

SENATE



SÉNAT

**POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVE INTERNATIONALE**

**Premier 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-présidente
L'honorable Lucie Pépin

Février 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.....	7
CHAPITRE 1 : Australie	8
1.1 Principales constatations.....	8
1.2 Responsabilité des pouvoirs publics.....	9
1.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population	10
1.4 Surveillance et évaluation.....	13
CHAPITRE 2 : Angleterre.....	14
2.1 Principales constatations.....	14
2.2 Responsabilité des pouvoirs publics.....	15
2.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population.....	16
2.4 Mise en œuvre.....	21
2.5 Surveillance et évaluation.....	21
CHAPITRE 3 : Finlande	22
3.1 Principales constatations.....	22
3.2 Responsabilité des pouvoirs publics.....	23
3.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population.....	24
3.4 Mise en œuvre.....	28
3.5 Surveillance et évaluation.....	29
CHAPITRE 4 : Nouvelle-Zélande	30
4.1 Principales constatations.....	30
4.2 Responsabilité des pouvoirs publics.....	30
4.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population	31
4.4 Surveillance et évaluation.....	37
CHAPITRE 5 : Norvège.....	38
5.1 Principales constatations.....	38
5.2 Responsabilité des pouvoirs publics.....	38
5.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population.....	40
5.4 Mise en œuvre et surveillance	42
CHAPITRE 6 : Suède.....	43
6.1 Principales constatations.....	43
6.2 Responsabilité des pouvoirs publics.....	43
6.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population.....	45
6.4 Mise en œuvre de la politique sur la santé de la population	47
6.5 Surveillance et évaluation de la loi	48
CHAPITRE 7 : Analyse Comparative	49
7.1 Introduction.....	49

7.2 Virage dans la façon de penser et d’agir des décideurs.....	50
7.3 Buts, objectifs et cibles.....	51
7.4 Surveillance, évaluation et recherche.....	51
7.5 Rôle du secteur de la santé et d’autres intervenants	52
7.6 Étude d’impact sur la santé	52
7.7 Régionalisation	53
7.8 Approche intersectorielle	53
7.9 Intervention gouvernementale.....	54
7.10 Conclusion	55
ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS	57

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:

L'honorable sénateur Jim Munson

L'honorable sénateur Art Eggleton, P.C.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Le rapport présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en santé dans six pays : l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède.

AUSTRALIE

Le gouvernement central de l'Australie n'a pas encore établi de politique nationale sur la santé de la population. Par contre, quatre États (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) ont pris des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.

Le gouvernement central finance toutefois un certain nombre de projets et de programmes destinés à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes particuliers (notamment les aborigènes).

Il se montre prudent, car il estime que l'efficacité réelle des mesures visant à améliorer la santé générale de la population et à réduire les disparités en santé n'a pas été prouvée. Il ne préconise cependant pas l'inaction et s'est doté d'un programme prudent d'évaluation des mesures expérimentales.

Le régime fédéral australien est caractérisé par la tension dynamique qu'impliquent les relations intergouvernementales et par le degré de collaboration nécessaire entre les différents paliers de gouvernement. Dans les relations intergouvernementales, le financement et les compétences respectives font constamment l'objet de négociations. Cette situation pourrait avoir nui à l'élaboration et à la coordination d'une véritable politique nationale sur la santé de la population.

ANGLETERRE

L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière par son approche nationale de la santé de la population. C'est le premier pays, sinon le seul, qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.

Une nouvelle politique a été mise en place après un examen global réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux pour déterminer l'utilisation la plus efficace possible des fonds publics aux fins de la réduction des disparités en santé.

La politique est coordonnée par un sous-comité du Cabinet placé sous la direction du vice-premier ministre. Le secrétaire d'État à la Santé et le ministre de la Santé publique

sont les champions de la politique au sein du gouvernement. L'Unité des disparités en santé, créée au ministère de la Santé, encourage et coordonne les efforts du gouvernement central et collabore avec les autorités locales et les organisations non gouvernementales. Le ministère des Finances suit les progrès accomplis dans toute l'administration publique.

Des ententes locales de trois ans, définissant le cadre des relations entre le gouvernement central et les administrations locales, fixent des objectifs nationaux précis à atteindre au niveau local.

FINLANDE

Depuis 1987, la Finlande a une politique qui vise expressément l'amélioration de la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Le pays dispose d'une solide base de connaissances découlant d'investissements de l'État dans la recherche sur la santé de la population et d'exigences législatives qui imposent la présentation au Parlement de rapports à ce sujet.

Préoccupé par les disparités croissantes en santé, le gouvernement finlandais élabore un plan d'action national visant à les réduire. Il sera intéressant d'examiner ce plan, que le gouvernement devait d'abord publier vers la fin de 2007.

Depuis 20 ans, le ministère de la Santé est responsable de la politique sur la santé de la population, même s'il est admis que de nombreux déterminants de la santé relèvent d'autres ministères. Ceux-ci sont parfois mentionnés dans les documents officiels, mais il ne semble pas y avoir de modalités de collaboration bien définies pour atteindre des buts communs.

La forte décentralisation du gouvernement finlandais nuit à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le gouvernement national assure le leadership dans tout le pays, mais la plupart des programmes et des services relèvent des municipalités. Les politiques élaborées à l'échelle nationale ne servent qu'à imprimer une orientation générale et ne comportent pas de directives exécutoires. Il est donc difficile de savoir si les municipalités finlandaises disposent de moyens suffisants pour relever les défis d'une approche globale de la santé de la population.

NOUVELLE-ZÉLANDE

La Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, adoptée en 2000, porte expressément sur les disparités et sur la santé de la population tout entière, mais sa mise en œuvre se limite aux mesures prises par le secteur de la santé.

Une attention spéciale est accordée aux Maoris, qui font l'objet de stratégies et de plans d'action établis sous l'angle de la santé de la population.

À la suite d'une restructuration, des organismes régionaux – les commissions de santé de district – se sont vu attribuer une responsabilité accrue à l'égard de la santé de la population et ont reçu le pouvoir de déterminer les priorités. Ces commissions sont tenues

par la loi de faire rapport au ministre de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie et sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles fixées.

Le Comité consultatif de la santé publique cherche activement à faire en sorte que les mesures visant la santé de la population ne soient plus limitées au secteur de la santé, surtout grâce à l'utilisation des études d'impact sur la santé.

Des modifications aux lois sur la santé publique ont été déposées au Parlement à la fin de 2007 pour encourager l'utilisation des études d'impact sur la santé à l'échelle des ministères et des organismes gouvernementaux.

NORVÈGE

Au départ, les mesures de santé de la population en Norvège étaient surtout axées sur la qualité de vie, ce qui imposait à chacun la responsabilité première d'améliorer sa santé. Par la suite, une réorientation de la politique a donné lieu à un meilleur équilibre entre la responsabilité individuelle et le rôle de la collectivité pour ce qui est de rendre plus facile et plus attrayante l'adoption d'un mode de vie sain. La Norvège n'a commencé que récemment à s'attaquer aux disparités en santé; auparavant, l'accent était plutôt mis sur la réduction de la pauvreté chez les groupes vulnérables.

En 2007, le gouvernement norvégien a déposé au Parlement la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé, livre blanc considéré comme le volet santé du vaste effort gouvernemental déployé pour accroître l'équité sociale. Le livre blanc met l'accent sur l'éducation, le travail et le revenu; la responsabilité générale de sa mise en œuvre relève du ministère de la Santé.

Ce livre blanc ainsi que la politique sur le travail, la protection sociale et l'inclusion, le plan d'action pour combattre la pauvreté et la politique sur l'intervention précoce pour l'apprentissage continu forment un train de mesures complet visant à améliorer la santé des Norvégiens et à réduire les disparités. Le système de santé de la population se répartit en trois niveaux; le rôle principal revient aux municipalités. La collaboration interministérielle et intersectorielle fait partie intégrante de l'approche adoptée en Norvège pour favoriser la santé de la population.

SUÈDE

La Suède a adopté une vaste approche « pangouvernementale » de la santé de la population, et sa politique en la matière jouit d'une assise législative, la Loi sur les objectifs de santé publique de 2003.

La Loi énonce 11 objectifs de santé de la population et établit des cibles spécifiques et mesurables pour chacun d'entre eux. La réalisation de ces objectifs met à contribution une cinquantaine de ministères et d'organismes.

La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et les organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités en santé.

Le ministre de la Santé publique et des Services sociaux dirige un organe exécutif national sur la santé de la population constitué tout spécialement pour faciliter la collaboration intersectorielle.

Le Swedish National Institute of Public Health est tenu de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des 11 objectifs et d'en faire rapport tous les quatre ans.

Il est trop tôt pour évaluer les effets de la Loi. Toutefois, celle-ci reflète manifestement la ferme volonté des plus hautes sphères politiques d'avoir une approche de la santé de la population qui soit intersectorielle et axée sur l'équité.

ANALYSE COMPARATIVE

De nets décalages ont été observés entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités.

Il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités. La démarche de chaque pays dépend de l'évolution historique et du positionnement actuel de ses structures politiques, économiques, administratives et sociales, qui influent sur la nature et l'étendue des mesures possibles.

Les buts, les objectifs et les cibles en santé font partie intégrante des politiques sur la santé des populations. Chaque pays décide toutefois de la nature et du nombre des buts, des objectifs et des cibles à adopter.

Un défi auquel tous les pays sont confrontés est le manque de données sur l'efficacité des mesures prises pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont établi des programmes nationaux de recherche; d'autres demandent à des instituts nationaux de surveiller la santé de la population et d'en faire rapport.

Le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs responsables de politiques et de programmes qui ont un effet direct ou indirect sur la santé de la population et les disparités en santé. De plus, l'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé.

L'étude d'impact sur la santé est une pratique bien établie dans la plupart des pays visés par l'étude. Dans certains pays, la loi sur la santé publique a servi à intégrer les études d'impact dans les mécanismes gouvernementaux.

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. La collaboration intersectorielle est encore plus compliquée dans les régimes où différents ordres de gouvernement se partagent des responsabilités étroitement

interdépendantes, mais différentes, concernant la santé de la population. Un autre défi consiste à mobiliser les nombreux acteurs qui influent directement sur la vie et la santé des gens : écoles, secteur des soins de santé primaires, secteur bénévole, groupes de lutte contre la pauvreté, ONG, employeurs, etc.

**POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVE INTERNATIONALE - RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
SÉNATORIAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS**

INTRODUCTION

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'étudier, en vue d'en faire rapport, les multiples facteurs et situations – appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé – qui contribuent à la santé de la population canadienne. Le Sénat a renouvelé le mandat du Sous-comité en octobre 2007, au début de la 2^e session de la 39^e législature. Un des éléments centraux de l'étude consistait à déterminer les mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé de la population.

Pour s'acquitter de son mandat aussi étendu que complexe, le Sous-comité a subdivisé son étude en deux phases. Le but de la première est de recueillir des renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population dans différents pays. L'information découlant de cette phase se fonde pour l'essentiel sur de la documentation réunie par notre équipe de recherche et des consultants extérieurs ainsi que sur les témoignages reçus au cours d'audiences publiques du Sous-comité. La seconde phase de l'étude commencera par la publication d'un document sur les questions qui se posent et les options possibles, document qui servira de base à des audiences publiques et à des consultations partout dans le pays. Le processus de consultation s'étendra sur toute l'année 2008. Le Sous-comité s'attend à déposer un rapport final comprenant ses recommandations en décembre 2008.

Le présent document constitue le premier rapport de la première phase de l'étude. Il comprend une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé dans un certain nombre de pays – l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède – choisis après des consultations avec des experts du domaine. Le document présente une description de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique relative à la santé de la population dans ces pays. Les renseignements sont tirés de sites Web gouvernementaux des pays concernés, d'un examen exhaustif de la documentation et de certains témoignages reçus au cours des audiences publiques du Sous-comité. Même si l'information que nous présentons se limite à six pays, elle constitue un bon échantillon de la masse de renseignements disponibles sur l'élaboration de la politique sur la santé de la population. Nous croyons qu'il y a beaucoup de leçons à tirer d'une étude et d'une comparaison soigneuses des politiques des pays choisis.

Le rapport se compose de sept chapitres. Les chapitres 1 à 6 décrivent les principales caractéristiques et particularités de la politique sur la santé de la population de chacun des pays étudiés. Ces chapitres présentent tous l'information sous les mêmes grands titres : principales constatations, responsabilité des pouvoirs publics en matière de santé de la population, élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la

population, surveillance et évaluation. Enfin, le chapitre 7 présente un examen comparatif des politiques des pays étudiés.

CHAPITRE 1 : Australie

1.1 Principales constatations

- Même si de nombreux documents de stratégie publiés dans les 20 dernières années recommandent l'adoption d'une politique de promotion de la santé de la population, l'Australie n'a ni une politique nationale sur la santé de la population ni une approche pangouvernementale explicite du gouvernement (national) du Commonwealth visant à réduire les disparités en santé.
- Le gouvernement du Commonwealth finance cependant un certain nombre de projets et de programmes destinés à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes particuliers (notamment les aborigènes).
- C'est le secteur australien de la santé qui réclame le plus énergiquement des mesures pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.
- Contrairement au gouvernement du Commonwealth, quatre États australiens (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) ont pris des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé aussi bien au niveau du gouvernement qu'à celui du ministère de la Santé de l'État.
- Les experts réclament une politique nationale explicite destinée à favoriser une action globale concertée dans l'ensemble du pays.
- Le gouvernement australien se montre prudent, estimant qu'il n'a pas été prouvé que les mesures visant à améliorer la santé générale de la population et à réduire les disparités en santé sont vraiment efficaces. Il ne préconise cependant pas l'inaction et s'est doté d'un programme prudent d'évaluation des mesures expérimentales. Le gouvernement du Commonwealth s'est engagé à recueillir des données concrètes en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques efficaces en matière de santé de la population. À cette fin, il compte créer d'importantes bases de données, mener des recherches concertées sur les inégalités en santé et établir un cadre d'évaluation des impacts sur la santé.
- Le régime fédéral australien est caractérisé par la tension dynamique qu'impliquent les relations intergouvernementales et par le degré de collaboration nécessaire entre les différents paliers de gouvernement. Le gouvernement du Commonwealth perçoit la plupart des impôts, tandis que les États et les Territoires s'occupent de l'essentiel de l'administration des programmes et des services. Les responsabilités financières et fonctionnelles

sont réparties. Par conséquent, le financement et les compétences respectives font constamment l'objet de négociations. Cette situation pourrait avoir nui à l'élaboration et à la coordination d'une véritable politique nationale sur la santé de la population.

1.2 Responsabilité des pouvoirs publics¹

Dans le régime fédéral australien, la santé de la population est, comme au Canada, une responsabilité partagée entre le gouvernement du Commonwealth et les gouvernements des six États et des deux Territoires. Le gouvernement national joue cependant un plus grand rôle dans ce domaine qu'au Canada. Chez nous, les provinces ont à cet égard une bien plus grande marge de manœuvre financière que le gouvernement fédéral, tandis que les États et les Territoires australiens dépendent largement du gouvernement du Commonwealth pour le financement des politiques. Tout comme au Canada, les administrations locales (municipalités) jouent un rôle relativement modeste dans ce domaine.

- Le **gouvernement du Commonwealth** établit les politiques publiques à l'échelle nationale. Il s'occupe des affaires nationales et perçoit environ 80 p. 100 des recettes fiscales. Il joue en outre un rôle de premier plan dans l'élaboration de la politique de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux questions d'intérêt national telles que la santé publique, les soins de santé, la recherche et la gestion de l'information nationale. Les responsabilités du gouvernement du Commonwealth comprennent en outre l'aide sociale et d'autres prestations ainsi que le mariage, l'immigration, le commerce extérieur, la monnaie, les brevets, la défense et les télécommunications.
- Les **gouvernements des États et des Territoires** ont la responsabilité première de la gestion et de la prestation des services et des programmes dans les secteurs suivants : surveillance épidémiologique, promotion de la santé, éducation, culture, services d'urgence, salubrité de l'environnement, justice, transports, emploi, agriculture, propriété et logement.
- Les **administrations locales (municipalités)** sont chargées des questions de santé qui concernent leur district. Leurs pouvoirs et responsabilités diffèrent d'un État et d'un Territoire à l'autre mais, d'une manière générale, elles ont la charge de la promotion de la santé, des programmes de prévention des maladies (immunisation, par exemple), des services de salubrité de l'environnement (assainissement et hygiène, entre autres), de la planification urbaine, de l'approbation des permis de construction, des routes locales, du stationnement, des bibliothèques publiques et des établissements communautaires.

¹ National Public Health Partnership, *Public Health in Australia*, 1998, <http://www.nphp.gov.au/publications/broch/contents.htm>.

