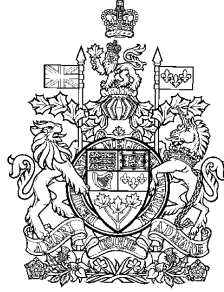


SENATE



SÉNAT

***POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
ENJEUX ET OPTIONS***

**Quatrième 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 MATIÈRE

ORDRE DE RENVOI	i
MEMBRES	ii
À PROPOS DU SOUS-COMITÉ	1
QU'ENTEND-ON PAR « SANTÉ DE LA POPULATION »?	3
QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?	4
QUELLE EST L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?	6
QUELLE EST L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA?	7
<i>Développement de la petite enfance</i>	7
<i>Revenu et situation socioéconomique</i>	8
<i>Niveau d'instruction</i>	8
<i>Contexte géographique</i>	9
<i>Situation des Autochtones</i>	9
<i>Sexe</i>	10
<i>Autres</i>	10
POURQUOI LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT-ILS METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION?	11
QUELS SONT LES ENJEUX À EXAMINER ET QUELLES SONT LES OPTIONS QUI S'OFFRENT À NOUS?	12
Enjeu 1 : Faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population	12
<i>Option : élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population</i>	13
<i>Option : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances</i>	14
Enjeu 2 : Réorienter la politique du gouvernement	15
<i>Option : effectuer un examen interministériel des dépenses</i>	16
<i>Option : se fixer des buts en matière de santé</i>	16
<i>Option : exiger une étude d'impact sur la santé</i>	17
<i>Option : mettre en œuvre une stratégie fédérale sur la santé de la population</i>	19
<i>Option : établir un cadre de politique fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de la population</i>	21
<i>Option : renforcer l'action intersectorielle et mettre les collectivités à contribution</i>	22
Enjeu 3 : Mettre en œuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone	23
<i>Option : mettre en œuvre une stratégie globale sur la santé de la population autochtone</i>	24
<i>Option : adopter une approche par étape à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population autochtone</i>	25
<i>Option : renforcer l'apprentissage entre pairs dans les populations autochtones</i> ..	26

Enjeu 4 : Nourrir la volonté politique	27
<i>Option : sensibiliser le public</i>	27
<i>Option : mobiliser et mettre à contribution les secteurs autres que celui de la santé</i>	28
<i>Option : dégager un consensus chez les principaux intervenants sur les mesures prioritaires</i>	29

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

À PROPOS DU SOUS-COMITÉ

En février 2007, au cours de la 1^{re} session de la 39^e législature, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'examiner l'incidence des multiples facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, collectivement appelés « déterminants sociaux de la santé », et d'en faire rapport. Le Sénat a reconduit le mandat du Sous-comité en octobre 2007, au début de la 2^e session de la 39^e législature. L'étude a principalement pour but de déterminer les mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des stratégies sur la santé de la population.

Le Sous-comité a subdivisé son étude en deux étapes. Dans un premier temps, il a recueilli des renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sur la santé de la population dans différents pays, provinces et territoires, et déposé trois rapports au Sénat :

- *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale* (février 2008) présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé en Australie, en Angleterre, en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède;
- *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba* (février 2008) résume les observations du Sous-comité quant au contenu, à la structure, au coût, à la gestion et à l'incidence des programmes de santé maternelle et d'éducation de la petite enfance à Cuba;
- *Politiques sur la santé de la population au Canada : Perspectives fédérales, provinciales et territoriales* (mars 2008) décrit les efforts déployés par le gouvernement fédéral de même que les provinces et territoires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population.

Le présent rapport sur les enjeux et options a été élaboré à partir des conclusions et des observations formulées dans les trois rapports de la première étape et marque le début de la deuxième étape des travaux du Sous-comité. Il a pour but d'énoncer les grands enjeux liés à l'élaboration de politiques sur la santé de la population

au Canada, de présenter des options de politiques à adopter pour a) améliorer la santé en général et b) réduire les disparités sur le plan de la santé et de lancer un débat public sur le rôle du gouvernement fédéral dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population.

En ce qui concerne ce dernier objectif, le présent document tient lieu de point de départ aux audiences et aux consultations publiques qui auront lieu d'un bout à l'autre du pays. Les consultations s'étaleront sur toute l'année 2008 et le dépôt du rapport final faisant état de nos recommandations est prévu pour décembre 2008. Les lecteurs auraient tout avantage à examiner attentivement les trois rapports déposés antérieurement et le présent document au moment de préparer leur mémoire au Sous-comité. La date limite pour la présentation des mémoires a été fixée au 30 juin 2008. Les mémoires doivent être transmis à l'adresse suivante :

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations
Le Sénat du Canada
Ottawa (Ontario)
Canada, K1A 0A4
Courriel : SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca
Télécopieur : 613-947-2104

QU'ENTEND-ON PAR « SANTÉ DE LA POPULATION »?

L'expression « santé de la population » n'est pas nouvelle, mais il est étonnant de constater qu'elle n'a toujours pas de définition internationalement reconnue. Lorsqu'il est question de politiques et d'approches visant à améliorer la santé et à diminuer les disparités en matière de santé, l'expression couramment utilisée au Canada est « santé de la population »; en Suède, c'est la notion de « santé publique » qui a cours, alors qu'en Finlande, on parle de « santé dans l'ensemble des politiques ». Au Canada, nous utilisons habituellement l'expression « déterminants de la santé », tandis que la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, dirigée par Sir Michael Marmot, parle pour sa part de « déterminants sociaux de la santé », de « disparités en matière de santé » et d'« inégalités sanitaires ». À notre avis, il est essentiel que les décideurs, les élus et le public aient une compréhension commune et claire de ces notions pour que le sens de l'expression « santé de la population » soit mieux compris et qu'une intervention soit possible pour réduire les disparités en matière de santé. Dans le présent document et tout au long de l'étude du Sous-comité, nous avons utilisé la terminologie en vigueur au Canada, à savoir :

- La **santé de la population** correspond aux résultats en santé (ou au bilan de santé) et à la façon dont ils se répartissent dans la population. L'état de santé des individus et de la population en général est influencé par l'interaction complexe d'une vaste gamme de déterminants tout au long de la vie.
- Les **déterminants de la santé** font intervenir tout un éventail de facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux, comme le niveau d'instruction, l'emploi, le revenu, la situation sociale, le logement, le sexe et la culture, pour n'en nommer que quelques-uns. Parce que la combinaison et l'interaction des déterminants de la santé se répercutent différemment sur la santé, il y a parfois des disparités en matière de santé d'un individu à l'autre et d'un segment de population à l'autre,.
- Les **disparités** ou les inégalités **en matière de santé** correspondent aux variations ou aux différences observées dans l'état de santé, en raison de la façon dont les effets des déterminants de la santé se répartissent d'un groupe à l'autre au sein de la population. Certaines disparités en matière de santé sont attribuables à des variations biologiques ou à l'exercice d'un libre choix, et en ce sens, elles sont pour la plupart inévitables; d'autres, par contre, sont imputables à l'environnement extérieur ou à des situations

sur lesquelles les principaux intéressés ont fort peu de prise, mais qui peuvent être améliorées grâce à la mise en œuvre de politiques gouvernementales bien conçues.

