

Senate



Sénat

CANADA

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

**Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie :  
Rapport final du  
Sous-comité sénatorial sur la santé des populations**

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président  
L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente

Juin 2009

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous  
par courriel : [soc-aff@sen.parl.gc.ca](mailto:soc-aff@sen.parl.gc.ca)  
par téléphone : (613) 990-0088  
sans frais : 1 800 267-7362  
par la poste : Sous-comité sénatorial sur la santé des populations  
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4  
Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :  
[www.senate-senat.ca/santé-f.asp](http://www.senate-senat.ca/santé-f.asp)

*This report is also available in English*

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

**Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie :  
Rapport final du  
Sous-comité sénatorial sur la santé des populations**

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président  
L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente

**JUIN 2009**

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous  
par courriel : [soc-aff@sen.parl.gc.ca](mailto:soc-aff@sen.parl.gc.ca)  
par téléphone : (613) 990-0088  
sans frais : 1 800 267-7362  
par la poste : Sous-comité sénatorial sur la Santé des populations  
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4  
Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :  
[www.senate-senat.ca/santé-f.asp](http://www.senate-senat.ca/santé-f.asp)

*This report is also available in English*

**LA SANTÉ EST EN GRANDE PARTIE DÉTERMINÉE PAR DES FACTEURS EXTÉRIEURS AU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ**

*[L]e manque de soins sanitaires n'est pas à l'origine de la lourde charge mondiale de morbidité. Les maladies d'origine hydrique ne sont pas causées par une pénurie d'antibiotiques mais par l'eau polluée et par les forces politique, sociale et économique qui ont échoué à rendre l'eau propre disponible pour tous; la maladie cardiaque n'est pas causée par un manque d'unités de soins coronariens mais par la vie que les gens mènent, une vie modelée par l'environnement dans lequel ils vivent; l'obésité n'est pas causée par une fragilité morale chez les individus mais par l'existence à profusion d'aliments à forte teneur en lipides et en glucides. Ainsi, l'action principale sur les déterminants sociaux de la santé doit venir d'en dehors du secteur de la santé.*

*[Extrait de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, 2008, p. 35.]*

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>LISTE DES RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>ii</b>
<b>ORDRE DE RENVOI</b> .....	<b>vii</b>
<b>MEMBRES</b> .....	<b>viii</b>
<b>LISTE D'ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>ix</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>PARTIE I : LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LES DISPARITÉS EN SANTÉ</b> ... 4	
<b>1. LA SANTÉ DE LA POPULATION</b> .....	<b>4</b>
<b>2. DES SOINS DE SANTÉ AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ</b> .....	<b>7</b>
<b>3. L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN SANTÉ</b> .....	<b>9</b>
<b>4. LA NÉCESSITÉ D'AGIR, LE COÛT DE L'INACTION</b> .....	<b>16</b>
<b>PARTIE II : LA SANTÉ RAPPORTE – PASSONS À L'ACTION</b> .....	<b>17</b>
<b>1. UNE APPROCHE PANGOUVERNEMENTALE</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1 Une question de gouvernance</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2 La nécessité d'une vision</b> .....	<b>22</b>
<b>1.3 L'examen interministériel des dépenses</b> .....	<b>25</b>
<b>1.4 Une optique santé dans toutes les politiques</b> .....	<b>25</b>
<b>2. INFRASTRUCTURE DE BASE DE DONNÉES</b> .....	<b>28</b>
<b>2.1 Un système pancanadien de comptes communautaires</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2 Recherche interventionnelle en santé des populations</b> .....	<b>32</b>
<b>3. METTRE LES COLLECTIVITÉS À CONTRIBUTION</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1 Accroître les exigences en matière de rapports</b> .....	<b>35</b>
<b>3.2 Financement à plus long terme</b> .....	<b>36</b>
<b>3.3 Données et recherche sur les collectivités</b> .....	<b>36</b>
<b>3.4 Coordonner ou intégrer les services à l'échelon communautaire :             modèles communautaires qui fonctionnent</b> .....	<b>38</b>
<b>4. LA SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE</b> .....	<b>42</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>47</b>
<b>ANNEXE A</b> .....	<b>A1</b>
<b>ANNEXE B</b> .....	<b>B1</b>
<b>ANNEXE C</b> .....	<b>C1</b>

## **LISTE DES RECOMMANDATIONS**

- 1. Que le premier ministre du Canada prenne les devants pour annoncer, élaborer et mettre en œuvre, à l'échelon fédéral, une politique sur la santé de la population;**

**Qu'un comité du Cabinet sur la santé de la population soit créé et chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population;**

**Que le premier ministre du Canada préside le comité du Cabinet sur la santé de la population;**

**Que le comité du Cabinet sur la santé de la population soit composé des ministres compétents, notamment ceux qui dirigent les ministères et agences suivants : Ressources humaines et Développement des compétences, Affaires indiennes et du Nord canadien, Finances, Santé, Environnement, Justice, Agriculture et Agroalimentaire, Industrie, Agence de la santé publique et Condition féminine.**

- 2. Que le premier ministre du Canada convoque une réunion de tous les premiers ministres afin d'établir un mécanisme intergouvernemental de collaboration pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de santé de la population;**

**Que les premiers ministres des provinces annoncent, élaborent et mettent en œuvre dans leur compétence respective une politique sur la santé de la population inspirée de la politique fédérale;**

**Que, dans chaque province et territoire, les premiers ministres mettent sur pied et président un comité du Cabinet sur la santé de la population.**

- 3. Que le Secrétariat du Conseil du Trésor prenne les devants et élargisse la gamme des modèles et des ressources disponibles en vue de la gestion de collaborations horizontales et verticales.**

- 4. Que le gouvernement du Canada augmente le financement de l'Agence de la santé publique du Canada afin de créer un noyau de politiques et de connaissances qui servira de source d'information pour la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé, tant à l'horizontale (à l'échelon fédéral) qu'à la verticale (collaboration intergouvernementale).**

- 5. Que, dans la mesure du possible, les administrations locales ou municipales d'un bout à l'autre du pays adoptent et mettent en œuvre une vaste approche à l'égard de la santé de la population, au sein de**

leurs limites territoriales et en collaboration avec le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.

6. Que les Objectifs de santé pour le Canada adoptés en 2005 soient rétablis et orientent l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique pancanadienne sur la santé de la population.

7. Que le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population accélère ses travaux afin de terminer d'ici douze mois l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs des disparités en santé;

Que ces indicateurs des disparités en santé soient mis en rapport avec les Objectifs de santé pour le Canada.

8. Que le ministère des Finances, en collaboration avec le Bureau du Conseil privé et le Secrétariat du Conseil du Trésor, effectue un examen interministériel des dépenses en vue d'affecter les ressources aux programmes qui contribuent à réduire les disparités en santé.

9. Que le gouvernement du Canada exige la tenue d'une étude d'impact sur la santé pour tout projet de politiques, de plans ou de programmes soumis au Cabinet et susceptible d'avoir d'importantes répercussions sur la santé;

Que le Conseil privé, en collaboration avec Santé Canada, élabore des lignes directrices pour la mise en œuvre de la directive du Cabinet sur l'étude d'impact sur la santé;

Que les lignes directrices sur l'étude d'impact sur la santé soient élaborées au moyen des documents existants;

Que le gouvernement du Canada favorise le recours à l'étude d'impact sur la santé dans toutes les provinces et les territoires.

10. Que le gouvernement du Canada appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de comptes communautaires, inspiré de celui de Terre-Neuve-et-Labrador, dans l'ensemble des provinces et territoires.

11. Que le développement, la gestion et le maintien de l'infrastructure de base de données pancanadienne sur la santé de la population soient confiés à l'Institut canadien d'information sur la santé;

Que l'ICIS entreprenne sans délai le travail d'intégration verticale des données nécessaire à cette fin, avec la collaboration des principaux partenaires.

12. Que Statistique Canada, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada Inc., l'Institut canadien d'information sur la santé et d'autres



**intervenants clés, élabore des normes pour faciliter le couplage de données entre les comptes communautaires et les Dossiers de santé électroniques sans pour autant compromettre la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels;**

**Que l'élaboration des normes nécessaires à la protection, à la confidentialité et à la sécurité des renseignements personnels soit terminée d'ici les douze prochains mois.**

- 13. Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) travaillent en collaboration avec les ministères et organismes fédéraux compétents afin d'évaluer les investissements actuels dans la recherche interventionnelle en santé des populations et d'en arriver à un consensus sur ce que devrait être le niveau de financement dans ce domaine;**

**Que le gouvernement du Canada investisse davantage dans la recherche interventionnelle en santé des populations pour que le niveau de financement corresponde à celui convenu par les IRSC et les autres ministères et organismes compétents;**

**Qu'à l'avenir, la recherche interventionnelle en santé des populations financée par le gouvernement du Canada mise sur les capacités et les atouts des réseaux et des centres de recherche existants et encourage l'établissement de partenariats fondés sur la coopération entre les organismes de recherche municipaux, provinciaux et fédéraux ainsi qu'avec les milieux universitaires, en vue de la réalisation d'un programme de recherche ciblé;**

**Que le gouvernement du Canada mette au point des mécanismes de financement concurrentiels afin de mieux soutenir l'innovation et la recherche interventionnelle de pointe en santé des populations;**

**Que le gouvernement du Canada envisage l'adoption de mécanismes de financement conjoints pour soutenir les activités interprovinciales et internationales de recherche interventionnelle comparative en santé des populations;**

**Que le gouvernement du Canada examine les critères d'admissibilité au fonds pour l'infrastructure de recherche en santé humaine au Canada et essaie de voir comment ceux-ci pourraient mieux cadrer avec la recherche interventionnelle en santé des populations assortie de mécanismes de mise en œuvre dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs;**

**Que la recherche interventionnelle en santé des populations portant sur le logement, le développement de la petite enfance et l'atténuation**

**des effets de la pauvreté sur les Autochtones et les autres populations vulnérables soit considérée comme prioritaire.**

- 14. Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada examine et revoit les exigences en matière de rapports sur les subventions et contributions imposées par les ministères et organismes fédéraux afin de mieux coordonner la production de rapports, tant à l'horizontale qu'à la verticale.**
- 15. Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada favorise le financement sur plusieurs années des projets assortis d'échéanciers pluriannuels. De même, il faudrait encourager, le cas échéant, les organismes subventionnaires fédéraux à privilégier eux aussi un financement pluriannuel.**
- 16. Que le gouvernement du Canada intègre le soutien de la capacité locale d'analyse et d'évaluation aux programmes visant à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé.**
- 17. Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les autres ordres de gouvernement et le secteur non gouvernemental afin d'appuyer l'intégration ou la coordination de services communautaires dans un cadre de déterminants de la santé.**
- 18. Que les peuples autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – participent à la conception, à l'élaboration et à la prestation des programmes et des services fédéraux visant les déterminants de la santé dans leurs collectivités respectives.**
- 19. Que le premier ministre du Canada, dans un premier pas vers l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population pancanadienne, travaille de concert avec les premiers ministres des provinces et des territoires, ainsi qu'avec les dirigeants des Premières nations, des Inuits, des Métis et des autres peuples autochtones, afin de combler l'écart quant aux résultats en santé des Canadiens autochtones, au moyen de programmes et de services exhaustifs, holistiques et coordonnés.**
- 20. Que la priorité soit accordée aux déterminants de la santé suivants : de l'eau propre, la salubrité des aliments, le rôle parental et l'apprentissage de la petite enfance, l'éducation, le logement, le développement économique, les soins de santé et la violence faite aux femmes, aux enfants et aux aînés autochtones.**
- 21. Que le gouvernement du Canada s'entende avec les provinces et les territoires pour appliquer le principe de Jordan à tous les programmes, mesures et services portant sur les déterminants de la santé des Autochtones de tous les groupes d'âge.**

**22. Que le gouvernement du Canada, de concert avec ses homologues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organismes des Premières nations, inuits et métis compétents, appuie et finance la mise en place d'un bout à l'autre du pays des structures et mécanismes nécessaires pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de programmes holistiques complets et coordonnés de nature à remédier aux disparités en santé dans les collectivités autochtones.**

## **ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 24 février 2009 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Fraser,

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 de la santé, entre 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 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.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

## MEMBRES

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Andrée Champagne, C.P.