1.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

L'élaboration de la politique australienne sur la santé de la population a commencé en 1981 lorsque l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié sa *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*². En réponse à cet appel invitant les États membres de l'OMS à élaborer des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux pour améliorer la santé et évaluer les progrès accomplis en fonction de cibles précises, le gouvernement du Commonwealth a créé en 1985 la Commission pour une meilleure santé. La Commission a été chargée de produire un rapport sur l'état de santé de la population australienne et de recommander des politiques et des stratégies nationales de promotion de la santé, de prévention des maladies et d'amélioration générale de la santé de la population. Elle a publié en 1986 un rapport en trois volumes intitulé *Looking Forward to Better Health*³, dans lequel elle recommandait notamment de concentrer les grandes activités de prévention sur les maladies cardiovasculaires, l'alimentation et les blessures.

En 1987, le Conseil consultatif australien des ministres de la Santé ou AHMAC⁴ a créé le Comité des cibles et de la mise en œuvre en santé (HTIC), qui avait pour mandat de formuler des avis sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission pour une meilleure santé. En 1988, le HTIC a publié le rapport *Health for All Australians* qui, pour la première fois dans le pays, énonçait 20 buts et 65 cibles, avec des estimations complètes des coûts correspondants, dans trois grands domaines : groupes de la population (personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, aborigènes, enfants, femmes, etc.), principales causes de décès prématuré (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) et grands facteurs de risque (alcool et drogue, tabagisme, alimentation, activité physique, etc.)⁵. Le rapport énumérait en outre cinq domaines prioritaires de prévention : amélioration du régime alimentaire, hypertension, prévention des blessures, cancers évitables et santé des aînés.

En 1988, le Comité des cibles et de la mise en œuvre en santé a publié le rapport *Health for All Australians* qui, pour la première fois dans le pays, énonçait 20 buts et 65 cibles, avec des estimations complètes des coûts correspondants, dans trois grands domaines : groupes de la population, principales causes de décès prématuré et grands facteurs de risque.

En 1988, l'Australie a mis sur pied le Programme national pour une meilleure santé (NBHP) pour superviser la mise en œuvre des stratégies présentées dans le rapport du HTIC. Quatre ans plus tard, un examen du programme a révélé que, malgré les

² Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, 1981.

³ Better Health Commission, *Looking Forward to Better Health*, Canberra, 1986.

⁴ L'AHMAC est formé du dirigeant (et d'un autre haut fonctionnaire) des autorités sanitaires du gouvernement australien, des États et Territoires de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du ministère australien des Anciens combattants. Il a pour mandat d'assurer un appui efficace et efficient à la Conférence des ministres de la Santé de l'Australie.

⁵ Health Targets and Implementation Committee, *Health for All Australians*, Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference, Canberra, 1988.

progrès réalisés à certains égards, les approches adoptées pour atteindre les objectifs et les cibles du rapport *Health for All Australians* étaient insuffisantes, le NBHP étant essentiellement perçu comme une démarche de promotion de la santé. Le rapport d'examen recommandait une révision des objectifs et cibles dans le but d'influencer les décisions relatives aux politiques visant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

À la suite de cet examen, le gouvernement du Commonwealth a commandé une étude à des professeurs du département de santé publique de l'Université de Sydney. Le rapport de l'étude, intitulé *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, a paru en 1993⁶. Les auteurs y ont révisé les buts et les cibles du rapport *Health for All Australians* dans quatre grands domaines : 1) mortalité, morbidité et qualité de vie; 2) modes de vie sains et facteurs de risque; 3) sensibilisation à la santé et préparation à la vie active; 4) environnements sains. Ils proposent une conception plus large de la santé que celle mise de l'avant dans les rapports antérieurs et énoncent plus de 100 buts et 600 cibles précises. Le rapport présente aussi des conseils sur la mise en œuvre des politiques, y compris la désignation d'organismes devant diriger les activités prioritaires et la création d'un programme d'évaluation des progrès réalisés.

Les ministres de la Santé d'Australie ont approuvé les buts et cibles énoncés dans le rapport et ont formé un groupe de travail conjoint chargé de désigner les domaines prioritaires nationaux dans lesquels l'action initiale serait concentrée. Le groupe de travail, dont les membres ont été recrutés au sein de l'AHMAC et du Conseil national de la recherche médicale, a proposé d'accorder la priorité aux quatre secteurs suivants de la santé : 1) maladies cardiovasculaires, 2) cancer, 3) blessures, 4) santé mentale. Des groupes ont été créés pour mettre en œuvre les recommandations formulées dans chacun de ces secteurs.

Les ministres de la Santé de l'Australie ont lancé en 1996 l'Initiative des secteurs prioritaires nationaux en santé, qui a mis en évidence le besoin d'une approche nationale de la santé de la population. Répondant aux préoccupations suscitées par le manque de coordination des efforts déployés dans ce domaine en Australie, l'Initiative représente une démarche de collaboration entre les administrations du Commonwealth, des États et des Territoires chargées d'encadrer et de coordonner les mesures de santé de la population.

Le rapport *Better Health Outcomes for Australians*, publié en 1994, rend compte du travail accompli par les quatre groupes de mise en œuvre. Il définit un certain nombre de buts, stratégies et indicateurs pour les quatre secteurs prioritaires de la santé. Après la publication du rapport, l'AHMAC a créé un Comité de surveillance des résultats en santé. Celui-ci a procédé, un an plus tard, à un examen du processus d'établissement des buts et cibles nationaux qui a révélé un certain nombre de problèmes : a) la complexité des buts et cibles, b) la multiplicité des indicateurs (plus de 140 pour les quatre secteurs prioritaires) et c) l'absence de critères nationaux en matière de présentation de rapports⁷.

⁶ D. Nutman, M. Wise, A. Bauman, E. Harris et S. Leeder, *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, ministère de la Santé, du Logement et des Services communautaires, 1993.

⁷ Rebecca Mitchell et Rod McClure, « The Development of National Injury Prevention Policy in the Australian Health Sector and the Unmet Challenges of Participation and Implementation », *Australia*

Après cet examen, les ministres de la Santé de l'Australie ont lancé en 1996 l'Initiative des secteurs prioritaires nationaux en santé, qui a mis en évidence le besoin d'une approche nationale de la santé de la population. Répondant aux préoccupations suscitées par le manque de coordination des efforts déployés dans ce domaine en Australie, l'Initiative représente une démarche de collaboration entre les administrations du Commonwealth, des États et des Territoires chargées d'encadrer et de coordonner les mesures de santé de la population. Le Conseil national des interventions prioritaires en santé est responsable de la surveillance de l'Initiative. Les maladies et les troubles visés par le processus avaient été choisis parce que les responsables estimaient qu'ils constituaient les domaines dans lesquels il était possible de réaliser les plus grandes améliorations de l'état de santé de la population. Au départ, les quatre secteurs prioritaires choisis comprenaient le cancer, les maladies cardio-vasculaires, la prévention des blessures et la santé mentale. Par la suite, d'autres secteurs ont été ajoutés à la liste des priorités : le diabète en 1997, l'asthme en 1999 et l'arthrite et les maladies musculo-squelettiques en 2002. Dans l'ensemble, on estime que ces sept secteurs prioritaires représentent près de 80 p. 100 du fardeau total lié aux maladies et aux blessures en Australie.

Il y a lieu de noter qu'en sus de ces secteurs prioritaires nationaux, l'Australie s'est dotée de stratégies visant plusieurs domaines particuliers de la santé comme les toxicomanies, le tabagisme, le VIH/sida, l'alcoolisme et l'échange d'aiguilles et de seringues⁸.

En 1996, les ministres de la Santé de l'Australie ont établi le Partenariat national pour la santé publique dans le cadre d'une nouvelle tentative de mettre au point une approche nationale concertée plus efficace de la santé publique, de la prévention de la maladie et de la santé de la population. En 2006, le Partenariat a été remplacé par deux comités rattachés à l'AHMAC. Le Comité de protection de la santé s'occupe de la santé publique, de la protection de la santé et de la gestion des crises sanitaires tandis que le Comité principal d'élaboration de la politique sur la santé de la population coordonne l'effort national devant aboutir à une stratégie intégrée de la santé comprenant la prévention primaire et secondaire, les soins primaires, le traitement des maladies chroniques ainsi que la santé et le bien-être des enfants⁹.

Bref, en dépit des nombreux comités créés, des documents publiés et des examens réalisés, peu de progrès ont été enregistrés au chapitre de la mise en œuvre d'une approche nationale de la santé de la population au cours des 20 dernières années. Il ressort cependant d'une étude récente que quatre États (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) se sont expressément engagés à améliorer la santé de

and New Zealand Health Policy, vol. 3, n° 11, octobre 2006, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1635714>.

⁸ K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Organisation mondiale de la santé, 2005.

⁹ National Public Health Partnership, <http://www.nphp.gov.au>.

la population et à réduire les disparités en santé¹⁰. En particulier, la Nouvelle-Galles du Sud s'est dotée de l'éventail le plus complet de soutiens structurels pour favoriser l'équité en santé, comme en témoignent les engagements pris par l'État dans son récent rapport intitulé *In All Fairness*. Toutefois, comme le ministère de la Santé de l'État est seul responsable de la mise en œuvre de la nouvelle politique d'équité en santé, celle-ci ne peut pas être assimilée à une approche pangouvernementale de la santé de la population, son application dépendant exclusivement de la contribution du secteur de la santé¹¹.

1.4 Surveillance et évaluation

L'Australie possède une excellente base de connaissances sur la santé de la population et les disparités en santé. Depuis 1990, année de publication de son premier atlas de santé sociale, elle fait œuvre de pionnière dans le domaine des bases de données sur la santé de la population. Le gouvernement du Commonwealth a en outre établi en 1998 la Collaboration nationale pour la recherche sur les disparités en santé afin de développer les

L'Australie possède une excellente base de connaissances sur la santé de la population et les disparités en santé. Depuis 1990, année de la publication de son premier atlas de santé sociale, elle fait œuvre de pionnière dans le domaine des bases de données sur la santé de la population. Le gouvernement du Commonwealth a en outre établi en 1998 la Collaboration nationale pour la recherche sur les disparités en santé afin de développer les connaissances relatives aux causes de ces disparités et aux moyens de les combattre et de favoriser les mesures fondées sur des données probantes destinées à réduire les inégalités en Australie.

connaissances relatives aux causes de ces disparités et aux moyens de les combattre et de favoriser les mesures fondées sur des données probantes destinées à réduire les inégalités en Australie. L'organisme a été dissous en 2004 et son mandat a été confié au Conseil national de la recherche médicale. Trois réseaux de recherche ont été créés sous les auspices du Conseil pour s'occuper des domaines suivants : 1) enfants, adolescents et familles, 2) collectivités durables et 3) soins primaires. De plus, l'Institut australien de la santé et du bien-être social a produit des données récentes sur les disparités en santé. D'après les experts, l'Australie possède une solide base de connaissances sur laquelle elle peut fonder son action¹².

¹⁰ Lareen Newman, Fran Braum et Elizabeth Harris, « Federal, State and Territory Government Responses to Health Inequities and the Social Determinants of Health in Australia », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 3, 2006, p. 217-225.

¹¹ Department of Health (New South Wales Government), *In All Fairness: Increasing Equity in Health Across NSW*, 17 mai 2004, <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/fairness.html>.

¹² Fran Baum et Sarah Simpson, « Building Healthy and Equitable Societies: What Australia Can Contribute to and Learn from the Commission on Social Determinants of Health », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 3, 2006.

Le gouvernement du Commonwealth a également défini, en collaboration avec des chercheurs, un cadre pour les études d'impact sur la santé axé sur l'équité, à des fins d'élaboration de politiques. Le cadre définit une approche structurée permettant de tenir compte systématiquement de l'équité à chaque étape de l'étude d'impact des projets de politique¹³.

Le gouvernement du Commonwealth a également défini, en collaboration avec des chercheurs, un cadre pour les études d'impact sur la santé axé sur l'équité, à des fins d'élaboration de politiques. Le cadre définit une approche structurée permettant de tenir compte systématiquement de l'équité à chaque étape de l'étude d'impact des projets de politique.

CHAPITRE 2 : Angleterre

2.1 Principales constatations

- L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière par son approche nationale de la santé de la population. C'est le premier pays, sinon le seul, qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.
- Une nouvelle politique a été mise en place après un examen global réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux pour déterminer de quelle façon utiliser les dépenses publiques le plus efficacement possible afin de réduire les disparités en santé.
- Les détails de la politique britannique sur la santé de la population ont été présentés en 2003 dans le rapport *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, qui proposait un programme ambitieux s'étendant à tous les ministères et organismes publics du pays.
- Dans le cadre de ce programme, l'Angleterre s'est fixé des cibles nationales de réduction des disparités en matière de mortalité infantile et d'espérance de vie à la naissance allant jusqu'à 2010. Un ensemble de 12 indicateurs nationaux a en même temps été établi à l'appui des cibles de 2010. Avec des variables substitutives à court terme représentant les tendances à long terme des disparités en santé, ces indicateurs forment la base des rapports régulièrement produits par le gouvernement sur les progrès réalisés.
- Au niveau national, le programme est coordonné par un sous-comité du Cabinet placé sous la direction du vice-premier ministre. Le secrétaire d'État à la Santé et

¹³ Mary Mahoney, Sarah Tompson, Elizabeth Harris, Rosemary Aldrich et Jenny Stewart Williams, *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment*, août 2004.

le ministre de la Santé publique sont les champions de la politique au sein du gouvernement. L'Unité des disparités en santé, créée au ministère de la Santé, encourage et coordonne les efforts du gouvernement central et collabore avec les autorités locales et les organisations non gouvernementales. Le ministère des Finances suit les progrès accomplis dans toute l'administration publique.

- Des ententes locales de trois ans, définissant le cadre des relations entre le gouvernement central et les administrations locales, fixent des objectifs nationaux précis à atteindre au niveau local.
- Jusqu'ici, peu de progrès ont été réalisés en vue d'atteindre les cibles nationales de 2010. Les responsables admettent volontiers que l'inversion des tendances à l'inégalité en santé nécessitera un effort soutenu à long terme tant à l'échelle nationale qu'au niveau local.
- L'Angleterre est également couverte par le Plan d'action national du Royaume-Uni pour l'inclusion sociale, dont le but est de combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Nous n'avons pas réussi à déterminer de quelle façon ce plan d'action est coordonné avec les efforts actuels de réduction des disparités en santé.

2.2 Responsabilité des pouvoirs publics

L'Angleterre fait partie du Royaume-Uni, avec l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord. Les quatre parties du pays sont soumises à l'autorité législative du Parlement britannique, bien qu'il y ait eu une cession partielle de pouvoirs à l'Irlande du Nord, à l'Écosse et au pays de Galles grâce au rétablissement de leurs assemblées législatives. Par contre, l'Angleterre n'a aucun corps législatif distinct à part le Parlement britannique. La nature centralisée du Royaume-Uni, monarchie constitutionnelle et État unitaire, se reflète dans la structure de la politique publique anglaise :

L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière dans le domaine de la santé de la population et constitue le premier, sinon le seul, pays du monde qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.

- Le **gouvernement central (R.-U.)** est responsable d'une vaste gamme de questions d'intérêt public et de mesures législatives liées à la santé de la population, y compris les soins de santé, les services sociaux, le soutien du revenu, l'éducation, l'agriculture, les transports, les affaires, etc.
- Les 9 **bureaux régionaux du gouvernement (GOR)** de l'Angleterre sont des entités régionales représentant 11 ministères britanniques : Cabinet; Administration locale; Entreprises et réforme réglementaire; Enfants, écoles et familles; Culture, médias et sports; Environnement, alimentation et affaires rurales; Travail et pensions; Transports; Santé; Justice; Intérieur. Les bureaux régionaux s'occupent de la prestation de services qui influent sur la santé de la population, par exemple la revitalisation des collectivités, la lutte contre la

criminalité, les besoins en logement, l'amélioration de la santé publique, le relèvement des normes d'éducation et de formation professionnelle, les questions rurales et la réduction du chômage¹⁴.

- Les **autorités locales**, les **districts de comté** et les **arrondissements de Londres** ont différents degrés d'autonomie dans certains domaines de la politique sur la santé de la population.

Les efforts déployés pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé en Angleterre s'étendent aux deux paliers de gouvernement, le gouvernement central cédant de plus en plus de pouvoirs aux bureaux régionaux et aux autorités locales.

2.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

Comme nous l'avons noté ci-dessus, l'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière dans le domaine de la santé de la population et constitue le premier, sinon le seul, pays du monde qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population. Son approche actuelle de la santé de la population, qui vise en particulier les disparités en santé, a été élaborée par étapes au cours des 30 dernières années.

