
- effectuer un virage, dans la politique et les programmes, c'est-à-dire délaissier les interventions d'urgence et les mesures après coup au profit de mesures de prévention et d'intervention précoce.

Cinq ans après le lancement du Plan social stratégique, le gouvernement a évalué les progrès accomplis en fonction des objectifs qui y étaient énoncés, au moyen d'une vérification sociale. Les résultats de l'évaluation sont passés en revue dans la partie du présent chapitre qui porte sur la surveillance et l'évaluation.

B. Plan de santé stratégique

S'inspirant des grandes orientations sociales fixées dans le Plan social stratégique et conscient de la nécessité d'apporter des changements au réseau provincial

⁽⁹³⁾ *Ibid.*

de services de santé et communautaires, le gouvernement a organisé des forums régionaux dans le cadre de consultations menées à l'automne 2001. Se fondant sur les commentaires recueillis au cours de ces consultations, il a inscrit trois objectifs dans un plan de réforme visant à améliorer :

- la santé de la population de Terre-Neuve-et-Labrador;
- la capacité des collectivités à favoriser la santé et le mieux-être;
- la qualité, l'accessibilité et la durabilité des services de santé et communautaires.

Dans le document intitulé *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*⁽⁹⁴⁾, des objectifs et des stratégies liés à chaque objectif sont fixés, notamment l'élaboration d'une stratégie du mieux-être visant à accroître les comportements sains, le renforcement des partenariats communautaires axés sur la santé et le bien-être, et l'amélioration des soins de longue durée et des services de santé mentale. Des cibles de planification quinquennales ont été fixées pour chaque objectif.

C. Projet de charte de la santé

À la suite d'un engagement pris dans le discours du Trône en mars 2002, le gouvernement a mené des consultations publiques sur un projet de charte provinciale de la santé⁽⁹⁵⁾. Cette charte est censée avoir deux fonctions : veiller à ce que les résidents de la province sachent ce qu'ils peuvent attendre du réseau des services de santé et communautaires et définir les responsabilités des citoyens à l'égard de leur santé et de leur bien-être.

Dans le projet de charte, la santé était présentée comme étant l'affaire des individus, des familles et des collectivités⁽⁹⁶⁾. Selon le document, parmi les 14 points que

⁽⁹⁴⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Health and Community Services, 2002, <http://www.health.gov.nl.ca/health/strategiehealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf>.

⁽⁹⁵⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Public consultations on Provincial Health Charter*, communiqué, 26 février 2003, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2003/health/0226n04.htm>.

⁽⁹⁶⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Building a Healthier Future: Development of a Health Charter for Newfoundland and Labrador*, document de discussion public, 26 février 2003, <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/HealthCharter2003.pdf>.

les résidents de la province pouvaient attendre du système de santé et de services communautaires certains portent sur d'autres déterminants, soient :

- un environnement propre et sûr qui favorise la santé et le bien-être;
- des politiques publiques tenant compte des incidences possibles sur la santé de la population;
- une formule de partenariat qui permet aux gens, aux familles et aux collectivités de prendre en charge leur santé et leur bien-être;
- des mesures collectives, par exemple la vaccination, qui offrent une protection contre les principaux risques pour la santé.

Le projet de charte n'a pas été poursuivi après les élections provinciales et le changement de gouvernement en novembre 2003.

D. Stratégie de réduction de la pauvreté

Après le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador était la deuxième province canadienne à s'attaquer à la pauvreté au moyen d'une stratégie exhaustive et intégrée. Dans le discours du Trône de 2005, le gouvernement provincial s'est engagé à faire de Terre-Neuve-et-Labrador, province qui compte le taux de pauvreté le plus élevé au Canada, la province qui comptera le taux le plus bas après dix ans, grâce à une stratégie globale de réduction de la pauvreté. Il fallait s'attaquer à la pauvreté – c'est-à-dire améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant dans la pauvreté – afin de bâtir une province en santé, solide et prospère⁽⁹⁷⁾.

Le gouvernement a demandé aux partenaires de se joindre à lui pour déterminer quels seraient les meilleurs moyens de réduire la pauvreté dans la province⁽⁹⁸⁾. Des centaines de personnes ont participé aux audiences qu'il a tenues et, en juin 2006, il a

⁽⁹⁷⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Human Resources, Labour and Employment, juin 2006, <http://www.hrle.gov.nl.ca/hrle/poverty/poverty-reduction-strategy.pdf>.

⁽⁹⁸⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty in Newfoundland and Labrador: Working Towards a Solution*, Department of Human Resources, Labour and Employment, juin 2005, <http://www.gov.nl.ca/publicat/povertydiscussion-final.pdf>.

publié le rapport *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*⁽⁹⁹⁾. Ce rapport traduit une vision selon laquelle « la pauvreté a été éliminée, [...] et tous les individus sont appréciés, peuvent se réaliser pleinement et ont accès aux mesures de soutien dont ils ont besoin pour se prévaloir des avantages socioéconomiques offerts par Terre-Neuve-et-Labrador »⁽¹⁰⁰⁾. S'appuyant sur les grandes orientations établies pour prévenir, réduire et alléger la pauvreté, le plan d'action renferme cinq buts à moyen terme, pour les quatre premières années : 1) améliorer la coordination des services offerts aux personnes à faible revenu et leur en faciliter l'accès; 2) renforcer le filet de sécurité sociale; 3) accroître les revenus; 4) mettre davantage l'accent sur le développement de la petite enfance; 5) élever le niveau d'instruction de la population. Chacun de ces buts est étayé d'objectifs à moyen terme qui feront l'objet d'une évaluation à la fin de la période de quatre ans. Les premières mesures adoptées pour la réalisation de ces buts procéderont d'une démarche multidimensionnelle et consisteront à :

- hausser les prestations d'aide sociale et d'invalidité et les indexer au coût de la vie;
- augmenter le salaire minimum;
- construire plus de logements abordables;
- supprimer les pénalités qui frappent les revenus des bénéficiaires de l'aide sociale;
- étendre le régime de médicaments sur ordonnance aux travailleurs à faible revenu;
- recourir à des mesures de soutien de l'emploi appropriées pour les jeunes, les personnes handicapées et les Autochtones;
- améliorer les mesures de soutien destinées aux groupes vulnérables dans le système juridique;
- mettre l'accent sur le développement de la petite enfance;
- réduire le décrochage scolaire;
- favoriser l'accès accru à l'éducation postsecondaire et à l'éducation des adultes⁽¹⁰¹⁾.

Dans le plan d'action, on reconnaît que la lutte contre la pauvreté nécessite l'apport des échelons supérieurs du gouvernement. À cette fin, un comité ministériel a été mis sur pied. En voici la composition : ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi et ministre responsable de la Société de logement de Terre-Neuve-et-du

⁽⁹⁹⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, *op. cit.*

⁽¹⁰⁰⁾ *Ibid.* [traduction]

⁽¹⁰¹⁾ Campagne 2000, *Pour améliorer le sort précaire des jeunes familles avec enfants*, 2007, <http://www.fallingfortunes.ca/portal/images/stories/raisingfallingfortunesfr.pdf>.

Labrador, de l'Agence des relations de travail, de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et des accidents du travail et des Affaires du Labrador (responsable); ministre responsable des Affaires autochtones; ministre de l'Éducation et ministre responsable de la Situation de la femme; ministre des Finances; ministre de la Santé et des Services communautaires; ministre de l'Innovation, du Commerce et du Développement rural et ministre responsable du Secrétariat rural; ministre de la Justice.

Le Comité ministériel est appuyé par le Comité des sous-ministres et par un groupe de travail interministériel. Des mécanismes déjà en place, notamment l'évaluation et la surveillance des programmes et la présentation des résultats dans les rapports annuels des ministères, servent en premier lieu à évaluer l'avancement du plan d'action; d'autres mécanismes seront adoptés au besoin. De plus :

- le ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi présentera chaque année un rapport d'étape à la Chambre de l'assemblée;
- tous les deux ans, il sera publié un rapport faisant état des progrès accomplis en fonction d'indicateurs et recommandant des moyens de combler les lacunes;
- les rapports annuels des ministères et d'autres outils de reddition de comptes feront état des résultats des initiatives ministérielles, incluant les mesures de coordination et d'intégration qui sont prises.

E. Plan provincial de mieux-être

En 2003, un conseil consultatif provincial sur le mieux-être a recommandé au ministre de la Santé et des Services communautaires d'adopter une stratégie provinciale du mieux-être. En 2006, se fondant sur ces recommandations et tablant sur les initiatives et les ressources existantes, le gouvernement a mis en œuvre le Plan de mieux-être de Terre-Neuve-et-Labrador⁽¹⁰²⁾, qui vise à améliorer la santé et le bien-être de la population. Doté d'un budget de 2,4 millions de dollars, ce plan représente le plus grand

⁽¹⁰²⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, étape I, 2006-2008, <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2006/wellness-document.pdf>.

investissement ponctuel jamais effectué dans la province pour la promotion de la santé⁽¹⁰³⁾.

Le Plan s'inscrit dans un certain nombre de stratégies directement liées à la vie saine et au mieux-être, dont la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains⁽¹⁰⁴⁾, qui sont mises en œuvre dans la province, dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada. Les messages contenus dans le Plan invitent les citoyens, les groupes et les collectivités à prendre soin de leur santé et de leur mieux-être en ayant une alimentation saine, en faisant de l'activité physique, en s'abstenant de fumer et en gérant le stress de manière positive. De cette façon, le Plan « vise à équilibrer le programme de santé et met l'accent non plus sur le traitement des maladies mais sur la promotion de modes de vie sains de même que sur le mieux-être »⁽¹⁰⁵⁾. L'étape I du Plan (2006-2008) porte sur les habitudes alimentaires saines, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et la prévention des blessures. L'étape II portera sur la promotion de la santé mentale, l'hygiène de l'environnement, le développement des enfants et des jeunes et la protection de la santé.

Dans le Plan, on insiste sur les comportements individuels, mais on reconnaît qu'un certain nombre d'initiatives, liées au secteur de la santé et à d'autres secteurs, ont une incidence sur le mieux-être⁽¹⁰⁶⁾. Le cercle de la santé – cadre de promotion de la santé⁽¹⁰⁷⁾ est un outil qui permet de tenir compte des effets des autres déterminants de la santé. Il regroupe les principaux éléments de promotion du mieux-être à l'intérieur d'une démarche globale; il tient compte de la santé de la population, des déterminants de la santé et des cinq méthodes de promotion de la santé prévues dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Le cercle de la santé a été choisi comme

⁽¹⁰³⁾ Eleanor Swanson, « Newfoundland and Labrador: Government Policy and Action », Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, deuxième édition, Toronto, Canadian Scholars Press Inc., 2007.

⁽¹⁰⁴⁾ Agence de la santé publique du Canada, *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

⁽¹⁰⁵⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, op. cit.[traduction]

⁽¹⁰⁶⁾ *Ibid.*

⁽¹⁰⁷⁾ *Ibid.*

balise pour la planification, l'exécution et l'évaluation des mesures, des initiatives et des programmes liés aux priorités de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de mieux-être.

6.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Bien que chacune des initiatives susmentionnées possède ses propres mécanismes de surveillance et de production de rapports, les outils et les processus créés pour l'évaluation du Plan social stratégique revêtent un intérêt particulier en raison de la démarche multidimensionnelle adoptée pour la collecte de données pertinentes et pour l'évaluation du changement à différents niveaux. Plus précisément, lorsque le Plan a été annoncé en 1998, le gouvernement s'est engagé à réaliser une vérification sociale en quatre temps afin de mesurer le progrès social dans la province cinq ans après la mise en œuvre du Plan. Terre-Neuve-et-Labrador est l'unique province à effectuer une vérification sociale⁽¹⁰⁸⁾.

- L'étape 1 de la vérification a porté sur les Comptes communautaires, lesquels fournissent un tableau socioéconomique en ligne des collectivités et des secteurs de compétence de la province, notamment au sujet des niveaux d'emploi, de la santé et de l'instruction (se reporter à la rubrique ci-dessous).
- L'étape 2 de la vérification était la compilation du rapport *From the Ground Up*⁽¹⁰⁹⁾, qui présente des données de référence concernant un large éventail d'indicateurs socioéconomiques qui servent de points de comparaison entre les secteurs et au fil du temps.
- Le rapport *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*⁽¹¹⁰⁾ consistait en une analyse des changements dans la façon dont le gouvernement s'y prend pour exécuter le Plan social stratégique.
- La dernière étape de la vérification sociale consistait à déterminer si les ressources étaient affectées en fonction du développement social à long terme de la province. Toutefois, comme le Secrétariat rural, établi en février 2004, est devenu responsable du Bureau du Plan social stratégique, on ignore si cette étape a été menée à bien.

⁽¹⁰⁸⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *Report Acknowledges Shift in Government Thinking*, communiqué, 13 février 2004, <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2004/exec/0213n03.htm>.

⁽¹⁰⁹⁾ Government of Newfoundland and Labrador, *From the Ground Up*, 2 avril 2003, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural//TOCftgu.asp>.

⁽¹¹⁰⁾ Jane Helleur & Associates Inc., *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*, 15 décembre 2003, <http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/learningstudy-dec2003.pdf>.

Les étapes de la vérification sociale portant sur les Comptes communautaires et sur l'étude sur l'apprentissage sont décrites plus en détail ci-dessous.

A. Comptes communautaires

Les Comptes communautaires constituent un système d'information novateur qui procure en ligne, tout au même endroit, des données communautaires, régionales et provinciales provenant de différentes sources. Il s'agit du premier système d'échange et de consultation de données en ligne au Canada, dont l'accès est illimité et gratuit et qui permet la consultation ainsi que l'analyse de données jusqu'au niveau communautaire.

Comme le Plan social stratégique portait sur des questions recoupant plusieurs secteurs, il fallait établir un système d'information et d'évaluation procédant d'une démarche intégrée et fondée sur des données probantes pour l'élaboration de politiques et de programmes, grâce à la collaboration entre les ministères et entre les principaux secteurs socioéconomiques. Dans bien des cas, les décideurs ou les simples citoyens n'ont pas facilement accès aux données et aux indicateurs clés sociaux, économiques et relatifs à la santé dont ils ont besoin pour se faire une idée précise de la santé et du bien-être de la collectivité; le prix à payer pour les obtenir est souvent très élevé ou il faut passer beaucoup de temps à les recueillir manuellement ou par d'autres moyens. Les Comptes communautaires constituent une source unique, accessible et globale pour ce genre d'information.

Le système permet de créer des tableaux et des graphiques explicatifs personnalisés en fonction d'indicateurs socioéconomiques clés qui sont organisés par région géographique ou par thème à l'intérieur de dix comptes différents : dépenses domestiques, revenu, indicateurs sociaux, santé, marché du travail, production, données démographiques, études, ressources/richeesse et environnement. Un autre compte, le mieux-être, permet aux utilisateurs d'assembler des données provenant des domaines susmentionnés pour mieux comprendre les facteurs qui déterminent l'état et l'évolution

de leurs collectivités et régions⁽¹¹¹⁾. On peut obtenir des informations concernant 400 collectivités, 80 subdivisions de recensement (régions locales), 20 zones de développement économique et l'ensemble de la province. On peut également obtenir des données au niveau des régions du Secrétariat rural, des régions de la santé, des districts scolaires et des régions de Ressources humaines et Développement social Canada.

Les Comptes communautaires reposent sur un modèle conçu par Doug May, de l'Université Memorial, avec la collaboration du Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, et sont tenus par la Direction générale de l'économie et de la statistique du ministère des Finances, de concert avec d'autres ministères ainsi qu'avec des entreprises privées et des citoyens.