Joan Cook

Nicole Eaton

Joyce Fairbairn, C.P.

*Membres d'office du comité :*

Les honorables sénateurs : James Cowan (ou Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. (ou Gérald J. Comeau).

Autre sénateur ayant participé dans une large mesure à cette étude : L'honorable sénateur Eggleton, C.P.

Le comité remercie les membres du personnel suivants qui ont travaillé fort à la préparation du rapport.

*Bibliothèque du Parlement :*

Odette Madore, chef intérimaire, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, Service d'information et de recherche parlementaires.

Michael Toye, conseiller

*Direction des comités du Sénat :*

Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2<sup>e</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session de la 40<sup>e</sup> législature

Tracy Amendola, adjointe administrative, 2<sup>e</sup> session de la 39<sup>e</sup> législature

Keli Hogan, greffière du comité, 2<sup>e</sup> session de la 40<sup>e</sup> législature

Monique Régimbald, adjointe administrative, 2<sup>e</sup> session de la 40<sup>e</sup> législature

## **LISTE D'ABRÉVIATIONS**

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

BCHC: British Columbia Healthy Communities

CA : Community Accounts

CGA : Conseil des gouvernements d'Australie

CLSC : Centre local de services communautaires

CRSH : Conseil de recherches en sciences humaines

CRSNG : Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie

DSE : dossier de santé électronique

EIE : évaluation d'impact sur l'environnement

EIS : étude d'impact sur la santé

F-P-T : fédéral-provincial-territorial

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

LEF: Learning Enrichment Foundation

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : organisation non gouvernementale

R.-U. : Royaume-Uni

RMR : région métropolitaine de recensement

SFR : seuil de faible revenu

## AVANT-PROPOS

Le Canada est généralement perçu comme l'un des meilleurs pays du monde où vivre. Son territoire est vaste, diversifié et riche en ressources naturelles et l'air qu'on y respire est de qualité. Pourtant, sur le plan de la santé, notre pays affiche malheureusement de graves disparités. Certains Canadiens sont en excellente santé toute leur vie et leur espérance de vie est parmi les plus élevées au monde; paradoxalement, d'autres sont en mauvaise santé toute leur vie et leur espérance de vie s'apparente à celle de certains pays du tiers monde. Les malheureux Canadiens qui sont en piètre santé toute leur vie sont souvent moins productifs et ajoutent au fardeau du système de soins de santé et au filet de sécurité sociale. Notre système de santé ne peut à lui seul remédier à ces inégalités, peu importe l'argent que nous y investissons.

Il faut changer notre façon de penser et reconnaître qu'une bonne santé dépend de divers facteurs et influences, dont 75 p. 100 n'ont aucun rapport avec le système de soins de santé. Il faut donc agir de façon proactive et aider les collectivités, les villes, les provinces, les territoires et le pays à produire des citoyens en bonne santé, à assurer leur mieux-être physique et mental et à préserver leur productivité. Attendre passivement que la maladie se déclare et essayer ensuite d'y trouver un remède grâce au système de soins de santé n'est tout simplement pas une option. Nous devons donc prendre en considération tous les facteurs qui influencent la santé et, grâce à une approche axée sur la santé de la population, remédier aux inégalités et contribuer au mieux-être et à la productivité.

Les connaissances et les technologies nécessaires à cette fin sont maintenant à portée de main, mais des recherches plus poussées s'imposent. Tout changement exigera une mobilisation de la part de l'ensemble des particuliers, des ONG, des entreprises, des collectivités, des ordres de gouvernement et des différents secteurs de la société canadienne. L'entreprise ne pourra être menée à bien que si notre premier ministre et nos premiers ministres provinciaux, nos maires, nos dirigeants municipaux et communautaires ainsi que les chefs des Premières nations exercent un leadership. Il faudra adopter une approche pangouvernementale axée sur une intervention intersectorielle reposant sur la participation des entreprises, des bénévoles et des organismes communautaires. La tâche ne sera pas facile, mais elle peut et doit être accomplie. Nous ne pouvons nous y soustraire.

Nous devons mettre en place un système d'information sur la santé de la population doté d'une capacité longitudinale, qui permette de suivre et d'évaluer le bien-être tout au long du parcours de vie humain, puis d'en faire rapport. L'intervention communautaire doit quant à elle miser sur l'éducation et mettre à contribution les services de santé et les services sociaux, de façon à réduire les disparités en santé, à contrer la prévalence de la maladie et à accroître la productivité. Cette tâche ne doit pas nous rebuter, puisqu'elle est réalisable et qu'elle contribuera à long terme à l'égalité en santé et au mieux-être de la population et améliorera radicalement notre productivité globale. Chaque Canadien doit relever le défi au bénéfice de tous.

## INTRODUCTION

*Instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir<sup>1</sup>.*

Avec le dépôt de ce rapport final, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie arrive au terme d'un long parcours, qui s'est amorcé en février 2007, au cours de la première session de la 39<sup>e</sup> législature, lorsque le Sous-comité a reçu du Sénat le mandat d'« examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé ». Ce mandat a été reconduit deux fois, soit en octobre 2007, au début de la deuxième session de la 39<sup>e</sup> législature, puis en février 2009, au début de la deuxième session de la 40<sup>e</sup> législature.

Le présent rapport est donc l'aboutissement d'une étude à laquelle le Sous-comité a consacré deux années complètes. Au cours de cette période, le Sous-comité a siégé pendant 52 heures, tenu 30 séances, entendu au-delà de 117 témoins et reçu des centaines de mémoires. Les membres ont aussi visité six collectivités canadiennes et effectué une mission d'étude à l'étranger. Nous tenons à remercier sincèrement tous ceux qui nous ont donné leur avis sur les mesures à prendre pour améliorer la santé des Canadiens, réduire les disparités en santé et accroître la productivité du Canada. Nous avons examiné attentivement leurs observations et leurs propositions et les avons trouvées particulièrement à propos dans le contexte actuel de ralentissement économique.

Notre rapport final a été précédé de quatre rapports provisoires :

- *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale* présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé en Australie, en Angleterre, en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède.
- *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba* résume les observations du Sous-comité quant au contenu, à la structure, au coût, à la gestion et à l'incidence des programmes de santé maternelle et des projets de développement de la petite enfance à Cuba. L'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance repose en grande partie sur ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Ce genre d'établissement joue un rôle beaucoup plus grand que celui de la clinique de santé telle que la conçoivent les Canadiens, puisqu'il assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité, et donne ainsi une solide dimension multidisciplinaire au secteur des soins de santé primaires.
- *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale* décrit les efforts déployés par le gouvernement fédéral de même que par les provinces et

---

<sup>1</sup> Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf).



territoires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé au Canada. L'administration fédérale ainsi que les provinces et territoires ont consacré beaucoup d'énergie à la santé de la population au cours des 35 dernières années. Pourtant, le Canada n'a toujours pas de plan national pour réduire les disparités en santé et améliorer la santé de sa population en général.

- *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options* énonce les grands enjeux liés à l'élaboration de politiques sur la santé de la population au Canada et présente des options de politiques à adopter pour améliorer la santé en général et réduire les disparités sur le plan de la santé.

Ces rapports ont permis de lancer un débat public sur le rôle des gouvernements, en particulier du gouvernement fédéral, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche axée sur les déterminants de la santé au Canada. Ils ont aussi été le point de départ d'audiences et de consultations publiques tenues avec des Canadiens provenant de tous les coins du pays. Le présent rapport final, qui est l'aboutissement de ce processus de consultation, met fin à l'étude du Sous-comité. Les recommandations qui y sont formulées peuvent être regroupées en quatre catégories :

- Un nouveau style de gouvernance : une direction de la part des instances décisionnelles supérieures pour élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population à l'échelle fédérale, provinciale, territoriale et locale, assortie d'objectifs clairs, et une optique santé à l'égard de toutes les nouvelles politiques et de tous les nouveaux programmes.
- Le fondement : une infrastructure de base de données fiables sur la santé de la population coordonnée par l'Institut canadien d'information sur la santé, inspirée du modèle des comptes communautaires (Community Accounts) de Terre-Neuve-et-Labrador et assortie des liens nécessaires pour permettre un couplage avec les dossiers de santé électroniques. Statistique Canada et les intervenants compétents élaboreront des normes afin d'assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels. Cette infrastructure de base de données s'accompagnera d'une solide recherche interventionnelle en santé des populations de façon à pouvoir prendre des décisions éclairées en matière de politique gouvernementale.
- Bâtir des collectivités saines : parce que les déterminants de la santé se jouent à l'échelon local, les gouvernements doivent miser sur l'expertise des citoyens et chercher à renforcer leur capacité de doter leurs collectivités de la force et de l'ouverture voulues pour que la population soit en santé et productive. Le modèle cubain de polyclinique offre d'intéressantes possibilités de collaboration intersectorielle à l'échelon local et pourrait être adapté dans certaines collectivités canadiennes.
- L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique pancanadienne sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé doivent viser en priorité les Premières nations, les Inuits et les Métis; une collaboration doit s'établir avec les dirigeants en place pour répondre aux besoins actuels; les particularités culturelles doivent être valorisées et les perspectives d'avenir élargies.

Le Sous-comité croit que le moment est vraiment propice pour mettre en œuvre ses recommandations. Les appuis sont nombreux de la part des représentants du milieu des affaires, des collectivités rurales, urbaines et autochtones, des organismes non gouvernementaux, des instituts de recherche, des universités, des associations professionnelles, des régies de la santé, des instances gouvernementales, etc. Il y a en outre un mouvement favorable au niveau national et international depuis la publication des recommandations fondées sur des preuves de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, du premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada et des résultats de la table ronde du Conference Board du Canada sur les déterminants sociaux de la santé, entres autres documents. Bien d'autres pays – comme l'Angleterre, la Finlande, la Norvège et la Suède – et un certain nombre de provinces – notamment Terre-Neuve-et-Labrador et Québec – ont pris les devants et mis en place des mesures et des programmes pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi nous sommes fermement convaincus que le moment est venu pour le gouvernement fédéral et les autres ordres de gouvernement d'agir en ce qui concerne les déterminants de la santé au Canada. En fait, il n'est pas exagéré d'affirmer qu'aucune société ne peut renverser le ralentissement économique actuel et contribuer ensuite au progrès économique, si elle néglige la santé de sa population. Si nous n'agissons pas, les disparités en santé au Canada, qui sont déjà importantes, risquent de s'aggraver encore, au point de compromettre notre prospérité économique future.

## **PARTIE I : LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LES DISPARITÉS EN SANTÉ<sup>2</sup>**

### **1. LA SANTÉ DE LA POPULATION**

Notre étude des déterminants de la santé repose sur les notions de santé et de santé de la population. Le Sous-comité a adopté la définition de l'OMS, qui est bien connue et qui décrit la **santé** comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et « une ressource au quotidien<sup>3</sup> ». De ce point de vue, une bonne santé contribue de façon importante au développement social, économique et personnel et elle joue pour beaucoup dans la qualité de vie. Le corollaire est tout

*[...] [J]e crois que le problème de la santé de la population ne porte pas uniquement sur la santé, mais sur la population. C'est très général.*

*Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé, 27 mars 2009 (3:74).*

aussi vrai, puisque la notion de **santé de la population** part du principe que la santé est beaucoup plus tributaire de facteurs socioéconomiques, environnementaux et culturels que de facteurs génétiques ou médicaux. Ainsi, des facteurs comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi, la hiérarchie sociale et le logement, qui sont tous des **déterminants de la santé**, ont une incidence directe ou indirecte sur la santé et le bien-être de la population. Bon nombre d'entre eux ont une incidence déterminante dans les collectivités canadiennes – les villes, les villages, les quartiers et les régions où les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. C'est pourquoi l'approche adoptée par le Sous-comité à l'égard de la santé de la population met l'accent sur le

<sup>2</sup> Dans le présent rapport, les renvois aux témoignages reproduits dans les *Procès-verbaux et les Témoignages du Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* seront ci-après indiqués uniquement par le numéro de fascicule et le numéro de page.