En 1977, réagissant aux préoccupations croissantes que suscitaient les disparités en santé, le gouvernement britannique a créé le Groupe de travail sur les inégalités en santé sous la direction de sir Douglas Black et l'a chargé d'étudier la situation et de recommander des mesures pour y remédier. Le rapport Black, publié en 1980, a révélé que, malgré la mise en œuvre, en 1948, d'un régime universel de soins de santé dans le cadre du Service national de santé (NHS), d'importantes disparités, surtout attribuables à la pauvreté, persistaient. Le rapport soulignait en outre que le comportement des gens était conditionné par des facteurs structurels et environnementaux indépendants de leur volonté. Il recommandait donc l'adoption d'une approche horizontale d'amélioration de la santé de la population et l'affectation à cette fin d'importants crédits à l'ensemble des ministères¹⁵. Le gouvernement d'alors avait cependant jugé que la mise en œuvre de ces recommandations serait trop coûteuse. Malgré tout, le rapport Black a eu d'importantes répercussions à long terme. En effet, il a attiré l'attention du public sur les disparités et

Le rapport Black a révélé que, malgré la mise en œuvre, en 1948, d'un régime universel de soins de santé dans le cadre du Service national de santé (NHS), d'importantes disparités, surtout attribuables à la pauvreté, persistaient. Le rapport soulignait en outre que le comportement des gens était conditionné par des facteurs structurels et environnementaux indépendants de leur volonté. Il recommandait donc l'adoption d'une approche horizontale d'amélioration de la santé de la population et l'affectation à cette fin d'importants crédits à l'ensemble des ministères.

¹⁴ Government Offices for the English Regions, *About the Network*, <http://www.gos.gov.uk/aboutusnat/>.

¹⁵ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (sir Douglas Black, président), ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Royaume-Uni, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

les déterminants non médicaux de la santé et a constitué la base des recherches et des discussions des 20 années suivantes¹⁶.

En 1991, le gouvernement britannique a publié un document de consultation énonçant ses propositions en vue de l'élaboration d'une stratégie de santé de la population pour l'Angleterre¹⁷. Un an plus tard, cette stratégie, intitulée *The Health of the Nation*, était lancée. Axée sur cinq secteurs clés (maladies coronariennes et accidents cardiovasculaires, cancer, maladies mentales, VIH/sida et santé sexuelle, accidents), elle définissait 25 cibles à atteindre pour améliorer l'état général de santé. Fait intéressant, la stratégie se fondait sur une approche pangouvernementale faisant intervenir 11 ministères. Un comité du Cabinet a été créé pour superviser l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de la stratégie et pour veiller à la coordination des efforts du gouvernement central et des autorités régionales et locales. De plus, le gouvernement a annoncé qu'il produirait un guide pour faciliter les études d'impact sur la santé et mettrait en place un processus d'examen systématique des progrès réalisés et de publication de rapports périodiques¹⁸.

Des préoccupations avaient alors été exprimées parce qu'aucune des cibles de la nouvelle stratégie de santé de la population n'était directement liée aux disparités en santé. Les données recueillies ont obligé les autorités à admettre l'existence d'un problème. En 1995, le gouvernement a entrepris un autre examen afin de déterminer ce que le ministère de la Santé et le NHS pouvaient faire pour s'attaquer aux disparités fondées sur l'ethnie, la géographie, les caractéristiques socioéconomiques et le sexe. L'examen, dirigé par le médecin-chef d'Angleterre, a abouti à la publication du rapport *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do*, qui a révélé que les inégalités en santé découlaient des disparités socioéconomiques liées au niveau de vie et aux perspectives d'avancement, qui se sont répercutées sur la santé depuis l'enfance. Le rapport concluait qu'en l'absence de politiques adéquates, ces disparités feraient sérieusement obstacle à l'atteinte des cibles nationales. Le rapport soulignait également la nécessité d'établir des partenariats avec les autorités locales, le secteur bénévole, les collectivités et même des particuliers parce que les facteurs qui contribuaient aux disparités en santé étaient aussi nombreux que complexes¹⁹.

¹⁶ Michael Marmot, « From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, n° 5, 2001, p. 1165-1171, <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/5/1165#R3>.

¹⁷ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*, Londres, 1991.

¹⁸ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, Londres, 1992.

¹⁹ United Kingdom Department of Health, *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?*, Londres, 1995.

Deux ans plus tard, le gouvernement britannique a institué une enquête indépendante, sous la direction de sir Donald Acheson, afin d'examiner et de résumer les disparités en santé en Angleterre et de définir les secteurs prioritaires devant faire l'objet de politiques particulières. Tandis que le rapport Black traitait des causes socioéconomiques des inégalités en santé, le rapport Acheson, paru en 1998, présentait une répartition de ces inégalités par région, par sous-groupe de la population et par stade de la vie, entre la grossesse et l'âge avancé. Il formulait 39 recommandations et désignait trois priorités essentielles : 1) toutes les politiques ayant des répercussions sur la santé devraient faire l'objet d'études d'impact sur la santé; 2) il conviendrait d'accorder une haute priorité à la santé des familles avec enfants; 3) d'autres mesures devraient être prises pour réduire les disparités de revenu et relever le niveau de vie des ménages pauvres²⁰.

Le rapport Acheson, paru en 1998, présentait une répartition de ces inégalités par région, par sous-groupe de la population et par stade de la vie, entre la grossesse et l'âge avancé. Il formulait 39 recommandations et désignait trois priorités essentielles : 1) toutes les politiques ayant des répercussions sur la santé devraient faire l'objet d'études d'impact sur la santé; 2) il conviendrait d'accorder une haute priorité à la santé des familles avec enfants; 3) d'autres mesures devraient être prises pour réduire les disparités de revenu et relever le niveau de vie des ménages pauvres.

Pendant que l'enquête Acheson se déroulait encore, le gouvernement britannique a publié, en février 1998, un autre document de consultation exposant ses propositions en vue d'une action concertée avec les organisations locales pour améliorer la santé et les conditions de vie de la population. Les propositions visaient deux objectifs : 1) améliorer la santé de l'ensemble de la population en augmentant la longévité et le nombre d'années exemptes de maladie; 2) améliorer la santé des membres les plus défavorisés de la société afin de réduire les disparités en santé. Le document mettait l'accent sur l'importance de la responsabilité individuelle et des partenariats avec les collectivités locales pour l'amélioration de la santé de la population²¹.

En réponse au rapport Acheson et après avoir procédé à des consultations publiques, le gouvernement britannique a révisé en 1999 sa politique sur la santé de la population et a publié deux documents connexes, *Saving Lives: Our Healthier Nation*²² et *Reducing Health Disparities: An Action Report*²³, sur les mesures qui seraient prises par ses ministères et dans le cadre de partenariats avec différentes organisations régionales et locales d'Angleterre pour réduire les disparités en santé. De nouvelles cibles ont été définies pour les cinq secteurs prioritaires et, une fois de plus, les études d'impact sur la

²⁰ *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report* (sir Donald Acheson, président), The Stationary Office, Londres, 1998, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>.

²¹ United Kingdom Department of Health, *Our Healthier Nation: A Contract for Health*, Londres, 1998, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ohnation/title.htm>.

²² United Kingdom Department of Health, *Saving Lives: Our Healthier Nation*, Londres, juillet 1999, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>.

²³ United Kingdom Department of Health, *Reducing Health Inequalities: An Action Report*, Londres, janvier 1999, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006054.

santé devaient « faire partie intégrante des activités courantes d'élaboration de politiques au gouvernement ». La politique révisée était considérée comme la plus complète jamais proposée pour combattre les disparités en santé au Royaume-Uni.

Pour s'assurer que les efforts des ministères étaient coordonnés et appuyaient efficacement le but consistant à réduire les disparités en santé, le gouvernement britannique a procédé en 2002 à un examen interministériel des dépenses liées à ce but. Cet examen « horizontal » des dépenses, dirigé par le ministère des Finances, a permis d'évaluer les dépenses consacrées par les ministères à l'éducation, à la protection sociale, à la justice pénale, à l'environnement, aux transports et aux administrations locales (en ce qui concerne la répartition). Les résultats de l'examen ont servi de base à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006. De plus, ils ont donné lieu à des engagements obligatoires qui, dans l'ensemble, constituaient une approche pangouvernementale de la réduction des disparités en santé. Le gouvernement a insisté en particulier sur ce qui suit :

Le gouvernement britannique a procédé en 2002 à un examen interministériel des dépenses liées aux disparités en santé. Cet examen « horizontal » des dépenses, dirigé par le ministère des Finances, a permis d'évaluer les dépenses consacrées par les ministères à l'éducation, à la protection sociale, à la justice pénale, à l'environnement, aux transports et aux administrations locales (en ce qui concerne la répartition). Les résultats de l'examen ont servi de base à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006. De plus, ils ont donné lieu à des engagements obligatoires qui, dans l'ensemble, constituaient une approche pangouvernementale de la réduction des disparités en santé.

- Mettre fin au cycle des disparités en santé grâce à la lutte contre la pauvreté et les privations, surtout a) en s'occupant des familles avec enfants, b) en favorisant des grossesses saines et une bonne éducation préscolaire et c) en finançant des mesures éducatives visant à éliminer les écarts au chapitre des réalisations.
- S'attaquer aux principales causes de décès et de blessures et, en particulier, aux risques comportementaux et physiologiques évitables (tabagisme, activités physiques et alimentation) et dispenser des services de traitement.
- Faciliter l'accès des installations et des services publics, notamment dans les secteurs des soins primaires et des transports en commun.
- Aider les collectivités défavorisées grâce à des projets de modernisation des quartiers, à l'amélioration des logements, au renforcement de la sécurité et à la prestation de nouveaux services publics destinés à faciliter l'accès à l'emploi et à l'éducation.

- Aider les groupes particulièrement vulnérables en ciblant les besoins des « pauvres du chauffage²⁴ », des personnes atteintes de troubles mentaux, des sans-abri, des détenus et de leur famille²⁵.

Le gouvernement a donné en 2003 d'autres détails de son approche pangouvernementale des disparités en santé en publiant le rapport *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. Le plan d'action qui y était exposé prévoyait un ambitieux programme s'étendant à 12 ministères et organismes centraux ainsi qu'à un certain nombre d'autorités régionales et locales. Il était appuyé par une cible nationale faisant l'objet d'un accord de service public et fondée sur deux objectifs détaillés :

En Angleterre, la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé est guidée par un sous-comité du Cabinet dirigé par le vice-premier ministre, qui assure la gouvernance et la coordination d'ensemble pour toute l'administration publique. Le gouvernement britannique coopère aussi avec plusieurs autorités régionales et locales au moyen d'ententes locales.

- Réduire de 10 p. 100 d'ici 2010 les inégalités en santé, mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance :
 - En commençant par les enfants de moins d'un an, réduire d'au moins 10 p. 100 d'ici 2010 l'écart de mortalité entre les groupes des employés de bureau subalternes et des travailleurs manuels et l'ensemble de la population.
 - En commençant par les autorités locales, réduire d'au moins 10 p. 100 d'ici 2010 l'écart entre le quintile de régions ayant l'espérance de vie la moins élevée à la naissance et l'ensemble de la population²⁶.

Le plan comprenait en outre 76 engagements pangouvernementaux à remplir en 2006. Il était clair cependant que l'obtention de résultats prendrait des années, compte tenu des aspects intergénérationnels de nombreux facteurs intervenant dans les disparités en santé.

L'Angleterre est également couverte par le Plan d'action national du Royaume-Uni sur l'inclusion sociale²⁷, dont le but est de combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Nous n'avons pas réussi à déterminer de quelle façon ce plan d'action est coordonné avec les efforts actuels de réduction des disparités en santé.

²⁴ Les « pauvres du chauffage » vivent dans des ménages qui doivent consacrer plus de 10 p. 100 de leur revenu à l'achat de combustibles pour maintenir une température confortable dans leur logement.

²⁵ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2002 Cross-Cutting Review*, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/03/04068003.pdf.

²⁶ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, 2003, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf.

²⁷ United Kingdom Department of Work and Pensions, *Working Together: United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion, 2006-2008*, 2006, <http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2006/nap/>.

2.4 Mise en œuvre

En Angleterre, la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé est guidée par un sous-comité du Cabinet dirigé par le vice-premier ministre, qui assure la gouvernance et la coordination d'ensemble pour toute l'administration publique. Le secrétaire d'État à la Santé et le ministre de la Santé publique sont conjointement chargés de se faire les champions de la politique au sein du gouvernement. Un groupe de travail interministériel composé de hauts fonctionnaires surveille les ministères pour s'assurer que leurs programmes contribuent à la réalisation de la cible nationale. Au ministère de la Santé, l'Unité des disparités en santé s'efforce d'établir des liens entre les organismes de santé pour veiller à ce qu'ils conçoivent leurs programmes et leurs initiatives dans une optique de réduction des inégalités en santé.

Le travail en partenariat est considéré comme la clé du succès de la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Cela implique une coopération entre le gouvernement britannique et plusieurs autorités régionales et locales. Par conséquent, le ministère de la Santé a favorisé la conclusion d'ententes locales, considérant que celles-ci contribuent sensiblement à mettre en évidence les disparités et les résultats en santé dans la planification locale. Les ententes locales conclues avec les bureaux régionaux du gouvernement permettent d'accorder une attention particulière aux enfants et aux jeunes, aux mesures destinées à rendre les collectivités plus sûres, plus fortes et plus saines et aux aînés. De concert avec les assemblées régionales et les organismes de développement régional, les bureaux régionaux tiennent également compte des déterminants économiques généraux de la santé, ainsi que de la stratégie des transports, de l'emploi, de l'environnement et du renouveau communautaire.

2.5 Surveillance et évaluation

Le rapport *A Programme for Action* comprenait l'engagement d'établir, à l'échelle nationale, un ensemble d'indicateurs de haut niveau devant être suivis et publiés tous les ans pour rendre compte des progrès réalisés. Au niveau local, chaque entité régionale était encouragée à choisir et à publier les indicateurs correspondant à ses propres besoins. Le rapport de suivi du *Programme for Action* publié en 2006 n'a révélé aucune réduction des disparités en santé par rapport aux cibles faisant l'objet d'un accord de service public. Les changements signalés comprenaient ce qui suit :

- Légère réduction de l'écart de l'espérance de vie des enfants de sexe masculin en 2002-2004 par rapport à 2001-2003.
- Légère augmentation de l'écart de l'espérance de vie des enfants de sexe féminin en 2002-2004 par rapport à 2001-2003.
- Aucun changement de la cible de mortalité infantile entre 2001-2003 et 2002-2004.

- Pour ce qui est des grands indicateurs pangouvernementaux, légère amélioration des tendances relatives au décès d'enfants dans des accidents de la route, au niveau de scolarité et à la qualité du logement.
- Indices d'une augmentation des inégalités dans la période 2000-2005 en ce qui concerne l'usage du tabac pendant la grossesse entre les groupes des employés de bureau subalternes et des travailleurs manuels et l'ensemble des mères²⁸.

Le rapport de suivi a reconnu, une fois de plus, que l'inversion des tendances des disparités en santé nécessiterait un engagement soutenu à l'échelle nationale et au niveau local pendant une période prolongée (mesurée en générations).

En 2004, le gouvernement britannique a déclaré à nouveau que les répercussions sur la santé de la population des mesures non liées à la santé devraient être considérées d'une façon plus systématique aussi bien avant qu'après la mise en œuvre des politiques, grâce à des études préalables d'impact sur la santé et à des évaluations des politiques elles-mêmes. Il a donc annoncé qu'il intégrerait la santé dans toutes les mesures législatives futures en l'inscrivant parmi les composantes des études d'impact de la réglementation²⁹. Cette décision n'a cependant été mise en vigueur ni par voie législative ni par voie administrative³⁰.

La même année, le ministère de la Santé a publié un guide sur les mesures qui se sont révélées efficaces pour la réduction des disparités en santé. Le guide était destiné à aider les fournisseurs et les organisations qui s'occupent de fournir des soins de santé au niveau local³¹.

CHAPITRE 3 : Finlande

3.1 Principales constatations

- Depuis 1987, la Finlande a une politique qui vise expressément l'amélioration de la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Le pays dispose d'une solide base de connaissances découlant d'investissements de l'État dans la recherche sur la santé de la population et d'exigences législatives qui imposent au gouvernement de présenter au Parlement des rapports à ce sujet.

²⁸ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action – 2006 Update of Headline Indicators*, août 2006, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062903.

²⁹ United Kingdom Department of Health, *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, 2004, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550.

³⁰ Dr Fiona Adshead, *Témoignages*, 11 décembre 2007.

³¹ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities – What Works*, 2005, <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Healthinequalities/Bestpractice/index.htm>.