- Une **politique sur la santé de la population** ou une approche en matière de santé de la population s'entend d'une politique gouvernementale qui vise à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé par l'adoption de mesures concertées qui tiennent compte de tout l'éventail de déterminants qui influent sur la santé. Une telle approche exige une intervention intersectorielle, c'est-à-dire une coordination et une collaboration entre divers intervenants.
- L'**intervention intersectorielle** en matière de santé de la population revêt deux dimensions : l'une horizontale et l'autre verticale. La dimension horizontale fait intervenir différents secteurs, comme l'éducation, la santé, l'environnement, etc. À l'intérieur d'une même administration, une telle approche est dite « interministérielle » ou « pangouvernementale ». La dimension verticale suppose une concertation de secteurs d'intervention à différents échelons gouvernementaux; par exemple, les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux ou municipaux s'allient à des groupes, des institutions et des organismes de la collectivité. L'intervention intersectorielle est fructueuse lorsque tous les participants à chaque échelon en sortent gagnants.

QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?

Les déterminants de la santé renvoient à des facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux. Voici une liste des déterminants de la santé qui sont recensés dans les ouvrages canadiens :

- **Développement de la petite enfance** : Les expériences vécues durant la période prénatale et la petite enfance ont d'importants effets sur la santé, le mieux-être et la capacité d'adaptation pendant tout le reste de la vie.
- **Niveau d'instruction** : Le niveau de santé s'améliore avec le niveau de scolarité. Plus on est instruit, plus on a de chances d'avoir un emploi et de le garder, et plus on a l'impression d'avoir un contrôle sur sa vie – autant d'éléments clés d'une bonne santé.
- **Emploi et conditions de travail** : Outre l'incidence évidente que peuvent avoir des conditions de travail dangereuses, le fait d'être au chômage ou sous-employé, le stress lié au travail et le manque de contrôle sur ses conditions de travail sont autant de facteurs qui minent la santé.
- **Revenu et situation sociale** : L'état de santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. La prospérité est certes

importante, mais la réduction des disparités de revenus, c.-à-d. la répartition équitable de la richesse l'est encore plus pour la santé de la population.

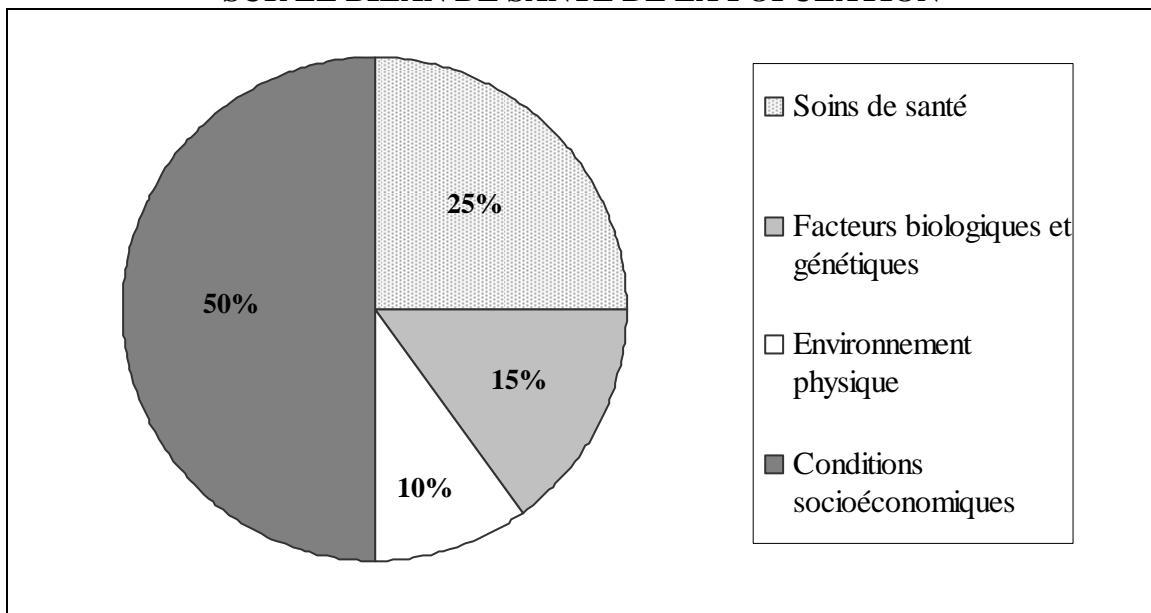
- **Environnements sociaux** : Les valeurs et les normes d'une société peuvent avoir des effets favorables ou nuisibles sur le mieux-être individuel et collectif. La stabilité sociale, l'ouverture à la diversité, la sécurité ainsi que la cohésion et le soutien de la collectivité contribuent tous à la bonne santé.
- **Environnement physique** : La qualité de l'air, de l'eau et du sol a une incidence importante sur la santé de la population, tout comme les éléments de notre environnement physique qui sont le fait de l'homme : logement adéquat, milieu de travail et collectivité sûrs, villes bien aménagées, bons réseaux routiers, etc.
- **Réseaux de soutien social** : Des familles, des amis et des collectivités sur lesquels on peut compter contribuent pour beaucoup au maintien d'une bonne santé.
- **Habitudes de vie et capacité d'adaptation** : Les habitudes de vie comme le tabagisme, la consommation de drogues, l'alimentation et l'activité physique ont une incidence sur la santé et le mieux-être. Les personnes qui ont des habitudes de vie saines et qui se sentent bien dans leur vie sont plus susceptibles que d'autres de rester en bonne santé.
- **Patrimoine génétique et biologique** : Les facteurs biologiques qui influent sur la santé sont notamment l'hérédité, le fonctionnement des systèmes de l'organisme et les processus de développement et de vieillissement.
- **Sexe** : Les différents rôles, traits de personnalité et pouvoirs relatifs attribués par la société selon que l'on est un homme ou une femme peuvent tous influencer sur la santé. Les femmes, par exemple, risquent davantage d'être victimes d'agressions sexuelles ou physiques, de gagner un revenu moindre et d'élever seules leurs enfants, et sont aussi plus exposées aux accidents, MTS, etc.
- **Culture** : La race, l'ethnicité et le bagage culturel ont une incidence sur la santé de la population, parce qu'ils accroissent la vulnérabilité aux risques auxquels les membres d'un groupe sont collectivement exposés.
- **Services de santé** : Les services de santé, notamment ceux qui visent à protéger et à promouvoir la santé, à prévenir la maladie et à restaurer la santé et le fonctionnement de l'organisme chez les personnes affaiblies par la maladie, des blessures ou d'autres causes, contribuent aussi pour beaucoup à la santé de la population¹.

¹ Inspiré de 1) Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, Document de travail, décembre 1996, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/commune/index.html> et 2) Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Determinants of Health*, 2007, <http://www.nccdh.ca/node/27>.

QUELLE EST L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?

Selon certaines études, la santé de la population dépendrait à 15 % de facteurs biologiques et génétiques, à 10 % de l'environnement physique, à 25 % de l'effet réparateur du système de santé, et à 50 % des conditions socioéconomiques (voir la figure 1). Il est clair que la santé est loin de dépendre uniquement des soins de santé offerts. De tous les déterminants de la santé, ce sont les conditions socioéconomiques qui influent le plus sur la santé.

FIGURE 1
ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
SUR LE BILAN DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source : Estimation préparée par l'Institut canadien de recherches avancées. Graphique tiré du rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume un : Le chemin parcouru*, mars 2001.

Pourtant, la connaissance et la compréhension des déterminants de la santé demeurent encore extrêmement déficientes. Le grand public s'intéresse beaucoup aux enjeux touchant les soins de santé, mais seulement un Canadien sur trois est conscient de

l'existence d'un lien entre la santé et ses grands déterminants non médicaux (par exemple, le revenu, le niveau d'instruction, le logement)².