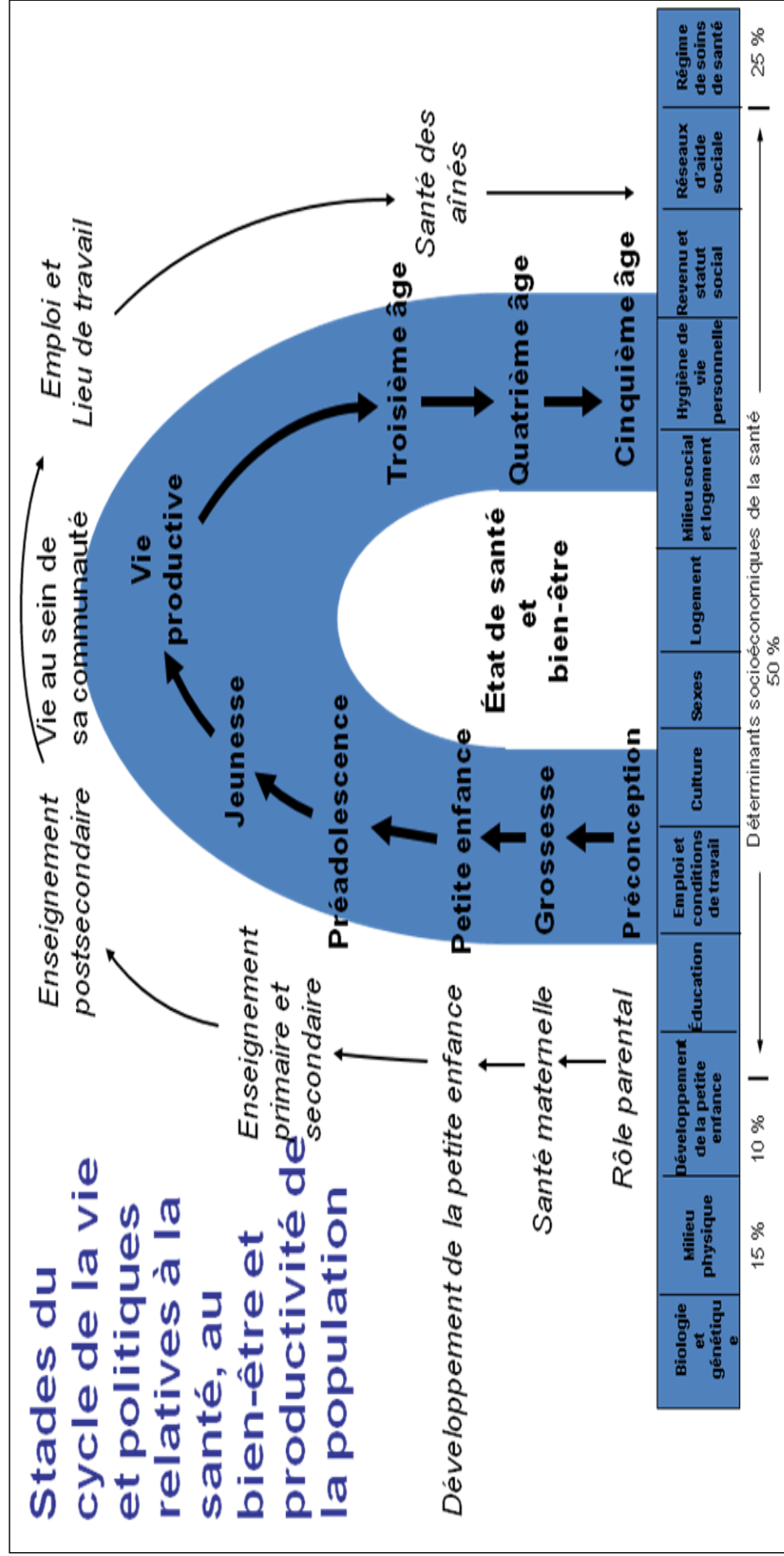
<sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/fr/>.

**contexte communautaire.** Par ailleurs, comme les effets des déterminants de la santé varient selon les différentes périodes de la vie d'une personne, notre approche s'inscrit dans une **optique de durée de vie** – c'est-à-dire qu'elle tient compte des facteurs qui peuvent influencer la santé d'une personne dès avant sa naissance jusqu'à l'âge adulte, en passant par l'enfance et l'adolescence. L'approche axée sur les déterminants de la santé que propose le Sous-comité est illustrée au graphique 1.

La combinaison et l'interaction des déterminants de la santé influent de diverses façons sur l'état de santé; ces différences créent à leur tour des **disparités en santé** d'une personne ou d'un segment de la population à l'autre. Il est largement reconnu à l'échelle nationale et internationale que la grande majorité des disparités en santé sont évitables, injustes et, par conséquent, inéquitables. Ces inégalités sur le plan de la santé sont imputables à l'environnement extérieur et à d'autres conditions sociales et économiques sur lesquelles les principaux intéressés ont fort peu de prise, mais qui peuvent être améliorées grâce à la mise en œuvre d'une politique gouvernementale bien conçue que nous appelons ici la **politique sur la santé de la population**.

La politique sur la santé de la population est, de par sa nature, intersectorielle – c'est-à-dire qu'elle est conçue pour tenir compte de façon coordonnée de tout l'éventail des déterminants qui influent sur la santé. Ce genre de **collaboration intersectorielle** revêt deux dimensions : l'une horizontale et l'autre verticale. La dimension horizontale fait intervenir différents secteurs, comme l'éducation, les finances, l'emploi, les services sociaux, l'environnement, la santé, etc. À l'intérieur d'une même administration, une telle approche est dite « interministérielle » ou « pangouvernementale ». La dimension verticale suppose une concertation de secteurs d'intervention à différents échelons gouvernementaux; par exemple, les gouvernements fédéraux, provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux ou municipaux s'allient à des groupes, des institutions, des organismes et des entreprises de la collectivité. L'intervention intersectorielle est fructueuse lorsque tous les participants à chaque échelon en sortent gagnants.

GRAPHIQUE 1



Source : Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Les membres du Sous-comité croient qu'il y a définitivement une demande en matière de santé de la population au Canada, mais que celle-ci n'est pas étiquetée comme telle. Les partisans de la lutte à la pauvreté, à l'exclusion et à la dégradation de l'environnement, tout comme les défenseurs de la condition féminine, des logements sociaux, de l'accès à une eau potable de qualité et de la justice sociale de façon générale, sont tous favorables à une intervention pour réduire les disparités et améliorer la santé de façon que les Canadiens puissent s'épanouir, vivre et contribuer pleinement à la société. Malheureusement, il n'existe pas de terminologie simple ou unique pour parler de ces questions. Le Sous-comité, à l'instar des spécialistes en santé publique et en promotion de la santé, utilise les expressions *santé de la population*, *bien-être* et *inégalités en matière de santé*, tandis que les économistes et les gens d'affaires préfèrent parler de *capital humain*. Pour leur part, les sociologues et les biologistes estiment que cet enjeu en est un de *développement humain*, tandis que les environmentalistes l'associent plutôt à la *viabilité de l'environnement*.

*L'exigence existe peut-être, mais elle est fragmentée et, à mon avis, impossible à cerner pour le pouvoir politique en ce moment.*

*L'honorable Monique Bégin,  
18 avril 2008 (4:104).*

Pour les Autochtones, c'est la *santé holistique* et le *bien-être* qui est en cause. Peu importe la façon de le formuler, l'objectif ultime du présent rapport est de faire en sorte que la population – sa santé physique et mentale, son bien-être et sa qualité de vie – soit au cœur des politiques gouvernementales. C'est ce que le Sous-comité recommande lorsqu'il prend position en faveur d'une approche axée sur les déterminants de la santé au Canada.

*En fait, qu'on parle d'économie, de sécurité du revenu ou d'environnement, on en revient toujours à la santé de la population.*

*Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques,  
26 février 2009 (1:15).*

## 2. DES SOINS DE SANTÉ AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Comme il est mentionné précédemment, les déterminants de la santé sont constitués de facteurs personnels, culturels, socioéconomiques et environnementaux. Le graphique 1 – et les exemples recensés dans les ouvrages canadiens – donne à penser que le système de **soins de santé** contribue à la santé de la population, mais son apport à cet égard ne représente que 25 p. 100, quel que soit le niveau de financement auquel il a droit. Trop souvent, le système de soins de santé réagit après coup, c'est-à-dire une fois que la maladie (dans bien des cas, évitable) s'est déclarée. Il est clair que la santé ne dépend pas seulement des soins de santé et, de tous les déterminants de la santé, le contexte socioéconomique est celui qui a le plus d'impact. L'adoption d'une approche active plutôt que passive à l'égard de la santé et l'idée d'intervenir avant que la maladie ne se déclare sont donc d'autant plus justifiées.

La biologie fondamentale et la constitution organique de l'être humain sont des déterminants fondamentaux qui influent sur la santé d'une personne dans une proportion de 15 p. 100. Dans certains cas, le **patrimoine génétique** semble prédisposer certains individus à certaines maladies ou à des problèmes de santé particuliers.

Le **logement** ou le manque de logement adéquat (surpeuplement, habitations insalubres, maisons exigeant d'importantes réparations, sans-abrisme, etc.) contribue à l'augmentation du stress, de la morbidité, de la mortalité, de l'exclusion sociale et de la maladie physique et

mentale. Inutile de dire que la santé est d'abord tributaire de la qualité du logement; par conséquent, la promotion de la santé de la population passe d'abord par l'accès à un logement sain et abordable. D'autres éléments de notre **environnement physique** qui sont le fait de l'homme, comme un milieu de travail et des collectivités sûrs, des villes bien aménagées, de bonnes routes, etc., sont essentiels à la santé de la population, au même titre que la qualité de l'air, de l'eau et du sol. Dans l'ensemble, 10 p. 100 des résultats en santé sont attribuables à l'environnement physique.

La santé de la population dépend de facteurs socioéconomiques dans une proportion d'au moins 50 p. 100. Les déterminants socioéconomiques de la santé sont complexes et inextricablement liés les uns aux autres. Nous en décrivons quelques-uns ci-dessous.

Le **développement de la petite enfance**, de la préconception à la grossesse en passant par le rôle parental tout au long des premières années de vie, est souvent considéré comme un puissant déterminant de la santé et un élément charnière de l'adoption à l'égard de la santé de la population d'une approche qui tient compte de toutes les étapes de la vie. Il est démontré scientifiquement que les expériences vécues entre la conception et la sixième année de vie sont déterminantes dans le cycle de vie en ce qui a trait au développement et à la conduction des neurones du cerveau de l'enfant. Les stimulations positives dans l'enfance améliorent la santé, le mieux-être et la capacité d'adaptation pendant tout le reste de la vie.

L'**éducation** est étroitement liée à la situation socioéconomique et une éducation efficace des enfants ainsi que l'éducation permanente pour les adultes sont autant d'éléments qui contribuent au premier chef à la santé et à la prospérité des individus et du pays. Le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et leur procure aussi le sentiment de contrôler leur propre vie. Les gens plus instruits ont plus de possibilités d'emploi, une meilleure sécurité du revenu et une plus grande satisfaction au travail. Il leur est aussi plus facile de se renseigner et de comprendre comment faire pour prendre soin de leur santé. La responsabilité individuelle à l'égard de sa santé est un autre élément important d'une approche holistique et pangouvernementale à l'égard de la santé de la population.