- Toutefois, la politique nationale actuelle sur la santé de la population, qui définit des cibles à atteindre d'ici 2015, ne renferme que peu de détails sur le genre d'initiatives nécessaires pour réaliser ces cibles. Préoccupé par les disparités croissantes en santé, le gouvernement élabore un plan d'action national visant à les réduire. Il sera intéressant d'examiner ce plan, que le gouvernement devait publier fin 2007.
- Depuis 20 ans, le ministère de la Santé est responsable de la politique sur la santé de la population, même s'il est admis que de nombreux déterminants de la santé relèvent d'autres ministères. Ceux-ci sont parfois mentionnés dans les documents officiels, mais il ne semble pas y avoir de modalités de collaboration pour atteindre les objectifs communs.
- La Finlande a une politique distincte sur la pauvreté et l'exclusion sociale, mais, encore une fois, on ne trouve que peu de renseignements sur la façon dont la mise en œuvre des deux politiques est coordonnée.
- La forte décentralisation du gouvernement finlandais nuit à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le gouvernement national assure le leadership dans tout le pays, mais la plupart des programmes et des services relèvent des municipalités. Les politiques élaborées à l'échelle nationale ne servent qu'à imprimer une orientation générale et ne comportent pas de directives exécutoires. Il est donc difficile de savoir si les municipalités finlandaises disposent de moyens suffisants pour relever les défis d'une approche globale de la santé de la population.

3.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Finlande est une république démocratique dotée d'un régime parlementaire. Son parlement monocaméral, l'Eduskunta, compte 200 députés élus pour quatre ans dans le cadre d'un système de représentation proportionnelle. Le pays est subdivisé en 6 provinces et 416 municipalités. Celles-ci sont investies du pouvoir de percevoir des impôts et sont responsables de la prestation d'une vaste

La Finlande a été l'un des premiers pays à établir une politique nationale sur la santé de la population. En 1982, elle a fait œuvre de pionnière relativement à la mise au point de la Stratégie mondiale de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé.

gamme de programmes et de services. Les décisions sont prises sur une base démocratique aussi bien à l'échelle nationale qu'au niveau municipal.

- Le **gouvernement national** adopte des lois, élabore les grandes politiques nationales et en supervise la mise en œuvre. Il a des responsabilités dans tous les domaines liés à la santé de la population, et notamment les soins de santé, les affaires sociales, l'éducation, le travail, l'environnement et la justice³².

³² Finnish government, *Facts about the Government*, <http://www.government.fi/tietoa-valtioneuvostosta/perustietoa/en.jsp>.

- Les **municipalités** ont également des responsabilités étendues. À titre d'entités autonomes, elles peuvent s'acquitter de différentes fonctions, mais doivent se conformer à des obligations législatives. Les lois nationales énumèrent les fonctions dont les municipalités peuvent s'occuper si elles le souhaitent. Si elles choisissent de le faire, elles doivent alors respecter les dispositions législatives nationales correspondantes. Les responsabilités municipales les plus importantes comprennent l'aide sociale, les soins de santé, l'éducation et la culture. Les municipalités sont également chargées de l'entretien des voies publiques et de certaines fonctions de gestion environnementale, dont l'aménagement du territoire, la réglementation de la construction, la protection de l'environnement et la gestion des déchets³³.

D'après un expert finlandais, le pays a fait depuis 1993 une transition « radicale » entre la planification centralisée et une décentralisation « extrême ». Pour lui, ce virage a été à la fois remarquable et singulière en fonction des critères internationaux. Par conséquent, les municipalités sont aujourd'hui les premières responsables du fonctionnement du système de santé³⁴. Cette décentralisation poussée rend particulièrement difficiles l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population en Finlande³⁵.

3.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

La Finlande a été l'un des premiers pays à établir une politique nationale sur la santé de la population. En 1982, elle a fait œuvre de pionnière relativement à la mise au point de la Stratégie mondiale de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé³⁶. Pour la Finlande, l'adoption de cette stratégie représentait une tentative ambitieuse de faire les choses différemment, mais elle admettait en même temps qu'une expansion constante des soins de santé ne permettrait pas nécessairement d'aboutir à de meilleurs résultats³⁷.

En 1987, le gouvernement a élaboré sa propre politique sur la santé de la population, qu'elle a rendue publique dans le rapport *Health for All by 2000 – the Finnish National Strategy*. Allant au-delà des soins de santé, sa stratégie prévoyait 34 mesures visant quatre cibles : 1) augmenter la longévité (en réduisant le nombre de décès prématurés); 2) améliorer l'état de santé (en réduisant l'incidence des maladies chroniques, des accidents et d'autres problèmes de santé); 3) prolonger la durée de la vie

³³ Ministry of the Interior, Finnish Government, *Legislation on Local Government in Finland*, 2007, <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/15984682D7D068C0C2256B81003A62D4?opendocument>.

³⁴ Simo Kokko, « The Process of Developing Health for all Policy in Finland, 1981-1995 », *Exploring Health Policy Development in Europe*, Organisation mondiale de la santé, éd. Anna Ritsataki et coll., 2000, p. 27-40, http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_37.

³⁵ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subject/health/hprom/index.htm>.

³⁶ Simo Kokko (2000), *op. cit.*

³⁷ *Ibid.*

active (en permettant aux gens de conserver plus longtemps leur santé et leurs capacités fonctionnelles, tout en jouissant d'un niveau de vie adéquat); 4) réduire les disparités en santé parmi les groupes de la population (en diminuant les écarts de santé selon le sexe, le groupe socioéconomique et le lieu de résidence). Le gouvernement a entrepris la mise en œuvre de la stratégie et a créé et financé un programme spécial de recherche pour suivre les tendances relatives à l'état de santé et aux disparités fondées sur la situation socioéconomique.

À l'époque, les municipalités avaient la possibilité d'exploiter d'une façon exceptionnelle la coopération intersectorielle dans le domaine de la santé de la population. En effet, au cours des années 1980, toutes les municipalités avaient été tenues de créer deux organismes : un conseil intersectoriel de promotion de la santé chargé de coordonner les soins de santé, le travail des écoles, l'emploi des jeunes et les sports, et un conseil pour la réadaptation chargé de coordonner l'activité des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels dispensant directement des services liés à la santé à des personnes et des familles, de façon à éviter les renvois inutiles de patients d'un professionnel à l'autre. Pour favoriser la collaboration intersectorielle, le gouvernement a substitué aux crédits ciblés des subventions globales permettant aux municipalités d'utiliser les fonds en fonction des priorités locales. La coopération qui en a résulté entre le secteur de la santé et le secteur social s'est intensifié dans les années 1990 à mesure que les municipalités regroupaient l'administration de leurs programmes sociaux et de santé³⁸.

En 1993, l'OMS a réalisé un examen externe de la stratégie finlandaise de santé de la population. Les principales conclusions étaient les suivantes : 1) La stratégie était un peu trop axée sur le secteur de la santé; la participation d'autres secteurs et des consultations plus vastes en auraient facilité la mise en œuvre; 2) même si les experts et les décideurs souscrivaient à la stratégie de santé de la population, les principes sur lesquels elle se fondait n'ont pas suffisamment retenu l'attention des médias et n'ont pas été adéquatement expliqués au niveau de la base; 3) l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie ont été menées par des experts et des fonctionnaires selon une approche descendante sans que les municipalités soient associées au processus dès les premiers stades; 4) la stratégie a servi à légitimer l'action gouvernementale plutôt qu'à amorcer un processus national de mise au point de la politique sur la santé de la population; 5) la stratégie ne se fondait pas suffisamment sur des cibles quantifiées; 6) la mise en œuvre et la surveillance de la stratégie ont été confiées à un groupe trop restreint de fonctionnaires du secteur de la santé; elles auraient dû bénéficier de ressources financières et humaines plus étendues³⁹.

En 1995, la Finlande a adopté une loi imposant au gouvernement de déposer au Parlement tous les deux ans un rapport sur l'état de santé de la population. Le premier de ces rapports, paru en 1996, présentait un aperçu général des déterminants de la santé de la population finlandaise mettant en évidence les problèmes et les tendances. Une importante partie du rapport était consacrée à l'impact sur la santé des politiques d'autres

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

secteurs. Le rapport reconnaissait en outre la contribution des autres ministères à la santé et encourageait leur participation à la promotion et à la protection de la santé⁴⁰. Le deuxième rapport, déposé en 1998, présentait des renseignements sur les tendances de la santé, des maladies, des conditions sociales, des disparités en santé et en revenu, de l'exclusion sociale, de l'environnement de travail, des conditions de vie des enfants et des jeunes, etc. Il mentionnait également les contributions de tous les ministères et donnait des renseignements obtenus de différents organismes-cadres des secteurs de la protection sociale et de la santé. Ce deuxième rapport se distinguait par une vision globale de la santé de la population et de la sécurité sociale, qu'un seul ministère n'aurait pas été en mesure de présenter⁴¹.

En 2000, le gouvernement national a publié le rapport *Health 2015 Public Health Programme*, qui révisait et actualisait la politique nationale sur la santé de la population⁴². Le rapport maintient les quatre cibles générales (accroître l'espérance de vie, améliorer la santé, prolonger la vie active et réduire les disparités) et en ajoute huit autres. Les cinq premières visent des groupes particuliers de la population : santé des enfants, tabagisme chez les jeunes, décès accidentels et violents chez les jeunes hommes, accroissement des capacités fonctionnelles et de travail de la population active et accroissement des capacités fonctionnelles des personnes de plus de 75 ans. Les trois autres intéressent l'ensemble de la population : prolonger l'espérance de vie en santé d'une moyenne de deux ans, maintenir la satisfaction des gens à l'égard des soins de santé et réduire les disparités en santé. Certaines des cibles sont quantitatives (comme la réduction du tabagisme parmi les jeunes de 16 à 18 ans à moins de 15 p. 100). D'autres sont moins précises (comme l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et une diminution sensible des symptômes et des maladies attribuables à l'insécurité). D'après les experts, la politique nationale sur la santé visant 2015 ne comprend que peu de détails sur le genre d'initiatives nécessaires pour atteindre les cibles⁴³. La politique souligne aussi la nécessité d'une collaboration multisectorielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'autres ministères, les municipalités, les universités, les entreprises, les collectivités et les particuliers. Elle reconnaît que les autorités locales jouent un rôle de plus en plus important tandis que le gouvernement national s'efforce de remplacer la gestion descendante la gestion

En 2000, le gouvernement national a publié le rapport *Health 2015 Public Health Programme*, qui révisait et actualisait la politique nationale sur la santé de la population. La politique révisée souligne aussi la nécessité d'une collaboration multisectorielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'autres ministères, les municipalités, les universités, les entreprises, les collectivités et les particuliers.

⁴⁰ Council of State of Finland, *Public Health Report Finland 1996*, http://www.pia-phr.nrw.de/abstracts/sf/sf_649835.html.

⁴¹ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Social Welfare and Health Report*, 2000, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents13.htm>.

⁴² Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, 2001, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17.htm>.

⁴³ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

ascendante. Elle considère en outre l'inclusion sociale comme un objectif prioritaire. La politique fera l'objet d'un suivi exhaustif et d'une évaluation extérieure. Des indicateurs seront établis pour évaluer le degré de réalisation des cibles et seront intégrés dans les rapports sur la santé de la population qui seront produits tous les quatre ans⁴⁴.

À part ce document sur la santé qui vise 2015, la Finlande a des politiques, des stratégies et des plans d'action visant des domaines particuliers et assortis, dans certains cas, de leurs propres cibles. Il y a lieu de citer en exemple la Politique nationale sur le vieillissement visant 2001⁴⁵, la Stratégie antidrogue de 1997, le Plan d'action national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et l'Initiative de promotion de l'activité physique pour la santé. Ensemble, ces politiques et stratégies forment un cadre général pour l'amélioration de la santé globale de la population et la réduction des disparités en santé. Il est cependant difficile de déterminer dans quelle mesure leur mise en œuvre est coordonnée.

En mars 2007, le gouvernement finlandais a publié le dernier de sa série de rapports sur la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, qui devait être terminée vers la fin de l'année. Le document a pour but de cerner les domaines d'action et les mesures nécessaires pour atteindre la cible nationale de réduction des disparités socioéconomiques en santé, énoncée dans la politique nationale de la santé visant 2015. L'établissement du plan d'action incombe au ministère des Affaires sociales et de la Santé et au Conseil consultatif sur la santé publique. Le plan se fondera sur les sept éléments suivants :

En mars 2007, le gouvernement finlandais a publié le dernier de sa série de rapports sur la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, qui devait être terminée vers la fin de l'année. Le document a pour but de cerner les domaines d'action et les mesures nécessaires pour atteindre la cible nationale de réduction des disparités socioéconomiques en santé, énoncée dans la politique nationale de la santé visant 2015.

- 1) Renforcer les politiques sur la santé de la population et y intégrer les disparités en santé.
- 2) Intensifier les efforts de réduction des disparités en santé dans les municipalités.
- 3) Définir les politiques sur l'alcool et le tabac.
- 4) Favoriser l'équité dans les services publics.

⁴⁴ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁴⁵ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *A National Policy on Aging Up to 2001*, 1996, <http://pre20031103.stm.fi/english/pao/ageing1.htm>.

- 5) Réduire les disparités en santé parmi les enfants et les jeunes et prévenir l'exclusion sociale.
- 6) Réduire les disparités en santé parmi les personnes en âge de travailler.
- 7) Établir des systèmes de surveillance des disparités en santé parmi les différents groupes de la population⁴⁶.

Les éléments 1 et 2 portent sur l'intensité des efforts de mise en œuvre et sur les principes qui les sous-tendent. Les éléments 3 et 4 concernent les principaux déterminants des disparités en santé, tandis que les éléments 5 et 6 intéressent les principaux groupes ciblés de la population. Enfin, l'élément 7 a trait au système d'information nécessaire pour réaliser les politiques en cause et déterminer dans quelle mesure elles atteignent leurs objectifs⁴⁷.

3.4 Mise en œuvre

En vertu de la politique nationale sur la santé visant 2015, de nombreux intervenants participent à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé est responsable de la coordination globale de la politique et du rôle que doit jouer chacun des principaux intervenants. Il est également chargé de collaborer étroitement avec les municipalités afin de les aider à atteindre les cibles. La politique souligne la nécessité d'appuyer les municipalités dans leurs activités de promotion de la santé, de surveillance et d'évaluation. Elle encourage en outre les municipalités à collaborer plus étroitement les unes avec les autres. De plus, le ministère des Affaires sociales et de la Santé doit travailler de concert avec d'autres ministères concernés au renforcement du rôle de promotion de la santé du secteur des affaires et de l'industrie. Les organisations non gouvernementales doivent contribuer, au niveau communautaire, aux efforts de promotion de la santé, tandis que les particuliers sont encouragés à jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur propre santé.

Certains s'inquiètent du fait qu'à l'exception du secteur de la santé, le niveau national n'a aucun rôle opérationnel et que le ministère des Affaires sociales et de la Santé est le seul organisme national qui ait des responsabilités explicites⁴⁸. On ne sait pas encore de quelle façon le plan d'action national de réduction des disparités en santé sera élaboré ni quels ministères seront chargés de sa mise en œuvre.

⁴⁶ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, 20 mars 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/health_inequalities_action_plan_2007.pdf.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/prom/index.htm>.

3.5 Surveillance et évaluation

La Finlande suit depuis longtemps l'état de santé de la population et l'incidence des maladies en réalisant des enquêtes et en tenant des registres à l'échelle nationale. La masse de données recueillies a facilité la surveillance de la politique finlandaise sur la santé de la population. Les rapports présentés au Parlement à ce sujet sont complets, couvrant différents secteurs et paliers de gouvernement. Ils se basent sur des dispositions législatives imposant à tous les ministères de déclarer leurs activités liées à la santé. Certains croient

La Finlande suit depuis longtemps l'état de santé de la population et l'incidence des maladies en réalisant des enquêtes et en tenant des registres à l'échelle nationale. La masse de données recueillies a facilité la surveillance de la politique finlandaise sur la santé de la population. Les rapports présentés au Parlement à ce sujet sont complets, couvrant différents secteurs et paliers de gouvernement. Ils se basent sur des dispositions législatives imposant à tous les ministères de déclarer leurs activités liées à la santé.

cependant que la politique nationale de la santé visant 2015 ne fixe que peu de cibles précises et qu'il est de ce fait difficile d'en surveiller la mise en œuvre⁴⁹.