B. Étude sur l'apprentissage

Il était entendu que, pour atteindre les buts du Plan social stratégique, il fallait modifier en profondeur le mode de fonctionnement du gouvernement, susciter la création de partenariats avec les organismes communautaires et décentraliser la prestation de services de même que les modes de prestation. Cinq ans après le lancement du Plan social stratégique, les responsables de l'étude sur l'apprentissage ont tiré les conclusions suivantes :

- Les processus opérationnels ne sont pas modifiés aussi rapidement qu'on l'imaginait, surtout au sein des ministères, moins toutefois au sein des comités directeurs régionaux chargés du Plan social stratégique.
- Vu l'insuffisance des ressources allouées pour répondre aux besoins complexes des collectivités et des régions, il faudrait peut-être assurer une meilleure coordination des investissements entre les ministères provinciaux de même qu'entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et les municipalités.
- Les ministères doivent collaborer davantage pour qu'il soit plus facile d'effectuer des investissements conjoints fondés sur une planification opérationnelle intégrée, tant à l'échelon provincial qu'au niveau régional.
- Le gouvernement provincial a très bien su tirer profit des initiatives fédérales prévoyant des crédits ciblés pour la création de programmes et de services correspondant aux buts du Plan social stratégique. En fait, bon nombre des indicateurs de réussite relevés dans l'étude sur l'apprentissage étaient le résultat de fonds

⁽¹¹¹⁾ Community Accounts, *About Us*,
http://www.communityaccounts.ca/communityaccounts/onlinedata/about_us.asp.

fédéraux. Il serait bon de chercher de nouvelles occasions de privilégier des initiatives interministérielles.

- Il faut renforcer la reddition de comptes pour que les ministères provinciaux épousent la vision, les valeurs et les buts du Plan social stratégique. Il faut communiquer clairement les attentes envers les ministères et exercer une surveillance étroite à cet égard. En outre, il faut mettre en place des systèmes de reconnaissance qui incitent à l'accomplissement de même qu'à l'utilisation de pratiques exemplaires.
- Les comités directeurs régionaux ont mis en œuvre des projets afin de réaliser rapidement des gains, mais il faut déployer davantage d'efforts pour résoudre des problèmes systémiques de développement socioéconomique dans les régions, conformément aux priorités régionales, en basant la planification sur des données sûres. Les ministères provinciaux doivent s'assurer qu'ils participent activement aux travaux et qu'ils les appuient.
- Les organismes communautaires, partenaires clés du Plan social stratégique, ont souscrit sans réserve à la vision, aux valeurs et aux buts du Plan. Ils souhaitaient toutefois qu'on fasse davantage appel à eux au cours de la mise en œuvre et ils avaient besoin de plus de soutien financier pour offrir des programmes qui répondent aux besoins des clients de la collectivité.

7.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- On n'a pas mis en œuvre de stratégies globales en matière de santé de la population en Nouvelle-Écosse, mais on prend actuellement des mesures en ce sens : renforcement de la fonction de santé publique, adoption de mesures de collaboration intersectorielle et création d'un vaste système de collecte de données.
- Les organismes provinciaux responsables de la santé publique et de la santé de la population ont connu une évolution progressive depuis 2002, et le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (MPPS) a été créé en 2006.
- Une démarche concertée et intersectorielle pour l'élaboration des politiques et la planification des programmes est le moyen privilégié par le MPPS pour faire avancer les dossiers qui exigent la collaboration des citoyens, des organismes, des secteurs et des ministères.
- Une étude externe réalisée en 2006 montrait qu'il fallait élargir les dispositions législatives provinciales concernant la santé publique pour tenir compte des fonctions générales reliées à la santé publique, telles l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de l'état de santé, la promotion de la santé ainsi que la prévention des maladies et des blessures.
- Une évaluation des effets de l'approche axée sur la santé de la population, adoptée par les conseils de santé communautaires (CSC), a révélé que cette approche a permis de faciliter la consultation et la participation de la population en ce qui a trait aux responsabilités en matière de santé. Toutefois, l'absence d'un cadre provincial et l'écart entre l'approche locale orientée vers la santé de la population et l'approche régionale axée sur les soins actifs ont fait obstacle à la mise en œuvre des politiques sur la santé de la population.
- La Division des comptes communautaires de la Nouvelle-Écosse, qui fait partie du ministère des Finances, a été créée pour élaborer une base de données sur les collectivités de la province. Cette base, qui est une adaptation des Comptes communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, fournit des statistiques sur divers déterminants de la santé, dont le revenu, les réseaux de soutien social, les conditions de travail et les milieux physiques. Elle peut servir au suivi des indicateurs de la santé de la population et à la surveillance des politiques et des programmes qui ont une incidence sur la santé de la population.

7.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Les organismes provinciaux de la Nouvelle-Écosse voués à la santé publique et à la santé de la population ont évolué progressivement ces dernières années. À la suite de la parution en 1994 du *Blueprint for Health System Reform*, le ministère de la Santé a confié un rôle important dans l'élaboration des politiques aux régies régionales de la santé et aux neuf régies de district de la santé (RDS) qui leur ont succédé en 2002. Ces RDS ont été chargées de régir, de planifier, d'administrer, de surveiller, d'évaluer et de fournir les soins actifs et les soins tertiaires, les services de santé mentale et les services aux toxicomanes dans leurs régions respectives.

Il incombe aussi aux RDS d'offrir des services de soutien en matière de planification aux 37 CSC dans chacune des régions. Les conseils de santé communautaires prennent le pouls de la population et consultent les résidents ainsi que les organismes afin d'établir un profil communautaire indiquant les lacunes et les forces de la région en ce qui a trait aux facteurs qui ont une incidence sur la santé, tels le revenu, le statut social, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi et le milieu physique⁽¹¹²⁾. Ce profil sert ensuite à définir les enjeux prioritaires qui influent sur la santé dans la collectivité concernée et à établir un plan annuel de santé communautaire axé sur les soins primaires et sur la promotion de la santé, dont les RDS doivent tenir compte dans l'élaboration de leurs plans annuels de services de santé.

Le ministère de la Promotion de la santé (MPS) de la Nouvelle-Écosse a été créé en 2002; il est issu de la fusion de la Commission des loisirs et du sport et de secteurs de la Direction de la santé de la population du ministère de la Santé. Ses champs d'activité sont la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures. En 2006, à l'issue d'un examen du système de santé public⁽¹¹³⁾, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a créé le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (MPPS), basé sur le MPS. Il regroupe le personnel de la santé publique ainsi que le Bureau du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit du tout premier

⁽¹¹²⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health, *Users' Guide to the Health Authorities Act*, révisé en juin 2002, p. 25, http://www.gov.ns.ca/health/downloads/ActUsers_guide.pdf.

⁽¹¹³⁾ Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, op. cit.

ministère de ce genre au Canada⁽¹¹⁴⁾. En raison de son mandat élargi, qui inclut la santé de la population, la réduction des disparités, les politiques publiques favorisant la santé, la prise de décisions fondées sur des données probantes et le renforcement des capacités communautaires, ce nouveau ministère cherche à contrer les facteurs de risque communs de maladies chroniques qui touchent sérieusement les Néo-Écossais et grèvent le système de santé de la province⁽¹¹⁵⁾. Toutefois, comme ces facteurs de risque sont souvent présents dans des secteurs qui ne relèvent pas directement du MPPS, la collaboration intersectorielle est essentielle. Pour faciliter la communication et la collaboration entre citoyens, organismes, secteurs et ministères, qui sont nécessaires pour régler des questions d'intérêt commun et mettre en œuvre des stratégies, le MPPS a conçu un mode de fonctionnement bien à lui. Voici des exemples de projets intersectoriels d'élaboration de politiques et de planification de programmes menés par le MPPS en collaboration avec d'autres intervenants :

- Politique de développement communautaire : le Ministère a participé à l'élaboration de la Politique de développement communautaire, appliquée dans plusieurs de ses centres de responsabilité.
- Plan vert de la Nouvelle-Écosse : le Ministère collabore étroitement avec ses partenaires, par exemple le ministère de l'Environnement et du Travail et des ONG, pour favoriser l'aménagement de sentiers de randonnée.
- Stratégie de vieillissement positif : le Ministère a été l'un des principaux partenaires du Secrétariat des aînés pour l'élaboration de la Stratégie de vieillissement positif. En ce qui concerne notamment la santé bucco-dentaire des personnes âgées, la prévention des chutes et des maladies chroniques ainsi que l'activité physique, le Ministère poursuit les actions concertées visant à réduire les facteurs de risque de maladies chroniques et de blessures chez les personnes âgées.
- Services communs d'hygiène de l'environnement : pour remplir leur mandat concernant la protection de l'environnement, les ministères de l'Agriculture, de l'Environnement et du Travail, de la Promotion et de la Protection de la santé, et des Pêches et de l'Aquaculture ont défini ensemble un cadre de décision commun afin de renforcer la protection de la salubrité de l'environnement.

⁽¹¹⁴⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

⁽¹¹⁵⁾ Rick Manuel, « Nova Scotia: Government Policy and Action », Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Irving Rootman (dir.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, deuxième édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007; page d'accueil du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, <http://www.gov.ns.ca/hpp/>.

Une publication du MPPS intitulée *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia* présente quelques leçons importantes que des organismes de la Nouvelle-Écosse ont appliquées à leur approche axée sur la santé de la population :

- Le fait de disposer de différents points de vue sur un problème peut en enrichir la solution. Une approche en matière de santé de la population donne donc de meilleurs résultats si elle fait intervenir beaucoup de personnes et d'organismes. Des mesures complexes permettant de s'attaquer aux causes profondes de la maladie et de créer des conditions qui favorisent la santé ont plus de chances de porter leurs fruits si les partenaires de nombreux secteurs unissent leurs efforts.
- Il est important de prévoir suffisamment de temps pour établir de véritables partenariats. La mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population nécessite la création d'occasions de rencontre pour que les gens puissent planifier et soutenir ensemble les activités de façon continue.
- Comme les interventions en amont (de la collectivité à la région, par exemple) nécessitent la réaffectation de ressources, il importe de faire appel aux décideurs pour la planification des stratégies de santé. Il est plus facile de modifier le mode d'affectation des ressources en faisant intervenir au début du processus ceux qui prennent les décisions concernant les ressources.
- La langue et la terminologie ne doivent pas faire obstacle à l'établissement de partenariats fructueux entre les secteurs. Parfois, ce que les gens dans le domaine de la santé appellent l'approche axée sur la santé de la population est désigné sous d'autres vocales (par exemple, développement économique communautaire) par les gens d'autres secteurs, d'éventuels partenaires importants, qui se préoccupent tout autant du rapport entre le revenu, l'état de santé et le bien-être des collectivités.
- Les compétences des membres de la collectivité constituent un élément essentiel de la planification et de la mise en œuvre des stratégies relatives à la santé de la population, qu'il s'agisse de la prestation de services, de l'exécution de programmes ou de l'élaboration de politiques publiques favorisant la création de milieux physiques et sociaux sains.
- Il importe d'évaluer les mesures touchant la santé de la population afin de réunir des données probantes au sujet des stratégies qui influent sur les déterminants de la santé⁽¹¹⁶⁾.

⁽¹¹⁶⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, sans date, <http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/Population%20Health%20Approach.pdf>.

La Nouvelle-Écosse a approuvé les objectifs de santé pour le Canada⁽¹¹⁷⁾ et le MPPS a indiqué qu'il tenait à les incorporer dans ses politiques et ses programmes. Jusqu'ici toutefois, il n'a pas indiqué si des cibles étaient définies et comment les progrès seront évalués.

Il est indiqué dans le rapport d'examen du système de santé public de 2006 qu'il faudra élargir le centre d'attention limité de la Loi sur la protection de la santé de 2004 afin qu'il englobe les autres fonctions de la santé publique (évaluation de la santé de la population, surveillance de la santé, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures) ainsi que les orientations et les obligations connexes. On recommande toutefois dans le rapport de repousser le remaniement de la Loi à une étape ultérieure du réaménagement du système, afin qu'on ait le temps de mettre à l'essai les diverses mesures recommandées dans le rapport pour orienter l'élaboration future d'une loi globale sur la santé publique⁽¹¹⁸⁾. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse convient que le processus de restructuration globale du système de santé public qui a été amorcé prendra du temps⁽¹¹⁹⁾.

En octobre 2007, le gouvernement a annoncé la tenue de consultations afin de recueillir l'avis de la population sur les meilleurs moyens d'enrayer la pauvreté dans la province. Ces consultations s'inscriront dans une stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté en Nouvelle-Écosse. L'initiative sera dirigée conjointement par le ministère des Services communautaires et par le ministère de l'Environnement et du Travail⁽¹²⁰⁾.

⁽¹¹⁷⁾ Agence de la santé publique du Canada, *Objectifs de santé pour le Canada*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html>.

⁽¹¹⁸⁾ Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, 2006, http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/07148_therenewalofphinnreport_apr06_en.pdf.

⁽¹¹⁹⁾ Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, p. 5, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

⁽¹²⁰⁾ Government of Nova Scotia, Department of Community Services, *Government to Hold Poverty Reduction Consultations*, communiqué, 10 octobre 2007, <http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20071010003>.

7.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

À la suite de la régionalisation et de la création des RDS et des CSC, une étude a été effectuée pour déterminer dans quelle mesure l'approche axée sur la santé de la population avait influé sur l'élaboration de la politique sur la santé au niveau régional entre 1997 et 2001. On s'attendait à ce que les CCS tiennent compte des déterminants de la santé dans leurs plans annuels et dans leurs recommandations aux RDS. L'étude fait toutefois ressortir un manque d'encadrement et de cohérence dans l'élaboration des recommandations, ainsi qu'un manque de cohérence parmi les CSC et les RDS dans la façon d'incorporer les recommandations des CSC dans le plan d'activités des RDS. En outre, le manque de concordance entre les objectifs des CSC, qui mettent l'accent sur la promotion de la santé et sur la santé de la population, et la priorité accordée par les RDS aux soins primaires et actifs ainsi qu'aux services en milieu hospitalier, a mis en évidence l'absence de soutien à l'égard des approches relatives à la santé de la population dans les plans des RDS. L'étude recommandait la création d'un cadre provincial en matière de santé ainsi qu'une loi provinciale précisant que les plans de santé communautaire doivent être incorporés à la planification régionale afin de régler les problèmes relatifs à la santé de la population. Le processus de planification des CSC était toutefois considéré comme un bon moyen de faciliter la participation du milieu et de créer un sentiment d'engagement communautaire à l'échelon local afin d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé⁽¹²¹⁾.

Dans le cadre du réaménagement du secteur de la santé publique, le MPPS prévoit d'amorcer en 2007-2008 la création échelonnée sur plusieurs années d'un service chargé de favoriser la prise de décisions fondées sur la science et d'appuyer les programmes au moyen de ressources spécialisées dans divers domaines : évaluation de la santé de la population, surveillance des blessures et des maladies transmissibles et

⁽¹²¹⁾ Christopher Dawson, Thomas Rathwell, Cari Paterson et coll., *Determining the Impact of the Population Health Approach by Community Health Boards in Nova Scotia*, Dalhousie University School of Health Services Administration.

chroniques, évaluation des programmes et des politiques, épidémiologie et recherche. On s'attend à ce que ce service fournisse des éléments de preuve concernant la rentabilité de politiques et de programmes bien ciblés et exécutés avec efficacité⁽¹²²⁾.

Créée officiellement en janvier 2005, la Division des comptes communautaires de la Nouvelle-Écosse fait partie du ministère des Finances de la province. Elle est chargée d'élaborer l'infrastructure requise pour fournir des statistiques sur les collectivités de la Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'une adaptation du programme des comptes communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, lancé en 2002 à l'appui du Plan social stratégique⁽¹²³⁾.

La Division des comptes communautaires a pour but de faciliter la planification et l'évaluation des interventions en matière de politiques et de programmes. Pour ce qui concerne la recherche dans le domaine de la santé, la Division peut fournir de l'information sur divers déterminants de la santé comme le revenu, les réseaux de soutien social, les conditions de travail et les milieux physiques. Sa base de données est reliée à d'autres éléments du système de santé ainsi qu'à des secteurs et à des volets connexes du développement provincial et communautaire⁽¹²⁴⁾. Ce nouveau système peut être utilisé pour suivre de près les indicateurs de santé de la population et pour évaluer les politiques et les programmes qui ont une incidence sur la santé de la population.

(122) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, p. 5, <http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf>.

(123) <http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/aboutus.asp>.

(124) <http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/documents/NS%20Community%20Counts%20brochure.pdf>.

CHAPITRE 8 : ONTARIO⁽¹²⁵⁾

8.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- À la fin des années 1980 et au début des années 1990, des initiatives gouvernementales de haut niveau ont jeté les bases d'une approche axée sur la santé de la population, mais un changement de gouvernement et des compressions budgétaires ont empêché l'approche de se concrétiser.
- La création des réseaux locaux d'intégration des services de santé en 2006 a permis à certaines régions d'aborder la planification et la prestation des services sous l'angle de la santé de la population.
- Une série d'initiatives pour le développement et la garde des jeunes enfants, notamment les centres de la petite enfance, est partie du principe que le développement des jeunes enfants est un important déterminant de la santé.
- En Ontario, les principes fondamentaux de la santé de la population sont bien connus par les intervenants gouvernementaux, les organismes provinciaux de la santé et de nombreux fournisseurs de services de santé, mais ils ne se traduisent pas facilement par des changements fructueux de politique, de programme et de pratique.