L'existence d'un lien entre **le revenu et le statut social** et la santé est de plus en plus étayée et les preuves à cet égard sont probantes. Encore plus évident, la santé des gens varie en fonction des différences de revenu entre les plus riches et les plus pauvres de notre société. Les personnes à faible revenu et au statut social plus modeste ont moins de contrôle sur leur vie et moins de choix, et cette situation empire lorsque l'écart des revenus dans une société est très marqué.

Il est démontré que **l'emploi et les conditions de travail** ont une importante incidence sur la santé physique et mentale ainsi que sur le mieux-être social d'une personne. Le revenu gagné procure non seulement de l'argent, mais aussi un sentiment d'identité et d'utilité, des contacts sociaux et des occasions de croissance personnelle. Quand une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être dévastateurs, aussi bien pour sa santé que pour celle des membres de sa famille.

Enfin, le Sous-comité a recueilli des témoignages concernant l'impact de la **culture** et du **sexe** sur la santé. La race, l'ethnicité ou le bagage culturel peuvent influencer sur la santé de la population en rendant les gens plus ou moins vulnérables aux risques auxquels ils sont collectivement exposés. De même, les différents rôles, traits de personnalité et pouvoirs relatifs attribués par la société selon que l'on est un homme ou une femme peuvent tous influencer sur la santé. Une approche sexospécifique à l'égard de la santé de la population permet de tenir compte des différences entre les femmes et les hommes, de voir en quoi les risques pour la santé, les expériences et les résultats sont influencés différemment selon que l'on est une femme ou un homme, une fille ou un garçon, et d'intervenir en conséquence. De plus, l'approche adoptée à l'égard de la santé de la population doit être culturellement adaptée et suffisamment souple pour prendre en compte les besoins particuliers des différents groupes culturels et ethniques qui forment notre pays.

### 3. L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN SANTÉ

*Certains Canadiens sont beaucoup plus en santé que d'autres. Les problèmes de santé sont beaucoup plus fréquents chez les enfants et les familles qui vivent dans la pauvreté; les gagne-petit; les chômeurs/sous-employés; les personnes peu scolarisées et/ou peu alphabétisées; les Autochtones et les populations des régions éloignées; les nouveaux arrivants; les personnes victimes d'exclusion sociale; les sans-abri et les personnes qui ont de la difficulté à trouver un logement abordable<sup>4</sup>.*

Tout au long de son étude, le Sous-comité a recueilli des témoignages convaincants au sujet de l'ampleur des disparités en santé. Il y a au Canada de vastes disparités entre les hommes et les femmes, d'une région ou d'un quartier à l'autre ainsi que selon le niveau de scolarité et de revenu. Même si le nombre de personnes en mauvaise santé se répartit sur l'ensemble de la population, il est disproportionnellement élevé dans certains groupes, comme chez les Autochtones ou chez les personnes et les familles à faible revenu.

Comme l'indique le tableau 1, la différence entre l'état de santé des Canadiens en général et celui des populations autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – est frappante. Par exemple, la durée de vie moyenne des femmes inuites est inférieure de 12 ans à celle des femmes canadiennes, tandis que l'écart pour les hommes est de 8 ans. Le tableau 1 montre aussi que la situation socioéconomique de chacun des groupes autochtones est moins reluisante que chez le reste de la population canadienne à pratiquement tous les égards. Le niveau de scolarisation est moins élevé, le chômage est plus élevé et le revenu moyen est plus faible. Il y a beaucoup plus de fumeurs chez les Autochtones que dans le reste de la population. Jeff Reading, professeur et directeur du Centre for Aboriginal Health Research, à l'Université de Victoria, a préparé pour le Sous-comité un document où il présente une série de données des plus complètes sur le fardeau économique de la maladie et l'ampleur des disparités en santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Dans son document, il reconnaît que les piètres conditions de vie des Autochtones contribuent à leur mauvais état de santé par rapport au reste de la population

---

<sup>4</sup> BC Healthy Living Alliance, *Mémoire au Sous-comité*, 8 juin 2008, p. 2.

canadienne. Ces piètres conditions ne sont pas étrangères au processus de dislocation qui a fait suite à la colonisation et qui a entraîné l'exclusion sociale des populations et des collectivités autochtones du reste du Canada<sup>5</sup>.

**TABLEAU 1**  
**INÉGALITÉS OBSERVÉES DANS LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ :**  
**BEAUCOUP DE TRAVAIL RESTE À FAIRE POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ**  
**DES POPULATIONS AUTOCHTONES**

	Non-Autochtones	Premières nations	Inuits	Métis
<b>État de santé</b>				
Espérance de vie à la naissance (hommes)	76	69	68	n.d.
Espérance de vie à la naissance (femmes)	82	77	70	n.d.
<b>Éducation (% 15 ans et plus)</b>				
Aucun grade, diplôme ou certificat	33	55	66	46
Baccalauréat	16	4,1	1,9	5,3
<b>Emploi (% 15 ans et plus)</b>				
Taux de chômage	7	22	22	14
A travaillé toute l'année à temps plein	37	23	23	31
<b>Revenu (% 15 ans et plus)</b>				
Faible revenu en 2000	16	40	24	28
<b>Mode de vie (% de la population)</b>				
Consommation quotidienne de cigarettes	22	38	61	37

n.d. : non disponible

Source : Initiative sur la santé de la population canadienne, Améliorer la santé des Canadiens, 2004, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/IHC2004rev\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/IHC2004rev_f.pdf).

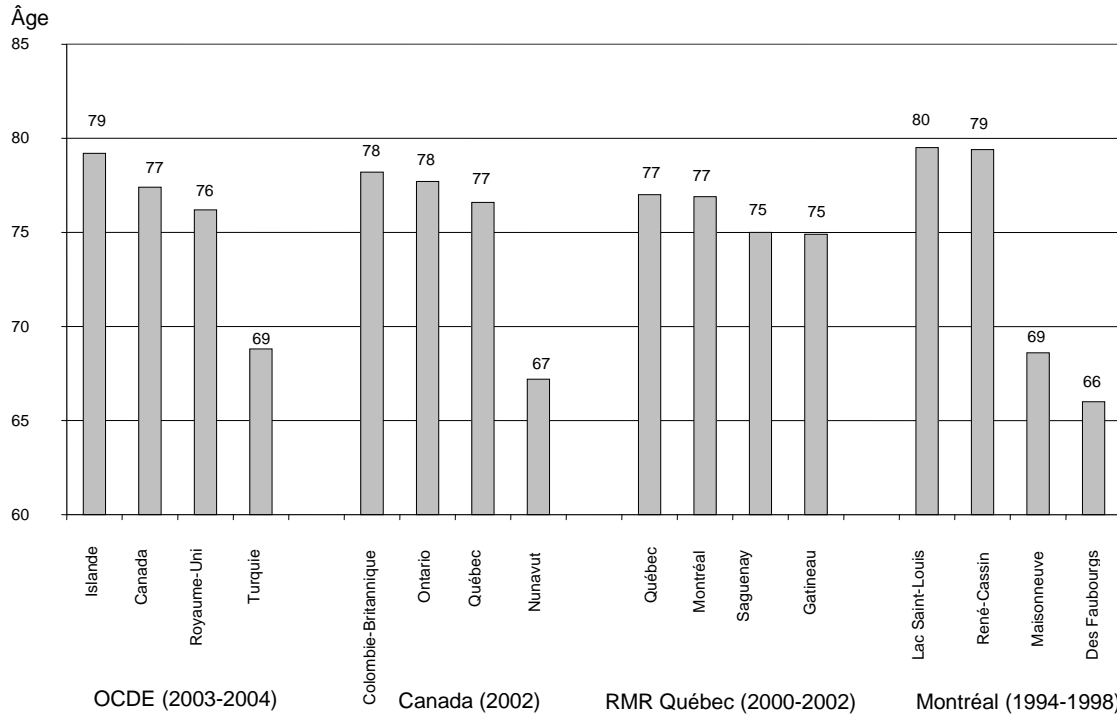
Le Sous-comité s'est aussi fait dire à maintes reprises qu'il existait des disparités en santé d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Par exemple, le graphique 2 montre que l'espérance de vie au Canada est l'une des plus élevées au monde. Ce ne sont cependant pas tous les Canadiens qui ont une longue espérance de vie. D'un bout à l'autre du pays, l'écart à cet égard est de 11 ans, le Nunavut ayant la plus faible espérance de vie à 67 ans et la Colombie-Britannique la plus longue, à 78 ans. Il y a en outre des différences à l'intérieur d'une même province. Au Québec, par exemple, l'espérance de vie n'est pas la même à Montréal et à Gatineau. Lorsqu'on regarde la situation à plus petite échelle encore, les recherches effectuées par le Service de santé publique de Montréal montrent que d'un quartier à l'autre de la ville,

<sup>5</sup> Jeff Reading, « *A Life Course Approach to the Social Determinants of Health for Aboriginal Peoples* », 30 mars 2009.



l'espérance de vie peut varier de 14 ans. Ces observations font ressortir la nécessité d'adopter une approche communautaire en matière de santé de la population.

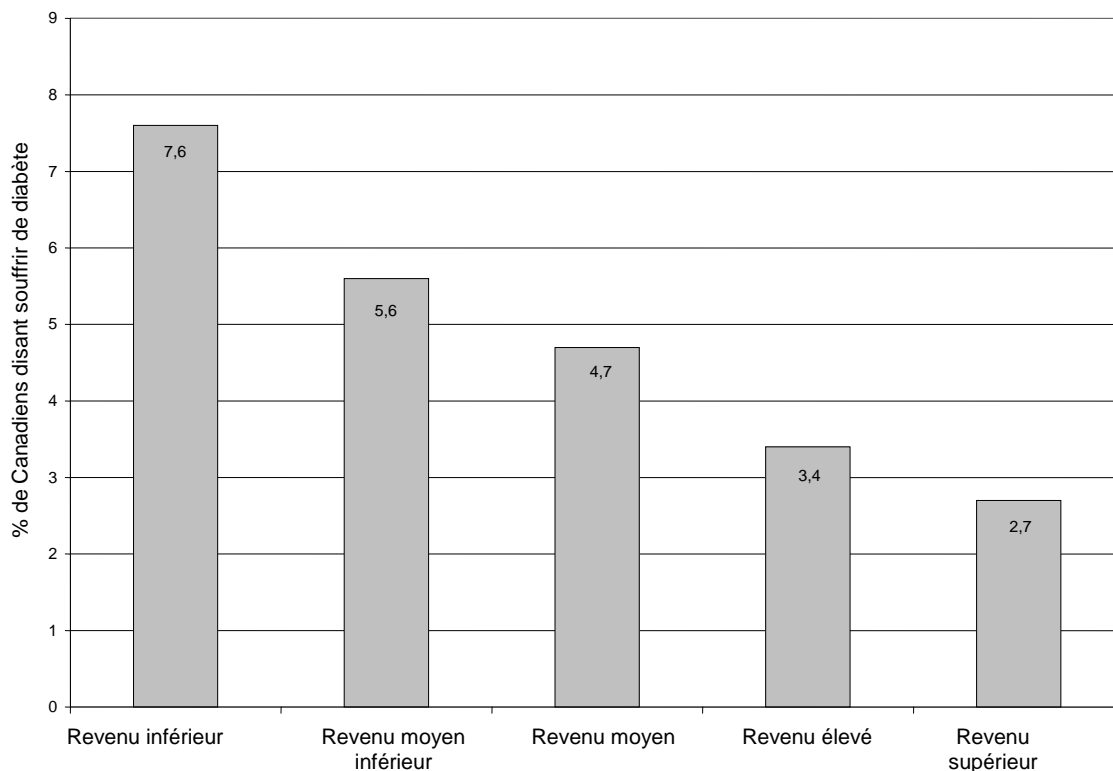
**GRAPHIQUE 2 : L'ENDROIT OÙ L'ON VIT  
A UNE INCIDENCE SUR LA SANTÉ  
DIFFÉRENCES DANS L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, HOMMES**



Source : Reproduit à partir de Glenda Yeates, « Disparités sur le plan de la santé au Canada », Mémoire au Sous-comité, 18 avril 2008.