Au chapitre de la recherche, l'Académie de Finlande dirige actuellement un programme national de recherche sur les disparités en santé. De plus, trois instituts nationaux de recherche (Institut national de la santé publique, Centre national de recherche et de développement sur la santé et le bien-être et Institut finlandais de la santé au travail) ont récemment entrepris un projet de recherche conjoint sur les disparités en santé – projet TEROKA – auquel participent des chercheurs de différentes disciplines, dont l'épidémiologie, la recherche sur les services de santé, la politique sociale, la sociologie médicale, la médecine et la nutrition. Le projet a pour but de renforcer la recherche, de favoriser les partenariats visant à réduire les disparités en santé, de mettre au point des moyens pratiques de mesurer les effets des interventions sur la santé de la population (étude d'impact), de sensibiliser les décideurs et de les inciter à établir des politiques de réduction des disparités en santé⁵⁰.

Toutefois, pour certains experts, la fixation de cibles et de buts ambitieux et l'acquisition de nouvelles connaissances épidémiologiques grâce à la recherche et au développement de grandes bases de données ne suffisent pas en soi pour inciter le gouvernement à agir. Il semble cependant que les efforts déployés pour améliorer la santé de l'ensemble de la population aient été couronnés de succès en Finlande. Par contre, la lutte contre les disparités en santé n'a pas porté fruit par suite du manque d'engagement des différents intervenants chargés de mettre en œuvre la politique de santé et la politique sociale. Il est évident que les systèmes de promotion de l'égalité en santé doivent être améliorés⁵¹.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Teroka, <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=71&Itemid=102>.

⁵¹ Hannele Palosuo, *Reducing Inequalities in Health in Finland*, Finnish Institute of Occupational Health, 4 juin 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/HOPE_HP_040607.pdf.

CHAPITRE 4 : Nouvelle-Zélande

4.1 Principales constatations

- La Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, adoptée en 2000, porte expressément sur les disparités et sur la santé de la population tout entière, mais sa mise en œuvre se limite aux mesures prises par le secteur de la santé.
- Une attention spéciale est accordée aux Maoris, qui font l'objet de stratégies et de plans d'action établis sous l'angle de la santé de la population.
- À la suite d'une restructuration, des organismes régionaux – les commissions de santé de district – se sont vu attribuer une responsabilité accrue à l'égard de la santé de la population et ont reçu le pouvoir de déterminer les priorités. Ces commissions sont tenues par la loi de faire rapport au ministre de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie et sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles fixées.
- Le Comité consultatif de la santé publique cherche activement à faire en sorte que les mesures visant la santé de la population ne soient plus limitées au secteur de la santé, surtout grâce à l'utilisation des études d'impact sur la santé.
- Des modifications aux lois sur la santé publique ont été déposées au Parlement à la fin de 2007 pour encourager l'utilisation des études d'impact sur la santé à l'échelle des ministères et des organismes gouvernementaux.

4.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Nouvelle-Zélande est une monarchie constitutionnelle et un État unitaire doté d'un régime parlementaire. Son seul organe législatif est la Chambre des représentants, composée de 120 députés et communément appelée le Parlement. Le gouvernement a deux branches : nationale et locale. Les administrations locales sont indépendantes, mais subordonnées au gouvernement national; elles se composent principalement de trois types d'institutions qui ont été créées avec l'autorisation du gouvernement national et qui ont reçu leurs pouvoirs du Parlement : les conseils régionaux, les autorités locales territoriales et les commissions de santé de district. Bien que les autorités locales s'occupent de recueillir une grande partie de leurs ressources financières, le gouvernement national subventionne certaines activités ciblées (notamment les services de santé et la construction et l'entretien des routes).

- Le **gouvernement national** est responsable des lois, des politiques nationales et des activités dans les domaines liés à la santé de la population, par exemple l'éducation, la formation, l'emploi, la fiscalité, la politique financière et économique, la protection sociale et les services sociaux. La politique nationale en matière de santé est établie au Parlement, mais la plupart des services relèvent des commissions de santé de district, qui jouissent d'une certaine latitude dans le mode de prestation et les points à cibler.

- Il existe 16 **conseils régionaux** (et un territoire), qui recouvrent pour la plupart plusieurs villes ou districts. Ils sont responsables des dossiers de l'environnement et des transports publics, notamment la politique de gestion des ressources et les permis relatifs à l'utilisation et à la mise en valeur des ressources naturelles et physiques; les systèmes d'évacuation (terre, air, eau) et la répartition de l'eau; la lutte antiparasitaire et les aspects stratégiques de la biosécurité; la régularisation des crues; la gestion des situations d'urgence et la protection civile au niveau régional; la planification et la coordination régionales du transport terrestre; l'élimination régionale des déchets dangereux; l'administration des ports.
- Il existe 76 **autorités locales territoriales**, composées de conseils municipaux (principalement urbains) ou de district (ruraux ou à la fois ruraux et urbains). Les conseils municipaux et de district offrent toute une gamme de services visant le bien-être et le développement de la collectivité. Ils sont notamment responsables de l'infrastructure (routes, transport, égouts, eau et eaux pluviales), des activités récréatives et culturelles (p. ex. bibliothèques publiques) ainsi que de la sécurité et de l'hygiène du milieu (contrôle des bâtiments, gestion des situations d'urgence, protection civile et salubrité de l'environnement)⁵².
- Le secteur des soins de santé de la Nouvelle-Zélande a été restructuré à quatre reprises entre 1989 et 2001, ce qui a finalement donné lieu à la création de 21 **commissions de santé de district**. Les commissions ont pour mandat officiel d'améliorer, de promouvoir et de protéger la santé des collectivités, de promouvoir l'intégration des services de santé, notamment les soins primaires et secondaires, et d'assurer des soins ou un soutien efficaces aux malades ou aux personnes handicapées. Elles sont chargées de fournir directement ou de financer des services de soutien aux personnes handicapées et des services de santé dans leur district.

4.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

La Nouvelle-Zélande s'est dotée d'une politique sur la santé de la population par l'adoption progressive d'une série de mesures, qui a commencé en 1989 lorsque le gouvernement national a fixé 10 buts en matière de santé – visant des facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool et hypertension), des maladies (cardiopathie ischémique, maladies du coeur, AVC, cancer du col de l'utérus et mélanome) et des blessures non intentionnelles – et a accepté de rendre compte régulièrement des progrès accomplis dans la réalisation de ces buts⁵³.

⁵² John Wilson, « Government and Nation », *Te Ara – the Encyclopedia of New Zealand*, mis à jour le 26 septembre 2006, <http://www.TeAra.govt.nz/NewZealandInBrief/GovernmentAndNation/en>.

⁵³ Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons, A report to NHS Health Scotland*, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

En 1994, le gouvernement national a adopté un document d'orientation stratégique pour l'amélioration et la protection de la santé publique, son premier énoncé de politique axé sur la santé de la population. Ce document fixait 56 cibles en matière de santé⁵⁴. Trois ans plus tard, le gouvernement a publié un autre rapport, qui soulignait l'importance de maintenir la politique de 1994 sur la santé de la population

En 1994, le gouvernement national a adopté un document d'orientation stratégique pour l'amélioration et la protection de la santé publique, son premier énoncé de politique axé sur la santé de la population. Ce document fixait 56 cibles en matière de santé.

en conservant et en mettant à profit les programmes déjà entrepris. Selon ce rapport, les mesures de santé de la population sont des initiatives de longue haleine, surtout lorsqu'il s'agit de changer les attitudes et les comportements qui agissent sur les déterminants fondamentaux de la santé⁵⁵.

En 1998, le Comité national de la santé, organe consultatif auprès du ministre de la Santé, a publié un document sur les déterminants de la santé et les disparités existantes en Nouvelle-Zélande en recommandant d'autres actions de la part du gouvernement⁵⁶. Voici les principales constatations du document :

- Les facteurs sociaux, culturels et économiques sont les principaux déterminants de la santé.
- Des disparités persistent en raison de situations socioéconomiques différentes; certaines données portent à croire que ces disparités s'aggravent en Nouvelle-Zélande.
- Il existe de bonnes raisons d'intervenir pour réduire les disparités socioéconomiques en santé.
- Des données indiquent que des interventions précises peuvent réduire ces disparités.
- Le ministre de la Santé peut jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de politiques visant à réduire les disparités en santé.
- Le ministre de la Santé peut exiger des études d'impact sur la santé lorsque des changements sont proposés et apportés aux politiques macroéconomiques et sociales et peut collaborer avec d'autres ministres à la mise en œuvre d'une politique générale sur la santé de la population.

En 1999, le ministre de la Santé a publié un rapport exhaustif sur les inégalités sociales en santé, particulièrement chez les Maoris et les peuples du Pacifique⁵⁷. Un an

⁵⁴ New Zealand Public Health Commission, *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health: The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health 1993-1994*, 1994.

⁵⁵ New Zealand Ministry of Health, *Strengthening Public Health Action: the Strategic Direction to Improve, Promote and Protect Public Health*, Wellington, 1997.

⁵⁶ New Zealand National Health Committee (National Advisory Committee on Health and Disability), *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*, Wellington, juin 1998, <http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/0/BC21C8CFF2D8D5DFCC2572AC0016BBC7>.

⁵⁷ New Zealand Ministry of Health, *Social Inequalities in Health, New Zealand 1999*, Wellington, septembre 2000,

plus tard, le Parlement a adopté la Loi néo-zélandaise sur la santé publique et le soutien aux personnes handicapées⁵⁸. Un de ses objectifs, qui concernait tout spécialement la santé de la population, consistait à obtenir les meilleurs résultats dans le domaine de la santé et du soutien aux personnes handicapées et à réduire les disparités entre les groupes de la population. La Loi constituait les commissions de santé de district et les obligeait à donner une place importante à la santé de la population lorsqu'elles financent ou fournissent des services (prévention, intervention précoce, traitement et services de soutien) pour une population géographiquement définie. Le ministère de la Santé a mis au point des trousseaux de pratiques exemplaires pour guider les commissions⁵⁹. La Loi prévoyait en outre que le gouvernement national devait établir une stratégie de santé et une stratégie de soutien aux personnes handicapées pour la Nouvelle-Zélande et présenter au Parlement un rapport annuel sur les progrès de leur mise en œuvre.

Un an plus tard, à la fin de 2000, le gouvernement national a lancé la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé⁶⁰, qui modifiait la politique gouvernementale sur la santé de la population et fixait 10 nouveaux buts et 61 objectifs visant : 1) un environnement social sain; 2) la réduction des inégalités en santé; 3) l'évolution des Maoris en santé; 4) un environnement physique sain; 5) des collectivités, des familles et des personnes en santé; 6) des modes de vie sains; 7) une meilleure santé mentale; 8) une meilleure santé physique; 9) la prévention des blessures; 10) des soins de santé accessibles et appropriés. Sur les 61 objectifs, 13 concernant la santé de la population ont été choisis pour être réalisés à court ou à moyen terme :

- réduire le tabagisme;
- améliorer l'alimentation;
- réduire l'obésité;
- augmenter le niveau d'activité physique;
- réduire le taux de suicides et de tentatives de suicide;
- diminuer les torts causés, à l'échelle individuelle et collective, par la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments;
- réduire l'incidence et l'impact du cancer;
- réduire l'incidence et l'impact des maladies cardiovasculaires;
- réduire l'incidence et l'impact du diabète;
- améliorer la santé bucco-dentaire;
- réduire la violence dans les relations interpersonnelles, les familles, les écoles et les collectivités;
- améliorer l'état de santé des personnes ayant une grave maladie mentale;

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/65b8566b2ac3a9684c2569660079de90?OpenDocument>.

⁵⁸ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, décembre 2000,

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/82f4780aa066f8d7cc2570bb006b5d4d/e65f72c8749e91e74c2569620000b7ce?OpenDocument>.

⁵⁹ New Zealand Ministry of Health, *New Zealand Health Strategy – DHB Toolkits*, <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/Default.htm>.

⁶⁰ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, Wellington, décembre 2000, <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>.

- assurer l'accès aux services de santé pertinents pour les enfants, notamment les soins aux enfants et à la famille et la vaccination⁶¹.

La Stratégie établissait des paramètres permettant au secteur de la santé d'améliorer la santé générale des Néo-Zélandais et de réduire les inégalités au sein de la population, tout particulièrement chez les Maoris, les peuples du Pacifique et les Néo-Zélandais à faible revenu. Elle a conduit notamment à la mise en œuvre de la Stratégie pour la santé des Maoris, *He Korowai Oranga*, et du Plan d'action pour la santé des peuples du Pacifique⁶².

Mais surtout, la loi de 2000 a mené à la création du Comité consultatif sur la santé publique. Ce comité, qui relève du ministre de la Santé par le truchement du Comité national de la santé, a pour rôle de donner des avis indépendants sur les facteurs qui interviennent dans la santé des citoyens et des collectivités et sur la promotion et la surveillance de la santé de la population. Dans les années qui ont suivi sa création, le Comité consultatif est devenu un ardent défenseur de l'approche pangouvernementale de la santé de la population, particulièrement soucieux de réduire les inégalités, d'améliorer la santé des Maoris et de favoriser une collaboration intersectorielle.

En 2001, le gouvernement national a lancé la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour les personnes handicapées⁶³, qui préconise une action interministérielle en faveur d'une société plus inclusive. Cette stratégie exige des ministères et organismes gouvernementaux qu'ils tiennent compte de la condition des personnes handicapées dans l'élaboration des politiques et des documents du Cabinet. Les principaux ministères et organismes concernés sont tenus de présenter un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie⁶⁴.

Un an plus tard, le gouvernement national a publié le rapport *Reducing Inequalities in Health*, qui présentait un cadre d'intervention et des principes à l'intention des décideurs nationaux, régionaux et locaux ainsi que des fournisseurs de services et des groupes communautaires qui cherchaient à réduire les inégalités en santé⁶⁵. Bien que destiné au secteur

Un an plus tard, le gouvernement national a publié le rapport *Reducing Inequalities in Health*, qui présentait un cadre d'intervention et des principes à l'intention des décideurs nationaux, régionaux et locaux ainsi que des fournisseurs de services et des groupes communautaires qui cherchaient à réduire les inégalités en santé.

⁶¹ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, décembre 2000, <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>.

⁶² New Zealand Ministry of Health, *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy*, Wellington, novembre 2002, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/8221e7d1c52c9d2ccc256a37007467df?OpenDocument>; New Zealand Ministry of Health, *The Pacific Health and Disability Action Plan*, Wellington, février 2002, <http://www.moh.govt.nz/publications/pacificactionplan>.

⁶³ New Zealand Ministry of Disability Issues, *The New Zealand Disability Strategy: Making a World of Difference*, Wellington, avril 2001, <http://www.odi.govt.nz/publications/nzds/index.html>.

⁶⁴ New Zealand Office for Disability Issues, *Work Plan 2007-2008 and Report on Progress 2006-2007*, <http://www.odi.govt.nz/nzds/work-plans/2007/index.html>.

⁶⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*, Wellington, septembre 2002, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/523077dddeed012dcc256c550003938b?OpenDocument>.

de la santé et du soutien aux personnes handicapées, le rapport soulignait l'importance de facteurs sur lesquels ce secteur n'a pas de prise directe. Il mentionnait notamment que le ministère des Finances, les secteurs de l'aide sociale, de l'éducation, du logement et du marché du travail de même que les administrations locales pourraient contribuer grandement à réduire les inégalités en santé. Le cadre d'intervention comportait quatre niveaux :

- **Facteurs structurels** : initiatives qui s'attaquent aux causes fondamentales des inégalités en santé, à savoir les facteurs sociaux, économiques, culturels et historiques qui ont un effet fondamental sur la santé. Il s'agit par exemple de l'accès équitable à l'éducation, au marché du travail, au logement et à d'autres services sociaux.
- **Facteurs intermédiaires** : action visant les facteurs matériels, psychosociaux et comportementaux qui agissent indirectement sur la santé. Donner accès à des ressources matérielles, promouvoir un mode de vie sain, améliorer l'environnement physique et social, voilà des exemples de mesures qui entrent dans cette catégorie (logement public, villes saines, interventions en milieu de travail, programmes de développement communautaire, politiques de transport et protection de la santé).
- **Impact** : réduction de l'impact des maladies et des handicaps au moyen, par exemple, d'un soutien du revenu, d'allocations aux personnes handicapées, d'indemnités pour accident du travail et de mesures législatives contre la discrimination.
- **Accès équitable aux services de santé et de soutien aux personnes handicapées.**

En 2003, le gouvernement national a publié *Achieving Health for all People*, cadre d'action détaillé sur la santé de la population pour la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé⁶⁶. Il faisait état des domaines d'action du ministère de la Santé, des autres organismes gouvernementaux et nationaux responsables de l'élaboration des politiques, des commissions de santé de district, des conseils régionaux, des établissements d'enseignement, des organisations non gouvernementales, etc., relativement à cinq grands objectifs :

- Renforcer le leadership en matière de santé de la population à tous les niveaux et dans tous les secteurs.
- Favoriser la bonne santé de la population grâce à des services et à des mesures de santé publique dans l'ensemble du secteur de la santé.
- Établir des collectivités en santé et des environnements sains.
- Faire une meilleure utilisation des recherches et des évaluations dans l'élaboration des politiques et des pratiques en santé de la population.
- Réaliser des progrès mesurables en ce qui concerne la santé de la population.