8.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

En Ontario, la santé de la population est devenue une question d'intérêt public à la fin des années 1980 et au début des années 1990, en même temps qu'on devenait de plus en plus conscient des déterminants de la santé et de la nécessité d'investir dans les nombreux déterminants d'une manière souple et coordonnée qui transcende les secteurs et les champs de compétence. Malheureusement, cette période a été marquée par des compressions budgétaires et des efforts grandissants pour ralentir l'escalade des coûts de la santé.

Le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, créé en 1987, avait pour mandat de fixer les objectifs de santé pour l'Ontario, de guider

⁽¹²⁵⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *Adoption et mise en œuvre en Ontario d'un paradigme de la santé de la population*, rédigé par Bev Nicholoff pour le compte du Sous-comité, septembre 2007.

l'élaboration des politiques gouvernementales sur la santé et d'axer les politiques davantage sur la promotion de la santé et la prévention des maladies que sur les soins de santé⁽¹²⁶⁾. Présidé par le premier ministre, auquel se sont joints sept autres ministres, des médecins universitaires et des représentants de groupes d'intérêts, de l'entreprise privée, de syndicats et du secteur de la consommation, le Conseil a élaboré une vision de la santé et une série d'objectifs provinciaux pour faire accepter l'approche axée sur la santé de la population. Les objectifs de santé étaient les suivants : 1) privilégier dorénavant la promotion de la santé et la prévention des maladies; 2) avoir des familles et des collectivités fortes et solidaires; 3) instaurer un milieu physique sûr et de grande qualité; 4) faire en sorte que les Ontariens vivent plus longtemps en bonne santé en réduisant les maladies, les incapacités et les décès prématurés; 5) fournir des services de santé accessibles, abordables et appropriés pour tous. Il est ressorti que trois grands domaines nécessitaient des interventions aux fins de l'amélioration de la santé : le développement sain des enfants; l'adaptation au marché du travail; la politique environnementale⁽¹²⁷⁾.

La vision et les objectifs du Conseil, bien qu'entérinés par les trois partis politiques à l'Assemblée législative en 1991, ne se sont pas traduits par des changements concrets de politique ou par d'importantes réaffectations des ressources.

À la suite d'un changement de gouvernement en 1990, le Conseil s'est vu attribuer un mandat élargi, une nouvelle structure et un nouveau nom, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale. Le nouveau Conseil était chargé de fournir au gouvernement et au public des études et des avis sur les moyens de bâtir une société juste et en santé. Il a lancé une vaste campagne d'éducation publique pour vulgariser l'information sur les déterminants de la santé et pour amener les citoyens et les collectivités à avoir plus de prise sur les conditions qui influencent leur santé et leur bien-

⁽¹²⁶⁾ Ann Pederson et Louise Signal, « The Health Promotion Movement in Ontario: Mobilizing to Broaden the Definition of Health », Ann Pederson, Michel O'Neill et Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto, W.B. Saunders Canada, 1994.

⁽¹²⁷⁾ Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, Comité d'élaboration des politiques gouvernementales en faveur de la santé, *Prendre soin de la santé : document de travail sur les facteurs déterminants en matière de santé*, mars 1991.

être. En 1994, il a recommandé une politique, *La santé pour tous les Ontariens*, qui plaçait les déterminants de la santé au premier plan du programme politique gouvernemental. Il proposait principalement d'axer les ressources davantage sur la prévention des maladies que sur la guérison et le traitement et d'intégrer à tous les mémoires du Cabinet une évaluation des incidences sur la santé⁽¹²⁸⁾.

Une importante mesure prise par le Conseil a été l'établissement de priorités pour un groupe précis, les enfants et les jeunes, au cours de quatre périodes de transition dans leur développement. Pour chaque période, on a cerné les grands indicateurs du développement sain, les environnements visés et les principaux déterminants, qui ont ensuite servi à établir les priorités et à définir les stratégies nécessaires pour élever une génération d'enfants en santé.

Après un autre changement de gouvernement en 1995, le Conseil a été démantelé, et aucun ministère n'a été officiellement chargé de prendre les rênes des travaux sur la santé de la population.

Dans la foulée des travaux sur le développement de la petite enfance effectués par les conseils des premiers ministres, le gouvernement a, en 1998, demandé au D^r Fraser Mustard et à l'honorable Margaret McCain de lui présenter un rapport assorti de recommandations sur les meilleurs moyens, pour la province, d'exercer une influence favorable sur les jeunes enfants. Ce rapport, *Étude sur la petite enfance*, a mené à la fondation de 103 centres de la petite enfance qui offrent des programmes d'apprentissage et d'alphabétisation à l'intention des parents et des enfants; des programmes qui soutiennent les parents et les personnes responsables dans tous les aspects du développement des jeunes enfants; des programmes sur la grossesse et le rôle parental; des liens avec d'autres programmes locaux de développement de la petite enfance; des activités de sensibilisation pour encourager les parents à participer aux

⁽¹²⁸⁾ Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, *La santé pour tous les Ontariens : Dialogue provincial sur les facteurs déterminants de la santé*, 1995.

activités de leur centre local⁽¹²⁹⁾. Parmi les autres programmes mis au point dans les années suivantes pour améliorer la santé des enfants se trouvent Bébés en santé, enfants en santé, qui permet de vérifier si toutes les nouvelles mères reçoivent le soutien dont elles ont besoin pour assurer l'épanouissement de leurs enfants⁽¹³⁰⁾, et la Stratégie Meilleur départ, qui vise à augmenter le nombre de places agréées dans les services de garde, à améliorer l'accès aux subventions, à attirer et à garder des éducateurs qualifiés et à mettre en place d'autres mécanismes de soutien pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants⁽¹³¹⁾.

En 2005, le gouvernement a créé le ministère de la Promotion de la santé afin d'instaurer une culture de la santé et du bien-être propre à réduire le fardeau imposé au système provincial de santé. Les programmes et les politiques du ministère favorisent la prévention des maladies chroniques, la promotion de la santé et les programmes de sports et de loisirs en vue d'améliorer les résultats à long terme en matière de santé⁽¹³²⁾. Pour ce faire, le ministère collabore avec les collectivités, avec ses partenaires de tous les niveaux de l'administration gouvernementale et avec le secteur privé pour orienter l'élaboration des politiques, la conception des programmes et la prestation des services.

Le *Comité interministériel sur la vie saine* illustre l'approche intersectorielle du gouvernement de l'Ontario. Dirigé par le ministre de la Promotion de la santé, le Comité se compose des ministres de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales; des Services à l'enfance et à la jeunesse; des Services sociaux et communautaires; de l'Éducation; de l'Environnement; de la Santé et des Soins de longue durée; du Travail; des Affaires municipales et du Logement. Son mandat est le suivant :
1) traiter des questions complexes qui ont une incidence sur la santé et le bien-être et

⁽¹²⁹⁾ Gouvernement de l'Ontario, *Qu'est-ce qu'un centre de la petite enfance?*, <http://www.ontarioearlyyears.ca/oeyc/fr/Questions/Whatis.htm>.

⁽¹³⁰⁾ Pegeen Walsh, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³¹⁾ Ontario, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, *Le gouvernement McGuinty étend la Stratégie Meilleur départ destinée aux enfants*, communiqué, <http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/07/28/c5313.html?lmatch=&lang=f.html>.

⁽¹³²⁾ Ontario, ministère de la Promotion de la santé, *Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats 2007-2008*, http://www.mhp.gov.on.ca/french/resultsplan/Briefing_Book_2007-final-f.pdf.

trouver des pistes de solution; 2) cerner les occasions et les moyens d'accroître la promotion de la santé dans divers contextes (par exemple, centres récréatifs, garderies, écoles, milieux de travail); 3) déterminer les moyens d'obtenir des ressources par l'établissement de partenariats avec le secteur privé. Les experts sont d'avis que la création du Comité représente un progrès décisif attendu depuis longtemps et permettra de coordonner les politiques sur la santé de la population et la santé personnelle.

Par ailleurs, le ministère de la Promotion de la santé participe à un projet de recherche pangouvernemental sur les disparités persistantes dans la santé de segments de la population. L'Initiative de recherche stratégique sur l'équité dans les services de santé et les services à la personne, qui est pilotée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, reconnaît que les moyens de réduire les disparités en matière de santé se trouvent principalement dans d'autres secteurs : le logement, l'éducation, les services à l'enfance et à la jeunesse, la participation au marché du travail, l'immigration, l'établissement et les services correctionnels. L'Initiative cherche à jeter les bases d'un mécanisme horizontal viable qui servira à élaborer et à mettre en œuvre une politique sur la santé et les services à la personne et à déterminer les outils pouvant orienter la décision des ministères d'investir dans les programmes de ce secteur⁽¹³³⁾.

En 2006, le gouvernement a créé 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé régionaux, y compris les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les soins à domicile, les soins de longue durée et les services de santé mentale⁽¹³⁴⁾. Les réseaux locaux envisagent leur travail sous l'angle de la santé de la population et utilisent les profils de santé de la population produits par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui donnent des renseignements sur les indicateurs de la santé, l'utilisation des services de santé, la part du marché qu'ils occupent et les déterminants

⁽¹³³⁾ Pegeen Walsh, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Témoignages*, 6 février 2008, et mémoire présenté au Sous-comité.

⁽¹³⁴⁾ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, juin 2006, <http://www.blogs.healthnexusante.ca/?p=152>.

sociodémographiques de la santé. Au moins un réseau local, celui du Centre-Toronto, a adopté une approche axée sur la santé de la population pour planifier la façon d'intégrer ses services⁽¹³⁵⁾. Le réseau local de la région de Champlain aborde la prévention des maladies chroniques sous l'angle de la santé de la population, mais trouve difficile de puiser dans les ressources des services de santé pour les réaffecter au profit des grands déterminants⁽¹³⁶⁾.

En septembre 2007, le gouvernement provincial a établi le Modèle d'allocation fondée sur la santé pour affecter des fonds aux réseaux locaux d'intégration. Ce modèle aidera à calculer la part de budget nécessaire d'après une évaluation directe de l'état de santé et des facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe, la condition socioéconomique, le milieu rural et le nombre de patients traités.

8.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé peuvent établir des plans et des partenariats dans l'optique de la santé de la population, mais les réseaux qui, pour ce faire, veulent assurer le suivi de divers indicateurs socioéconomiques ont besoin de données fiables et à jour, ce qui représente un défi⁽¹³⁷⁾. Les données sont rares, comme l'est la capacité à les analyser et à les interpréter pour faciliter la planification régionale et infrarégionale⁽¹³⁸⁾.

Au moins deux organismes non gouvernementaux sont dignes de mention pour l'information qu'ils fournissent sur la santé de la population en Ontario. L'Institut de recherche sur le travail et la santé contribue pour beaucoup à faire progresser les connaissances sur les effets du travail en tant que déterminant de la santé, par exemple les

⁽¹³⁵⁾ Laura Pisko-Bezruchko, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³⁶⁾ D' Andrew Pipe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³⁷⁾ Laura Pisko-Bezruchko, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, *Témoignages*, 6 février 2008.

⁽¹³⁸⁾ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, juin 2006, <http://www.blogs.healthnexusante.ca/?p=152>.

causes des incapacités liées au travail, les formules optimales de retour au travail et la pertinence et l'équité des prestations de sécurité du revenu au Canada. Par ailleurs, le Centre ontarien d'information en prévention a actuellement pour priorité de démontrer l'importance et la rentabilité des stratégies de prévention et de promotion de la santé, principalement dans les domaines du développement de la petite enfance, de la prévention des maladies chroniques et de l'intégration sociale. En 2007, il a publié *Prêts pour l'action*, ressource conçue pour offrir des pistes d'action aux praticiens qui s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé⁽¹³⁹⁾.

⁽¹³⁹⁾ Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario, Centre ontarien d'information en prévention et Société canadienne du cancer, *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, mars 2007, <http://www.ocdpa.on.ca/docs/PrimertoAction-FR.pdf>.

9.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 1993, l'Île-du-Prince-Édouard s'est dotée d'une politique sur la santé de la population, qu'elle a intégrée dans sa Loi sur les services de santé et les services communautaires. Cette loi fait état des mécanismes de mise en œuvre de la politique, à savoir la gouvernance régionale et le financement global.
- En adoptant cette loi, l'Île-du-Prince-Édouard devenait l'une des premières provinces canadiennes à transférer des ressources dans le but d'agir sur les déterminants de la santé.
- L'intégration d'un vaste éventail de services sociaux, communautaires et de santé et la coordination de ces services par des régies régionales visaient à accroître l'efficacité, à mettre au premier plan l'ensemble des facteurs déterminants de la santé et à faire participer davantage les collectivités à la planification et à la prestation des services afin de répondre aux besoins locaux.
- La collaboration intersectorielle et la réaffectation des ressources se sont avérées une entreprise de longue haleine échelonnée en plusieurs étapes. L'établissement de partenariats, l'intégration et les transferts de ressources s'opèrent lentement.
- Les obstacles à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population se sont révélés tant structurels que systémiques : la perception du public, les conventions collectives, les querelles de territoire dans le domaine des soins de santé, la réduction des niveaux de financement et les multiples changements organisationnels.

9.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

À l'Île-du-Prince-Édouard, le travail d'élaboration et de mise en œuvre de la politique sur la santé de la population a débuté en 1991 lorsque le gouvernement de la province a créé un groupe de travail chargé d'examiner l'avenir des services sociaux, communautaires et de santé. À cette époque, le système de santé et bon nombre de services sociaux et communautaires étaient administrés à l'échelle de la province par des ministères, des organismes et des conseils, dans un contexte où l'on se préoccupait de la hausse des coûts, de l'utilisation accrue des services, de la capacité de répondre aux besoins de la population et de la participation insuffisante des collectivités à la prise de décisions.

Dans son rapport de 1992, intitulé *Health Reform: A Vision for Change*, le groupe de travail a conclu qu'il n'y avait pas de politique publique favorable à la santé à l'Île-du-Prince-Édouard et que le travail d'élaboration était peu coordonné avec d'autres secteurs gouvernementaux, tels que l'éducation, les services à la jeunesse et l'environnement. Il a recommandé une nouvelle vision axée sur la santé de la population, privilégiant la promotion du mieux-être, la planification fondée sur les besoins, les services communautaires et la participation des localités à la planification et à la prestation d'un ensemble intégré de services sociaux et de santé. Il a également recommandé la création d'un conseil provincial chargé de définir les objectifs et les politiques en matière de santé et de favoriser des orientations publiques favorables à la santé dans tous les secteurs gouvernementaux⁽¹⁴⁰⁾.

Le gouvernement a réagi de manière positive en constituant une équipe de transition chargée d'établir un plan de mise en œuvre des recommandations du groupe de travail. Dans le document *Partnerships for Better Health* rendu public en 1993, l'équipe de transition a résolument constaté qu'il fallait aborder le vaste éventail des déterminants de la santé sous l'angle de la santé de la population. Elle a mis en lumière l'importance de la promotion de la santé et souligné que les soins primaires devaient reposer en partie sur l'intégration du développement social et économique et du secteur de la santé. Elle a recommandé la régionalisation des services sociaux et de santé, la création d'un centre de ressources pour la promotion de la santé, la préparation et la tenue d'une évaluation des besoins des collectivités par les nouvelles régies régionales ainsi que la mise sur pied d'un projet pilote de centres de santé communautaires⁽¹⁴¹⁾.

La même année, l'Assemblée législative a voté la Loi sur les services de santé et les services communautaires, qui décentralisait grandement la structure organisationnelle des services sociaux, communautaires et de santé de la province. Plus

⁽¹⁴⁰⁾ Task Force on Health, *Health Reform: A Vision for Change*, PEI Cabinet Committee on Government Reform, Government of Prince Edward Island, mars 1992.