Le graphique 3 montre que la prévalence de la maladie – dans ce cas particulier, le diabète – diminue progressivement à mesure que le niveau de revenu augmente. Autrement dit, l'état de santé s'améliore graduellement à mesure que le revenu progresse. La présence de ce gradient en santé n'est pas unique au Canada; elle a été démontrée ailleurs au Canada et à l'étranger, de même qu'au niveau des municipalités, des quartiers et des régions. Toutefois, le niveau et le degré de la pente du gradient ne sont pas uniformes d'un endroit à l'autre. Dans les pays industrialisés, le gradient est plus marqué dans des pays comme les États-Unis, mais il l'est moins dans des pays comme la Norvège et la Suède.

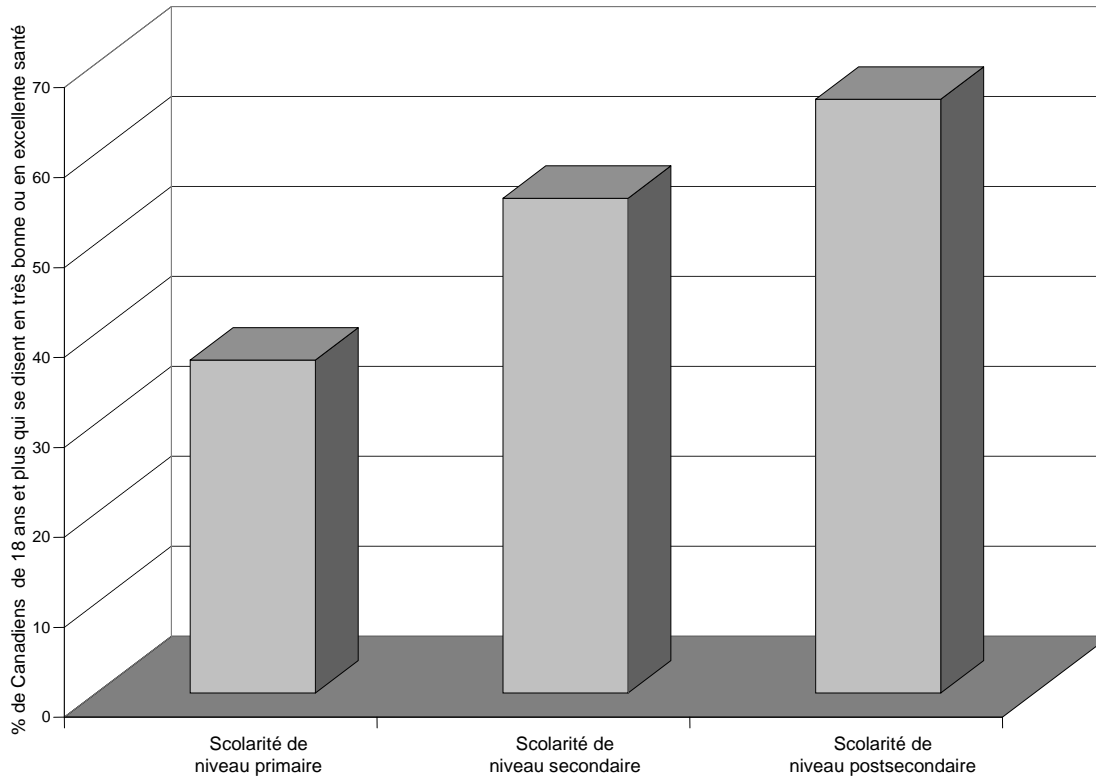
### GRAPHIQUE 3 : LE GRADIENT SOCIOÉCONOMIQUE EN SANTÉ



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005; Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de 2005 révèle que les Canadiens vivant dans des ménages où le niveau de scolarité est inférieur sont moins nombreux à se déclarer en excellente ou en très bonne santé. Il est clair, à la lumière du gradient en santé illustré au graphique 4, que plus le niveau de scolarité est élevé, plus la proportion de personnes se disant en excellente ou en très bonne santé augmente.

## GRAPHIQUE 4 : L'ÉDUCATION EST UN FORT DÉTERMINANT DE LA SANTÉ



Sources : Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (Cycle 3.1), 2005; Service d'information et de recherche parlementaires.

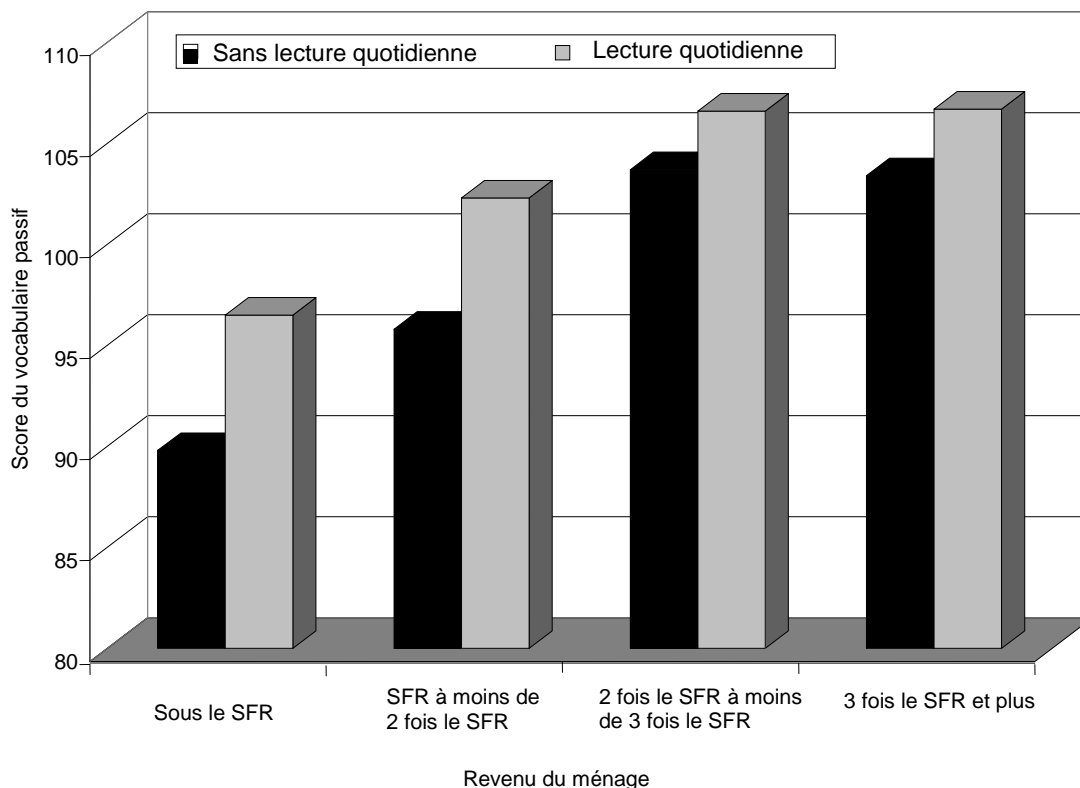
De nombreux témoins ont insisté sur l'importance de remédier aux disparités en santé le plus vite possible. Le graphique 5 montre que le gradient en santé se manifeste dès les premières années de vie. Il montre aussi que la participation parentale à l'éducation préscolaire des enfants influe sur leur succès sans égard au niveau de revenu. Pour chaque niveau de revenu du ménage, les enfants à qui on fait la lecture tous les jours ont de meilleurs scores du vocabulaire passif que ceux à qui on ne fait pas la lecture tous les jours. Ce sont là des observations très cruciales, étant donné que le capital humain à l'âge adulte est déjà en grande partie déterminé dès l'enfance. De façon plus précise, les mesures du développement de l'enfant, comme son habilité cognitive et verbale, permettent de prédire la valeur de son capital humain à l'âge adulte, comme son revenu et son emploi, de même que ses chances de participation à des activités criminelles ou dangereuses. Il n'y a rien de surprenant à ce que le développement de l'enfant soit intimement lié à ses antécédents

*[...] si nous ne commençons pas dès maintenant à améliorer les principaux déterminants de la santé pour nos enfants et nos jeunes, notre inaction aura un impact considérable sur notre économie. En effet, les enfants ne finiront pas l'école ou n'iront pas à l'université, et ils ne pourront donc pas exercer les fonctions qu'exige le développement de notre économie.*

*Marie Adèle Davis, directrice générale,  
Société canadienne de pédiatrie,  
28 mai 2008 (7:21).*

socioéconomiques. Bien des enfants issus de familles défavorisées prennent du retard très tôt dans la vie et il leur est difficile ensuite de se rattraper, d'où l'importance d'adopter à l'égard de la santé de la population une approche qui tient compte de toutes les étapes de la vie.

**GRAPHIQUE 5**  
**LE GRADIENT EN SANTÉ EST ÉVIDENT DANS LA PETITE ENFANCE**



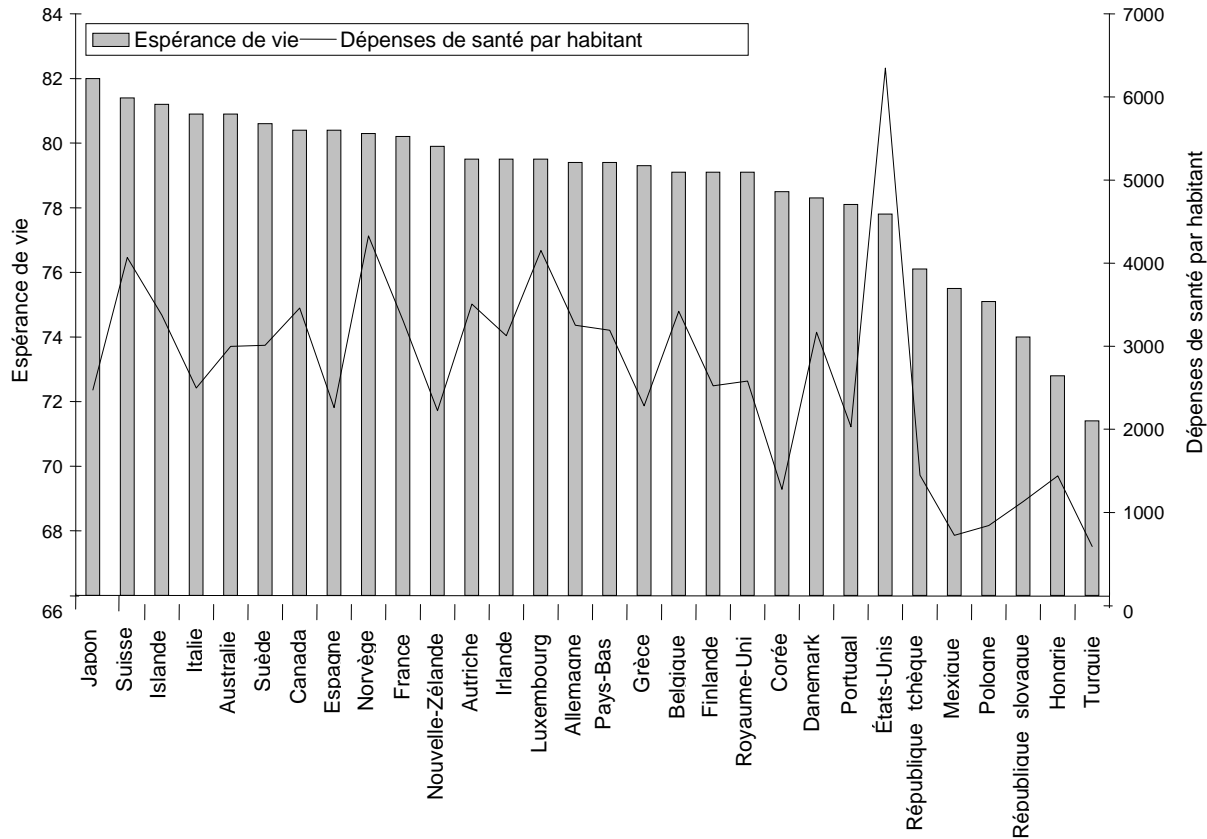
SFR : seuil de faible revenu

Source : Reproduit à partir d'Eleanor M. Thomas, La disposition à apprendre à l'école pour les jeunes de cinq ans au Canada, document de recherche, Statistique Canada, no 89-599-MIF au catalogue, 2006, p. 11, <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-599-m/89-599-m2006004-fra.pdf>.