⁶⁶ New Zealand Ministry of Health, *Achieving Health for all People: A Framework for Public Health Action for the New Zealand Health Strategy*, Wellington, octobre 2003, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/2733?Open>.

En 2004, le Comité consultatif sur la santé publique a publié *A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health*⁶⁷, qui démontrait l'existence de grandes disparités dans la santé de la population néo-zélandaise. Le document indiquait que les mesures visant à corriger ces disparités étaient plus susceptibles de porter fruit si elles s'articulaient autour du lien entre la situation socioéconomique et la santé et si elles prévoyaient un éventail de stratégies combinant des approches universelles et ciblées. En outre, il signalait que la collaboration intersectorielle était indispensable pour aborder les déterminants fondamentaux de la mauvaise santé, et que son efficacité devait être évaluée régulièrement par des études d'impact sur la santé. Il recommandait par conséquent une approche pangouvernementale pour la coordination et la surveillance d'une politique visant à réduire les disparités en santé, la première étape étant la réduction de la pauvreté chez les enfants.

En 2006, le Comité consultatif sur la santé publique a présenté un nouveau rapport au ministre de la Santé, *Health is Everyone's Business*⁶⁸. Il recommandait là aussi une approche pangouvernementale de l'amélioration de la santé en précisant que les organismes gouvernementaux centraux et locaux devaient assumer la responsabilité des résultats en matière de santé découlant de leurs actions. Il recommandait en outre l'utilisation d'études d'impact sur la santé et l'établissement de mécanismes intersectoriels pour bien coordonner une action concertée aux niveaux national, régional et local.

Le Comité consultatif sur la santé publique a également souligné que les études d'impact sur la santé permettent de prendre systématiquement en compte l'évaluation des incidences des politiques gouvernementales sur la santé et les inégalités en santé dans les pratiques courantes d'élaboration des politiques de tous les secteurs. Il a recommandé que ces études soient expressément reconnues dans les lois sur la santé publique^{69 70}. Le gouvernement national a répondu favorablement à cette recommandation en 2007 par l'adoption d'un projet de loi sur la santé publique, qui intégrait aux lois en la matière des dispositions sur l'utilisation des études d'impact sur la santé. Ces dispositions, qui sont

⁶⁷ Public Health Advisory Committee, *The Health of People and Communities – A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, octobre 2004, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-public-policy-economic-determinants?Open>.

⁶⁸ Public Health Advisory Committee, *Health is Everyone's Business – Working Together for Health and Wellbeing, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, juin 2006, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-health-is-everyones-business?Open>.

⁶⁹ Public Health Advisory Committee, *Health Impact Assessment – A Report on the Work of the Public Health Advisory Committee, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, août 2006, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-hia-advice-to-minister>.

⁷⁰ Il y a lieu de signaler que le Comité consultatif sur la santé a produit en 2004 un guide pour l'utilisation des études d'impact sur la santé et en 2007 un document d'accompagnement : *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*, 2^e édition, Wellington, juin 2005, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>; *An Idea Whose Time Has Come – New Opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand Public Policy and Planning*, Wellington, février 2007, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-idea-whose-time-has-come>.

habilitantes mais non impératives, encouragent le recours aux études d'impact dans l'élaboration de nouvelles propositions de politique et dans les processus décisionnels⁷¹.

4.4 Surveillance et évaluation

Les indicateurs de la santé et les inégalités en santé ont fait l'objet de nombreuses études en Nouvelle-Zélande. Le directeur général de la Santé et le ministre présentent un rapport au Parlement tous les ans, le premier sur l'état de santé de la nation et le second sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé. Ces rapports annuels reposent dans une certaine mesure sur les renseignements fournis par les études d'impact dans le cadre des mécanismes d'information standard sur les cibles en matière de santé⁷².

Les indicateurs de la santé et les inégalités en santé ont fait l'objet de nombreuses études en Nouvelle-Zélande.

Le ministre de la Condition des personnes handicapées est tenu, lui aussi, de présenter un rapport annuel au Parlement sur la mise en œuvre de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour les personnes handicapées. En 2006-2007, 41 ministères et organismes gouvernementaux ont participé à ce processus d'information⁷³.

En outre, le ministre du Développement social et de l'Emploi publie annuellement *The Social Report*, qui donne une série d'indicateurs du mieux-être social et économique applicables à dix domaines liés à la santé de la population : santé; connaissances et compétences; travail rémunéré; niveau de vie économique; droits civils et politiques; identité culturelle; loisirs; environnement physique; sécurité; réseau social⁷⁴.

Malgré certaines limites constatées dans les méthodes de collecte des données et dans la qualité des données disponibles sur la santé et le mieux-être social, les données révèlent clairement l'existence d'inégalités en santé sous les aspects suivants : situation socioéconomique; identité ethnique; lieu de résidence; sexe⁷⁵. Pour cette raison, le Comité consultatif sur la santé publique préconise depuis des années une vaste approche de la santé de la population qui ne soit plus limitée au secteur de la santé, mais englobe aussi les principaux ministères et organismes gouvernementaux concernés.

⁷¹ New Zealand Ministry of Health, *Summary of the Public Health Bill*, décembre 2007, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/summary-public-health-bill>.

⁷² Depuis la création de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, le ministre de la Santé a présenté six rapports au Parlement. On peut les consulter à l'adresse suivante : <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/implementing-nz-health-strategy>.

⁷³ Les rapports annuels sur les progrès de la mise en œuvre sont produits par le New Zealand Office of Disability Issues et accessibles à l'adresse <http://www.odi.govt.nz/nzds/progress-reports/>.

⁷⁴ New Zealand Ministry of Social Development, *The Social Report 2007*, Wellington, 2007, <http://www.socialreport.msd.govt.nz/>.

⁷⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*.

CHAPITRE 5 : Norvège

5.1 Principales constatations

- La Norvège est une nation de gens en santé et, par tradition, un État providence. Cependant, son classement international pour l'espérance de vie a baissé au cours des dernières années, déclin qui s'explique par les progrès insuffisants réalisés dans le choix des modes de vie (p. ex. tabagisme, alimentation et activité physique).
- Au départ, les mesures de santé de la population étaient surtout axées sur la qualité de vie, ce qui imposait à chacun la responsabilité première d'améliorer sa santé. Par la suite, une réorientation de la politique a donné lieu à un meilleur équilibre entre la responsabilité individuelle et le rôle de la collectivité pour ce qui est de rendre plus facile et plus attrayante l'adoption d'un mode de vie sain. La Norvège n'a commencé que récemment à s'attaquer aux disparités en santé; auparavant, l'accent était plutôt mis sur la réduction de la pauvreté chez les groupes vulnérables.
- En 2007, le gouvernement norvégien a déposé au Parlement la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé, livre blanc considéré comme le volet santé du vaste effort gouvernemental déployé pour accroître l'équité sociale. Le livre blanc met l'accent sur l'éducation, le travail et le revenu; la responsabilité générale de sa mise en œuvre relève du ministère de la Santé.
- Ce livre blanc ainsi que la politique sur le travail, la protection sociale et l'inclusion, le plan d'action pour combattre la pauvreté et la politique sur l'intervention précoce pour l'apprentissage continu forment un train de mesures complet visant à améliorer la santé des Norvégiens et à réduire les disparités. Le système de santé de la population se répartit en trois niveaux; le rôle principal revient aux municipalités. La collaboration interministérielle et intersectorielle fait partie intégrante de l'approche adoptée en Norvège pour favoriser la santé de la population.

5.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Norvège est une monarchie constitutionnelle à régime parlementaire. Le parlement norvégien, le Storting, compte 165 représentants. Le pays a trois niveaux de gouvernement : le gouvernement national, 19 comtés et 434 municipalités. Ces trois niveaux se partagent la responsabilité de la santé de la population. Le gouvernement national établit la politique générale dans ce domaine, élabore et supervise les lois pertinentes et s'occupe de recueillir et d'allouer les fonds, tandis que les comtés (régions) et les municipalités fournissent les services et les programmes.

- Le **gouvernement national** est responsable de l'assurance sociale, des services sociaux, des services de santé spécialisés, des services sociaux spécialisés (protection de l'enfance et lutte contre la toxicomanie/l'abus d'alcool), de l'enseignement supérieur et des universités, du marché du travail, des réfugiés et des immigrants, du réseau routier national, du réseau ferroviaire, de l'agriculture, de l'environnement, de la justice, des forces armées et de la politique étrangère.
- Les **comtés** sont chargés des soins dentaires, de l'enseignement secondaire, du développement régional, de l'approvisionnement en énergie, des routes de comté, du transport en commun, de l'aménagement régional, de l'expansion des entreprises, des communications et de la culture (musées, bibliothèques, activités sportives).
- Les **municipalités** s'occupent de la promotion de la santé, des soins de santé primaires, des soins aux personnes âgées, des soins aux personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentalement), des pouponnières et des maternelles, des écoles primaires, des services sociaux (protection de l'enfance, protection sociale, réadaptation des toxicomanes et alcooliques), de la gestion de l'eau, de la culture locale, de l'aménagement local (aménagement du territoire) et de l'infrastructure (routes et ports locaux)⁷⁶.

Les municipalités tirent le gros de leurs revenus des impôts des particuliers et des sociétés ainsi que des impôts fonciers (43 p. 100). Elles peuvent également exiger des frais d'utilisation pour leurs services. Les comtés peuvent seulement percevoir des impôts sur le revenu (42 p. 100 de leurs revenus). Le droit des municipalités et des comtés de lever des impôts est limité par un taux maximal que fixe annuellement le Storting (actuellement, 13,2 p. 100 pour les municipalités et 2.6 p. 100 pour les comtés). Les municipalités et les comtés reçoivent des subventions générales et spécifiques du gouvernement national. Les paiements de transfert qui viennent du gouvernement national représentent 34 p. 100 des revenus des comtés et 47 p. 100 de ceux des municipalités⁷⁷.

⁷⁶ Ministry of Local Government and Regional Development, *Local Government in Norway*, dépliant d'information, mars 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/krd/documents/handbooks/2004/Information-brochure-Local-government-in.html?id=88088>.

⁷⁷ *Ibid.*

5.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

En 2007, le gouvernement a déposé au Storting un livre blanc dans lequel il présentait sa Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé⁷⁸. Ce document propose un plan décennal innovateur pour l'élaboration d'une approche nationale, globale et intersectorielle de la santé de la population, qui est l'aboutissement d'efforts entrepris il y a une vingtaine d'années pour améliorer la santé de la population.

En 2007, le gouvernement a déposé au Storting un livre blanc dans lequel il présentait sa Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. Ce document propose un plan décennal innovateur pour l'élaboration d'une approche nationale, globale et intersectorielle de la santé de la population, qui est l'aboutissement d'efforts entrepris il y a une vingtaine d'années pour améliorer la santé de la population.

En 1985, le gouvernement norvégien a souscrit aux principes de la stratégie « Les buts de la santé pour tous » de l'Organisation mondiale de la santé et, en 1987, a publié un document sur la santé pour tous en Norvège, qui énonçait 38 cibles relativement au mode de vie, aux soins de santé et à l'environnement. La même année, il a produit un livre blanc, *Health Policy Towards the Year 2000*, qui présentait la santé préventive comme un nouvel enjeu important. Ce document était suivi, en 1991, de *More Good Years for All*, qui lui aussi mettait en relief la prévention des maladies et des blessures. En 1993, il publiait un autre livre blanc, *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, qui montrait l'importance de l'action intersectorielle pour la santé de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies. L'accent était mis sur les problèmes psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques, les accidents, les blessures, l'asthme, les allergies et les maladies induites par l'environnement intérieur⁷⁹. En 1997, le rapport *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work* a été déposé au Storting⁸⁰. Il préconisait une approche municipale et montrait clairement la responsabilité des autorités locales en matière de santé de la population.

⁷⁸ Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health, Report No. 20 (2006-2007) to the Storting*, 9 février 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505&epslanguage=EN-GB>.

⁷⁹ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁸⁰ Siri Petrine Hole, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work*, version abrégée de NOU 1998: 18 (I-0949 E), Ministry of Health and Care Services, Norvège, mai 1997, http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/rapporter_planer/rapporter/2000/Use-for-Everyone/1.html?id=420063.

En 2003, le gouvernement national a publié un nouveau livre blanc intitulé *Prescriptions for a Healthier Norway*⁸¹. La politique proposée visait un double objectif : prolonger l'espérance de vie de l'ensemble de la population et aplanir les disparités en santé entre les classes sociales, les groupes ethniques ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Le livre blanc proposait quatre « prescriptions » : 1) aider les gens à prendre en main leur propre santé; 2) créer des

partenariats entre le gouvernement national, les conseils de comté, les municipalités, les organisations bénévoles privées, les universités, les collèges, etc. pour favoriser la santé de la population; 3) renforcer la prévention des maladies et des blessures; 4) enrichir les connaissances grâce à des travaux de recherche et à des études d'impact sur la santé. Par ailleurs, cinq domaines d'intérêt ont été mis en évidence : l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme, l'alcool/les drogues et la santé mentale.

En 2005, le gouvernement a produit le document *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*. Ce plan d'action était la première d'une série de mesures prises pour préparer le terrain à l'élaboration d'une stratégie nationale et intersectorielle sur le même thème. Il indiquait que, pour améliorer la santé de la population et assurer l'équité en santé, il fallait élaborer des stratégies générales axées sur la population, précisant qu'il ne suffisait pas d'axer les efforts sur une stratégie à risque élevé qui répondrait uniquement aux besoins des plus démunis.

Deux ans plus tard, le gouvernement a produit le document *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*⁸². Ce plan d'action était la première d'une série de mesures prises pour préparer le terrain à l'élaboration d'une stratégie nationale et intersectorielle sur le même thème. Il indiquait que, pour améliorer la santé de la population et assurer l'équité en santé, il fallait élaborer des stratégies générales axées sur la population, précisant qu'il ne suffisait pas d'axer les efforts sur une stratégie à risque élevé qui répondrait uniquement aux besoins des plus démunis.

A suivi, en 2007, le livre blanc qui expose la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. Cette stratégie représente le volet santé d'un vaste effort gouvernemental pour assurer une plus grande équité sociale, particulièrement au chapitre des études, de l'emploi et du revenu. La stratégie met en lumière quatre priorités :

- Aplanir les inégalités sociales qui contribuent aux disparités en santé (développement de la petite enfance, répartition équitable des revenus, égalité d'accès aux études et à l'emploi). À titre d'exemple, le gouvernement entend surveiller les tendances dans les inégalités de revenu et assurer une répartition plus équitable des revenus tout en maintenant l'assiette fiscale.

⁸¹ Ministry of Social Affairs, *Prescriptions for a Healthier Norway – A Broad Policy for Public Health*, gouvernement de la Norvège, 2003.

⁸² Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *The Challenge of the Gradient – Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health*, juin 2006, http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1245_2905a.pdf.

- Aplanir les inégalités sociales en ce qui concerne les comportements liés à la santé (alimentation, activité physique, tabagisme et autres comportements) et le recours aux services de santé. Exemples d'initiatives : campagnes d'information et de sensibilisation, promotion des fruits et légumes frais, activités physiques quotidiennes dans les écoles, réglementation de la publicité des aliments malsains, interdiction de fumer dans les bars, les cafés et les restaurants, politiques restrictives sur l'alcool, taxation des aliments malsains (boissons sucrées) et détaxation des aliments santé (eau en bouteille et jus) ainsi que réduction des frais d'utilisation pour les services de santé.
- Lancer des initiatives ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale (pour éliminer l'itinérance, amener plus de personnes à travailler, réduire le nombre d'adultes qui abandonnent l'école malgré de faibles compétences de base, etc.).
- Renforcer les connaissances et concevoir des outils d'évaluation intersectoriels. Le gouvernement vérifiera les progrès réalisés dans les quatre domaines prioritaires grâce à un nouveau système d'examen et d'information qui produira un compte rendu systématique, régulièrement mis à jour, des progrès accomplis dans l'aplanissement des inégalités sociales en santé.

D'autres volets de la stratégie globale du gouvernement ont été présentés dans une série de rapports déposés au Storting, intitulés *Work, Welfare and Inclusion*⁸³, *Action Plan to Combat Poverty*⁸⁴ et *Early Intervention for Lifelong Learning*.