QUELLE EST L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA?

Il existe de vastes disparités en matière de santé chez les Canadiens. Si bon nombre de personnes en bonne santé peuvent espérer vivre longtemps et confortablement, il reste que beaucoup de gens qui pourraient être en bonne santé ne le sont pas. Même si le nombre de personnes en mauvaise santé se répartit sur l'ensemble de la population, il est disproportionnellement élevé chez certains groupes, comme les Autochtones ainsi que les personnes et familles à faible revenu. Voici quelques exemples :

Développement de la petite enfance

- Un stress intensif et prolongé dans la petite enfance peut perturber le développement cérébral et compromettre le fonctionnement des systèmes nerveux et immunitaires. Les enfants qui grandissent dans des conditions malsaines sont prédisposés à éprouver des difficultés scolaires et d'adaptation sociale et à avoir toutes sortes de problèmes de santé plus tard au cours de leur vie, notamment des maladies coronariennes, de l'hypertension, du diabète de type 2 et des problèmes de toxicomanie et de santé mentale³.
- Les enfants immigrants, autochtones et à faible revenu, de même que ceux qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, risquent plus que d'autres de connaître un mauvais départ dans la vie. L'éloignement, la non-disponibilité et le coût trop élevé sont autant d'obstacles importants qui gênent l'accès à des programmes d'éducation de la petite enfance, tout comme les barrières culturelles auxquelles se heurtent les enfants autochtones et immigrants, lorsque les programmes offerts sur place à leur intention ne sont pas culturellement adaptés ou se donnent dans une autre langue que la leur⁴.

² Elyzabeth Gyorfy-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS, 8 novembre 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf.

³ L'hon. Margaret Norrie McCain, J. Fraser Mustard et Stuart Shanker, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, 2007, <http://wwwFOUNDERS.net/fn/news.nsf/24157c30539cee20852566360044448c/5e0d29958d2d7d04852572ab005ad6a6!OpenDocument>.

⁴ Agence de la santé publique du Canada.

Revenu et situation socioéconomique

- En 2005, 15 % de l'ensemble des Canadiens vivaient dans la pauvreté⁵, et les inégalités de revenu allaient en s'accroissant⁶. Les riches vivent plus longtemps que les pauvres et ont moins tendance à souffrir de maladies chroniques, d'obésité et de détresse psychologique⁷.
- Un enfant canadien sur cinq a un poids cliniquement insuffisant à la naissance, ce qui accroît les risques qu'il éprouve des problèmes de santé et de développement plus tard dans sa vie⁸. Les enfants de faible poids de naissance issus de milieux aisés restent toutefois avantagés du point de vue du développement par rapport aux enfants de poids de naissance normal issus de milieux défavorisés⁹.
- En 2000-2001, deux fois plus d'hommes et de femmes du groupe au revenu plus élevé ont qualifié leur état de santé d'excellent par rapport à ceux et celles du groupe au revenu le plus faible¹⁰.

Niveau d'instruction

- Près de la moitié des adultes canadiens n'ont pas les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour participer pleinement à notre économie du savoir. Ils sont nombreux à être au chômage et, en conséquence, vivent souvent dans des milieux instables. L'analphabétisme expose les familles à des risques directs pour leur santé en raison, par exemple, de leur difficulté à déchiffrer le mode d'emploi sur les boîtes de lait pour nourrissons, la posologie sur les flacons de médicaments ou les renseignements fournis dans les documents d'information sur la santé et la sécurité¹¹.
- L'alimentation des familles dont les membres sont plus instruits et ont un revenu plus élevé respecte davantage les recommandations nutritionnelles que celle des familles dont les membres sont moins instruits et ont un revenu moins élevé. Un régime alimentaire qui laisse à désirer joue un rôle dans l'apparition de nombreuses maladies¹².

⁵ Conseil national du bien-être social, *Les tendances de la pauvreté au Canada*, Trousse d'information *Résoudre la pauvreté*, juin 2007, <http://www.ncwcnbes.net/fr/publications/pub-126.html>

⁶ Andrew Heisz, *Inégalité et redistribution du revenu au Canada: 1976 à 2004*, n° au catalogue 11F0019MIE - n° 298, Statistique Canada, 2007, <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=11F0019MIF2007298&ISSNOTE=1>.

⁷ Morton Beiser et Miriam Stewart, « Réduire les disparités sur le plan de la santé : Une priorité pour le Canada », *Revue canadienne de santé publique*, volume 96, supplément 2, mars-avril 2005, <http://acsp.cpha.ca/shared/cjph/archives/2005/abstr2-s.htm>.

⁸ Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, ICIS, 2004, http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_F&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_F.

⁹ Instituts canadiens de recherche en santé, *La santé des populations*, 2005-2006. http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/population_health_mpk10506_f.pdf

¹⁰ *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004.

¹¹ Morton Beiser et Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

¹² Instituts de recherche en santé du Canada (2005-2006), *op. cit.*

Contexte géographique

- Si l'espérance de vie au Canada est parmi les meilleures au monde, elle révèle un écart de 11 ans d'un bout à l'autre du pays, le Nunavut affichant le niveau le plus bas à 70,4 et la Colombie-Britannique, le niveau le plus élevé à 81,2¹³.
- Le pourcentage de personnes qui déclarent être en excellente ou en très bonne santé varie aussi beaucoup d'une province et d'un territoire à l'autre, Terre-Neuve-et-Labrador se classant au premier rang, avec 68 %, et le Nunavut, au dernier rang, avec 51 %¹⁴.
- Selon les données recueillies entre 1997 et 1999, l'espérance de vie à Montréal était de 78,5 ans, mais elle variait entre 71,6 ans et 82,3 ans d'un quartier à l'autre¹⁵.

Situation des Autochtones

- La situation socioéconomique des Autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – est moins reluisante que celle du reste de la population canadienne à presque tous les égards (faible revenu, taux de chômage élevé, faible niveau de scolarisation¹⁶).
- L'espérance de vie des membres des Premières nations et les Inuits est en moyenne inférieure de 5 à 10 ans à celle du reste des Canadiens. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations vivant en réserve et chez les Inuits est de deux à trois fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne. Les blessures constituent la cause principale des décès prématurés chez les Premières nations qui vivent dans des réserves. Le taux de ces décès prématurés est quatre fois plus élevé que celui des Canadiens en général¹⁷.
- Au moins 33 % des ménages des Premières nations et des ménages d'Inuits vivent dans des logements inadéquats, insalubres et inabordables comparativement à 18 % des ménages non autochtones. La piètre qualité des logements est associée à tout un éventail de problèmes de santé. Par exemple, le taux de tuberculose augmente dans les logements surpeuplés; dans les années 1990, l'incidence de la tuberculose chez les Premières nations était au moins sept fois plus élevée que dans l'ensemble du Canada¹⁸.
- Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est cinq à sept fois plus élevé que chez leurs pairs non autochtones. Chez les jeunes Inuits, il est onze fois plus élevé¹⁹.

¹³ Statistique Canada, *Tableau 102-0511 - Espérance de vie, table de mortalité abrégée à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles 2004, 2005*.

¹⁴ Initiatives sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*, ICIS, 2006.

http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_471_F&cw_topic=471&cw_rel=AR_1217_F

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Agence de la santé publique du Canada.