En résumé, les témoignages recueillis par le Sous-comité montrent que les Canadiens dont le niveau de scolarité et de revenu est supérieur sont en meilleure santé et perdent un moins grand nombre d'années de vie en raison de décès prématurés que ceux dont le niveau de scolarité et de revenu est inférieur. On a évalué que si tous les Canadiens avaient le même taux de décès prématurés que le un cinquième le plus fortuné de la population, il y aurait une diminution de 20 % du taux de décès prématurés de l'ensemble de la population. Cela équivaldrait à éliminer tous les décès prématurés attribuables à des blessures ou à des maladies cardiovasculaires<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, Agence de la santé du Canada, 2008, p. 71, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/cpho-report-fra.pdf>.

**GRAPHIQUE 6 : INVESTIR D'AVANTAGE DANS LES SOINS DE SANTÉ – AUCUNE GARANTIE D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ, OCDE 2005**



Source : *ECO-Santé OCDE* 2008 et Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

De plus, et nous l'avons entendu à maintes et maintes reprises tout au long de notre étude, la santé est largement tributaire de facteurs qui sont extérieurs au système de soins de santé. Plus important encore peut-être, le graphique 6 montre que l'augmentation des dépenses de santé ne garantit en rien l'amélioration de la santé. Par exemple, l'Indice euro-canadien des consommateurs de soins de santé place le Canada au 23<sup>e</sup> rang sur 30 et au 30<sup>e</sup> sur 30 au chapitre de l'optimisation des ressources. Autrement dit, cet indice montre que nous dépensons plus en soins de santé que les autres pays visés pour obtenir des résultats moindres<sup>7</sup>.

Il est clair que l'adoption d'une approche axée sur les déterminants de la santé s'impose, si le Canada veut se mettre au diapason de l'économie du XXI<sup>e</sup> siècle. En fait, le Sous-comité croit fermement que nous ne pouvons nous y soustraire.

<sup>7</sup> Health Consumer Powerhouse et Frontier Centre for Public Policy, *Euro-Canada Health Consumer Index 2008*, SC Policy Series N° 38, <http://www.fcpp.org/pdf/ECHCI2008finalJanuary202008.pdf>.

#### 4. LA NÉCESSITÉ D'AGIR, LE COÛT DE L'INACTION

*(...) toutes les entreprises du secteur privé ont de bonnes raisons d'agir sur les (...) déterminants de la santé, puisqu'elles ont tout intérêt à ce que leurs employés, leurs clients et les collectivités en général soient en santé. En fait, l'engagement des entreprises est essentiellement motivé par un souci de compétitivité, de productivité et de rentabilité. Les gouvernements et les collectivités désireuses de canaliser la capacité des grandes entreprises canadiennes d'agir pour améliorer la santé doivent être conscients de cette réalité et s'en servir pour coordonner leurs efforts en conséquence<sup>8</sup>.*

En agissant sur les déterminants de la santé, il est possible d'améliorer la santé de la population, c'est-à-dire de s'attaquer aux causes des maladies et des blessures avant que celles-ci ne se déclarent ou ne se produisent. Il existe de solides arguments économiques et sociaux en faveur de l'amélioration de la santé physique et mentale de la population. Une politique sur la santé de la population ne fait pas qu'améliorer la santé et réduire les disparités en santé, elle stimule aussi la croissance économique, la productivité et la prospérité. Les enfants en santé réussissent mieux à l'école. Les travailleurs sont plus productifs s'ils sont en santé, et leur productivité accrue stimule, à son tour, la croissance économique. Les citoyens en santé sont plus actifs au sein de leur collectivité et contribuent ainsi à la cohésion sociale et au bien-être. Une population en bonne santé allège les dépenses gouvernementales au titre du soutien du revenu, des services sociaux, des soins de santé et de la sécurité. Autrement dit, la santé et la prospérité économiques du Canada sont tributaires de la santé de sa population.

Dans le contexte économique actuel, une politique sur la santé de la population – qui place la santé, la vie et le bien-être des gens au cœur des préoccupations – constitue une saine approche pour relancer l'économie. À cause de la récession, le chômage est en hausse et les conditions de vie des personnes et des familles sont gravement menacées ou déjà en péril. Le sentiment général, c'est que les disparités croissantes en santé, l'inégalité des revenus, la précarité sur le plan du logement et l'insécurité alimentaire pourraient avoir de graves et durables conséquences pour la santé et le bien-être. C'est pourquoi les investissements dans la santé de la population doivent faire partie intégrante des discussions sur le plan de relance économique.

La santé ne doit pas uniquement être perçue comme un actif clé du développement économique. Dans notre pays hautement civilisé, la santé pour tous doit à coup sûr être un objectif social prioritaire et une responsabilité de la société dans son ensemble. La santé est un besoin humain essentiel et, par conséquent, un droit humain fondamental. Elle est indispensable au bon fonctionnement des individus et des sociétés. Il convient donc de chercher à la préserver tout au long des différentes étapes de la vie, allant de la conception à l'enfance et de l'âge adulte à la vieillesse. Le Sous-comité estime en outre que les gouvernements ont l'obligation morale de faire en sorte que les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales permettent aux citoyens, aux collectivités et aux entreprises d'agir pour que tous les citoyens puissent vivre en bonne santé. Ce défi de taille ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en santé dans tous les

---

<sup>8</sup> Conference Board of Canada's Roundtable of the Socio-Economic Determinants of Health, *Mémoire au Sous-comité*, 29 juin 2008, p. 3.

secteurs d'intervention (éducation, services sociaux et culturels, économie, environnement, alimentation, soutien du revenu, logement et infrastructure, fiscalité, etc.). Pour y arriver, il faudra, bien sûr, procéder à un profond remaniement structurel des politiques gouvernementales et de l'approche adoptée par les gouvernements à l'égard de leur élaboration et de leur mise en œuvre.

Certes, l'adoption et la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population ne sont pas une mince tâche, mais le refus d'agir à cet égard créera plus de problèmes et accroîtra même les disparités en santé au Canada. L'inaction sera très coûteuse en termes de dépenses directes en soins de santé, de coûts sociaux liés à l'aide sociale et à la criminalité, de perte de productivité et de qualité de vie réduite. Ces coûts sont énormes, se répercutent sur l'ensemble de l'économie et alourdissent le fardeau de tous les ordres de gouvernement et des ménages à titre individuel. Le présent rapport invite l'ensemble des ordres de gouvernement – de l'échelon fédéral à l'échelon local – de même que les entreprises, les organismes bénévoles, les collectivités et les citoyens à unir leurs efforts pour améliorer la santé de tous les Canadiens et réduire les disparités en santé d'un groupe à l'autre au sein de la population.

*L'autre problème, c'est que nous savons combien il en coûtera si nous intervenons, mais que nous ne savons pas combien il en coûtera si nous ne faisons rien. Il faut préparer l'opinion publique en expliquant pourquoi, si nous n'intervenons pas, la situation va se détériorer, par exemple, dans les secteurs du logement social et de la sécurité du revenu. Les gens vont alors se demander s'il vaut mieux payer tout de suite plutôt que d'attendre, et ils vont comprendre que oui, il faut agir maintenant, car plus tard, ça coûtera plus cher.*

*Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques, 26 février 2009 (1:22).*

Le Sous-comité croit fermement que l'argent affecté à l'amélioration de la santé de la population est un investissement et non une dépense. C'est de plus un investissement avisé qui procure des avantages à court, moyen et long terme. Il va de soi que toute décision de dépenser comporte un coût de renonciation. Il faut maintenant prioriser les investissements pour venir à bout des disparités en santé. L'efficacité est alors de mise, c'est-à-dire qu'il faut optimiser l'utilisation des ressources.

## **PARTIE II : LA SANTÉ RAPPORTE – PASSONS À L'ACTION**

### **1. UNE APPROCHE PANGOUVERNEMENTALE**

*[...] la santé des populations, dans toutes les dimensions de la question à l'étude par le comité, est maintenant un problème de grande importance pour le gouvernement et la population du Canada. Et l'idée du gouvernement d'adopter une « approche pangouvernementale » vis-à-vis de ce problème complexe a bien du sens, vu, surtout, le grand nombre d'acteurs institutionnels en cause<sup>9</sup>.*

<sup>9</sup> Jim Mitchell, partenaire fondateur, Le Cercle Sussex, le jeudi 26 février 2009 (1:14).

## 1.1 Une question de gouvernance

Dans une approche axée sur la santé de la population, il convient d'aborder de front tout l'éventail des déterminants de la santé. Chaque ordre de gouvernement doit adopter une approche pangouvernementale ou horizontale qui réunit les divers ministères et organismes (éducation, finances, emploi, santé, environnement, etc.). Il faut absolument agir de façon concertée afin de mener un travail de collaboration et de coordination pour la santé de la population – bien que nous sachions comme c'est difficile – puisque le Sous-comité estime qu'il est inacceptable pour un pays privilégié comme le Canada de continuer de tolérer des disparités en santé. Une intervention s'impose aussi en raison de l'actuelle récession économique qui risque d'accroître les disparités. Évidemment, il faudra opérer un profond changement de structure dans l'approche gouvernementale de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques d'intérêt public. Bien que l'approche que nous recommandons n'existe pas encore, bon nombre des composants essentiels sont déjà en place.

Tout au long de l'étude, nous avons demandé aux témoins comment il fallait structurer les rouages afin de permettre une approche pangouvernementale en santé de la population au sein du gouvernement fédéral. Il a souvent été question des moyens à prendre pour éliminer les vases clos et augmenter l'horizontalité. Nous avons entendu dire à maintes reprises qu'une direction provenant du plus haut niveau et de la part des organismes centraux est essentielle pour que l'approche pangouvernementale réussisse. Les témoins

ont souvent parlé de la politique pangouvernementale inédite adoptée en Angleterre afin de réduire les disparités en santé. La politique, dont la mise en œuvre était dirigée par le premier ministre, a mis à contribution 12 ministères et organismes centraux, ainsi que des autorités régionales et locales. Le ministère des Finances britannique a effectué un examen interministériel des dépenses afin de déterminer la meilleure utilisation des fonds pour réduire les disparités en santé. L'Australie constitue un autre exemple remarquable de coopération et de coordination interministérielles dans le cadre d'une initiative, dirigée par le premier ministre Kevin Rudd, visant à combler l'écart qui défavorise les aborigènes (*Closing the Gap on Indigenous Disadvantage*). Un comité du Cabinet sur les affaires aborigènes, présidé par le premier ministre, a été mis sur pied afin d'orienter l'initiative. Le Comité du Cabinet assure la cohérence de la direction entre les ministères et organismes gouvernementaux dans des domaines comme la sécurité communautaire, la petite enfance, le logement, l'éducation, la santé et la participation économique.