5.4 Mise en œuvre et surveillance

Le ministère de la Santé a la responsabilité générale de la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. La surveillance des indicateurs de santé de la population et la production de rapports annuels à ce sujet ont été confiées au Norwegian Institute of Public Health alors que le Research Council of Norway a pour mandat de renforcer la recherche sur la santé de la population. Beaucoup d'autres ministères contribuent à l'approche globale de la santé de la population, notamment le ministère de l'Enfance et des Affaires familiales, le ministère de l'Éducation, de la Recherche et des Affaires religieuses, et le ministère des Transports et des Communications.

Les municipalités et les comtés, parce qu'ils fournissent un grand nombre de programmes et de services, jouent un rôle clé dans l'exécution de la nouvelle politique. Le gouvernement national accorde des fonds de contrepartie aux comtés et aux municipalités qui créent des partenariats pour la réalisation du travail sur la santé de la population et qui arriment solidement le volet santé de la population à leurs systèmes de planification.

⁸³ Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, *Work, Welfare and Inclusion, Report to the Storting No. 9 (2006–2007)*, novembre 2006, http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf.

⁸⁴ Ministry of Foreign Affairs, *Norway's Action Plan 2015 for Combating Poverty in the South – Executive Summary*, mars 2002.

6.1 Principales constatations

- La Suède a adopté une vaste approche « pangouvernementale » de la santé de la population, et sa politique en la matière jouit d'une assise législative, la Loi sur les objectifs de santé publique de 2003. Cette loi représente la première politique officielle de la Suède sur la santé de la population, et l'une des premières stratégies au monde axées sur les déterminants de la santé.
- La Loi énonce 11 objectifs de santé de la population et établit des cibles spécifiques et mesurables pour chacun d'entre eux. La réalisation de ces objectifs met à contribution une cinquantaine de ministères et d'organismes.
- La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et les organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités en santé.
- Le ministre de la Santé publique et des Services sociaux dirige un organe exécutif national sur la santé de la population constitué tout spécialement pour faciliter la collaboration intersectorielle.
- Le Swedish National Institute of Public Health est tenu de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des 11 objectifs et d'en faire rapport tous les quatre ans.
- Il est trop tôt pour évaluer les effets de la Loi. Toutefois, celle-ci reflète manifestement la ferme volonté des plus hautes sphères politiques d'avoir une approche de la santé de la population qui soit intersectorielle et axée sur l'équité.

6.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Suède est une monarchie constitutionnelle, dont le chef d'État et premier ministre est élu par le Riksdag (le parlement suédois). Le régime politique suédois est unitaire mais très décentralisé dans la pratique, au point de ressembler à un régime fédéral sous bien des aspects. Comme au Canada, la responsabilité de la santé de la population est partagée entre le gouvernement national et les gouvernements infranationaux, soit 21 conseils de comté et 290 municipalités. Par son action législative et réglementaire, le gouvernement national exerce un solide leadership national et fixe les priorités, tandis que les conseils de comté et les municipalités jouent un rôle important dans l'exécution des programmes et la prestation des services.

- Le **gouvernement national** est responsable des questions d'intérêt public et des lois touchant la santé de la population, à savoir : soins de santé et affaires sociales; soutien du revenu; éducation; recherche; culture; agriculture; alimentation et consommation; emploi; communications; développement durable; justice (y

compris l'intégration et l'égalité hommes-femmes)⁸⁵. De plus, le gouvernement national transfère aux conseils de comté et aux municipalités des fonds destinés à la santé de la population, dont certains sont à usage général, alors que d'autres doivent servir aux fins spécifiées.

- Les **conseils de comté** sont entièrement responsables de la gestion et de la prestation des programmes et des services destinés à leur population, dans les limites de la législation nationale. Cette responsabilité touche les domaines suivants : soins primaires, soins hospitaliers, médicaments d'ordonnance, soins dentaires; santé publique et promotion de la santé; prévention des maladies; transports en commun (de concert avec les municipalités); développement régional; soutien à l'industrie et au commerce; culture; tourisme. Les conseils de comté tirent environ 70 p. 100 de leurs revenus des impôts qui s'appliquent sur leur territoire, le reste provenant des paiements de transfert du gouvernement national et des frais imposés pour les services et programmes. Composés de membres élus pour quatre ans, ils forment la plus haute instance décisionnelle au palier régional et administrent les dossiers qui sont trop onéreux pour les municipalités. Le gouvernement national examine et soutient le travail des conseils de comté par l'entremise d'un réseau d'organes de supervision⁸⁶.
- Les **municipalités** dirigent et gèrent les affaires locales, notamment : éducation préscolaire, primaire et secondaire; soins aux personnes âgées; aide aux personnes handicapées; services de sauvetage; services d'eau et d'égout; bibliothèques publiques; les transports en commun (de concert avec les conseils de comté). Elles délivrent également divers types d'autorisations, comme les permis d'aménagement ou les permis de débit de boissons. Elles jouent aussi un rôle actif dans la promotion du tourisme, de la culture et de l'entrepreneuriat. Le conseil municipal est la principale instance décisionnelle à ce niveau, et il se compose de membres élus pour quatre ans. Comme les conseils de comté, les municipalités sont habilitées à percevoir des taxes auprès de leur population, qui représentent environ 70 p. 100 de leurs revenus, le reste provenant du gouvernement national ou de la tarification des services. Comme dans le cas des conseils de comté, le gouvernement national examine et soutient le travail des municipalités par l'entremise d'un réseau d'organes de supervision⁸⁷.

⁸⁵ Government of Sweden, *Facts & Figures – Swedish Government Offices: Yearbook 2006*, 20 juin 2007, <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2013/a/84433>.

⁸⁶ Swedish Administrative Development Agency, *How the Public Sector Works*, 2006, http://www.sverige.se/sverige/templates/pagelist___9954.aspx.

⁸⁷ *Ibid.*

6.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

En avril 2003, le Riksdag a adopté la Loi sur les objectifs de santé publique, d'initiative gouvernementale, qui établissait une politique nationale globale sur la santé de la population. Il s'agit d'une des premières approches « pangouvernementales » au monde axées sur les déterminants de la santé⁸⁸. Cette approche a été mise au point étape par étape au cours des 20 années précédentes.

En avril 2003, le Parlement suédois a adopté la Loi sur les objectifs de santé publique, d'initiative gouvernementale, qui établissait une politique nationale globale sur la santé de la population. Il s'agit d'une des premières approches « pangouvernementales » au monde axées sur les déterminants de la santé.

Au début des années 1980, la nature et les causes des disparités dans l'état de santé ont suscité un intérêt croissant au sein des milieux politiques et scientifiques. La principale source d'inspiration était le rapport Black⁸⁹, du Royaume-Uni, qui avait mis au jour de considérables inégalités en santé selon la catégorie professionnelle, le statut d'emploi, le sexe, le lieu de résidence, l'origine ethnique et le type de logement habité. Ces constatations ont amené le gouvernement de la Suède à examiner plus systématiquement les disparités en santé. Une étude comparative à l'échelle nationale a révélé que ces inégalités, bien que présentes en Suède, y semblaient moins accentuées qu'au Royaume-Uni. De plus, les explications données au sujet de la situation au Royaume-Uni ne s'avéraient pas plausibles dans le contexte suédois, étant donné le régime universel de protection sociale, le faible taux de pauvreté, les bonnes conditions de logement et le faible taux de chômage⁹⁰.

Soucieux d'approfondir les causes des disparités, le gouvernement suédois a créé en 1987 un organe consultatif – le Groupe de la santé publique – et l'a mandaté pour examiner la question. En 1991, ce groupe d'experts a formulé une stratégie exhaustive sur la santé de la population, qui n'a cependant pas débouché sur un programme d'action politique, mais une de ses recommandations a eu une suite : l'établissement, en 1992, du National Institute of Public Health, organisation qui a mis en branle diverses activités visant la promotion de la santé et la prévention des maladies au niveau national, dans les conseils de comté et dans les municipalités.

En 1997, le gouvernement suédois a créé la Commission nationale sur la santé publique, en lui donnant pour mandat de fixer des objectifs nationaux sur la santé de la population et de définir les stratégies à adopter pour les concrétiser. La Commission était formée de représentants des sept partis politiques présents au Parlement et de plusieurs

⁸⁸ Taylor & Francis Health Sciences, Chapter 2: The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) – Extended Summary, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (supplément 64), 2004, p. 18-59, http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/supplement_2objectivebill0502.pdf.

⁸⁹ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, président), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

⁹⁰ Piroška Östlin et Finn Diderichsen, *Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden*, Centre européen pour la politique de santé, Organisation mondiale de la santé, 2001, <http://www.who.int/hia/examples/development/whohia036/en/index.html>.

conseillers et experts scientifiques issus des autorités nationales, des universités, des syndicats et des organisations non gouvernementales⁹¹. Elle a déposé en octobre 2000 son rapport final, intitulé *Health on Equal Terms – National Goals for Public Health*, qui contenait 18 objectifs de santé ainsi qu'une série d'indicateurs précis permettant de mesurer leur degré de réalisation. Le rapport recommandait de confier au National Institute of Public Health la tâche de surveiller les progrès.

En décembre 2002, le gouvernement national a répondu à ce rapport en déposant au Parlement un projet de loi faisant état de 11 objectifs généraux visant la santé de la population et modelés en bonne partie sur ceux de la Commission nationale sur la santé publique. Le Riksdag a adopté en avril 2003 la Loi sur les objectifs de santé publique, qui avait un double but : créer des conditions sociales assurant une bonne santé à l'ensemble de la population et réduire les disparités en santé entre les différents groupes de la population. Le gouvernement national estimait que la santé de la population était essentielle au développement social et que les efforts visant à l'améliorer devraient faire partie intégrante du travail accompli pour renforcer la croissance durable, la protection sociale et la durabilité écologique à l'échelle de la Suède.

La Loi sur les objectifs de santé publique, adoptée en 2003, avait un double but : créer des conditions sociales assurant une bonne santé à l'ensemble de la population et réduire les disparités en santé entre les différents groupes de la population.

Les 11 objectifs sont les suivants : participation et influence dans la société; sécurité économique et sociale; conditions de vie saines et favorables pendant l'enfance et l'adolescence; vie professionnelle plus saine; milieux et produits sains et sans danger; soins médicaux et de santé qui font une promotion active de la santé; protection efficace contre les maladies transmissibles; sexualité sans risque et bonne santé reproductive; augmentation de l'activité physique; bonnes habitudes alimentaires et aliments sains ; utilisation réduite du tabac et de l'alcool, élimination de la consommation de drogues illicites et réduction des effets pervers du jeu compulsif. Les six premiers objectifs sont liés aux facteurs structurels, c'est-à-dire les conditions de la société et du milieu environnant qu'on peut infléchir en façonnant l'opinion publique et en prenant des décisions politiques à différents niveaux, alors que les cinq autres concernent les modes de vie individuels, qui peuvent également être influencés par l'environnement social⁹².

La Loi sur les objectifs de santé publique n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes servant à améliorer la santé de la population.

Des cibles précises et mesurables ont été définies pour chacun des 11 objectifs, dont la réalisation fait appel à une cinquantaine de ministères et d'organismes. Le

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Swedish National Institute of Public Health, *Sweden's New Public Health Policy – National Public Health Objectives for Sweden*, 2003, http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/roll_eng.pdf.

National Institute of Public Health surveille les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs nationaux et en fait rapport tous les quatre ans.

Il y a lieu de mentionner que ces objectifs n'étaient pas nécessairement nouveaux. En fait, plusieurs d'entre eux sous-tendaient déjà divers enjeux d'intérêt public et correspondaient bien aux visées de la Loi sur les objectifs de santé publique. Lors de l'édiction de la Loi, le gouvernement avait l'intention d'adopter des cibles supplémentaires si le besoin s'en faisait sentir. La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes servant à améliorer la santé de la population.

On a avancé que les facteurs suivants avaient facilité l'élaboration de la politique nationale sur la santé de la population en Suède et l'adoption d'une loi : une tradition de social-démocratie; une relation solide avec le mouvement syndical; un régime très étoffé de protection sociale; le désir exprimé par les municipalités de voir des objectifs nationaux; la participation des politiciens de toutes allégeances; une solide connaissance de la chose civique; un processus très démocratique; une volonté politique d'équité; un organisme de surveillance de niveau supérieur; l'établissement de buts intersectoriels; de solides données probantes; une préférence pour les approches collectives systémiques⁹³.

Par rapport à d'autres pays comparables, la Suède a jeté à un stade relativement précoce les bases d'une politique nationale cohérente sur la santé de la population. À plus long terme, le fait que la communauté internationale et d'autres pays fondent de plus en plus leurs politiques d'intérêt public sur les déterminants de la santé revêtira une importance croissante et aidera certainement la Suède à confirmer la légitimité de son approche.

6.4 Mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

En Suède, la responsabilité d'appliquer la politique sur la santé de la population est divisée entre différents secteurs à chaque niveau de gouvernement (ministères et organismes nationaux, conseils de comté et municipalités). Elle s'étend aussi aux organisations non gouvernementales, aux syndicats et aux universités. On a avancé que cette approche est unique en son genre par son étendue et représente un modèle de gouvernance pour l'action intersectorielle axée sur la santé de la population⁹⁴.

En Suède, la responsabilité d'appliquer la politique sur la santé de la population est divisée entre différents secteurs à chaque niveau de gouvernement (ministères et organismes nationaux, conseils de comté et municipalités). Elle s'étend aussi aux organisations non gouvernementales, aux syndicats et aux universités. On a avancé que cette approche est unique en son genre par son étendue et représente un modèle de gouvernance pour l'action intersectorielle axée sur la santé de la population.

⁹³ Agence de santé publique du Canada, *Au croisement des secteurs – Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, 2007, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_f.html.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 26.

Comme indiqué précédemment, la Loi sur les objectifs de santé publique ne prescrit aucun changement dans la répartition des responsabilités entre les ministères et organismes dont les attributions touchent les 11 objectifs. Elle exige cependant que les ministères, lorsqu'ils ébauchent des propositions, prennent en considération les incidences sur la santé de la population, peu importe le domaine d'activité concerné. De la même façon, les ministères et organismes gouvernementaux doivent tenir compte des incidences de chacune de leurs actions sur la santé de la population. Le National Institute of Public Health a la responsabilité particulière de coordonner ces travaux tout en appuyant les efforts déployés.

La Loi sur les objectifs de santé exige que les ministères, lorsqu'ils ébauchent des propositions, prennent en considération les incidences sur la santé de la population, peu importe le domaine d'activité concerné. De la même façon, les ministères et organismes gouvernementaux doivent tenir compte des incidences de chacune de leurs actions sur la santé de la population.

Étant donné que la nouvelle Loi touche de nombreux domaines d'activité, la responsabilité politique est partagée entre divers secteurs et différents paliers de la société. Le gouvernement suédois a reconnu la nécessité d'exercer un certain contrôle politique intersectoriel sur la politique relative à la santé de la population. À cette fin, il a établi un organe exécutif national spécial sur la santé de la population, dirigé par le ministre de la Santé publique et des Services sociaux. Cet organe exécutif, dont font également partie des ministres d'autres secteurs, supervise la mise en œuvre continue des objectifs de santé de la population qui débordent du secteur de la santé⁹⁵.

6.5 Surveillance et évaluation de la loi

Comme indiqué plus haut, le National Institute of Public Health a pour mandat de surveiller les progrès réalisés sous l'égide de la nouvelle politique et de faire rapport à ce sujet. Il a collaboré avec les ministères et organismes gouvernementaux concernés, la Swedish Association of Local Authorities (qui représente les municipalités) et la Federation of Swedish County Councils pour déterminer quels sont les indicateurs et les statistiques qui permettent le mieux de mesurer le lien entre les déterminants et leurs effets sur la santé de la population. Tous les organismes gouvernementaux concernés doivent participer activement et contribuer à la collecte, à l'analyse, à l'évaluation et à la présentation des données et payer leur part des coûts.

Le National Institute of Public Health a pour mandat de surveiller les progrès réalisés sous l'égide de la nouvelle politique et de faire rapport à ce sujet. Tous les organismes gouvernementaux concernés doivent participer activement et contribuer à la collecte, à l'analyse, à l'évaluation et à la présentation des données et payer leur part des coûts.

L'institut appuie les organismes et ministères gouvernementaux en tenant des rencontres et soutient les municipalités et les conseils de comté par différents moyens,

⁹⁵ *Ibid.*

notamment en participant à des colloques et à des conférences locales et régionales, en rendant visite aux municipalités et en produisant des synthèses des connaissances et des rapports. Il s'agit d'aider les organismes régionaux et locaux à mettre au point des méthodes pour évaluer les répercussions, sur la santé, des activités menées dans leur domaine de travail. L'institut a également recueilli des statistiques de base sur la santé publique pour aider les municipalités à planifier et à surveiller leurs travaux touchant la santé de la population. La base de données ainsi constituée renferme des informations sur la santé de la population pour toutes les municipalités et pour les districts des trois principales villes suédoises.