Sexe

- Les femmes vivent six ans de plus que les hommes, mais sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques et d'avoir des limitations d'activités à long terme. En ce qui concerne les effets de la pauvreté, la probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans était de 68,6 % chez les hommes des quartiers les plus aisés en 1996, et de seulement 53,4 % chez les hommes des quartiers les plus défavorisés. Dans le cas des femmes, ces mêmes probabilités s'élevaient respectivement à 79,7 % et à 73 %²⁰.
- Le taux de tabagisme chez certains groupes de femmes augmente à un rythme inquiétant, tout comme ses effets à long terme, en particulier le cancer et les maladies respiratoires et cardiovasculaires. Les parents seuls (principalement des femmes), les fournisseurs de soins non rémunérés, les homosexuels, les bisexuels et les transgenres risquent aussi particulièrement de voir leur santé compromise²¹.

Autres

- Sur une période de huit ans (1994-1995 à 2002-2003), les immigrants récents de pays non européens étaient deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance de signaler une détérioration de leur état de santé, malgré le fait qu'ils étaient généralement en meilleure santé à leur arrivée au Canada que les Canadiens nés ici²².
- Les personnes qui n'ont pas de contrôle sur leurs conditions de travail sont plus susceptibles de développer des maladies cardiovasculaires et d'en mourir²³.
- Le tabagisme, l'obésité, un niveau de stress élevé, un revenu familial déficient et un faible sentiment d'appartenance à la collectivité ont tous des effets nuisibles importants sur la santé²⁴.

Le Sous-comité croit qu'il est inacceptable qu'un pays privilégié comme le Canada continue à tolérer de telles disparités en matière de santé. Notre défi consiste à trouver des moyens pour améliorer la santé de tous les Canadiens pour qu'elle soit comparable à celle des plus en santé, sans distinction d'origine ethnique ou de situation socio-économique. Nous croyons en outre que l'adoption des mesures nécessaires pour améliorer la situation à cet égard ne sera possible que si nous parvenons à mettre en œuvre une intervention intersectorielle concertée, malgré les difficultés évidentes de cette tâche. Il y a déjà eu des initiatives fructueuses et les enseignements tirés sont suffisants pour que nous puissions agir.

²⁰ Brent Moloughney, *Le logement et la santé de la population : l'état des connaissances scientifiques actuelles*, Initiatives sur la santé de la population canadienne, ICIS, 2004, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_284_F&cw_topic=284&cw_rel=AR_1129_F#full.

²¹ Morton Beiser et Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

²² Instituts canadiens d'information sur la santé (2005-2006), *op. cit.*

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

POURQUOI LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT-ILS METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION?

Il existe de solides raisons économiques et sociales qui motivent l'amélioration de la santé. Une approche axée sur la santé de la population ne fait pas qu'améliorer la santé et réduire les disparités en matière de santé, elle se répercute aussi de façon importante sur la situation socio-économique. En vérité, les politiques et les programmes sur la santé de la population contribuent à la croissance économique, à la productivité et à la prospérité. Des enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école. Les personnes en bonne santé sont plus productives; et leur productivité accrue stimule, à son tour, la croissance économique. Des citoyens en bonne santé et actifs au sein de leur collectivité contribuent à renforcer la cohésion sociale. Une population en bonne santé allège les dépenses gouvernementales au titre du soutien du revenu, des services sociaux, des soins de santé et de la sécurité. Autrement dit, la santé économique du Canada est tributaire de la santé de sa population.

La santé ne doit pas uniquement être perçue comme un actif clé du développement économique. Dans notre pays hautement civilisé, la santé pour tous doit à coup sûr être un objectif social prioritaire et une responsabilité de la société dans son ensemble. La santé est un besoin humain fondamental et, par conséquent, un droit humain fondamental. Elle est essentielle au bon fonctionnement des individus et des sociétés. Il convient donc de chercher à la préserver tout au long des différentes étapes de la vie, allant de la conception à l'enfance et de l'âge adulte à la vieillesse. Au-delà des motivations économiques, nous croyons que les gouvernements ont l'obligation morale de favoriser l'instauration de conditions sociales et économiques de nature à encourager les citoyens et les collectivités à créer et à maintenir les conditions nécessaires pour que tous les citoyens vivent en bonne santé. Ce défi de taille ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en matière de santé dans tous les secteurs d'intervention (éducation, services sociaux et culturels, économie, environnement, fiscalité, etc.). Pour y arriver, il faudra,

bien sûr, procéder à un profond remaniement structurel des politiques gouvernementales et de l'approche adoptée par les gouvernements à l'égard de leur élaboration et de leur mise en oeuvre.

QUELS SONT LES ENJEUX À EXAMINER ET QUELLES SONT LES OPTIONS QUI S'OFFRENT À NOUS?

Enjeu 1 : Faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population

Au Canada et ailleurs dans le monde, les gens sont de plus en plus sensibilisés à l'existence des déterminants de la santé et au vaste éventail de facteurs qui influent sur la santé des populations et sur la façon dont celle-ci se répartit d'un groupe de la population à l'autre. Tous les pays dont le Sous-comité a établi le profil – Australie, Angleterre, Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège et Suède – se sont dotés de solides bases de données pour recueillir les indicateurs de santé et en faire le suivi. En Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique font un suivi et rendent compte régulièrement de l'état de santé de la population. La portée des disparités en matière de santé est particulièrement bien étayée en Angleterre et en Nouvelle-Zélande. Par ailleurs, l'Australie, la Finlande, la Norvège et la Suède ont instauré des programmes nationaux de recherche sur les disparités en matière de santé et sur l'effet des interventions gouvernementales visant à améliorer la santé de la population.

Comment le Canada se compare-t-il à ces pays du point de vue de la collecte, du suivi et du compte rendu des résultats et des disparités en matière de santé? Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, le Canada possède de solides données sur l'état de santé de la population selon chaque déterminant et sur les disparités en matière de santé. Au niveau national, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada sont des sources d'information fiables, et il existe aussi au niveau provincial plusieurs sources utiles d'indicateurs de santé et de renseignements sur les disparités en matière de santé,

comme le Manitoba Population Health Data Repository, Community Accounts à Terre-Neuve-et-Labrador et la B.C. Health and Wellness Survey. Ces sources d'information sont des atouts qui peuvent faciliter le développement des connaissances et des preuves ciblées nécessaires pour faire avancer le dossier de la santé de la population. De façon générale, toutefois, les données et l'information actuellement accessibles comportent encore d'importantes lacunes, en particulier en ce qui concerne l'état de santé et les disparités en matière de santé chez les Autochtones.

Le Canada fait bonne figure au chapitre de la recherche sur la santé de la population, comme en témoignent les travaux financés ou réalisés au niveau national par les Instituts de recherche en santé du Canada, les Centres nationaux de collaboration en santé publique, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi qu'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, la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit et d'autres organismes semblables. Y a-t-il moyen et y a-t-il lieu de faire plus?