⁽¹⁴¹⁾ Health Transition Team, *Partnerships for Better Health*, Government of Prince Edward Island, juin 1993.

précisément, cette loi créait cinq régies régionales chargées d'évaluer les besoins en santé de la population, de définir les priorités, d'allouer les fonds, de retenir des fournisseurs de services et d'administrer et de fournir de nombreux services sociaux et de santé : services hospitaliers, services à domicile, services de santé mentale, de santé publique, d'aide aux toxicomanes, d'aide à l'enfance, de sécurité du revenu, de logement social, de création d'emplois, d'amélioration de l'emploi, services sociaux pour les aînés, services de développement communautaire, services correctionnels et de probation, entre autres (à l'exclusion des médicaments sur ordonnance, des services médicaux et de l'éducation). La Loi prévoyait aussi l'allocation d'un budget global à chacune des régies régionales⁽¹⁴²⁾. Ce financement global visait à donner aux décideurs régionaux la latitude voulue pour agir sur les grands déterminants de la santé en gérant les programmes et en répartissant les ressources de manière à répondre aux besoins locaux. Aucune autre province canadienne n'a décentralisé des pouvoirs pour un aussi vaste éventail de services sociaux et de santé⁽¹⁴³⁾.

La Loi créait aussi deux nouveaux organismes centraux : le Health Policy Council, dont le mandat était de fixer les grands objectifs de santé et de conseiller le ministre, et le Health and Community Services Agency, chargé de définir les services essentiels que les régions auraient à offrir, d'établir les budgets régionaux et les politiques de ressources humaines et de fournir aux régies régionales un soutien pour l'élaboration des programmes.

En 1994, le Health Policy Council a rendu publics cinq grands objectifs destinés à faire l'objet d'un vaste débat :

1. Une meilleure compréhension de la santé fondée sur les déterminants de la santé, une plus grande importance étant accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.
2. Des personnes, des familles et des collectivités en santé – créer des familles et des collectivités fortes et solidaires.
3. Un environnement sain – maintenir et favoriser des milieux physiques sains et sûrs.

⁽¹⁴²⁾ Prince Edward Island, *Health and Community Services Act*, sanctionnée en 1993 et abrogée en 2005.

⁽¹⁴³⁾ Jonathan Lomas, John Woods et Gerry Veenstra, « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: 1. An Introduction to the Issues », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, numéro 3, février 1997, p. 371 à 377, <http://www.cmaj.ca/content/vol156/issue3/>.

4. Des services communautaires et de santé de qualité – fournir des services de santé appropriés, accessibles et viables et assurer une gestion équitable et judicieuse des ressources.
5. Une politique gouvernementale favorable à la santé – les politiques sociales, économiques, culturelles et environnementales exercent une profonde influence sur la santé. D'autres secteurs d'intérêt public doivent effectuer des évaluations des incidences sur la santé⁽¹⁴⁴⁾.

En 1995, le Health and Community Services Agency a rendu public son plan stratégique, qui énonçait les quatre objectifs suivants :

1. Renforcer les familles, les personnes et les collectivités en mettant l'accent sur le développement de la petite enfance, le contrôle des maladies transmissibles et les groupes à risque.
2. Fournir divers services de santé intégrés, axés sur les besoins, accessibles et abordables qui mettent en relief les grands déterminants de la santé.
3. Assurer le perfectionnement des ressources humaines au sein du système de santé et tirer le meilleur parti possible des fournisseurs de services.
4. Accroître l'efficacité et l'efficacités des soins de santé⁽¹⁴⁵⁾.

En 1997, le Health Policy Council a été supprimé et le Health and Community Services Agency a été fusionné avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour que les décideurs régionaux puissent rendre directement des comptes au ministre. On a retiré aux régies régionales la responsabilité des services correctionnels et de probation, mais on a continué d'allouer à chaque régie une enveloppe budgétaire globale pour les soins actifs, les soins à domicile, les soins prolongés, les soins de longue durée, le logement social, les services sociaux, les services d'aide aux toxicomanes, la protection de l'enfance, l'amélioration de l'emploi et la sécurité du revenu.

En 2001, le gouvernement a publié un document intitulé *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System*. Ce plan stratégique tenait compte de l'ensemble des déterminants de la santé, mais il mettait surtout l'accent sur

⁽¹⁴⁴⁾ Health Policy Council, *Draft Health Goals for Prince Edward Islanders*, Government of Prince Edward Island, document de discussion, décembre 1994.

⁽¹⁴⁵⁾ Health and Community Services Agency, *Health and Community Services System – Provincial Plan*, Government of Prince Edward Island, juin 1995.

l'offre et la demande de soins, la responsabilité individuelle en matière de santé et la confiance du public dans le système. Il proposait six nouveaux objectifs :

1. Améliorer l'état de santé de la population.
2. Accroître la responsabilité personnelle en matière de santé.
3. Améliorer la viabilité du système.
4. Accroître la confiance du public dans le système.
5. Accroître le mieux-être au travail et le moral des employés.
6. Maintenir les autres résultats aux niveaux actuels.

Le Plan stratégique recensait divers indicateurs de l'état de santé en fonction desquels on mesurerait et communiquerait régulièrement les progrès accomplis vers la réalisation de chaque objectif⁽¹⁴⁶⁾. Le premier rapport a été rendu public en janvier 2003, le deuxième en décembre 2004 et le plus récent en octobre 2006⁽¹⁴⁷⁾.

Le Plan stratégique faisait aussi état de plusieurs initiatives axées sur le mieux-être, annonçait l'instauration d'une stratégie provinciale de développement de l'enfant et insistait sur une collaboration accrue au chapitre des déterminants de la santé avec les autres ministères et organismes, les collectivités, les ONG, les professionnels de la santé et le secteur privé. Les initiatives axées sur le mieux-être visaient la prévention des maladies, la promotion d'habitudes de vie saines, le mieux-être des aînés, une politique gouvernementale favorable à la santé, la reconnaissance des mesures de mieux-être pour le public et les employés et le soutien des familles à faible revenu. Le Plan indiquait que d'autres stratégies seraient nécessaires pour réduire les disparités en matière de santé.

En 2002, le gouvernement de la province a déchargé les régies régionales de la responsabilité des soins hospitaliers et des services d'aide aux toxicomanes afin de les confier à la nouvelle régie provinciale des services de santé. En 2005, il a annoncé une importante réorganisation du système de services sociaux et de santé qui a mis fin à l'approche régionale établie pour les politiques et les programmes sur la santé de la

⁽¹⁴⁶⁾ Department of Health and Social Services, *Pathways to Wellness and Sustainability – Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System, 2001-2005*, Prince Edward Island Government, décembre 2001, <http://princeedwardisland.com/publications/getpublication.php3?number=711>.

⁽¹⁴⁷⁾ Department of Health, *Prince Edward Island Health Indicators*, Prince Edward Island Government, octobre 2006, <http://www.gov.pe.ca/publications/getpublication.php3?number=1355>.

population. Les régies régionales et la régie provinciale ont été regroupées en une seule organisation relevant du ministère de la Santé. Des conseils d'hôpitaux communautaires ont été mis en place et investis d'un mandat de supervision, de gestion et de planification de ces hôpitaux. Par ailleurs, un ministère distinct des Services sociaux et des Aînés a vu le jour pour s'occuper des services à l'enfance, des services sociaux et des besoins spéciaux des aînés. Cette réorganisation, selon le gouvernement, produirait une économie annuelle de neuf millions de dollars grâce à la réduction des chevauchements, des dédoublements et des services administratifs⁽¹⁴⁸⁾. Elle a permis l'adoption de nouveaux mécanismes d'exécution des programmes et d'attribution des ressources qui, dans une certaine mesure, ont nui à la capacité de la province d'accorder une place centrale aux déterminants de la santé.

Le ministère de la Santé collabore actuellement avec les intervenants pour promouvoir la santé et prévenir les maladies au moyen de plusieurs approches intersectorielles conjointes axées sur certains déterminants de la santé. Ce sont notamment la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain (lancée en 2003), la Stratégie de lutte contre le cancer (établie en 2004) et la Stratégie visant le développement sain de l'enfant (mise en œuvre en collaboration avec le ministère des Services sociaux et des Aînés)⁽¹⁴⁹⁾.

⁽¹⁴⁸⁾ Government of Prince Edward Island, *Provincial Budget – Backgrounder: Health and Social Services*, avril 2005, <http://www.gov.pe.ca/budget/2005/backgrounders/health/index.php>.

⁽¹⁴⁹⁾ Ministry of Health, *Annual Report for the Year Ending March 31, 2006*, Government of Prince Edward Island, 2006.

9.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

La Loi sur les services de santé et les services communautaires ne prévoyait pas de mécanisme de surveillance et d'évaluation, mais trois études ont permis d'évaluer les changements apportés et leurs effets. Une entente de contribution conclue entre le gouvernement fédéral (Santé Canada) et la province (ministère de la Santé et des Services sociaux) a mené à la création, au sein du ministère provincial, d'un groupe restreint chargé du Projet d'évaluation des systèmes. Entre 1997 et 1999, le groupe a élaboré des protocoles et des lignes directrices pour faciliter l'évaluation de la réaffectation intersectorielle des ressources découlant de la réforme de 1993. Il a également produit un résumé de ses travaux⁽¹⁵⁰⁾⁽¹⁵¹⁾. Une autre étude a été financée conjointement par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le McMaster Institute of Environment and Health et le ministère de la Santé et des Services sociaux de la province⁽¹⁵²⁾. Plus récemment, un troisième groupe de chercheurs canadiens a fait connaître ses conclusions au sujet des efforts de mise en œuvre de la politique sur la santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard de 1993 à 2001⁽¹⁵³⁾. Voici un résumé des informations recueillies :

- Les objectifs de la réforme étaient clairs : mettre l'accent sur les déterminants non médicaux de la santé plutôt que sur les soins de santé. Au sein du système de santé,

⁽¹⁵⁰⁾ Le Projet d'évaluation des systèmes a produit huit rapports : *A Guide to System Evaluation: Assessing the Health and Social Services System in PEI* (1997); *A Conceptual Framework for Cross-Sectoral Reallocation of Resources for Health* (1998); *Data Collection Instruments for Evaluating Health and Social Service Systems* (1998); *Decision Support Tools for Cross-Sectoral Investments in Population Health in the Context of Health System Change* (1998); *Facilitating Staff Involvement in the Shift to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Preparing for Media Communications about Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Scan and Plan: Meeting and Managing Potential Challenges to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); et *Summary of Results* (1999).

⁽¹⁵¹⁾ En 1999, le gouvernement de la province a décidé qu'il était temps de passer à l'action au lieu de réaliser d'autres études. Le Projet d'évaluation des systèmes a donc été réorganisé et son personnel a été affecté à d'autres fonctions d'évaluation.

⁽¹⁵²⁾ John D. Eyles, Greg L. Stoddart, John N. Lavis, Tina Pranger, Laurie Molyneaux-Smith et Colin McMullan, *Vers une réaffectation des ressources à l'appui des grands déterminants de la santé : l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, janvier 2001, http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/eyles_report.pdf.

⁽¹⁵³⁾ Greg L. Stoddart, John D. Eyles, John N. Lavis et Paul C. Chaulk, « Reallocating Resources across Public Sectors to Improve Population Health », chapitre 12 de *Healthier Societies – From Analysis to Action*, 2006, p. 327-347.

on souhaitait aussi mettre l'accent sur les soins dans le milieu de vie plutôt que sur les soins en établissement.

- Si la santé de la population occupait une place privilégiée dans les objectifs, les documents sur la réforme faisaient état d'autres objectifs tout aussi importants, dont l'expansion des soins primaires, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience par la coordination et l'intégration des services, la planification fondée sur les besoins, une plus grande responsabilité individuelle en matière de santé ainsi qu'une participation plus grande des collectivités à la prise de décisions.
- Les décideurs des différents secteurs gouvernementaux qui ont pris part à la réforme ne partageaient pas le même avis sur l'importance des objectifs. Le Health Policy Council donnait la priorité aux déterminants de la santé alors que le Health and Community Services Agency mettait l'accent sur le développement communautaire, une intégration et une coordination accrues et la réduction du dédoublement des services. En raison des préoccupations financières du gouvernement, le ministère de la Santé et des Services sociaux soulignait pour sa part la nécessité de rendre la prestation des services de santé plus efficace et plus efficiente.
- À l'échelle régionale, la poursuite simultanée d'un aussi grand nombre d'objectifs a eu un double effet sur la réaffectation des ressources. La force du nombre obligeait les décideurs à disperser leur attention sur des objectifs souvent concurrents, et apparemment tous de la même importance. Qui plus est, le fait que certains objectifs (améliorer l'efficacité administrative, par exemple) soient plus faciles à atteindre que d'autres (la réaffectation notamment) explique probablement pourquoi les gestionnaires régionaux ont progressé plus lentement dans le cas de ces derniers.
- La régionalisation a nécessité la modification et la renégociation des conventions collectives et a entraîné un transfert des emplois des ministères et organismes centraux ou provinciaux vers les régions. Tout cela a pris énormément de temps.
- La réaffectation des ressources nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est un processus de longue haleine qui peut uniquement se réaliser par un engagement à long terme. La période prévue pour la réforme, soit de 1993 à 2001, n'était peut-être pas suffisante pour que les rajustements et les réaffectations nécessaires aient lieu ou produisent des effets appréciables sur la santé.
- En principe, le financement global a permis de transférer des ressources entre les différents secteurs ayant un lien avec la santé et a donné beaucoup de latitude pour réaffecter les ressources à l'échelle régionale. En pratique toutefois, trois facteurs ont limité la réaffectation. Premièrement, les fonds ont été attribués aux régies régionales en fonction surtout du financement antérieur et non d'une évaluation des besoins de chaque population régionale. Deuxièmement, les documents budgétaires du gouvernement ont continué à rendre compte du financement global par programme, ce qui dès le départ a causé une rigidité. Troisièmement, la réduction des paiements

de transfert fédéraux a entraîné un repli budgétaire du gouvernement de la province aussitôt après la mise en œuvre de la réforme, ce qui a réduit la marge de manœuvre dont disposaient les régions une fois les services essentiels fournis et a amoindri l'efficacité des régions dans la réaffectation des ressources.

- La gouvernance régionale a facilité dans une certaine mesure la réaffectation intersectorielle. Elle a contribué à l'établissement de partenariats, à l'intégration et à la coordination à l'intérieur des régions et a renforcé l'obligation de rendre des comptes à l'échelle communautaire. Elle a toutefois réduit la collaboration entre les régions.
- Bien que la réforme ait suscité une culture organisationnelle propice à la santé de la population, les régions régionales estimaient qu'il faudrait plus de temps et plus d'efforts de sensibilisation pour bien faire comprendre au public pourquoi des ressources pourraient être détournées du secteur des soins actifs, en particulier. Si le public a réagi comme il l'a fait à cette éventualité, c'est probablement parce qu'il est fermement convaincu de l'importance des soins de santé par rapport aux effets des déterminants sociaux et économiques. Il est essentiel d'amener le public à corriger cette perception fautive pour le faire adhérer à la réforme.
- Les intérêts des médecins, du personnel hospitalier et des autres fournisseurs de services ont aussi influé sur le rythme de la réforme. Certains fournisseurs de services – soins communautaires et services sociaux notamment – estimaient que la réforme était avantageuse pour eux ou leur secteur, mais la plupart des travailleurs du secteur principal, celui des soins en établissement, craignaient des pertes d'emplois ou des changements dans leurs conditions de travail. Dès le départ, ils ont énergiquement exprimé leur opposition.
- La réaffectation des ressources a donc été très difficile à opérer parce qu'il fallait tenir compte des enjeux politiques, de l'opinion publique, des conventions collectives, des changements dans les niveaux budgétaires et des querelles de territoire dans le secteur des soins de santé. Les gestionnaires régionaux ont trouvé extrêmement difficile d'apporter les changements majeurs nécessaires pour transférer des ressources au secteur de la prévention en amont. Les ressources qui ont pu être réaffectées étaient principalement du personnel, des locaux, du matériel et de l'information plutôt que des fonds.
- Une évaluation des mesures de réaffectation des ressources, de leurs effets et de la satisfaction des patients et de la clientèle aurait pu contribuer à faire accepter le concept.
- L'Île-du-Prince-Édouard a été un précurseur parmi les provinces et les territoires dans l'établissement de mécanismes de réaffectation des ressources en faveur de la santé de la population.