Le National Institute of Public Health a publié en 2005 son premier rapport d'évaluation relatif à la Loi sur les objectifs de santé publique⁹⁶. Ce rapport indique que la nouvelle politique semble avoir un effet positif à la fois sur la santé en général et sur les disparités observées entre différents groupes sociaux. Parce qu'on ne sait pas encore très bien dans quelle mesure la politique répond aux besoins de groupes particuliers, l'institut a signalé qu'il était nécessaire d'élaborer, pour les déterminants de la santé, des indicateurs plus sensibles à l'équité, qui démontreront l'effet des politiques sur différents sous-groupes; ce sera une étape importante dans le redressement des inégalités en santé. Ces travaux seront menés en collaboration avec Statistics Sweden, le National Board of Welfare and Health et le Stockholm Centre for Health Equity Studies⁹⁷.

CHAPITRE 7 : Analyse Comparative

7.1 Introduction

Les chapitres précédents ont décrit les moyens utilisés pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique sur la santé de la population dans un certain nombre de pays. Le présent chapitre résume les enseignements à tirer de l'examen et de la comparaison des différentes politiques nationales et de l'étude des informations recueillies dans la documentation⁹⁸.

⁹⁶ Swedish National Institute of Public Health, *The 2005 Public Health Policy Report – Summary*, octobre 2005, <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf>.

⁹⁷ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

⁹⁸ Plus précisément, la documentation recensée est la suivante :

- Caroline Costongs, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Taking Action on Health Equity – Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e786a37d3bb9ffcc3aa378b481aaa3a&id=Seite872>.
- Ken Judge, Stephen Platt, Caroline Costongs et Kasia Jurczak, *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, Commission européenne, octobre 2005, http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=137.
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliot et Hilary Wallace, *Policies to Reduce Inequalities in Health in 13 Countries, Report no. 3: Review Group on International Public Health Policy*, Écosse, mars 2005, <http://www.healthscotland.com/documents/1094.aspx>.

7.2 Virage dans la façon de penser et d'agir des décideurs

La publication du rapport Black (1980) et de la stratégie Santé pour tous de l'OMS (1981), documents d'une importance cruciale, ont marqué un virage dans la façon de penser et d'agir des décideurs publics face à la santé. La notion de santé, qui se limitait jusque-là au traitement des maladies, a été élargie à la prévention des maladies et en définitive à ce que nous qualifions maintenant de « santé des populations ». De nos jours, il est communément admis que la santé subit

l'influence d'un large éventail de facteurs sociaux, économiques et environnementaux et que les grandes disparités en santé sont évitables et, du coup, injustes et inacceptables. En général, les récentes améliorations en matière de santé n'ont pas bénéficié uniformément à l'ensemble de la population. Des pays ont constaté une accentuation de certaines disparités et craignent que l'écart entre les plus avantagés et les plus démunis se creuse à mesure que se poursuivent les tendances qui caractérisent les déterminants socioéconomiques fondamentaux de la santé.

De nets décalages ont été observés entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités. Selon les experts, il est temps de laisser de côté la description du problème pour commencer à mettre en œuvre des stratégies et des mesures systématiques efficaces.

Dans cette perspective, plusieurs pays ont mis au point des stratégies axées sur les disparités en santé, comme c'est le cas par exemple pour l'Angleterre, la Finlande et la Nouvelle-Zélande. Ils ont toutefois observé de nets décalages entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités. Selon les experts, il est temps de laisser de côté la description du problème pour commencer à mettre en œuvre des stratégies et des mesures systématiques efficaces.

En général, les récentes améliorations en matière de santé n'ont pas bénéficié uniformément à l'ensemble de la population. Des pays ont constaté une accentuation de certaines disparités et craignent que l'écart entre les plus avantagés et les plus démunis se creuse à mesure que se poursuivent les tendances qui caractérisent les déterminants socioéconomiques fondamentaux de la santé.

Les experts estiment qu'il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités. Les gouvernements de tous les pays

-
- Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences*, Organisation mondiale de la santé, mars 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/.
 - Iain L. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Organisation mondiale de la santé, 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/en/.
 - Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons, A report to NHS Health Scotland*, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.
-

étudiées souscrivent aux valeurs et aux principes d'équité qui sous-tendent la santé et disent vouloir améliorer la santé de la population et réduire les disparités sur leur territoire, mais chacun s'attaque au problème à sa manière. La démarche de chaque pays dépend de l'évolution historique et du positionnement actuel de ses structures politiques, économiques, administratives et sociales, qui influent sur la nature et l'étendue des mesures possibles. Par conséquent, les politiques et les stratégies les plus efficaces diffèrent d'un pays à l'autre.

7.3 Buts, objectifs et cibles

Les buts, les objectifs et les cibles en santé font partie intégrante des politiques sur la santé des populations. Ils constituent des paramètres utiles pour déterminer les données à recueillir et les indicateurs à mesurer, pour établir des repères, définir les points d'intérêt et surveiller les progrès. Chaque pays décide toutefois de la nature et du nombre des buts, des objectifs et des cibles à adopter.

Dans les pays que nous avons étudiés, certains buts et cibles visent des résultats précis liés, par exemple, à la mortalité, à la morbidité et à des symptômes ou troubles en particulier. Leur choix est facilité par l'accessibilité relative des données pertinentes et le lien évident avec la santé. D'autres buts et cibles retenus visent les comportements sains ou les environnements

Seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour réduire les disparités en santé dans des lieux géographiques donnés ou selon le statut d'emploi, le sexe ou l'origine ethnique.

sains, tandis qu'un petit nombre porte sur les services sociaux, mais dans tous les cas il faut aller au-delà des apparences pour comprendre à fond leurs effets sur la santé des citoyens et de la population. En ce qui concerne les disparités dans l'état de santé, seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour les réduire dans des lieux géographiques donnés ou selon le statut d'emploi, le sexe ou l'origine ethnique.

En général, les autochtones ont un état de santé nettement moins bon que le reste de la population. L'Australie et la Nouvelle-Zélande accordent une attention particulière à la santé des aborigènes. La Stratégie pour la santé des Maoris adoptée par la Nouvelle-Zélande, par exemple, cherche à réduire les disparités entre les Maoris et le reste de la population au moyen d'une vaste approche consistant à améliorer les déterminants de la santé et à surmonter les obstacles systémiques qui placent les aborigènes dans une situation désavantageuse.

7.4 Surveillance, évaluation et recherche

Un défi auquel tous les pays sont confrontés est le manque de données sur l'efficacité des mesures prises pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont établi des programmes nationaux de recherche; en Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique surveillent la santé de la population et en font rapport. Les experts s'entendent pour dire qu'il est essentiel de surveiller et d'évaluer continuellement les politiques et les stratégies afin de produire des

données sur l'efficacité des différents moyens de réduire les disparités et d'améliorer la santé de la population.

7.5 Rôle du secteur de la santé et d'autres intervenants

Le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs responsables de politiques et de programmes qui ont un effet direct ou indirect sur la santé de la population et les disparités en santé.

L'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé. Lorsqu'un ministère de la Santé veut faire modifier des politiques ou des programmes d'autres ministères pour améliorer les résultats, il rencontre souvent une résistance à « l'impérialisme de la santé ». Mais lorsqu'un organisme central comme le ministère des Finances prend la direction d'une initiative, il est plus facile d'obtenir une coopération véritable. En Angleterre, le rôle du ministère des Finances et l'utilisation qu'il a faite d'un examen intersectoriel des dépenses ont été déterminants pour la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités en santé dans l'ensemble des organismes gouvernementaux et des autres ministères.

L'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé. En Angleterre, le rôle du ministère des Finances et l'utilisation qu'il a faite d'un examen intersectoriel des dépenses ont été déterminants pour la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités en santé dans l'ensemble des organismes gouvernementaux et des autres ministères.

7.6 Étude d'impact sur la santé

L'étude d'impact sur la santé est une pratique bien établie dans la plupart des pays visés par l'étude. Elle sert à différentes fins, par exemple à traiter les déterminants de la santé et les inégalités, à évaluer le rôle des politiques de l'extérieur du secteur de la santé dans la promotion et la protection de la santé et à intégrer les questions de santé dans le processus pangouvernemental d'élaboration des politiques. Dans certains pays, comme la Suède et la Nouvelle-Zélande, la loi sur la santé publique a servi à intégrer les études d'impact dans les mécanismes gouvernementaux. Le gouvernement du Royaume-Uni a souvent manifesté son soutien aux études d'impact, mais n'a pas légiféré pour les rendre obligatoires en Angleterre.

L'étude d'impact sur la santé sert à différentes fins, par exemple à traiter les déterminants de la santé et les inégalités, à évaluer le rôle des politiques de l'extérieur du secteur de la santé dans la promotion et la protection de la santé et à intégrer les questions de santé dans le processus pangouvernemental d'élaboration des politiques.

Il ressort de notre étude que l'utilisation des études d'impact sur la santé se trouve facilitée lorsque les ministères et organismes nationaux, les administrations locales et les organisations reçoivent une aide pour la collecte, l'analyse et l'évaluation des données. Toutefois, les demandes de plus en plus fréquentes formulées en ce sens par d'autres secteurs font qu'il est devenu nécessaire de perfectionner les compétences du personnel dans les sections responsables de la santé; le manque de capacité et de ressources est souvent mentionné comme un obstacle à la réalisation d'études d'impact.

7.7 Régionalisation

Certains gouvernements, comme ceux de l'Angleterre, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède, ont transféré la responsabilité principale de la réduction des inégalités en santé aux autorités régionales et locales, en les chargeant dans bien des cas d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action. Cependant, des normes et des stratégies nationales s'imposent pour faire pendant aux plans et aux programmes régionaux et locaux et pour aider les administrations et les intervenants de tous les niveaux à développer leur capacité de s'attaquer aux inégalités de manière efficace et soutenue.

7.8 Approche intersectorielle

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. Idéalement, une vaste démarche interministérielle se mettrait en branle de façon coordonnée pour que les mesures adoptées se concrétisent en même temps et agissent en synergie dans toute la mesure du possible. Cette façon de procéder tombe sous le sens et paraît simple à appliquer, mais elle suppose en réalité une logistique difficile. Sauf pour deux exceptions notables, l'Angleterre (Sous-comité du Cabinet) et la Suède (organe exécutif national sur la santé de la population), très peu de mécanismes efficaces ont été inventés pour assurer une coordination interministérielle.

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. Idéalement, une vaste démarche interministérielle se mettrait en branle de façon coordonnée pour que les mesures adoptées se concrétisent en même temps et agissent en synergie dans toute la mesure du possible.

La collaboration intersectorielle est encore plus compliquée dans les fédérations, telles que l'Australie et le Canada, où différents ordres de gouvernement se partagent des responsabilités étroitement interdépendantes, mais différentes, concernant la santé de la population. Le transfert de responsabilités aux autorités régionales ou locales, comme en Finlande, où les municipalités appliquent les programmes de protection sociale, de soins de santé, d'éducation et d'activités culturelles, vient compliquer la situation. Il n'existe pas encore de mécanismes servant à coordonner efficacement l'action intersectorielle au niveau des autorités locales et des collectivités.

Un autre défi relativement aux politiques sur la santé de la population consiste à mobiliser les nombreux acteurs autres que les ministères qui influent directement sur la vie et la santé des gens dans toutes sortes de situations : écoles, secteur des soins de santé primaires, secteur bénévole, groupes de lutte contre la pauvreté, ONG, employeurs; la liste est longue. En Suède, grâce à un processus inclusif d'élaboration des politiques, les partis d'opposition, la population et d'autres intervenants ont été parties prenantes à la nouvelle approche aux étapes de la recherche, de la consultation et de la mise en œuvre.

7.9 Intervention gouvernementale

Trois approches différentes ont été adoptées par les gouvernements face aux disparités en santé. La première est la politique globale ou « pangouvernementale » caractéristique de l'Angleterre. Elle aborde tant les déterminants de la santé en amont (p. ex. revenu, éducation et emploi) que ceux en aval (p. ex. alimentation, exercice et tabagisme) et cible des groupes précis (définis par l'âge, le sexe, le revenu et l'origine ethnique). Un comité du Cabinet de haut niveau supervise la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, et des formules d'affectation des fonds ministériels déterminent la répartition des ressources entre les différents programmes qui visent à réduire les disparités en santé.

Des approches différentes ont été adoptées par les gouvernements face aux disparités en santé. Bien qu'il n'y ait pas de moyen meilleur que les autres pour réduire les disparités en santé, les experts conviennent que plus une stratégie pangouvernementale est ciblée et intégrée, meilleures sont les chances d'obtenir les résultats souhaités.

Selon la deuxième approche, le ministère de la Santé établit la politique sur la santé de la population, comme c'est le cas en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède. Il existe aussi des politiques distinctes sur la pauvreté, l'inclusion sociale et la justice sociale, qui ont toutes un lien direct avec les causes sous-jacentes de la mauvaise santé (faible revenu, chômage, logement, itinérance et exclusion sociale). Les experts sont d'avis qu'il est nécessaire d'intégrer les politiques dans tous ces domaines. Malheureusement, le lien entre la politique sur la santé de la population et la politique sur la pauvreté, l'inclusion sociale et la justice sociale n'est pas aussi largement reconnu qu'il devrait l'être.

En vertu de la troisième approche, des mesures sont appliquées séparément pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé, sans plan d'action général. Dans ce cas, comme en Australie, plusieurs ministères mettent en œuvre, sans coordination ou presque, des stratégies sur la santé de la population qui visent des disparités précises (p. ex. le tabagisme et l'alimentation) ou des groupes donnés (comme les plus démunis).

Les experts estiment qu'il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour réduire les disparités en santé, mais ils conviennent tous que plus une stratégie pangouvernementale est ciblée et intégrée, meilleures sont les chances d'obtenir les résultats souhaités. Ils croient aussi que les politiques visant à réduire les disparités et leur mise en œuvre sont plus susceptibles d'être efficaces si elles font l'objet d'une

coordination stratégique – conformément à un plan d'action bien défini comportant des cibles précises et des échéanciers réalistes qui peut être appliqué et surveillé.

7.10 Conclusion

Comme le montre notre étude, plusieurs pays auxquels le Canada est souvent comparé sont en train d'élaborer des politiques sur la santé de la population. Cette situation peut nous ouvrir l'accès à des données probantes très utiles sur les mesures d'intérêt public.

Elle nous indique aussi que le Canada peut profiter de cette impulsion pour concevoir et appliquer des approches qui lui sont propres. Il y aura toutefois certains obstacles et défis à surmonter.

Le Canada peut profiter de l'impulsion pour concevoir et appliquer des approches qui lui sont propres.

Une des grandes difficultés pour la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est le fait que la responsabilité en matière de santé est répartie entre les gouvernements, en l'occurrence le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et les municipalités, ainsi qu'une foule d'intervenants privés, qui s'occupent tous à différents niveaux de certains des nombreux déterminants de la santé. La solution réside dans l'établissement de mécanismes interministériels, intergouvernementaux et intersectoriels efficaces, mais elle n'a pas encore vu le jour au Canada.

La volonté politique et sociétale de s'attaquer aux disparités en santé est essentielle. Le grand public doit voir les disparités comme un problème sérieux, voire tragique, et il faut que la classe politique juge impérative la mise en place de solutions. Il importe d'utiliser un langage clair et facile à comprendre pour sensibiliser le public à la question et pour convaincre les intervenants de la nécessité de réduire les disparités comme première étape importante vers l'optimisation de la santé.

Un autre défi est la nécessité de mettre en place des mesures à long terme avant de modifier un grand nombre des déterminants fondamentaux – éducation, éducation de la petite enfance, soutien du revenu, logement public, etc. – et avant d'apporter des améliorations mesurables dans la santé et les disparités. L'échéancier à prévoir dépasse largement les horizons politiques des gouvernements les plus tournés vers l'avenir. Il est difficile de réorganiser ou de reformuler une politique sur la santé de la population sous le régime de gouvernements successifs. Le consensus politique est crucial si l'on veut élaborer des politiques et des stratégies à long terme en matière de santé.

Enfin, une fois que la politique sur la santé de la population a été élaborée, il faut suffisamment de ressources financières et humaines pour la mettre en œuvre à tous les niveaux visés. Les mesures à long terme nécessitent un investissement soutenu. Certains experts réalistes prétendent qu'il n'est à peu près pas faisable d'élaborer et de mettre en œuvre simultanément un ensemble coordonné de politiques sur la santé de la population et qu'une démarche progressive est la meilleure solution applicable.

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

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
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 maladie chroniques	21-03-2007	2
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

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
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 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, 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

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé	01-06-2007	5
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

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
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
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