Option : élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population

Nous avons besoin de données et d'informations plus exhaustives et plus fiables pour mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé de la population au Canada. La nature des liens entre la santé et ses déterminants est complexe, et il faut plus qu'un simple indicateur de la situation socio-économique d'usage courant, comme le revenu, le niveau d'instruction ou l'emploi, pour bien l'expliquer. Nous devons nous poser les questions suivantes : Avons-nous suffisamment d'indicateurs assez sensibles pour évaluer la portée des disparités en matière de santé et en faire le suivi? Quelles connaissances nous font défaut et comment pouvons-nous combler ces lacunes? Que pouvons-nous faire pour améliorer l'information existante sur les disparités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis? Le Canada devrait-il établir une base de données nationale sur la santé de la population et sur les disparités en matière de

santé? Quel devrait être le rôle de Statistique Canada, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que des gouvernements provinciaux et territoriaux et de leurs organismes dans l'établissement et le maintien d'une base de données nationale? Qui devrait prendre l'initiative de faciliter l'élaboration de cette base de données? Que pourrions-nous faire pour réduire le double emploi et les chevauchements et pour bien mettre à profit les ressources restreintes dont nous disposons? Y a-t-il des pays ou des provinces/territoires qui pourraient nous servir de modèles pour l'élaboration d'une base de données nationale? Comment une base de données nationale sur les disparités en matière de santé peut-elle être constituée à partir des sources déjà existantes, comme l'Initiative sur la santé de la population canadienne et le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba? De quel financement avons-nous besoin pour mettre en place une vaste et solide base de données sur la santé de la population?

Option : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances

Il est difficile de savoir quelles sont au juste les dépenses du Canada au titre de la recherche sur la santé de la population. Le Sous-comité s'est toutefois fait dire que le financement actuel n'est pas à la mesure du fardeau que représentent les disparités actuelles en matière de santé et qu'il faudrait disposer de davantage de renseignements sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les politiques et les programmes en place qui visent à améliorer la santé de la population. Quelles sommes d'argent le gouvernement fédéral devrait-il consacrer à la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé? Si un financement accru est nécessaire, quelle devrait en être la source? Faudrait-il créer un fonds spécial destiné au financement de la recherche sur la santé de la population? Quelle proportion de ce fonds devrait être consacrée à la recherche sur l'efficacité des interventions gouvernementales visant à optimiser la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé? Comment pouvons-nous stimuler la recherche sur la santé et les disparités en matière de santé chez les Autochtones? Puisque la santé de cette population dépend des politiques et des mesures adoptées par tel ou tel secteur d'intervention, comment les différents

organismes de recherche aux niveaux fédéral, provincial et territorial de même que dans le secteur privé, peuvent-ils établir des partenariats synergiques pour favoriser la mobilisation, le renforcement et le réseautage des milieux de recherche en santé? Qui devrait prendre l'initiative d'appliquer les connaissances de façon à mieux mettre à profit les renseignements recueillis grâce à la recherche pour orienter les politiques, les pratiques et les programmes en matière de santé de la population? À partir de l'expertise canadienne actuelle, y aurait-il lieu d'établir un programme national de recherche pour coordonner la recherche sur la santé et les disparités en matière de santé?

Enjeu 2 : Réorienter la politique du gouvernement

Le Canada n'a pas de plan national pour améliorer la santé en général de la population et réduire les disparités en matière de santé. Nos gouvernements n'ont pas énoncé de vision d'une société en santé, et encore moins les stratégies ou les plans d'action nécessaires pour la réaliser. Il en a été question à l'échelon fédéral, mais le gouvernement n'a pas réussi à mettre en œuvre une approche globale en matière de santé de la population.

L'Angleterre, par contre, a adopté une politique pangouvernementale singulière de réduction des disparités en matière de santé qui met à contribution 12 ministères et organismes centraux, ainsi que nombre de régies régionales et locales. Des cibles nationales précises ont été fixées en matière de réduction des disparités, et des indicateurs nationaux ont été élaborés afin de permettre la présentation de rapports quantitatifs réguliers sur les progrès accomplis. Grâce à un examen interministériel, le ministère des Finances a pu déterminer les meilleures façons d'utiliser les dépenses publiques afin de réduire les disparités en matière de santé. En Suède et au Québec, les lois sur la santé publique obligent les ministères et les organismes gouvernementaux à évaluer l'impact sur la santé de toute nouvelle mesure législative et réglementaire. La loi adoptée en Suède comprend également des objectifs précis en matière de santé et des cibles mesurables applicables à une cinquantaine de ministères et d'organismes. La Finlande et l'Australie

préconisent aussi vivement le recours aux études d'impact sur la santé lors de l'élaboration de mesures législatives ou réglementaires et de nouveaux programmes.

Option : effectuer un examen interministériel des dépenses

Le Sous-comité a constaté que l'appui du ministère des Finances est particulièrement important dans chaque pays non seulement pour pouvoir compter sur des fonds suffisants pour soutenir la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population, mais aussi pour être certain que les autres ministères se conformeront aux initiatives nécessaires axées sur la santé. Un ministère de la Santé qui souhaite apporter des changements aux politiques et programmes d'autres ministères afin d'améliorer la santé et réduire les disparités dans ce domaine, se heurte souvent à une résistance et à des accusations d'« impérialisme de la santé ». Mais quand c'est un organisme central comme les Finances qui prend les devants, il est beaucoup plus facile d'obtenir une véritable coopération. L'Angleterre constitue un bon exemple. En effet, l'examen des dépenses dirigé par le ministère des Finances en 2002 a servi de point de départ à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006 et a donné lieu à des engagements fermes qui, dans l'ensemble, constituaient la mise en œuvre d'une approche pangouvernementale à l'égard de la réduction des disparités en matière de santé.

Est-ce que le ministère des Finances du Canada devrait mener un examen interministériel semblable des dépenses, en collaboration avec d'autres organismes centraux? Quels ministères fédéraux l'examen devrait-il viser? Est-ce que l'examen doit aboutir à des engagements fermes? Est-ce qu'un tel examen constitue le meilleur moyen pour le gouvernement fédéral de favoriser la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population ou est-il préférable d'adopter une autre approche? Le cas échéant, quelle doit être cette approche?

Option : se fixer des buts en matière de santé

Des buts, des objectifs et des cibles concrets et mesurables sont des éléments essentiels d'une stratégie sur la santé de la population. Ils permettent de bien

cerner les domaines devant faire l'objet d'une attention particulière, de déterminer les données à recueillir et les indicateurs à suivre, d'établir des repères, de mesurer les progrès et d'en faire rapport. Dans les pays que le Sous-comité a étudiés, certains buts et cibles visaient des résultats précis en matière de santé (par exemple, réduction de la mortalité et de la morbidité), tandis que d'autres étaient plutôt axés sur l'adoption de modes de vie sains; seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, se sont fixé des objectifs de réduction des disparités en matière de santé.

Au Canada, entre 1989 et 1998, chaque province a énoncé des buts en matière de santé qui, dès la fin des années 1990, ont été abandonnés. En 2005, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont adopté des buts en matière de santé au Canada qui, jusqu'à maintenant, ne se sont pas traduits en stratégie nationale ou en interventions mesurables. De plus, aucune cible nationale de réduction des disparités en matière de santé n'a été fixée. Or, le Sous-comité est d'avis que l'établissement de buts peut aider à mobiliser les ressources afin d'appuyer les initiatives en santé de la population, à suivre les progrès accomplis et à en faire rapport, ainsi qu'à accélérer l'élaboration d'indicateurs de la santé et de systèmes d'information sur la santé.

Au moment d'élaborer sa politique sur la santé de la population, le gouvernement fédéral doit-il énoncer clairement des buts, des objectifs et des cibles précis? Quels buts, objectifs et cibles seraient les plus utiles pour façonner les politiques destinées à réduire les disparités en matière de santé? Ces buts et cibles doivent-ils être énoncés dans un texte de loi, comme en Suède? Faut-il adopter de nouvelles lois ou est-il possible d'inscrire les buts et cibles nécessaires dans les lois existantes? Existe-t-il des solutions non législatives qui conviendraient mieux?