10.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le Québec a adopté une politique axée sur la santé de la population en 1992. Cette politique était innovatrice à l'époque, car elle associait tous les secteurs du gouvernement et de la société à une approche intersectorielle visant l'amélioration de la santé et la réduction des disparités en matière de santé.
- La politique de 1992 a été renouvelée et renforcée en 2001 par l'adoption de la *Loi sur la santé publique*, dont l'un des objectifs est de mettre en place une politique pangouvernementale axée sur la santé de la population. L'article 54 de la Loi, qui est reconnu internationalement pour son caractère novateur, confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population.
- L'article 54 oblige également les ministères et les organismes gouvernementaux à évaluer l'impact sur la santé des projets de loi et de règlement qu'ils élaborent. À cette fin, le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit un guide qui décrit les étapes à suivre pour effectuer les évaluations.
- La *Loi sur la santé publique* et le programme provincial de santé publique qui en découle habilitent le secteur de la santé à jouer un rôle dans la formulation des politiques. Le défi principal reste de convaincre les ministères dont les programmes influencent les déterminants non médicaux de la santé à participer à l'élaboration de politiques gouvernementales favorables à la santé.
- La politique sur la santé de la population du Québec met aussi en lumière la nécessité de réduire les inégalités de revenu. En 2002, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui a pour objet de réduire progressivement la pauvreté sur une période de dix ans. Pour ce qui est de l'objectif consistant à réduire les disparités en matière de santé, sa réalisation passe aussi par l'action intersectorielle.

10.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

L'élaboration d'une politique sur la santé de la population au Québec a été entreprise dans la foulée du mouvement international « Santé pour tous », lancé au début des années 1980 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. En 1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille a présenté au gouvernement *Objectif santé*, le rapport

de son Comité d'étude sur la promotion de la santé. Ce rapport dressait un bilan de la santé au Québec, examinait les principaux déterminants de la santé, formulait des objectifs de santé et de bien-être et proposait des moyens d'action axés sur la santé de la population⁽¹⁵⁴⁾. De même, dans un rapport déposé en 1988, la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux a proposé l'adoption de six grandes orientations, parmi lesquelles figurait une politique pangouvernementale sur la santé de la population, présentée comme « un corollaire indispensable d'une approche axée sur les résultats »⁽¹⁵⁵⁾.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a réagi en adoptant en 1992 la *Politique de la santé et du bien-être*. Cette politique, résolument orientée vers la santé de la population, accordait une place importante aux déterminants non médicaux de la santé et indiquait clairement sa préoccupation au sujet des disparités en matière de santé et des inégalités de revenu au Québec. Perçue comme innovatrice à l'époque, elle était la première politique à associer tous les secteurs du gouvernement et de la société à une approche intersectorielle tendant vers un objectif commun. La Politique de la santé et du bien-être reposait sur trois constats : 1) la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu; 2) le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur le partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et la société dans son ensemble; 3) la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement sociétal. Les stratégies proposées visaient : 1) le renforcement du potentiel de chaque individu; 2) le soutien aux milieux de vie et aux environnements sécuritaires; 3) l'amélioration des conditions de vie; 4) l'action pour et avec les groupes vulnérables; 5) l'harmonisation des politiques et des stratégies de l'ensemble des

⁽¹⁵⁴⁾ Comité d'étude sur la promotion de la santé, *Objectif santé*, Conseil des affaires sociales et de la famille, gouvernement du Québec, 1984.

⁽¹⁵⁵⁾ Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, *Rapport final*, gouvernement du Québec, 1988.

ministères à cet effet; 6) la réorientation du système de santé vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses⁽¹⁵⁶⁾.

En 1997, le MSSS a publié le document d'orientation *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, qui visait à mieux définir la contribution du secteur de la santé à l'atteinte des objectifs proposés dans la Politique de la santé et du bien-être. Outre un engagement accru dans la lutte contre les disparités en matière de santé et les inégalités de revenu⁽¹⁵⁷⁾, sept priorités ont été retenues : 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes; 2) les maladies évitables par l'immunisation; 3) le VIH-sida et les maladies sexuellement transmissibles; 4) le dépistage du cancer du sein; 5) le tabagisme; 6) les traumatismes non intentionnels et intentionnels; 7) l'alcoolisme et les toxicomanies.

Selon une évaluation réalisée au terme des dix années visées par la Politique de la santé et du bien-être(1992-2002), le secteur de la santé et l'ensemble de la société ont été encouragés à se doter d'une vision plus globale de la santé et de ses déterminants et à se concentrer sur des objectifs communs de santé et de bien-être. Cette évaluation a démontré que la politique avait réussi à mobiliser et à structurer l'action communautaire, maillon essentiel à l'approche fondée sur la santé de la population. Parmi les autres effets positifs de la politique, on mentionnait l'établissement d'indicateurs de la santé et du bien-être et un soutien financier accru à la recherche sur la santé de la population. Cependant, les auteurs du rapport d'évaluation ont noté le manque de participation flagrant des secteurs gouvernementaux autres que ceux de la santé et des services sociaux et déploré le peu de leadership exercé par le MSSS pour obtenir l'adhésion des autres ministères et des organismes gouvernementaux, ainsi que l'absence d'engagement formel du gouvernement dans son ensemble pour ce qui est d'exiger et de faciliter le soutien de tous ses ministères et de soutenir l'action intersectorielle. Enfin, ils

⁽¹⁵⁶⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 1992, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/62b9f91171e5a894852568e1006fafd7?OpenDocument>.

⁽¹⁵⁷⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, gouvernement du Québec, 1997, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf.

ont recommandé le renouvellement de la politique en privilégiant tout spécialement la participation active des secteurs dont les programmes ont des effets importants sur les déterminants non médicaux de la santé⁽¹⁵⁸⁾.

En 2001, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi sur la santé publique*, dont l'un des objectifs était de mettre en place une politique pangouvernementale sur la santé de la population⁽¹⁵⁹⁾. L'article 3 de la Loi, en particulier, fait explicitement état d'une approche axée sur la santé de la population, qui vise à « influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée ». De plus, l'article 54, qui est lui aussi reconnu internationalement pour son caractère novateur, fournit un levier important pour l'élaboration d'une politique pangouvernementale axée sur la santé de la population en obligeant l'ensemble des ministères à analyser l'impact sur la santé de leurs lois et règlements. Il confère également au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population⁽¹⁶⁰⁾. Par ailleurs, les articles 53, 55 et 56 confient aux autorités de santé publique provinciales, régionales et locales la responsabilité des déterminants de la santé en encourageant la collaboration intersectorielle⁽¹⁶¹⁾.

⁽¹⁵⁸⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*, gouvernement du Québec, 2004, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument>.

⁽¹⁵⁹⁾ Gouvernement du Québec, *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, 2001, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html.

⁽¹⁶⁰⁾ Article 54 de la *Loi sur la santé publique* : « Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. »

⁽¹⁶¹⁾ Louise St-Pierre et Lucie Richard, « Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes », chapitre 10, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives et critiques* (Les Presses de l'Université Laval, 2006), p. 183 à 204.

En réponse à la *Loi sur la santé publique*, le MSSS a lancé en 2002 son *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce programme proposait cinq stratégies : 1) renforcer le potentiel des individus; 2) soutenir le développement des collectivités; 3) participer aux actions intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être; 4) soutenir les groupes vulnérables; 5) encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces⁽¹⁶²⁾. Selon des experts, le programme est trop récent pour que l'on puisse évaluer les retombées de sa mise en œuvre, mais il laisse entrevoir un bon potentiel compte tenu des instruments législatifs mis en avant pour encourager la collaboration interministérielle dans l'élaboration de politiques qui améliorent la santé de la population⁽¹⁶³⁾.

10.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Si l'adoption de l'article 54 a été une étape importante vers l'élaboration de politiques favorables à la santé, sa mise en œuvre comporte des défis de taille, dont traite un guide d'évaluation de l'impact des différents projets de loi et de règlement sur la santé et le bien-être produit par le MSSS à l'intention des ministères et des organismes gouvernementaux⁽¹⁶⁴⁾. De plus, un processus intergouvernemental a été établi pour faciliter le déroulement des évaluations. Il comporte trois objectifs : 1) permettre aux ministères et aux organismes gouvernementaux d'apprécier l'impact sur la santé des projets de loi et de règlement lors de leur élaboration; 2) favoriser l'adoption de mesures

⁽¹⁶²⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, gouvernement du Québec, 2003, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/cf4a108863ca20ed8525680900713c29/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>.

⁽¹⁶³⁾ Nicole F. Bernier, « Quebec's Approach to Population Health : An Overview of Policy Content and Organization », *Journal of Public Health Policy*, vol. 27, n° 1, 2006, p. 22 à 37.

⁽¹⁶⁴⁾ Ce guide comporte deux documents : 1) ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le dépistage – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, gouvernement du Québec; 2) ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le cadrage et l'évaluation préliminaire – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, gouvernement du Québec, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/organisa/LoisReg1.nsf/77b66363fd8d8cad85256714005bc2fa/7c1ca76a4f0ac99085256b5d004dd0e9?OpenDocument>.

pouvant atténuer les effets négatifs des lois et des règlements sur la santé; 3) éclairer la prise de décisions des autorités gouvernementales⁽¹⁶⁵⁾.

La *Loi sur la santé publique* établit différents moyens de surveillance des changements dans l'état de santé de la population et de diffusion de l'information qui en découle, notamment dans des rapports provinciaux. Le premier de ces rapports, rendu public en 2005, fait le constat suivant : « Les principaux moyens intersectoriels susceptibles d'influencer les déterminants communs doivent viser les buts suivants : réduire la pauvreté et les inégalités, préserver l'environnement physique, appuyer le développement de communautés solidaires, soutenir l'adoption d'habitudes de vie saines et soutenir le développement des enfants et des jeunes⁽¹⁶⁶⁾. » Il ne précise toutefois pas comment l'approche intersectorielle doit être réalisée et structurée.

Pour faciliter l'application de l'article 54, le gouvernement a aussi mis sur pied un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Ce programme, sous l'égide du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, est le résultat d'un partenariat entre le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec, le Fonds de recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture⁽¹⁶⁷⁾.

Enfin, en 2007, le MSSS a publié *La santé, autrement dit...* à l'intention des ministères et organismes gouvernementaux ainsi que des organismes communautaires. C'est un outil qui vise à mieux faire connaître les déterminants de la

⁽¹⁶⁵⁾ Pour plus de renseignements à ce sujet, on peut consulter les deux documents suivants : 1) Jean Turgeon, *L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec*, communication présentée à l'École nationale de santé publique, Rennes (France), 17 mars 2005, <http://www.gepps.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.15.19.22>; 2) Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec : Huit études de cas – Résumés*, mai 2007, [http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas/vfresumes%20études%20de%20cas%20\(8\)_gepps_30mai2007.pdf](http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas/vfresumes%20études%20de%20cas%20(8)_gepps_30mai2007.pdf).

⁽¹⁶⁶⁾ Directeur national de la santé publique, *Produire la santé – Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 2005, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/90aa79a84053fb7585256fda00665d9f?OpenDocument>.

⁽¹⁶⁷⁾ Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, <http://www.gepps.enap.ca/fr/nouvelles.aspx?sortcode=1.15.22>.

santé et à orienter l'action en faveur de l'amélioration de la santé de la population. Il dresse un bref portrait des programmes et initiatives du gouvernement qui touchent huit grands déterminants de la santé : les habitudes de vie, l'éducation, le logement, le transport, l'aménagement urbain, l'environnement physique, l'environnement social et le revenu⁽¹⁶⁸⁾. Il résume bien l'effort du gouvernement du Québec pour mettre en œuvre une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population.

10.4 PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Dans la Politique de la santé et du bien-être de 1992, le MSSS s'était engagé à s'associer à des ministères et organismes préoccupés par la pauvreté et la dépendance sociale pour élaborer un plan d'action gouvernemental de réduction de la pauvreté qui vise en priorité les familles ayant de jeunes enfants. Entre 1993 et 2002, le MSSS, le ministère de la Sécurité du revenu et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ont mis sur pied différents comités chargés d'élaborer des orientations ministérielles pour réduire les inégalités de revenu et les disparités en matière de santé.

En réponse aux recommandations de ces comités, le gouvernement a présenté en 2002 la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui s'articule autour de cinq grands thèmes : 1) favoriser le développement du potentiel des individus; 2) renforcer le filet de sécurité sociale et économique; 3) favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail; 4) favoriser l'engagement de l'ensemble de la société; 5) assurer la constance et la cohérence de l'action à tous les niveaux⁽¹⁶⁹⁾.

⁽¹⁶⁸⁾ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, gouvernement du Québec, 2007, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/1a165acb041a1e7a852572db004c26f3?OpenDocument>.

⁽¹⁶⁹⁾ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – Énoncé de politique*, gouvernement du Québec, 2002, <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail|cr|saca|sr&type=&page=2>.

La même année, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*⁽¹⁷⁰⁾, qui a pour objet d'amener progressivement (sur une période de dix ans) le Québec au nombre des nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres. Le gouvernement du Québec est ainsi devenu le deuxième au monde (après celui de la France) à assurer par une loi la constance et la cohérence des actions de lutte contre la pauvreté. L'article 12 de la Loi prévoit l'adoption d'un plan d'action précisant de quelle façon le gouvernement compte atteindre son objectif. Le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* a été rendu public en 2004⁽¹⁷¹⁾. Il comprend des mesures visant à améliorer le revenu des personnes et des familles à faible revenu, des investissements pour le logement social, des initiatives pour favoriser la sécurité alimentaire et d'autres mesures importantes pour les prestataires de l'assistance-emploi. Enfin, il contient des mesures pour adapter les actions à la réalité des Autochtones.

La Loi exige notamment que le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale présente un rapport annuel sur les activités réalisées dans le cadre du plan d'action gouvernemental. Le rapport de 2006, qui a été préparé par huit ministères et deux organismes gouvernementaux⁽¹⁷²⁾, ne donne pas d'indicateurs de la pauvreté qui puissent servir à évaluer le chemin parcouru depuis l'adoption de la Loi. Il souligne toutefois l'importance de l'approche intersectorielle et de la volonté de la société dans son ensemble d'atteindre l'objectif visé⁽¹⁷³⁾.

⁽¹⁷⁰⁾ Gouvernement du Québec, *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q., chapitre L-7, 2002, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.htm.

⁽¹⁷¹⁾ Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, gouvernement du Québec, avril 2004, <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail|cr|saca|sr&type=&page=2>.

⁽¹⁷²⁾ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, ministère du Travail, ministère des Affaires municipales et des Régions, Société d'habitation du Québec et Secrétariat à la jeunesse.

⁽¹⁷³⁾ Gouvernement du Québec, *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009 : Bilan de la deuxième année*, 2006, <http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail|cr|saca|sr&type=&page=1>.

CHAPITRE 11 : SASKATCHEWAN⁽¹⁷⁴⁾

11.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- De solides alliances orientées vers la recherche et le travail stratégique, comme le Partenariat de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population et le Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU), jouent un rôle important dans l'évolution des approches axées sur la santé de la population dans la province.
- La stratégie provinciale de promotion de la santé de la population, établie en 2004, exige que les régies régionales de la santé abordent quatre secteurs prioritaires sous l'angle de la santé de la population : le bien-être mental; l'accès à des aliments nutritifs; la réduction de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac; les collectivités actives.
- Les principaux mécanismes de collaboration intersectorielle sont le Forum d'intégration des services à la personne, au niveau des ministères provinciaux, et les comités intersectoriels régionaux, au niveau régional.

11.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

L'élaboration d'une politique sur la santé de la population en Saskatchewan a été façonnée par diverses initiatives clés qui remontent au début des années 1990, époque de la restructuration du secteur de la santé. Cette restructuration a débouché sur la création de 30 conseils de santé de district (fusionnés en 2002 pour devenir les régies régionales de la santé), chargés de planifier, de gérer, d'intégrer et d'offrir sur leur territoire un éventail de services de santé, notamment l'évaluation des besoins de la clientèle, l'évaluation et la gestion de cas, la prévention des maladies, les services à domicile et les soins hospitaliers. Une formule fondée sur les besoins a été implantée pour le financement des conseils de santé de district.

En 1994, au terme d'un processus exhaustif de consultation publique, le Conseil de la santé de la Saskatchewan a publié le document *Population Health Goals for*

⁽¹⁷⁴⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *L'expérience de la Saskatchewan en matière d'adoption et de mise en œuvre d'un nouveau modèle de santé de la population*, rédigé par Bev Nicholoff pour le compte du Sous-comité, novembre 2007.