*[...] la chose la plus importante, c'est que le premier ministre fasse de ce dossier une priorité du gouvernement et qu'il l'annonce à la population canadienne.*

*Jim Mitchell, partenaire fondateur, Le Cercle Sussex, 26 février 2009 (1:20).*



Les témoins ont souvent demandé qui devrait présider un comité du Cabinet fédéral sur la santé de la population. L'honorable Monique Bégin, C.P., ancienne commissaire de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, a recommandé que le comité soit présidé par un ministre puissant, de préférence le premier ministre ou le vice-premier ministre, ou le ministre des Finances, mais pas le ministre de la Santé. D'autres témoins ont abondé dans le même sens. Le Sous-comité est aussi convaincu que la présidence du comité du Cabinet sur la santé de la population est une question cruciale puisqu'il faut une orientation claire de la part du premier ministre sur les mesures à prendre pour réduire les disparités en santé.

*Les ministres de la Santé accaparent la plus grande part du budget de l'État. La crainte naturelle que les gens ont de l'impérialisme, qui n'est pas toujours qu'illusion, et le fait que le ministre de la Santé représente le lobby le plus puissant qui soit dans toute société, à mon humble avis et d'après mon expérience, soit la médecine organisée, sont des facteurs qui jouent contre ces ministres.*

*Monique Bégin, 18 avril 2008  
(4:105)*

Mais surtout, il est clair pour le Sous-comité que personne ne met en doute l'importance de la santé de la population et la nécessité de réduire les disparités en santé. Selon nous, la santé de la population n'est pas non plus une question partisane. Tous les partis politiques veulent réduire les disparités en santé au Canada, et cette question doit donc constituer une priorité absolue du programme du gouvernement. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le premier ministre du Canada prenne les devants pour annoncer, élaborer et mettre en œuvre, à l'échelon fédéral, une politique sur la santé de la population;**

**Qu'un comité du Cabinet sur la santé de la population soit créé et chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population;**

**Que le premier ministre du Canada préside le comité du Cabinet sur la santé de la population;**

**Que le comité du Cabinet sur la santé de la population soit composé des ministres compétents, notamment ceux qui dirigent les ministères et agences suivants : Ressources humaines et Développement des compétences, Affaires indiennes et du Nord canadien, Finances, Santé, Environnement, Justice, Agriculture et Agroalimentaire, Industrie, Agence de la santé publique et Condition féminine.**

Dans une fédération où la politique sur la santé de la population relève du fédéral, des provinces et des territoires en plus des autorités régionales, il est absolument essentiel de se doter d'une structure de coordination pouvant appuyer et favoriser les consensus et la collaboration. Il est juste de dire que l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population au Canada se sont constamment déroulées sur un fond d'approches et de priorités diversifiées aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Le Sous-comité estime que le premier ministre doit encore une fois prendre les devants et mettre à contribution et soutenir les autres ordres de

gouvernement en vue de la réalisation pancanadienne du programme de santé de la population. Nous pensons que l'approche que nous proposons devrait s'appliquer à tous les ordres de gouvernement. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le premier ministre du Canada convoque une réunion de tous les premiers ministres afin d'établir un mécanisme intergouvernemental de collaboration pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie pancanadienne de santé de la population;**

**Que les premiers ministres des provinces annoncent, élaborent et mettent en œuvre dans leur compétence respective une politique sur la santé de la population inspirée de la politique fédérale;**

**Que, dans chaque province et territoire, les premiers ministres mettent sur pied et président un comité du Cabinet sur la santé de la population.**

Outre le leadership et les structures de coordination nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies et les politiques fédérales et provinciales sur la santé de la population, de nombreux modèles particuliers et nouveaux mécanismes seront requis afin de réaliser des initiatives horizontales (fédérales) et verticales (intergouvernementales). Les témoins entendus ont parlé de nombreux modèles fructueux dont on pourrait tirer des enseignements et qui pourraient, quand c'est possible, être élargis afin d'accroître la collaboration interministérielle et intergouvernementale. Parmi les exemples fédéraux, citons les Ententes sur le développement urbain, qui réunissent le gouvernement fédéral, les provinces et les municipalités dans le cadre d'approches complètes de revitalisation urbaine, le projet Quartiers en essor qui réunit des ministères fédéraux pour prendre des mesures concertées de revitalisation de quartiers, et le Partenariat rural canadien qui vise à promouvoir les intérêts ruraux auprès du gouvernement fédéral, en partenariat avec les collectivités. Parmi les projets provinciaux, citons Enfants en santé Manitoba et ActNow BC, qui ont tous les deux été présentés dans notre rapport intérimaire sur la perspective F-P-T.

Il convient de cerner plus systématiquement les enseignements que nous pouvons tirer de ces innovations si nous souhaitons vraiment accroître la capacité des gouvernements d'établir le degré de collaboration horizontale et verticale nécessaire en matière de santé de la population. Puisque le Secrétariat du Conseil du Trésor est l'organisme fédéral chargé d'établir les conditions des ententes de financement, le Sous-comité recommande :

**Que le Secrétariat du Conseil du Trésor prenne les devants et élargisse la gamme des modèles et des ressources disponibles en vue de la gestion de collaborations horizontales et verticales.**

Le Sous-comité reconnaît qu'un effort pancanadien de réduction des disparités en santé nécessite des connaissances spécialisées et une connectivité. Les connaissances spécialisées sont nécessaires afin d'appuyer le comité du Cabinet sur la santé de la population, et la connectivité sert à établir les liens voulus tant à l'horizontale qu'à la verticale. Nous croyons que c'est là un

mandat tout désigné pour l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui rend compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé.

Depuis de nombreuses années, l'Agence et Santé Canada, avant que l'Agence ne soit créée, sont à la fine pointe de la recherche et de la politique en santé de la population, à l'échelle tant nationale qu'internationale. La création de l'Agence a aussi donné lieu à l'établissement du Réseau pancanadien de santé publique qui comprend des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux. Forte de cet historique et de ces liens, l'Agence est bien placée pour agir comme source d'information pour le transfert de connaissances et la connectivité efficace qui seront nécessaires dans le cadre des nouvelles approches intersectorielles de collaboration en matière de santé de la population et de réduction des disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada augmente le financement de l'Agence de la santé publique du Canada afin de créer un noyau de politiques et de connaissances qui servira de source d'information pour la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé, tant à l'horizontale (à l'échelon fédéral) qu'à la verticale (collaboration intergouvernementale).**

Étant donné que l'influence des déterminants de la santé se fait surtout sentir au niveau communautaire, il est clair que les administrations locales ou municipales ont un rôle à jouer. Le mieux serait que les dirigeants locaux et municipaux consacrent à la santé de la population autant d'attention et d'énergie que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Nous sommes toutefois conscients que les municipalités ne disposent pas de la même capacité d'intervention ni des mêmes ressources. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que, dans la mesure du possible, les administrations locales ou municipales d'un bout à l'autre du pays adoptent et mettent en œuvre une vaste approche à l'égard de la santé de la population, au sein de leurs limites territoriales et en collaboration avec le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.**

Jusqu'ici, le Sous-comité a abordé la coordination selon une orientation de haut en bas. Nous sommes toutefois convaincus que la coordination doit aussi être mise en œuvre de bas en haut. Un engagement descendant conjugué à un apport ascendant dans le réseau de services constituera une combinaison efficace. La coordination à l'échelon local ou communautaire est examinée à la partie 3 ci-après.

## 1.2 La nécessité d'une vision

*[...] un ensemble d'objectifs nationaux, à la condition qu'ils soient concrets et non de simples généralités, joueraient un rôle très important et utile pour ce qui est d'orienter l'élaboration d'information sur la santé<sup>10</sup>.*

En recommandant une approche pangouvernementale sur la santé des populations, le Sous-comité a pour objectif final d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire les disparités en santé. La vision primordiale qui préside à notre approche, comme nous l'avons déjà signalé, est de permettre à tous les Canadiens de s'épanouir, de vivre et de contribuer leur plein potentiel dans la société. Ceci aura ensuite pour effet d'améliorer la productivité et d'accroître la prospérité pour les générations à venir. Mais pour avoir une portée, la vision doit reposer sur des buts et des repères appropriés. Comme nous le verrons dans les paragraphes qui suivent, des progrès ont déjà été réalisés à cet égard.

Après avoir examiné les politiques sur la santé de la population au Canada et à l'étranger, le Sous-comité en est venu à la conclusion qu'il est essentiel qu'une approche pangouvernementale soit dotée de buts, d'objectifs et de cibles tangibles et mesurables. Ceux-ci permettront de cerner des domaines d'intérêt, de déterminer les données à recueillir et les indicateurs à suivre, d'établir des repères et de mesurer et de déclarer les progrès marqués. Dans les pays examinés, certains objectifs et cibles visaient des résultats précis en matière de santé (p. ex. la réduction de la mortalité et de la morbidité), tandis que d'autres insistaient sur l'adoption de modes de vie sains; quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour la réduction des disparités en santé.

Au Canada, entre 1989 et 1998, chaque province a énoncé des buts en matière de santé qui, dès la fin des années 1990, ont été abandonnés<sup>11</sup>. En 2004, une importante percée a été réalisée dans le programme de la santé de la population lorsque les premiers ministres du Canada se sont engagés à élaborer « des objectifs et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts »<sup>12</sup>. Les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus en 2005 sur un ensemble d'objectifs en matière de santé divisés en quatre catégories : besoins fondamentaux dans les milieux social et physique; l'appartenance et l'engagement; les modes de vie sains; un système de santé (voir le tableau ci-après).

---

<sup>10</sup> Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada, 30 avril 2008 (5:9).

<sup>11</sup> Deanna L. Williamson et autres, « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 64, 2003, p. 173-191.

<sup>12</sup> Réunion des premiers ministres, *Un plan décennal pour consolider les soins*, 14 septembre 2004, p. 7, [http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf).

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

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

Sous la direction de l'Agence de santé publique du Canada, les Objectifs de santé pour le Canada ont été établis dans le cadre d'un vaste processus de consultation et de validation où les provinces, les territoires, des experts en santé publique, des intervenants et des citoyens ont mis en commun leurs connaissances et leur vision d'un Canada en santé. Plus de 300 intervenants et spécialistes ont participé à 12 tables rondes tenues dans les provinces et les territoires, à

cinq activités thématiques, à cinq dialogues à caractère délibératif ainsi qu'à des consultations avec des parlementaires. En outre, près de 400 personnes, groupes et organisations ont fait part de leurs commentaires et suggestions par l'intermédiaire d'une enquête en ligne ou dans le cadre de leur propre consultation. Le processus de consultation a débouché sur la rédaction des énoncés des objectifs, qui ont été validés par des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, des spécialistes de la santé publique et des intervenants. Quoiqu'impressionnant, ce processus de consultation exhaustif n'a pas donné lieu à une stratégie pancanadienne ni à des interventions mesurables.

À la lumière des renseignements sur la mise en œuvre d'objectifs en matière de santé à l'échelle internationale, et malgré l'absence de progrès dans ce domaine sur la scène canadienne, le Sous-comité a conclu dans son rapport sur les *Enjeux et options* « que l'établissement de buts peut aider à mobiliser les ressources afin d'appuyer les initiatives en santé de la population, à suivre les progrès accomplis et à en faire rapport, ainsi qu'à accélérer l'élaboration d'indicateurs de la santé et de systèmes d'information sur la santé »<sup>13</sup>. Nous sommes convaincus que le cadre des Objectifs de santé pour le Canada, s'il est repris et repose sur de solides repères et indicateurs, pourrait servir de mécanisme pour orienter les investissements fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux pour améliorer la santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

*Je dois préciser que je ne crois pas que le Canada doive tenter d'établir de nouveaux objectifs. Nous en avons déjà. Nous avons besoin d'indicateurs, de cibles et de stratégies qui nous permettent de savoir ce que nous visons, comment nous voulons nous y prendre et quand nous voulons y arriver [...] Alors, l'objectif global en tant que nation consiste à bâtir un pays dont la population est aussi en santé qu'elle le peut physiquement, mentalement, émotionnellement et spirituellement, ce qui est primordial pour faire tourner la roue médicale.*

*L'honorable Carolyn Bennett, députée, 11 juin 2008 (7:80).*

**Que les Objectifs de santé pour le Canada adoptés en 2005 soient rétablis et orientent l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique pancanadienne sur la santé de la population.**

Les Objectifs de santé pour le Canada doivent être assortis d'indicateurs ou de cibles appropriés concernant les disparités en santé. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'ensemble national d'indicateurs sur les disparités en santé, mais le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population a amorcé l'élaboration d'un tel ensemble. Le Sous-comité se réjouit que ce groupe fédéral-provincial-territorial ait été chargé d'élaborer des indicateurs pancanadiens cohérents et exhaustifs concernant les disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population accélère ses travaux afin de terminer d'ici douze mois l'élaboration d'un ensemble national d'indicateurs des disparités en santé;**

---

<sup>13</sup> Sous-comité sur la santé des populations, *op. cit.*, p. 17.