Option : exiger une étude d'impact sur la santé

L'étude d'impact sur la santé (ou « évaluation des incidences sur la santé ») est un processus bien établi et couramment utilisé dans bon nombre des pays que le Sous-comité a étudiés. Elle sert à des fins diverses, notamment à examiner les déterminants de la santé ainsi que les disparités, à évaluer le rôle des politiques relevant

d'autres secteurs que celui de la santé dans la promotion et la protection de la santé, et à prendre en compte les considérations liées à la santé dans l'élaboration de politiques à l'échelle du gouvernement. La Suède et la Nouvelle-Zélande ont eu recours à des mesures législatives en matière de santé publique afin de garantir que l'étude d'impact sur la santé fasse partie intégrante des processus gouvernementaux, alors qu'en Angleterre, la formule a été prônée mais jamais mise en oeuvre.

En 1997, le mémoire sur la santé de la population recommandait notamment au Cabinet fédéral d'appliquer l'étude d'impact sur la santé aux politiques et aux programmes fédéraux. De la même façon, nombre de provinces préconisent le recours à l'étude d'impact sur la santé, et plusieurs rapports provinciaux ont recommandé que toutes les présentations au Cabinet soient assorties d'une étude d'impact sur la santé. Pour l'instant, seul le Québec est doté d'une loi exigeant que soit évalué l'impact sur la santé des projets de lois et de règlements. Le Sous-comité estime que l'étude d'impact sur la santé pourrait être considérée comme un premier pas vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population, puisqu'elle permettrait de mieux comprendre comment la plupart des politiques publiques influent d'une manière ou d'une autre sur la santé de la population. À notre avis, l'étude d'impact sur la santé est un moyen pratique d'évaluer les effets possibles sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet donné, en particulier les effets sur les groupes vulnérables ou défavorisés; elle pourrait maximiser les effets positifs et réduire au minimum les effets négatifs sur la santé des propositions provenant de tous les secteurs du gouvernement.

Le gouvernement fédéral devrait-il établir un mécanisme pour permettre ou exiger que toutes les nouvelles politiques publiques proposées subissent une étude d'impact sur la santé? Faudrait-il à cette fin adopter de nouvelles mesures législatives? Est-il réaliste de penser que l'étude d'impact sur la santé pourrait faire partie intégrante de tous les nouveaux programmes et politiques fédéraux? Si l'étude d'impact sur la santé fait partie de la politique fédérale sur la santé de la population, quels devraient être le rôle et les responsabilités de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et d'organismes centraux comme Finances Canada et le Conseil du Trésor?

Option : mettre en œuvre une stratégie fédérale sur la santé de la population

Les spécialistes reconnaissent qu'il existe plus d'une façon d'améliorer la santé de la population ou de réduire les disparités en matière de santé, mais ils s'entendent pour dire que plus la stratégie gouvernementale est ciblée et intégrée, plus les chances que la santé et sa répartition évoluent dans la bonne direction sont grandes. De plus, l'examen international du Sous-comité donne à penser que le leadership des plus hautes instances, notamment des organismes centraux, est essentiel au succès d'une approche pangouvernementale en matière de santé de la population. Le Royaume-Uni est un exemple de collaboration interministérielle fructueuse : le comité du Cabinet visé regroupe une dizaine de ministères et examine les initiatives transsectorielles visant à améliorer la santé et à réduire les disparités en matière de santé.

Il y a eu une tentative semblable au Canada en 1997, quand le gouvernement fédéral a donné son aval au mémoire du Cabinet sur la santé de la population; la proposition mettait à contribution 18 ministères et désignait Santé Canada comme responsable principal. Malheureusement, la coordination interministérielle des activités a échoué en raison des importantes compressions budgétaires qui ont entravé sa mise en œuvre. Seul Santé Canada a mis en pratique l'examen des programmes et des projets selon la perspective de la santé de la population. Ce qu'il faut retenir de cet échec, c'est qu'un engagement officiel de la part du gouvernement est un premier pas dans la bonne direction, mais il doit être assorti d'un financement durable et prévisible afin d'assurer une action interministérielle visant la santé de la population et une mise en œuvre de la politique de longue durée. La réaffectation des ressources à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est un processus à long terme et seul un engagement de longue durée comparable de la part de gouvernements successifs peut en faciliter la réalisation.

Notre examen international a aussi permis de dégager une autre approche, soit établir un lien explicite entre la santé et les autres secteurs politiques. La politique sur la santé de la population émanant du ministère de la Santé en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède, est liée à des politiques distinctes sur la pauvreté,

l'inclusion sociale et la justice sociale, qui ont toutes un lien direct avec les déterminants sous-jacents de la mauvaise santé (faible revenu et chômage, logement insalubre et itinérance, exclusion sociale). Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec ont adopté cette approche. Ailleurs au Canada, les approches pangouvernementales ont tendance à s'articuler autour de déterminants de la santé particuliers; ainsi, ActNow, en Colombie-Britannique, met l'accent sur l'hygiène de vie, tandis que le programme Enfants en santé Manitoba vise le développement de la petite enfance.

Il y a trente ans, le gouvernement canadien a été applaudi à l'échelle mondiale comme chef de file pour avoir élaboré la notion de santé de la population et avoir pris position en faveur de l'adoption d'une politique en la matière. Le moment est venu qu'il fasse de nouveau preuve de leadership et élabore et mette en œuvre une stratégie pancanadienne sur la santé de la population. C'est possible, puisque le gouvernement fédéral intervient déjà dans de nombreux secteurs qui influent sur la santé, l'environnement, l'agriculture, la politique économique, le soutien au revenu, la recherche en santé, l'emploi, la fiscalité, etc. Il existe donc déjà des acquis. Santé Canada a élaboré en 2001 un modèle pour orienter et mener à bien la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population, dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs.

Comment le gouvernement fédéral devrait-il s'y prendre? Doit-il s'inspirer du modèle de 2001 de Santé Canada? Doit-il adopter l'approche pangouvernementale entérinée par le Cabinet en 1997, et s'engager à garantir les fonds nécessaires? Dans l'affirmative, qui doit endosser la responsabilité de défendre le dossier de la santé de la population : Santé Canada ou un organisme central comme le ministère des Finances ou le Conseil du Trésor? Comment peut-on convaincre ces organismes de souscrire à une approche pangouvernementale à l'égard de la santé de la population? Quels autres ministères et organismes fédéraux devraient participer?

Existe-t-il des exemples de la mise en application d'approches pangouvernementales qui pourraient servir de modèles pour une approche coordonnée en matière de santé de la population – par exemple la Stratégie de lutte contre la violence

familiale, la Stratégie de réduction de la demande de tabac ou l'Initiative pour le développement durable?

Étant donné l'étendue et la complexité d'un sujet comme la santé de la population, il sera difficile, à court terme, d'en arriver à une action globale et concertée à l'égard de tous les déterminants. Serait-il plus efficace pour le gouvernement fédéral de procéder par étapes pour mettre en œuvre une stratégie en matière de santé de la population? Dans l'affirmative, est-ce que les premières étapes doivent viser les populations particulièrement vulnérables (peuples autochtones, enfants, familles à faible revenu, etc.) ou alors des déterminants de la santé particulièrement puissants comme le développement de la petite enfance, le logement, le soutien au revenu et d'autres? Le gouvernement fédéral doit-il élaborer et mettre en œuvre séparément une stratégie sur la santé et une autre sur la pauvreté?