Saskatchewan. Il mettait en relief toute la gamme des facteurs qui déterminent ou influencent la santé et encadrait l'amélioration de l'état de santé des individus et des collectivités de la Saskatchewan. Les objectifs étaient les suivants : 1) réévaluer les déterminants de la santé; 2) établir la justice et l'équité; 3) avoir des familles et des collectivités solidaires; 4) promouvoir un environnement physique sain; 5) promouvoir la santé; 6) partager les responsabilités⁽¹⁷⁵⁾.

Pour renforcer les approches axées sur la santé de la population, une alliance intersectorielle appelée le Partenariat de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population a vu le jour en 1996⁽¹⁷⁶⁾. Ce partenariat a coordonné l'élaboration d'un cadre conceptuel servant à orienter les régies régionales dans leur travail de promotion de la santé de la population (voir plus bas), a dirigé des projets de démonstration sur la prévention du diabète de type 2 à la lumière d'une stratégie de prévention axée sur la santé de la population et a organisé des cours d'été, des activités de formation et des études sur la promotion de la santé⁽¹⁷⁷⁾.

En 1999, le gouvernement a publié le document *Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, qui présentait des définitions, des principes et des stratégies pour la promotion de la santé de la population afin d'aider les régies régionales à comprendre leur rôle dans ce travail de promotion et

⁽¹⁷⁵⁾ Saskatchewan Provincial Health Council, *Population Health Goals for Saskatchewan*, octobre 1994. Un document de suivi, *Your Health, My Health, Our Health: Our Individual and Collective Responsibilities – A Discussion Paper on the Determinants of Health*, a été publié en 1996.

⁽¹⁷⁶⁾ Les partenaires initiaux étaient les suivants : Santé Canada; Direction de la santé de la population et Direction des Services de gestion des districts de Santé Saskatchewan; Prairie Region Health Promotion Research Centre; districts de santé provinciaux, par l'intermédiaire des représentants du Health Promotion Contacts Group; Saskatchewan Association of Health Organizations; Saskatchewan Public Health Association; Human Services Integration Forum; Métis Family and Community Justice Services; Federation of Saskatchewan Indian Nations; Saskatchewan Indian Federated College.

⁽¹⁷⁷⁾ Lewis Williams, « Health Promotion in Saskatchewan: Three Developing Approaches », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2^e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007; et Natalie Kishchuk, « Études de cas pour la mobilisation régionale de l'approche santé de la population », préparé pour les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2001, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/etudes_cas/index.html.

de donner des indications utiles sur les meilleurs moyens de collaborer avec d'autres secteurs⁽¹⁷⁸⁾.

En 2004 a paru le document *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*⁽¹⁷⁹⁾, qui présentait un cadre stratégique pour la promotion de la santé de la population aux niveaux local, régional et provincial et définissait quatre priorités à long terme : le bien-être mental; l'accès à des aliments nutritifs; la réduction de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac; les collectivités actives. Cette stratégie mettait en lumière la nécessité pour le secteur de la santé de travailler en collaboration avec d'autres secteurs, d'autres ministères et des intervenants de l'extérieur, afin d'apporter et de faciliter des changements qui amélioreraient la santé des citoyens et des collectivités. Tout en soulignant les questions à prendre en considération dans l'établissement d'une vision, d'un cadre et de priorités axés sur la santé de la population dans la province, la stratégie visait à soutenir d'autres initiatives gouvernementales clés, comme la réforme des soins de santé primaires et la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

Le gouvernement collabore avec les régies régionales pour appliquer des mesures de promotion de la santé de la population. Les régies de la Saskatchewan ont établi leurs propres stratégies fondées sur la stratégie provinciale, mais adaptées aux besoins, aux priorités et aux ressources de leur région; ces stratégies sont mises à jour annuellement. Par exemple, voici certaines activités des régies régionales qui appuient deux priorités de la stratégie, l'accès à des aliments nutritifs et les collectivités actives :

- Renforcement de la capacité de favoriser l'accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le calcul des coûts des aliments, la distribution de boîtes d'aliments sains, les cuisines collectives, le développement du leadership et l'établissement de chartes sur l'alimentation.
- Mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles saines dans les régions et les écoles, y compris la collecte de données de base en septembre 2006 pour surveiller les progrès.

⁽¹⁷⁸⁾ Saskatchewan Health, *A Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, 1999, <http://www.health.gov.sk.ca/health-promotion-framework>.

⁽¹⁷⁹⁾ Saskatchewan Health, *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*, 2004, <http://www.health.gov.sk.ca/phb-promotion-strategy>.

- Création de partenariats pour faciliter le travail des secteurs du sport et des loisirs.
- Réduction des obstacles à l'activité physique grâce à des changements dans les infrastructures, à la promotion du transport actif, à l'amélioration de l'accessibilité des installations et à des mesures de réduction des coûts.
- Efforts visant à accroître les taux d'allaitement maternel, y compris l'élaboration de politiques et l'établissement d'un indicateur de surveillance des progrès.

Bien que certains fonds soient versés aux régies en fonction des besoins, c'est surtout l'utilisation antérieure qui continue de dicter l'affectation des ressources, plutôt que la compréhension des besoins de chaque région en santé de la population. L'intégration des services médicaux et des services sociaux et éducatifs relève encore plus de la théorie que de la réalité. Toutefois, la province a un réseau de comités intersectoriels régionaux qui favorise la planification et l'établissement intégrés des services à la personne d'une manière compatible avec une approche axée sur la santé de la population.

Chacun des dix comités intersectoriels régionaux compte un coordonnateur qui l'aide à remplir son mandat et facilite le développement des capacités communautaires. Les comités se composent de représentants des ministères provinciaux et fédéraux, des districts de santé, des divisions scolaires, des collèges régionaux, du Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology, des régies du logement, de la police, des conseils tribaux, des organisations métisses et des organismes communautaires⁽¹⁸⁰⁾. Leur travail consiste à :

- appuyer les systèmes communautaires de planification des services à la personne;
- établir des stratégies de collecte des données et d'échange de renseignements, y compris des profils communautaires dans certaines régions;
- encourager la formation d'équipes d'intervention ou de groupes interorganismes pour s'attaquer aux dossiers des enfants, des jeunes et des familles vulnérables, et en particulier des jeunes enfants et des jeunes à risque;
- aider les groupes interorganismes communautaires en leur donnant des conseils en matière de planification, en finançant des projets et en facilitant les communications;
- coordonner l'examen local de divers projets financés, par exemple, par les subventions de prévention et de soutien, le fonds des initiatives communautaires, les sommes fédérales versées pour la santé de la population et la prévention du crime, etc.;

⁽¹⁸⁰⁾ Saskatchewan Ministry of Education, *Regional Intersectoral Committees*, <http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/rics.shtml>.

- favoriser la mise en œuvre d'une méthode intégrée de gestion de cas pour les personnes qui ont des besoins complexes;
- faciliter la participation des collectivités aux processus de consultation, par exemple pour l'étude sur la petite enfance, le Plan d'action national pour les enfants et l'initiative sur le rôle des écoles.

Au niveau provincial, les comités intersectoriels reçoivent l'appui du Forum des sous-ministres délégués et adjoints sur les services à la personne, qui a été créé à l'automne 1994 pour améliorer la coordination aux échelons supérieurs de l'administration gouvernementale et répondre à la demande croissante de services à la personne complets et intégrés. Le Forum a été restructuré en 1999 et renommé Forum d'intégration des services à la personne. Il a à sa tête un comité directeur qui représente les ministères suivants⁽¹⁸¹⁾ : Éducation; Justice; Santé; Services correctionnels et Sécurité publique; Ressources communautaires et Emploi; Culture, Jeunesse et Loisirs; Relations avec les Premières nations et les Métis; Conseil exécutif.

Le Forum poursuit les objectifs suivants : établir et préserver des mécanismes servant à promouvoir et à faciliter la collaboration entre organismes, la planification intégrée et la prestation des services; repérer et affronter les obstacles; fournir des fonds et un soutien en matière de politiques; offrir un soutien à l'éducation aux fournisseurs de services à la personne; faire un usage efficient et efficace des ressources. Ses priorités touchant l'élaboration de politiques et de programmes visent le développement de la petite enfance ainsi que les jeunes et les citoyens en situation précaire.

11.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) est un institut de recherche sans but lucratif fondé en 1999 par l'Université de Regina, l'Université de la Saskatchewan, le ministère de la Santé de la province, la Saskatchewan Association of Health Organizations et la Health Services Utilization and Research Commission. Depuis sa création, le SPHERU joue un rôle clé dans la

⁽¹⁸¹⁾ Saskatchewan Ministry of Education, *Human Services Integration Forum*, <http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/index.shtml>.

promotion de la recherche sur la santé de la population. Les projets de recherche qu'il a entrepris s'articulent autour de trois grands thèmes : la santé des populations du Nord et des Autochtones; la santé des enfants; la santé des populations rurales⁽¹⁸²⁾.

La stratégie provinciale oblige les régions régionales à présenter un rapport sur leurs stratégies de promotion de la santé de la population. Ainsi, la région de Saskatoon a, dans son rapport annuel 2006-2007, traité des comportements en matière de santé qui sont influencés par les conditions socioéconomiques dans sa région et fait état des progrès accomplis vers la promotion de la santé et la prévention des maladies⁽¹⁸³⁾.

⁽¹⁸²⁾ Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, *About Our Work*, <http://www.spheru.ca/home>.

⁽¹⁸³⁾ Saskatoon Regional Health Authority, *2006-2007 Annual Report to the Minister of Health and the Minister of Healthy Living Services*, 2007, http://www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/documents/shr_annual_report_2006_07.pdf.

CHAPITRE 12 : LES TERRITOIRES⁽¹⁸⁴⁾

12.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les gouvernements des territoires ont surtout produit des documents sur le rôle des déterminants de la santé dans le bien-être des populations du Nord.
- L'importance des déterminants de la santé et la dynamique de leur interaction ne sont pas les mêmes que dans le reste du Canada en raison des réalités propres au Nord, notamment la proportion plus grande d'Autochtones et l'éloignement.
- Les Territoires du Nord-Ouest travaillent depuis longtemps à mettre en œuvre des politiques et des programmes axés sur la santé de la population au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et aussi dans l'ensemble de l'administration publique, mais cela ne va pas sans difficulté.
- En raison des difficultés que pose l'échantillonnage dans les localités du Nord – notamment la taille réduite des échantillons –, les habitants des territoires se trouvent mal représentés dans les études sur la santé de la population. Néanmoins, des indicateurs pertinents ont été intégrés dans les rapports sur l'état de santé de la population des territoires et sont de plus en plus utilisés dans les rapports sur le rendement.

12.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Au cours des dernières décennies, la structure administrative et les responsabilités des gouvernements du Nord ont beaucoup changé. Le transfert de la prestation des services de santé aux territoires, la création du Nunavut et le rôle accru des Premières nations dans les services de santé et les services sociaux ont dynamisé le secteur des politiques et des programmes.

L'interaction des déterminants de la santé est très différente dans le Nord et dans le Sud du pays. L'exploitation des ressources naturelles dans les communautés autochtones se caractérise souvent par une croissance forte et rapide suivie d'un déclin économique qui génère de profonds changements sociaux et culturels et intensifie les

⁽¹⁸⁴⁾ L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *Politique en matière de santé de la population dans les Territoires*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité, octobre 2007.

problèmes de santé. L'éloignement des localités pose des difficultés d'accès à des aliments nutritifs et abordables. Dans le rude climat du Nord, il n'est pas aisé d'offrir des logements adéquats. L'évaluation de la perception qu'ont les habitants du Nord de leur état de santé fait ressortir l'influence de facteurs sociaux, sociétaux et culturels sur divers déterminants de la santé, notamment l'appartenance au milieu, le soutien familial et l'accès à des soins adaptés aux réalités culturelles.

i. Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest ont montré la voie en prenant des mesures cohérentes et concertées pour améliorer la santé de la population. Sous la direction du Comité spécial sur les services sociaux et de santé en 1994⁽¹⁸⁵⁾, les programmes de santé et les services sociaux ont été regroupés au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a mis l'accent sur le travail de promotion et de prévention et reconnu l'apport du logement, de l'hygiène de l'environnement, du soutien du revenu et de l'éducation à la santé de la population.

Le gouvernement territorial a accordé beaucoup d'attention à l'harmonisation des services sociaux et de l'ensemble des soins de santé. En 1997, le document préliminaire intitulé *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*⁽¹⁸⁶⁾ préconisait cette harmonisation pour des raisons fonctionnelles et par souci du service à la clientèle. D'un point de vue fonctionnel, l'intégration de la gestion des finances, des ressources humaines et de l'information à l'échelle des unités opérationnelles avait l'avantage d'optimiser le système. Du point de vue du service à la clientèle, il s'agissait non seulement de coordonner les soins, mais aussi d'en assurer la continuité, ce qui exigeait une bonne communication entre les fournisseurs de soins, un transfert facile de l'information et suffisamment de ressources et d'efforts pour servir les personnes dans le besoin. D'un point de vue comme de l'autre, l'harmonisation améliore

⁽¹⁸⁵⁾ Government of Northwest Territories, *Renewed Partnerships: In Response to Talking and Working Together. The Final Report of the Special Committee on Health and Social Services*, Yellowknife, Legislative Assembly, Government of the Northwest Territories, 1994.

⁽¹⁸⁶⁾ Med-Emerg International, *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*, Yellowknife, Northwest Territories Department of Health and Social Services, 1997, <http://www.hltss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

la prestation des services, et les économies d'échelle et le financement par capitation limitent les coûts⁽¹⁸⁷⁾.

Le plan stratégique affirmait l'engagement du ministère à l'égard de la santé de la population en ce qui concerne les résultats en matière de santé et l'état de santé. Il proposait un mécanisme en bonne et due forme pour rendre compte des résultats qui sont dictés par les habitudes de vie et les facteurs environnementaux, mettant ainsi en valeur le premier objectif stratégique de l'intégration des services sociaux et de santé : veiller à ce que les habitants des Territoires du Nord-Ouest cultivent des habitudes de vie saines dans un environnement sain⁽¹⁸⁸⁾.

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a, en 1998, donné suite au document préliminaire en publiant le rapport *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*⁽¹⁸⁹⁾, qui résumait comme suit les quatre objectifs de santé et de mieux-être du ministère de la Santé et des Services sociaux : 1) améliorer l'état de santé; 2) améliorer les conditions sociales et environnementales; 3) améliorer l'intégration et la coordination des services sociaux et de santé, y compris ceux assurés par les fournisseurs privés, les organismes gouvernementaux, les organismes non gouvernementaux et le secteur bénévole; 4) mettre au point des moyens plus adaptés, responsables et efficaces pour offrir et gérer les services.

Compte tenu de la gamme de déterminants qui agissent sur l'état de santé et les conditions sociales et environnementales propres au Nord, le ministère a précisé que la contribution de nombreux organismes et le soutien de la population étaient essentiels pour que l'on puisse aborder les déterminants de la santé comme l'éducation, la culture, le logement, l'emploi, la situation économique et le milieu physique. Il se voyait jouer un rôle catalyseur en veillant à ce que les ministères, organismes et gouvernements

⁽¹⁸⁷⁾ La capitation est un mode de financement par lequel un montant fixe est transféré à l'unité intégrée en fonction de la taille, des caractéristiques et des besoins de la population protégée par le régime. L'unité intégrée conserve les surplus ou les déficits. La conservation des surplus l'encourage à promouvoir la santé et à prévenir les maladies pour réduire les coûts de traitement.

⁽¹⁸⁸⁾ Med-Emerg International (1997), *op. cit.*, p. 17.

⁽¹⁸⁹⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*, Yellowknife, Department of Health and Social Services, 1998, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

disposent de l'information nécessaire pour adopter une vision d'ensemble dans l'établissement des politiques et des priorités et dans la prise de décisions qui améliorent la santé et le bien-être de la population.

Comme ailleurs au Canada, la mise en œuvre du plan stratégique a posé des difficultés. Un rapport publié en 2001 a révélé que le système des services sociaux et de santé était déficient et mis à rude épreuve : le personnel de première ligne était démoralisé par le manque de ressources; les gestionnaires essayaient tant bien que mal de répondre à des attentes qui paraissaient souvent irréalistes concernant la prestation des services, la production des rapports et la mesure des résultats; le manque de coopération entre les différents acteurs entravait la prestation de services véritablement intégrés et complets⁽¹⁹⁰⁾. Dans ce rapport, on faisait observer que bien d'autres études avaient déjà tiré les mêmes conclusions et recommandé maintes fois de remédier à l'absence continue de suivi ou de progrès.