Option : établir un cadre de politique fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de la population

Au Canada, comme en Australie, l'élaboration d'une politique sur la santé de la population se joue constamment sur fond de partage des compétences entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La santé de la population est autant du ressort du gouvernement fédéral que des provinces et territoires, et il faut absolument un processus de coordination afin de dégager un consensus et d'accroître la collaboration. De 1994 à 2004, le principal moyen de dialogue et de coordination intergouvernemental dans ce domaine était le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, qui relevait de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé. Le Comité a adopté une vision intégrée et à long terme en matière de santé de la population et a préconisé la cohérence des politiques dans tous les secteurs visés. Avec la publication en 2004 de la série de documents *Réduire les disparités sur le plan de la santé*, pour la première fois au Canada, le Comité consultatif a examiné les disparités en matière de santé dans une perspective systémique au lieu d'aborder les disparités vécues par les différents segments de population. Bien que les différents ordres de gouvernements se soient engagés en principe à réduire les disparités, ils ne se sont pas

encore entendus sur des mesures à recommander et sur le choix d'un organisme pouvant jouer le rôle de chef de file pour gommer ces disparités au Canada. Manifestement, une collaboration intergouvernementale est essentielle au succès de politiques visant à réduire les disparités en matière de santé ou, d'une manière plus générale, d'une stratégie globale sur la santé de la population.

Comment le Canada peut-il transformer ces connaissances en mesures concrètes en matière de santé de la population à tous les échelons gouvernementaux? Est-ce que l'actuel Réseau de santé publique est une tribune efficace pour discuter des politiques sur la santé de la population? Faudrait-il réactiver le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population afin qu'il serve de mécanisme de collaboration pour l'élaboration d'une stratégie nationale? Est-ce que l'actuelle Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains pourrait aider à réduire considérablement les disparités en matière de santé? Pourrait-elle être une étape utile vers l'élaboration d'une stratégie plus générale sur la santé de la population?

Option : renforcer l'action intersectorielle et mettre les collectivités à contribution

Pour bien agir sur les déterminants de la santé et gommer les disparités, l'intervention doit s'étendre à tous les secteurs. Comme nous l'avons dit plus haut, il faut mettre à contribution non seulement les divers ministères, mais aussi les divers ordres de gouvernement et les partenaires non gouvernementaux. Les interventions à caractère communautaire réussissent à atteindre les populations vulnérables, à créer des réseaux locaux et à tirer parti des ressources. D'ailleurs, la participation de divers groupes de la société civile a été reconnue comme étant un élément essentiel du succès des politiques intersectorielles visant les déterminants de la santé qui ont réussi au niveau tant local que national. Il n'y a pas de modèle unique pour favoriser l'action intersectorielle, mais il existe des exemples de réussites dont le gouvernement peut s'inspirer, comme les Ententes sur le développement urbain et l'Initiative nationale pour les sans-abri.

Pour favoriser l'intervention intersectorielle, le gouvernement du Royaume-Uni a créé des bureaux régionaux qui réunissent de nombreux ministères sous un seul toit; la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador ont établi des structures régionales extérieures aux ministères de la Santé qui semblent avoir réussi à promouvoir la collaboration et les partenariats. Le Manitoba a adopté un cadre pour le développement économique communautaire afin d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes provinciaux.

À Cuba, les polycliniques réussissent à toucher les collectivités et à les mettre à contribution pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et favoriser le diagnostic précoce. Ces cliniques, réparties à l'échelle du pays, sont dotées d'équipes multidisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, dentistes, orthophonistes, etc.). Elles entretiennent des rapports étroits avec la population qu'elles desservent et la connaissent bien. Pour briser le cloisonnement, les polycliniques mettent l'accent sur l'intégration des ressources et le partage des responsabilités, notamment pour la formation des médecins et des infirmières, la collecte de données et le transfert de résultats de recherches scientifiques et de connaissances.

Comment le gouvernement fédéral peut-il mieux collaborer avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux? Est-ce que les exigences administratives et redditionnelles imposées aux partenaires communautaires qui participent aux initiatives intersectorielles se sont améliorées? Existe-t-il des processus d'évaluation permettant de bien rendre compte des résultats des initiatives intersectorielles dans les milieux complexes et dynamiques? Dans quelle mesure pourrait-on adapter le modèle de la polyclinique au Canada?

Enjeu 3 : Mettre en oeuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone

Comme nous l'avons dit plus haut, le fardeau des problèmes de santé, de détresse et de privation sociale pèse de façon disproportionnée sur les populations autochtones au Canada. Les disparités en matière de santé découlent des grands déterminants qui touchent tous les Canadiens, mais aussi de déterminants liés à la

colonisation et aux efforts déployés par les peuples autochtones pour retrouver un certain niveau d'autonomie gouvernementale et de pouvoir de décisions dans leurs communautés.

Étant donné sa responsabilité particulière à l'égard des peuples autochtones et son rôle crucial dans la prestation de programmes et de services à leur intention, le gouvernement fédéral est tout désigné pour amener les dirigeants autochtones à réfléchir à la façon d'aborder la santé de la population et les notions autochtones de santé pour mieux cibler, organiser et fournir les services gouvernementaux et amoindrir les disparités en matière de santé qui existent entre ces peuples et les autres Canadiens.

Nous avons signalé plus haut la nécessité d'obtenir de meilleures données sur les populations autochtones et n'en reparlerons pas ci-après.

Option : mettre en œuvre une stratégie globale sur la santé de la population autochtone

Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle essentiel dans l'examen des disparités et de l'état de santé exceptionnellement mauvais chez les peuples autochtones. À l'heure actuelle, il met en œuvre une gamme complexe de programmes dans divers secteurs : santé, apprentissage continu, communautés sécuritaires et durables, logement, débouchés économiques, terres et ressources, et gouvernance et relations. Trente ministères et organismes fédéraux mettent en œuvre à l'intention des Indiens, des Inuits et des Métis, quelque 360 programmes et services qui coûtent 8,2 milliards de dollars. Cependant, ces programmes et services ne sont pas coordonnés et intégrés de manière à réduire les disparités en matière de santé. La première solution consisterait à ce que le gouvernement fédéral et les dirigeants autochtones coordonnent et intègrent les activités des différents ministères et organismes qui se chargent des programmes et services visant les Canadiens autochtones, afin d'élaborer et d'appliquer une stratégie fédérale sur la santé de la population. Qui devrait être le chef de file et quels mécanismes

faudrait-il utiliser pour assurer la participation active des dirigeants autochtones à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette stratégie?

La gamme des programmes et services fédéraux offerts aux groupes autochtones varie en fonction de leur statut, des accords négociés, des compétences, des obligations découlant des traités et des décisions politiques; certains programmes sont réalisés par les gouvernements autochtones eux-mêmes ou conçus pour compléter d'autres programmes provinciaux, territoriaux et autochtones. Est-ce que ces politiques devraient être coordonnées de concert avec les autorités autochtones à l'échelon local, régional et national afin d'améliorer leur cohérence en vue d'améliorer leur effet global sur la santé de la population et de réduire les disparités en matière de santé entre les Canadiens autochtones et les autres? Est-ce que les communautés autochtones qui en sont capables pourraient jouir d'un plus grand pouvoir dans l'utilisation des ressources dont elles disposent afin d'améliorer les conditions sociales, économiques et culturelles locales et produire un meilleur bilan de santé?