Soulignant la nécessité d'un changement, le *Plan d'action 2002-2005 – Système de services de santé et de services sociaux des T. N.-O.* a promis plusieurs changements, notamment un meilleur appui du personnel, l'amélioration de la gestion à l'échelle du système et de la reddition de comptes, l'établissement de forums pour la planification conjointe d'initiatives interministérielles et une adéquation plus minutieuse des stratégies opérationnelles avec le plan stratégique du ministère⁽¹⁹¹⁾.

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a présenté le Modèle de prestation de services intégrés, qui décrivait l'intégration des services, la collaboration professionnelle, l'intégration organisationnelle et un ensemble défini de services essentiels qui seraient présents dans le système de services de santé et de services sociaux⁽¹⁹²⁾. Les services essentiels étaient entre autres

⁽¹⁹⁰⁾ George B. Cuff & Associates, *It's Time to Act: A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories*, juin 2001, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

⁽¹⁹¹⁾ Territoires du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Plan d'action en matière de santé et de services sociaux des T. N.-O. 2002-2005*, Yellowknife, 2002, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=25>.

⁽¹⁹²⁾ Territoires du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des TNO*, Yellowknife, 2004,

constitués de la protection, la promotion et la prévention de la santé et mettaient en évidence les habitudes de vie saines et les comportements à risque. Le document proposait clairement un système intégré et bien financé de prévention et de promotion, qui ne serait pas relégué au second plan par les services de traitement et qui reposait sur une approche de la santé de la population correspondant au modèle des soins primaires communautaires. Dans le Plan d'action 2006-2010, les services de promotion et de protection de la santé prévoient des réalisations au chapitre des comportements malsains, de l'itinérance et des programmes scolaires axés sur la santé⁽¹⁹³⁾.

ii. Yukon

Le rapport sur l'état de santé publié en 2003 montrait que le Yukon avait bien compris l'importance des déterminants de la santé et décrivait leur influence sur la santé. Il présentait également des indicateurs de l'éducation, de l'emploi et du revenu⁽¹⁹⁴⁾.

L'approche axée sur la promotion de la santé a été mise en valeur dans le document *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*. Ce compte rendu d'un forum sur la planification des soins de santé primaires recommandait que l'on s'attaque à certains gros problèmes de santé, notamment la consommation abusive d'alcool et de drogues et les maladies chroniques, tout en accordant de l'importance à la réduction des disparités en matière de santé⁽¹⁹⁵⁾. Il recommandait aussi un soutien accru à l'Initiative de collaboration interministérielle entre les ministères de la Justice, de l'Éducation ainsi que de la Santé et des Affaires sociales en vue d'améliorer les relations de travail et de réduire les obstacles à l'échange d'informations.

<http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=49.asp?ID=49> (résumé en français) ou <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp> (document intégral en anglais).

⁽¹⁹³⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services System Action Plan 2006-2010*, Yellowknife, 2006, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

⁽¹⁹⁴⁾ Government of Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, novembre 2003.

⁽¹⁹⁵⁾ Government of Yukon Health and Social Services, *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*, novembre 2003, http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/phctf_report.pdf.

Il était devenu pressant d'investir dans les déterminants non médicaux de la santé au terme d'une période de fragilisation des programmes de logement, des programmes de santé publique et de promotion de la santé, des services à la famille et des services de santé mentale⁽¹⁹⁶⁾. Le Yukon a utilisé sa part des fonds fédéraux de la Stratégie pour le Nord afin de mettre en œuvre les mesures énoncées dans le chapitre du Yukon qui touchent les déterminants de la santé, par exemple :

- Investir au niveau des collectivités dans des ressources éducationnelles qui sont adaptées aux besoins locaux.
- Produire une stratégie pour améliorer les mesures fédérales visant à offrir des logements et des infrastructures connexes qui sont salubres, adéquats, abordables et adaptés aux réalités culturelles.
- Travailler conjointement pour fournir aux collectivités du Yukon les ressources leur permettant de s'adapter aux changements climatiques⁽¹⁹⁷⁾.

iii. Nunavut

Créé en 1999 à la suite de la partition des Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut couvre le cinquième de la superficie terrestre du Canada. En 2007, il comptait 31 113 habitants⁽¹⁹⁸⁾ répartis dans 25 localités, dont la plupart ne sont accessibles que par avion. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut a une division de la santé de la population de 12 employés, qui oriente les activités de promotion de la santé menées dans les centres de santé communautaires de chacune des localités. Ces activités visent entre autres l'accessibilité des aliments nutritifs, les programmes de santé prénatale et de développement de l'enfant et les stratégies concernant les maladies transmissibles, telles que la tuberculose et les maladies transmises sexuellement⁽¹⁹⁹⁾.

⁽¹⁹⁶⁾ Canadian Health Coalition, *Northern Health Care: On Thin Ice?* Ottawa, Canadian Health Coalition, 2003, <http://www.healthcoalition.ca/north-report.pdf>.

⁽¹⁹⁷⁾ Government of Yukon, Northern Strategy Trust, *Northern Strategy: Yukon Chapter*, ébauche, 26 avril 2005, http://www.eco.gov.yk.ca/igr/pdf/yukon_chapter_northern_strategy.pdf.

⁽¹⁹⁸⁾ Statistique Canada, « La population canadienne selon l'âge et le sexe », *Le Quotidien*, 29 novembre 2007, <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/071129/q071129c.htm>.

⁽¹⁹⁹⁾ Carol Gregson et coll., « Health Promotion in Nunavut: Inspired by Design », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2^e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007.

En 2005, un atelier du gouvernement du Nunavut sur les déterminants sociaux de la santé a fait ressortir les déterminants suivants pour le territoire : acculturation, auto-détermination, éducation, qualité de vie en bas âge, productivité, revenu, répartition du revenu, sécurité alimentaire, services de santé, régime de sécurité sociale, logement et environnement⁽²⁰⁰⁾.

12.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les enquêtes nationales de Statistique Canada comportent généralement une collecte de données distincte dans les territoires à cause des difficultés particulières à la tenue d'enquêtes dans le Nord canadien. Des écarts se produisent entre les chiffres de Statistique Canada et ceux du gouvernement du Yukon⁽²⁰¹⁾. En raison de ces difficultés, il arrive souvent que les populations du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut soient entièrement exclues de l'échantillonnage. En outre, les problèmes d'échantillonnage et les méthodes statistiques propres aux petits échantillons découragent l'examen des données des territoires, pourtant susceptibles d'être utiles aux décideurs locaux ou de jeter un éclairage récent sur des problèmes de santé. Vu les difficultés causées par les échantillons de taille modeste, le nombre restreint de résultats mesurés et la quantité insuffisante de cas étudiés, il arrive fréquemment que les analyses soient impossibles à réaliser à l'échelle des collectivités et qu'elles soient ardues même à l'échelle régionale⁽²⁰²⁾. Il n'est pas rare que les populations des trois territoires soient réunies en un seul échantillon représentant l'ensemble des « territoires » ou, pire, exclues du rapport définitif⁽²⁰³⁾. Comme les populations du Nord sont mal représentées dans les études, elles en viennent à se méfier des méthodes de recherche elles-mêmes, ce qui rend

⁽²⁰⁰⁾ Nunavut Department of Health and Social Services, *Social Determinants of Health in Nunavut - Workshop Report*, Iqaluit, Government of Nunavut, 2005.

⁽²⁰¹⁾ CBC News, *Census Numbers Flawed, Yukon Says*, 15 mars 2007, <http://www.cbc.ca/canada/north/story/2007/03/15/yk-census.html>.

⁽²⁰²⁾ Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services Performance Measurement and Reporting*, Yellowknife, 2003, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp>.

⁽²⁰³⁾ Groupe de travail sur l'Agenda social, *Projet d'Agenda social pour les gens des T. N.-O.*, Yellowknife, 2002, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=26>.

particulièrement difficile l'élaboration de politiques et de programmes à partir de données probantes.

Un autre point qui vient compliquer le travail de recherche dans le Nord est le caractère rural et éloigné des localités. Les études portant sur l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural visent en général une région ou une province donnée, mettent l'accent sur un seul aspect de la santé ou s'appuient sur une seule source de données⁽²⁰⁴⁾. L'information recueillie sur le Nord est donc limitée non seulement par le fait que le programme de recherche est généralement fondé sur des données venant du Sud, mais aussi par une façon d'aborder la recherche qui fait fi des connaissances ancestrales et de la participation de la collectivité. Bien que le modèle établi commence à s'appuyer sur la recherche communautaire et à tenir compte des intérêts, des priorités et des habiletés des communautés autochtones, il reste des éléments à concrétiser : niveau général de participation, diffusion d'informations spécialisées et formation de responsables autochtones des déterminants de la santé dans le Nord. De nombreuses études ont certes été réalisées sur la santé de la population autochtone du Canada, mais il y en a eu peu sur l'éventail complet des déterminants de la santé⁽²⁰⁵⁾.

En dépit de ces difficultés, la mesure du rendement et la production de rapports par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest et le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon constituent de remarquables exemples à suivre. Le *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO* présente non seulement les indicateurs de l'état de santé et de la mortalité, mais aussi les influences socioéconomiques et environnementales sur la santé, l'hygiène de vie personnelle, le mieux-être social et, dans l'édition de 2005, le développement d'enfants en santé⁽²⁰⁶⁾. Il renferme une introduction qui fait état de la documentation en général

⁽²⁰⁴⁾ Initiative sur la santé de la population canadienne, *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/pdf/rural_canadians_2006_report_f.pdf.

⁽²⁰⁵⁾ T. Kue Young, « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, vol. 327, p. 419 à 422, 2003, <http://www.bmj.com/cgi/reprint/327/7412/419>.

⁽²⁰⁶⁾ Les Territoires du Nord-Ouest ont publié en 1999 un rapport sur l'état de santé vu sous l'angle de la santé de la population. Premier rapport sur l'état de santé produit après la création du Nunavut, il sert de repère pour l'évaluation des progrès futurs. Le plus récent rapport est le suivant : Territoires

pour faire comprendre le lien entre chaque déterminant et l'état de santé. Il n'essaie toutefois pas d'établir de lien entre ses propres données sur les déterminants et la santé de la population. Les mêmes atouts et limites caractérisent le rapport sur l'état de santé de la population du Yukon⁽²⁰⁷⁾. Au Nunavut, les rapports sur l'état de santé se limitent en grande partie à présenter des indicateurs comparables de la santé, ce qui correspond aux engagements pris dans le communiqué publié par les premiers ministres en septembre 2000, qui encourageait tous les ministres de la santé à utiliser des indicateurs comparables pour rendre compte de l'état de santé de la population, des résultats en matière de santé et de la qualité des services⁽²⁰⁸⁾.

du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO 2005*, Yellowknife, 2005, <http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=76>.

⁽²⁰⁷⁾ Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, Whitehorse, 2003, <http://www.inchr.org/Doc/November05/healthstatus03.pdf>.

⁽²⁰⁸⁾ Nunavut, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Nunavut sur les indicateurs comparables de la santé*, Iqaluit, 2004, http://www.gov.nu.ca/health/PIRC_FRENCH_FINAL_LOW.pdf.

Les chapitres précédents ont donné un aperçu des efforts déployés par chacun des gouvernements canadiens pour élaborer des politiques sur la santé de la population, les mettre en œuvre et les évaluer. Le présent chapitre résume les enseignements tirés de l'examen comparatif des mesures fédérales, provinciales et territoriales prises pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en matière de santé.

13.1 LE CONCEPT DE « SANTÉ DE LA POPULATION »

La santé de la population n'est pas un nouveau concept. Elle a été véritablement mise en valeur pour la première fois au Canada dans le rapport Lalonde de 1974, qui a marqué un tournant et a été reconnu dans le monde entier. Par la suite, le concept a évolué pour privilégier la réduction des disparités en matière de santé en même temps que l'amélioration de l'état de santé général. Dans les trois décennies qui ont suivi le rapport Lalonde, le gouvernement fédéral et tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont accordé énormément d'attention à la santé de la population, et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a contribué pour beaucoup à faire progresser le concept au Canada.

Et pourtant, les déterminants de la santé, la santé de la population et les disparités en matière de santé sont encore des concepts mal connus et mal compris. On les associe généralement à la responsabilité, très délicate politiquement, des services de traitement, qui relèvent des ministères de la santé. Un seul Canadien sur trois comprend que les grands déterminants non médicaux de la santé – revenu, éducation et logement, par exemple – sont liés à la santé⁽²⁰⁹⁾. Les politiciens et les médias du Canada n'ont pas réussi à faire comprendre au public l'importance des déterminants non médicaux de la santé et de l'optimisation de la santé de la population. Les profonds changements

⁽²⁰⁹⁾ Elyzabeth Gyorfi-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, 8 novembre 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf.

structurels nécessaires pour favoriser un investissement dans la santé de la population ne se produiront pas sans volonté politique ni sensibilisation du public. Comme les politiciens doivent rendre des comptes aux électeurs, il est difficile de réaliser des changements qui ne reçoivent pas l'appui du public. Les changements d'orientation qui mettent beaucoup de temps avant d'aboutir devront être parfaitement compris par le public pour pouvoir s'étendre sur des mandats politiques successifs. Dans certaines provinces, comme nous l'avons vu plus haut, la réforme a été interrompue par un changement de gouvernement.

Au sein de l'administration gouvernementale, le discours sur la santé de la population et sur les disparités en matière de santé demeure surtout le propre des ministères de la santé et des chercheurs du domaine. Environ 58 p. 100 des hauts fonctionnaires sondés dans l'ensemble des ministères fédéraux et provinciaux ont dit connaître bien ou très bien les déterminants de la santé de la population, mais 83 p. 100 d'entre eux signalaient avoir besoin d'être mieux renseignés sur les conséquences sur la santé des options politiques envisagées par leur ministère. Une partie des répondants ne croyaient pas devoir prendre en considération l'impact de toutes les grandes initiatives gouvernementales sur la santé : 45 p. 100 dans les ministères de finances, contre 20 p. 100 dans les ministères du travail et 6 p. 100 dans les ministères de la santé et des services sociaux⁽²¹⁰⁾. Ces résultats indiquent que le secteur de la santé, même s'il fait énergiquement la promotion de l'approche axée sur la population, ne convainc pas les autres secteurs de s'engager dans des initiatives interministérielles de longue haleine visant la santé de la population ou les disparités en matière de santé.

13.2 OBJECTIFS ET CIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Chaque province a fixé des objectifs de santé entre 1989 et 1998, et les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé en ont fait autant pour le Canada en 2005. Inspirés par le mouvement « Santé pour tous » lancé en 1984 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, les objectifs de santé ont eu la faveur des décideurs,

⁽²¹⁰⁾ John N. Lavis et coll., « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations? », *American Journal of Public Health*, avril 2003, p. 658 à 663, <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/93/4/658>.

en partie au moins parce qu'ils offraient une approche rationnelle de l'élaboration de politiques censée produire des résultats efficaces et efficients ainsi que des buts, indicateurs, cibles, stratégies et actions mesurables⁽²¹¹⁾.

À la fin des années 1990, la plupart des provinces n'utilisaient plus expressément les objectifs de santé pour orienter l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques sur la santé de la population. Ces objectifs avaient été remplacés par des plans d'activité dans la majorité des ministères de la santé et des régions régionales. Toutefois, les décideurs des régions régionales ont continué d'accorder la priorité aux objectifs du système de santé par rapport aux autres⁽²¹²⁾.

Bien que définis dans l'ensemble du pays et entérinés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé, les objectifs de santé de haut niveau ne se sont pas encore traduits par une stratégie nationale ou des changements mesurables dans la santé de la population. Il n'y a pas encore eu non plus de cibles nationales qui ont été fixées pour la réduction des disparités en matière de santé.

Il est évident que l'établissement d'objectifs de santé peut aider à canaliser les ressources vers la santé de la population, encourager la surveillance des progrès dans les indicateurs de la santé et stimuler l'amélioration des systèmes d'information sur la santé. Il reste que, pour les dirigeants politiques, les objectifs et les cibles sont une arme à double tranchant. Ils rehaussent l'obligation de rendre compte d'améliorations quantifiables, nécessitent la réaffectation de ressources précieuses et, si les objectifs ne sont pas atteints, finissent par compromettre les chances de se faire réélire⁽²¹³⁾.