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont des responsabilités en matière de santé de la population autochtone. C'est ce que souligne clairement l'Accord de Kelowna de 2005, un ambitieux plan décennal visant à combler l'écart entre les Canadiens autochtones et non autochtones dans des domaines comme l'éducation, le logement et l'infrastructure, la santé et les débouchés économiques, tous des déterminants essentiels de la santé. Que peuvent faire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, séparément et ensemble, afin de « combler l'écart » qui sépare les peuples autochtones du reste de la population?

Option : adopter une approche par étape à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population autochtone

Au lieu d'opter pour une approche globale, le gouvernement fédéral pourrait concentrer sa stratégie sur des déterminants particuliers. Par exemple, pour briser le cycle de la pauvreté et du piètre état de santé qui existe dans de nombreuses communautés autochtones, il faudra se pencher sur trois des déterminants fondamentaux

de la santé, soient le revenu, l'éducation et le logement. Comment faut-il modifier les politiques et les programmes actuels dans ces domaines?

Une autre approche par étape possible consisterait à améliorer l'accès à une alimentation saine dans les communautés isolées. À l'heure actuelle, le programme fédéral Aliments-poste couvre une partie du coût du transport d'aliments périssables nutritifs vers des collectivités isolées du Nord. Malgré cette subvention, un régime alimentaire nutritif coûte environ deux fois plus cher dans les communautés isolées du Nord que dans le sud du Canada, un fardeau très lourd étant donné les niveaux relativement élevés de chômage, de sous-emploi et de pauvreté dans bon nombre de ces communautés. Par comparaison, les règlements provinciaux d'un bout à l'autre du pays veillent à uniformiser le prix de l'alcool, et une bouteille coûte le même prix, qu'elle ait été achetée dans le nord-ouest de l'Ontario ou à Ottawa. Or, il est plus logique d'uniformiser le prix des aliments pour les enfants que le prix de l'alcool! Faut-il bonifier le programme Aliments-poste? Quelles autres mesures permettraient d'améliorer l'accès à des aliments nutritifs dans les collectivités éloignées?

Option : renforcer l'apprentissage entre pairs dans les populations autochtones

Même si la situation d'ensemble est grave, l'état de santé des groupes autochtones n'est pas toujours pire que celui des autres Canadiens. En effet, de nombreuses collectivités des Premières nations ont réussi à améliorer leur bilan de santé et enregistrent des taux de suicide inférieurs aux moyennes provinciales ou canadiennes. Malgré les différences culturelles et sociales qui existent chez les Premières nations et les populations inuites et métisses et entre elles, est-ce que les expériences et les idées des dirigeants de collectivités résilientes et florissantes pourraient aider celles qui réussissent moins bien? Est-ce qu'il serait possible pour les diverses communautés autochtones de mettre en commun ces pratiques et ces méthodes efficaces et de les adapter? Le gouvernement fédéral devrait-il appuyer les efforts des Autochtones visant à accroître la capacité et le leadership, et dans l'affirmative, comment?

Enjeu 4 : Nourrir la volonté politique

Il est essentiel de comprendre l'ampleur et les causes des disparités en matière de santé, ainsi que de cerner les mécanismes les plus efficaces pour les réduire. Mais il ne suffit pas de comprendre pour apporter aux politiques et aux programmes les changements nécessaires.

L'appui des hautes instances gouvernementales s'est avéré essentiel pour les stratégies en santé de la population qui ont le mieux réussi à l'étranger. Cependant, de telles stratégies nécessitent aussi une continuité à long terme; elles déraillent trop souvent lorsque des changements sont apportés au gouvernement ou lorsque des gouvernements successifs (voire le même gouvernement) modifient leurs priorités.

La sensibilisation du public, l'appui et l'engagement des secteurs autres que celui de la santé ainsi qu'un consensus sur les principales priorités sont essentiels pour nourrir la volonté politique, créer les conditions nécessaires à l'action et soutenir ces actions à long terme.

Option : sensibiliser le public

Le public reconnaît les effets qu'ont sur la santé les habitudes de vie (comme l'alimentation, l'activité physique, le tabac et l'alcool), l'accès aux soins de santé et un milieu sain. Cependant, il semble moins bien comprendre les effets des déterminants généraux, comme le développement de la petite enfance, l'éducation, le revenu et le soutien social. Les médias canadiens ont tendance à trop insister sur le rôle du système de soins de santé et du mode de vie dans l'état de santé et à ne pas assez souligner le rôle du contexte socioéconomique. Le grand public ne comprend pas facilement la notion théorique dite de la « santé de la population ». Or, comme l'opinion publique dicte souvent la conduite des gouvernements, il faut amener le public à mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la santé.

Quelle est la meilleure façon de capter l'intérêt du public à l'égard de son état de santé général? Que pouvons-nous faire pour recadrer le débat au sujet de la santé au Canada? Est-ce que le gouvernement fédéral devrait soutenir des campagnes d'information et mener des campagnes de sensibilisation du public sur l'ampleur et le coût des inégalités en matière de santé? Quel rôle les médias doivent-ils jouer pour aider le public à mieux comprendre l'idée de santé de la population? Quels devraient être les principaux partenaires dans les efforts déployés pour modifier l'attitude du public envers la santé et les disparités?

Option : mobiliser et mettre à contribution les secteurs autres que celui de la santé

Même si les déterminants de la santé touchent de nombreux secteurs, l'examen de la situation fédérale, provinciale/territoriale et internationale réalisé par le Sous-comité montre que le secteur de la santé occupe toujours une place prédominante dans une approche axée sur la santé de la population. Pourtant, les modèles qui réussissent le mieux mettent à contribution tout un éventail de secteurs. Une des grandes forces des polycliniques à Cuba est leur capacité à intégrer la santé, l'éducation, les services sociaux, les sciences et le transfert des connaissances dans la prestation de services au niveau des soins primaires. En d'autres mots, les politiques de tous les secteurs doivent jouer un rôle en vue d'améliorer la santé de la population. Chaque secteur doit aussi participer activement dès le début si l'on veut aboutir à la réduction des disparités en matière de santé.

Existe-t-il des champions qui peuvent informer et convaincre les secteurs autres que celui de la santé de l'importance de l'enjeu pour eux? Quels sont les preuves, les pratiques prometteuses, les faits ou les arguments qui sauront les convaincre? Une fois les secteurs gouvernementaux convaincus, comment pourront-ils participer activement à améliorer la santé de la population? Comment pourrait-on recruter le secteur privé comme fervent et solide partisan de la réduction des disparités en matière de santé?

Option : dégager un consensus chez les principaux intervenants sur les mesures prioritaires

L'ampleur de la démarche du gouvernement dépendra en partie du niveau de soutien de la part de tout un éventail d'intervenants. Dégager un consensus aux niveaux tant communautaire, dans les provinces et les territoires, que national aidera à préparer le terrain aux politiques sur la santé de la population. Quelles sont les mesures les plus susceptibles de rallier le plus grand éventail d'intervenants? Quels sont les stratégies et les outils qui permettront de dégager un consensus sur la nécessité d'agir afin de réduire les disparités en matière de santé?

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-Lunenfield 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	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	générale de la promotion de la santé et de la prévention des 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 Vieillessement 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,	30-05-2007	4

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	president		
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	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	projets, ministère de la Santé		
Association nationale des centres d'amitié	Alfred J. Guay, analyste des politiques	01-06-2007	5
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 législature 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. Pirooska 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

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Université de Montréal	Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe	05-12-2007	2
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