⁽²¹¹⁾ Treena Chomik et James Frankish, « Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets », *Canadian Journal of Public Health*, 1999, p. S39 à S42; Martin McKee et Naomi Fulop, « On target for health », *British Medical Journal*, 2000, p. 327 et 328.

⁽²¹²⁾ Deanna L. Williamson et coll., « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 64, 2003, p. 173 à 191.

⁽²¹³⁾ Treena Chomik et James Frankish (1999), *op. cit.*

13.3 ÉVALUATION DES INCIDENCES SUR LA SANTÉ

Les déterminants de la santé les plus puissants ne relèvent pas du secteur de la santé. Ce sont les politiques des autres secteurs qui sont le plus susceptibles d'améliorer (ou d'empirer) la santé et le bien-être de la population et de réduire les disparités. Il importe donc d'évaluer les incidences possibles de ces politiques avant leur mise en œuvre. L'évaluation des incidences sur la santé est un moyen structuré de prévoir les effets possibles d'une politique sur la santé de la population et, si on le souhaite, sur les disparités en matière de santé.

En 1997, un mémoire présenté au Cabinet fédéral a recommandé que les politiques et les programmes fédéraux fassent l'objet d'évaluations des incidences sur la santé. Différentes provinces ont aussi recommandé l'utilisation de cet outil, mais jusqu'à présent, seul le Québec a voté une loi rendant obligatoire l'analyse de l'impact des projets de loi et de règlement sur la santé. Cette loi habilite le ministre québécois de la Santé à donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population. De façon générale, l'application d'un mécanisme d'évaluation des incidences est l'une des premières étapes vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population; elle conduit aussi à une meilleure compréhension de l'influence des politiques publiques sur la santé de la population.

13.4 SURVEILLANCE, ÉVALUATION ET RECHERCHE

La capacité de recherche et de collecte de données sur la santé de la population a beaucoup progressé au Canada. Des résultats d'enquêtes sur la santé de la population, les déterminants et les disparités sont accessibles, et de nombreux programmes de recherche sur la santé mettent l'accent sur les déterminants non médicaux.

Au niveau national, il existe une importante infrastructure du savoir sur la santé, notamment l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, les centres de collaboration nationale et les ministères et organismes fédéraux comme Statistique Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Au niveau provincial, le Centre for Health Policy and Evaluation du Manitoba dispose d'un répertoire de données intégré, complet et unique qui non seulement génère de l'information valable sur les types de soins et de maladies, mais fait aussi le lien avec divers déterminants de la santé, y compris le revenu, l'éducation, l'emploi et la condition sociale. À Terre-Neuve-et-Labrador, les comptes communautaires donnent accès à des informations et indicateurs clés sur la situation socioéconomique et la santé par région. L'enquête de la Colombie-Britannique sur la santé et le mieux-être est un autre outil prometteur permettant d'améliorer les informations accessibles aux décideurs qui adoptent une approche axée sur la santé de la population. Ensemble, ces nouveaux outils et organismes de recherche offrent au Canada une occasion sans précédent d'orienter l'élaboration des politiques et la prise de décisions, de mesurer les résultats et d'apporter des changements concrets dans le domaine de la santé de la population. Il importe que toutes les enquêtes et initiatives nationales soient coordonnées avec les travaux des infrastructures du savoir provinciales, territoriales et locales et des centres universitaires.

Il reste toutefois des questions à régler. Par exemple, un consensus s'impose sur les indicateurs qui permettent le meilleur suivi des tendances dans les disparités en matière de santé. Il faut également améliorer la collecte des données : il n'y a pas toujours de données accessibles sur la santé de la population au niveau territorial ou régional, ou encore au niveau des quartiers. Et malgré les nombreuses études en train d'être réalisées sur la santé de la population et les disparités, il demeure nécessaire de tirer plus de conclusions factuelles sur les politiques et les programmes qui sont efficaces ou non au niveau de la population. Il nous reste à accroître notre compréhension des politiques et des programmes à mettre en place pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en matière de santé⁽²¹⁴⁾.

⁽²¹⁴⁾ Glenda Yeates, ISPC de l'ICIS, mémoire présenté au Sous-comité, 13 février 2008.

13.5 RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

On se préoccupe de l'« impérialisme de la santé » en haut lieu. Aux yeux de certains, les ministères de la santé peuvent avoir tendance à dicter leur façon d'agir aux autres secteurs, surtout si le secteur de la santé n'a pas lui-même adopté de mesures substantielles. Il ne suffit pas de prendre acte du rôle essentiel des autres secteurs dans l'établissement de mesures qui leur sont propres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités; ces autres secteurs doivent faire valoir leur « mérite » auprès du public et des dirigeants politiques. Le principal défi pour les ministères de la santé est d'encourager et, par des arguments convaincants, d'amener les autres ministères dont les programmes influent sur les déterminants non médicaux de la santé à participer à l'élaboration de la politique sur la santé de la population. Un engagement en bonne et due forme de la part du gouvernement faciliterait grandement l'action intersectorielle.

13.6 RÉGIONALISATION

Bien que toutes les provinces aient connu une période de régionalisation des services de santé, les régies régionales de la santé utilisent les déterminants de la santé de façon très inégale. Certaines régies se servent de cadres de la santé de la population pour planifier et fournir les services, mais il s'agit de l'exception plutôt que de la règle. Une enquête effectuée auprès des régies régionales au Canada montre que, même parmi celles qui ont adopté cette approche, les déterminants utilisés varient. Le développement de l'enfant et l'hygiène de vie personnelle reçoivent le plus d'attention, dans les activités internes comme intersectorielles, tandis que la culture, le sexe et l'emploi/les conditions de travail sont les déterminants qui en reçoivent le moins. En outre, les efforts pour assurer une coordination intersectorielle avec des organismes qui s'intéressent à d'autres déterminants, comme l'éducation, le logement ou le

développement de la petite enfance, ne sont pas encouragés lorsque les rapports verticaux restent limités au secteur⁽²¹⁵⁾.

Les régies régionales qui s'efforcent d'utiliser des cadres de santé de la population pour le travail de planification et de prise de décisions ont besoin de formation, d'outils et de soutien venant des échelons supérieurs. C'est le constat qui a été fait à l'Île-du-Prince-Édouard, où la régionalisation a affaibli la coopération interrégionale. La Colombie-Britannique fait appel à son réseau de la santé de la population pour fournir un soutien nécessaire au personnel des régies régionales chargé de la santé de la population.

13.7 FINANCEMENT

Le Cabinet fédéral a officiellement adopté une politique pangouvernementale sur la santé de la population en 1997, mais d'importantes compressions budgétaires ont entravé sa mise en œuvre. Seul un des 18 ministères associés à la politique – Santé Canada – a fait le nécessaire pour aborder ses programmes et initiatives sous l'angle de la santé de la population. De même, l'application de la politique sur la santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard a été sérieusement limitée par la réduction des paiements de transfert fédéraux, ce qui a eu pour effet de réduire les dépenses provinciales destinées à la santé de la population. Les initiatives provinciales qui ont coïncidé avec la réduction des paiements de transfert fédéraux au milieu des années 1990 sont arrivées à un bien mauvais moment. Cette situation, conjuguée à une croissance continue des coûts de la santé qui est supérieure au taux d'inflation, a sérieusement compromis et parfois voué à l'échec les réformes en matière de santé de la population pilotées par le secteur de la santé.

Un autre problème de financement concerne la réaffectation des fonds. En Ontario, un réseau local d'intégration des services de santé qui tente actuellement

⁽²¹⁵⁾ Frankish, C. J., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., Casebeer, A. L., Eyles, J. D., Labonte, R. et Evoy, B. E., « Addressing the Non-Medical Determinants of Health: A Survey of Canada's Health Regions », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, n° 1, 2007, p. 41 à 47.

d'appliquer une approche axée sur la santé de la population trouve que la réaffectation des fonds est un obstacle de taille aux investissements dans les déterminants non médicaux de la santé. Les mécanismes de financement n'ont pas encore été remaniés de façon à mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, sans parler des déterminants non médicaux, plutôt que sur la hausse continue des coûts du système de santé⁽²¹⁶⁾.

13.8 ACTION INTERSECTORIELLE

Comme les provinces et les territoires canadiens sont directement responsables d'un bon nombre des principaux déterminants (éducation, sécurité du revenu, emploi, services de santé, développement de la petite enfance, logement, etc.), c'est à ce niveau que se trouvent les occasions les plus prometteuses d'approche interministérielle. Dans des provinces et des territoires tels que le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard (au cours de sa réforme) et les Territoires du Nord-Ouest, où les services sociaux et de santé sont regroupés dans un même ministère, il est possible de simplifier la coordination des politiques pour l'éventail complet des déterminants de la santé.

Les provinces ont utilisé des mécanismes très divers pour établir les priorités pangouvernementales, par exemple des comités du Cabinet, des groupes de travail interministériels (au niveau des sous-ministres adjoints), des conseils du premier ministre ou une intervention de haut niveau dans certains cas. Les approches pangouvernementales actuelles s'articulent généralement autour d'un seul déterminant, ce qui est limitatif : par exemple les pratiques d'hygiène personnelle pour ActNow BC, le développement de la petite enfance pour Enfants en santé Manitoba ou la pauvreté dans le cadre du plan d'action anti-pauvreté du Québec.

Certaines structures intersectorielles régionales établies à l'extérieur des ministères de la santé semblent efficaces pour promouvoir la collaboration et le

⁽²¹⁶⁾ D^r Andrew Pipe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Témoignages*, 6 février 2008.

partenariat, comme en font foi les comités directeurs régionaux à Terre-Neuve-et-Labrador et les comités intersectoriels régionaux en Saskatchewan.

L'exemple du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population est digne d'être mentionné, car cet organisme a réussi à dégager un consensus fédéral-provincial-territorial en faveur d'orientations politiques sur la santé de la population, suivi d'une collaboration pour le travail d'élaboration et de soutien. Il a joué un rôle prépondérant dans l'adoption d'une approche intégrée et à long terme de la santé de la population et dans la coordination des secteurs concernés. Les deux ordres de gouvernement se sont engagés en principe à s'attaquer aux disparités en matière de santé, mais ils ne se sont pas encore entendus sur une liste de mesures à prendre ni sur la désignation d'un organisme qui dirigerait les efforts pour réduire les disparités au Canada. Il faut chercher à mieux comprendre ce qui a empêché le beau travail fédéral-provincial-territorial de se traduire par des actions concrètes.

Le gouvernement fédéral n'a pas réussi non plus à mettre en œuvre une approche pangouvernementale complète axée sur la santé de la population et ce, malgré le modèle établi par Santé Canada pour faciliter l'application d'une politique sur la santé de la population tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs. En revanche, l'expérience acquise a porté ses fruits et a été riche d'enseignements. À titre d'exemple, l'Initiative de lutte contre la violence familiale a amené sept ministères fédéraux à travailler avec des gouvernements provinciaux et territoriaux, des groupes communautaires, des associations professionnelles et des organismes du secteur privé pour établir une stratégie intersectorielle de prévention de la violence familiale.

L'action énergique de nos gouvernements, décrite plus haut, montre qu'il n'y a pas qu'un seul type d'interventions ou un seul mécanisme intersectoriel qui soit acceptable pour améliorer la santé de la population ou réduire les disparités en matière de santé. Le Canada a acquis une vaste expérience sur laquelle s'appuyer, mais il reste que l'adoption d'énoncés de politique, de stratégies, d'objectifs et de buts ne s'est pas traduite par une action correspondante sur le terrain, là où se joue la santé des gens.

Malheureusement, la grande majorité des beaux énoncés de politique fédéraux, provinciaux et territoriaux qui ont été produits depuis la parution du rapport Lalonde il y a 30 ans pour mettre l'accent sur la santé de la population, les disparités en matière de santé et les déterminants non médicaux de la santé demeurent avant tout des paroles bien intentionnées, mais creuses. Les Canadiens méritent mieux!

13.9 POURQUOI Y A-T-IL ENCORE DE SÉRIEUSES DISPARITÉS EN SANTÉ AU CANADA?

Malgré toutes les ressources existantes et les nombreuses mesures gouvernementales décrites dans le présent rapport, le Canada ne se classe pas beaucoup mieux que les autres pays. À titre d'exemple, les données de l'Organisation mondiale de la Santé placent le Canada au 9^e rang sur 30 pays pour l'espérance de vie en santé à la naissance chez les femmes. Les statistiques de l'UNICEF signalent que le Canada se classe seulement 12^e sur 21 pays industrialisés au chapitre du bien-être des enfants. De plus, la dernière édition de l'indice d'utilisation des services de santé d'Euro-Canada classe le Canada 23^e sur 30 globalement et 30^e sur 30 au chapitre de l'optimisation des ressources. Autrement dit, cet indice montre que nous dépensons plus en soins de santé que les autres pays concernés pour obtenir des résultats moindres.

Ces chiffres peu rassurants indiquent que nous avons fait des choix malencontreux dans la prestation des services de santé. À première vue, le problème semble être un manque d'investissement dans la santé de la population et des investissements exagérés dans un système de santé très inefficace. L'autre grand problème tiendrait au manque de ressources communautaires utiles permettant d'intégrer les ressources en santé et de les évaluer par rapport à une dizaine de grands déterminants de la santé.

Il est à espérer que notre étude aidera les gouvernements, le secteur privé et les ONG à se concerter pour régler cette situation préoccupante, car une mauvaise santé de la population et les disparités en santé sont un obstacle à la prospérité.

ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
39^e législature 1^e session			
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé	L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire	22-02-2007	1
Institut de recherche sur la santé des populations	Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - Université York	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	maladie chroniques		
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement	21-03-2007	2
Institut de la santé publique et des populations	Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada	28-03-2007	2
Santé et politiques sociales dans le monde	Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde	28-03-2007	3
Université McGill	Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations	28-03-2007	3
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques	25-04-2007	3
Affaires indiennes et du Nord Canada	Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales	25-04-2007	3
Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba	John O'Neil, professeur et directeur	25-04-2007	3
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	25-04-2007	3
Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007	3
Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada	02-05-2007	3

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications	02-05-2007	3
Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie	Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé	02-05-2007	3
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire	02-05-2007	3
Université de Toronto	Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique	02-05-2007	3
Observatoire Vieillesse et Société (OVS)	Dr André Davignon, fondateur	16-05-2007	4
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse	Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés	16-05-2007	4
Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés	Margaret Gillis, directrice	16-05-2007	4
Association canadienne de gérontologie	Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, professeur, président	30-05-2007	4

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	David Chartrand, ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse	31-05-2007	4
Ministère de la Santé de C.B.	Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	01-06-2007	5
Institut de la santé des Autochtones	Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, directrice générale	01-06-2007	5
Association des femmes autochtones du Canada	Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien	01-06-2007	5
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé	01-06-2007	5
Association nationale des	Alfred J. Guay, analyste des	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
centres d'amitié	politiques		
Assemblée des Premières Nations	Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social	01-06-2007	5
Université de l'Alberta	Malcom King, professeur, Faculté de médecine	01-06-2007	5
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007	5
Université de Toronto	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007	5
Congrès des Peuples Autochtones	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007	5
39^e législation 2^e session			
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Dr. Gunnar Agren, directeur général	22-11-2007	1
Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique	Dr. Piroska Ostlin, chercheur principal	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Bernt Lundgren	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, présidente	30-11-2007	1
L'université McMaster	John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre	30-11-2007	1
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard	Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel	30-11-2007	1
Groupe d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, professeure et co-directrice	05-12-2007	2
Université de Montréal	Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe	05-12-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Ministère de la santé du Royaume-Uni	Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé	11-12-2007	2
Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B.	Lex Baas, directeur de la santé des populations	12-12-2007	2
Université de la Colombie-Britannique	James Frankish, professeur et directeur	12-12-2007	2
Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario	Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques	06-02-2008	3
Réseau d'intégration des services de santé de Toronto	Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification	06-02-2008	3
l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation	06-02-2008	3
L'Institut canadien d'information sur la santé	Glenda Yeates, présidente-directrice générale	13-02-2008	3
L'Institut canadien d'information sur la santé	Keith Denny, gérant a l'intérim	13-02-2008	3
L'université de Manitoba	Noralou Roos, professeur, faculté de médecine	13-02-2008	3
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur général, initiatives stratégiques	27-02-2008	3
Finances Canada	Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale	27-02-2008	3
Conseil du Trésor du Canada	Sally Thornton, affaires indiennes et Santé	27-02-2008	3