## **Que ces indicateurs des disparités en santé soient mis en rapport avec les Objectifs de santé pour le Canada.**

### **1.3 L'examen interministériel des dépenses**

En Angleterre, la nouvelle politique pangouvernementale sur la santé de la population a été mise en place après un examen interministériel des dépenses réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, et qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux afin de déterminer les façons d'utiliser les dépenses publiques le plus efficacement possible pour réduire les disparités en santé. Les résultats de l'examen des dépenses ont orienté les plans de dépenses ministériels des exercices 2003-2004 à 2005-2006. En outre, ils ont abouti à des engagements obligatoires d'agir pour réduire les disparités en santé.

À l'échelon fédéral au Canada, plusieurs initiatives pangouvernementales d'examen et de réaffectation des dépenses ont été réalisées depuis 2003. Le gouvernement a expliqué qu'étant donné l'évolution constante des demandes de ressources, les programmes doivent être examinés à intervalles réguliers. Puisqu'un processus d'examen existe déjà, le Sous-comité estime qu'il faudrait entreprendre un examen interministériel des dépenses semblable à celui lancé par le ministère des Finances britannique en 2002, afin de cerner les programmes qui ont une incidence sur la santé et de réaffecter les fonds aux programmes visant les disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le ministère des Finances, en collaboration avec le Bureau du Conseil privé et le Secrétariat du Conseil du Trésor, effectue un examen interministériel des dépenses en vue d'affecter les ressources aux programmes qui contribuent à réduire les disparités en santé.**

### **1.4 Une optique santé dans toutes les politiques**

Comme nous l'avons déjà souligné, les déterminants de la santé les plus puissants ne relèvent pas vraiment du domaine de la santé. En fait, ce sont les politiques dans les secteurs autres que celui de la santé qui présentent le plus grand potentiel d'améliorer (ou d'empirer) la santé et le bien-être de la population et de réduire les disparités en santé. En conséquence, de nombreux témoins ont souligné qu'il faudrait évaluer l'incidence possible de ces politiques sur la santé avant de les mettre en œuvre. L'étude d'impact sur la santé (EIS), aussi appelée évaluation des incidences sur la santé, est la méthode officielle utilisée pour prédire les effets possibles d'une politique, et elle permet d'accorder une attention particulière à l'incidence sur les disparités en santé. L'EIS est donc utile pour prendre en compte les enjeux liés à la santé lors de l'établissement de politiques à l'échelle du gouvernement.

En 1997, le mémoire sur la santé de la population recommandait notamment au Cabinet fédéral d'appliquer l'étude d'impact sur la santé à toutes les politiques et les programmes fédéraux. Bien que la recommandation ait été adoptée, les compressions de dépenses exercées par la suite ont nui à sa mise en œuvre, et seul Santé Canada a agi pour examiner ses programmes et ses initiatives dans une optique de santé de la population. Depuis, Santé Canada a publié, en collaboration avec le Comité fédéral-provincial-territorial de l'hygiène du milieu et du

travail, le *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé*<sup>14</sup>. Parallèlement, plusieurs provinces ont prôné le recours à l'étude d'impact sur la santé, et plusieurs rapports provinciaux ont recommandé que de telles études figurent dans tous les mémoires au Cabinet. En 1993, la Colombie-Britannique a intégré une étude d'impact sur la santé obligatoire dans le processus officiel d'analyse des politiques au Cabinet, mais l'étude est devenue facultative en 1999, après un changement de gouvernement.

Certains pays, comme la Suède et la Nouvelle-Zélande, ainsi que la province de Québec, ont légiféré en santé publique afin que l'étude d'impact sur la santé fasse partie intégrante de l'élaboration des politiques gouvernementales. La loi québécoise confère au ministre de la Santé un pouvoir d'initiative qu'il peut mettre à profit en donnant des avis à ses collègues des autres ministères afin de promouvoir la santé et de soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé de la population. Afin d'orienter les autres ministères quant à l'utilisation des études d'impact sur la santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a produit son propre guide sur l'évaluation d'impact sur la santé fondé sur les modèles élaborés en Europe et l'a adapté aux besoins interministériels<sup>15</sup>. Jusqu'à maintenant, l'évaluation d'impact sur la santé a servi, par exemple, à interdire l'utilisation des téléphones cellulaires dans les voitures et à réglementer l'exploitation minière de l'amiante.

Au cours des audiences du Sous-comité, certains témoins ont brandi l'exemple de l'actuel processus fédéral d'évaluation d'impact sur l'environnement (EIE) comme outil d'évaluation utile. Une directive du Cabinet exige que tout projet de politiques, de plans ou de programmes soumis à l'approbation d'un ministre ou du Cabinet et qui risque d'entraîner des effets environnementaux importants, tant positifs que négatifs, fasse l'objet d'une évaluation environnementale stratégique. La directive énonce également des critères pour aider les ministères et organismes fédéraux à déterminer s'il convient de mener une telle évaluation et offre des conseils sur la manière de la préparer<sup>16</sup>. L'Agence canadienne d'évaluation environnementale aide les ministères à améliorer leur capacité de mener des EIE. Le ministre de l'Environnement doit informer les autres ministres des effets environnementaux potentiels des projets avant la prise de décision du Cabinet et les aviser sur les mesures appropriées à prendre en matière d'environnement. Il ne s'agit pas d'un droit de veto ni d'un rôle d'approbation. Dans le cadre de leurs fonctions, les ministres doivent respecter les objectifs environnementaux fondamentaux du gouvernement et les objectifs de développement durable. En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le commissaire à l'environnement et au développement durable doit superviser les efforts du gouvernement visant à protéger l'environnement et à favoriser le développement durable. Le Bureau du Conseil privé joue également un rôle puisqu'il doit s'assurer que les ministères et organismes se conforment à la directive lorsqu'ils examinent des projets destinés au Cabinet. De plus, Environnement Canada fournit des conseils spécialisés.

---

<sup>14</sup> Santé Canada, *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé*, 2004, [http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/vol\\_1/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/handbook-guide/vol_1/index-fra.php).

<sup>15</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projet de loi et de règlement au Québec*, 2006, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-01.pdf>.

<sup>16</sup> Bureau du Conseil privé, *Évaluation environnementale stratégique – La directive du Cabinet sur l'évaluation environnementale des projets de politiques, de plans et de programmes*, 2004, [http://www.ceaa-acee.gc.ca/016/CEAA-StrategicFinal\\_f.pdf](http://www.ceaa-acee.gc.ca/016/CEAA-StrategicFinal_f.pdf).



Dans son rapport sur les *Enjeux et options*, le Sous-comité a affirmé que : « [l']étude d'impact sur la santé pourrait être considérée comme un premier pas vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population, puisqu'elle permettrait de mieux comprendre comment la plupart des politiques publiques influent d'une manière ou d'une autre sur la santé de la population. À notre avis, l'étude d'impact sur la santé est un moyen pratique d'évaluer les effets possibles sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet donné, en particulier les effets sur les groupes vulnérables ou défavorisés; elle pourrait maximiser les effets positifs et réduire au minimum les effets négatifs sur la santé des propositions provenant de tous les secteurs du gouvernement<sup>17</sup>. »

Fait à souligner, d'après les témoignages recueillis, nous estimons que le Canada dispose déjà des atouts nécessaires afin d'appliquer l'étude d'impact sur la santé comme stratégie pour élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population. À notre avis, légiférer ne constitue peut-être pas le meilleur moyen d'institutionnaliser ces études, et le processus risque d'être long. Cependant, une directive du Cabinet, comme celle applicable à l'évaluation d'impact environnemental, sera nécessaire afin d'imposer la mise en œuvre de l'étude d'impact sur la santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada exige la tenue d'une étude d'impact sur la santé pour tout projet de politiques, de plans ou de programmes soumis au Cabinet et susceptible d'avoir d'importantes répercussions sur la santé;**

**Que le Conseil privé, en collaboration avec Santé Canada, élabore des lignes directrices pour la mise en œuvre de la directive du Cabinet sur l'étude d'impact sur la santé;**

**Que les lignes directrices sur l'étude d'impact sur la santé soient élaborées au moyen des documents existants;**

**Que le gouvernement du Canada favorise le recours à l'étude d'impact sur la santé dans toutes les provinces et les territoires.**

---

<sup>17</sup> Sous-comité sur la santé des populations, *op. cit.*, p. 19.

## 2. INFRASTRUCTURE DE BASE DE DONNÉES

L'approche pangouvernementale en matière de santé de la population doit s'appuyer sur le développement d'une solide infrastructure de base de données qui permettra de recueillir, de suivre, d'analyser et de partager des données sur les indicateurs de santé et les indices de disparités en santé, et sur un ambitieux programme de recherche interventionnelle. Tous les pays dont le Sous-comité a établi le profil – Australie, Angleterre, Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège et Suède – se sont dotés de solides bases de données sur les indicateurs de santé. En Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique suivent de près l'état de santé de la population et font le point régulièrement. L'étendue des disparités en matière de santé est particulièrement bien documentée en Angleterre et en Nouvelle-Zélande.

Comment le Canada se compare-t-il à ces pays pour ce qui est de recueillir des données sur la santé et les disparités, d'en faire le suivi et de faire le point sur la situation? Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, le Canada possède de solides données sur l'état de santé de la population selon chaque déterminant de même que sur les disparités en santé. Au niveau national, Statistique Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, l'Agence de la santé publique du Canada et Ressources humaines et Développement des compétences Canada sont des sources d'information fiables. Au niveau provincial, il existe aussi plusieurs sources utiles d'information sur les indicateurs de santé et les disparités en santé, notamment le Manitoba Population Health Data Repository (dépôt de données sur la santé de la population du Manitoba), les Community Accounts (comptes communautaires) à Terre-Neuve-et-Labrador et le British Columbia Health and Wellness Survey (sondage sur la santé et le bien-être en Colombie-Britannique). Au niveau local, divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux fournissent de l'information utile sur les indicateurs de santé et le bien-être, comme le Secrétariat rural (base de données sur les collectivités), la Fédération canadienne des municipalités, l'Atkinson Charitable Foundation et le Conseil canadien de développement social. Ensemble, ces sources d'information facilitent le développement des connaissances ciblées et des données scientifiques nécessaires à l'avancement du dossier de la santé de la population.

### 2.1 Un système pancanadien de comptes communautaires

*Les comptes communautaires sont [...] une ressource fantastique. Je n'arrive pas à imaginer comment je pourrais faire mon travail sans ceux-ci, pas plus que je n'arrive à imaginer comment les autres provinces font pour s'en passer. Les comptes communautaires offrent de l'information extraordinaire dans un contexte très convivial, et les données peuvent facilement être transformées en connaissances qui nous permettent de mieux comprendre l'état de santé de nos collectivités<sup>18</sup>.*

Le Sous-comité s'est fait dire à maintes reprises que même si le Canada dispose d'excellentes sources provinciales et nationales d'information sur la santé de la population, il manque de données fiables au niveau local. Comme l'interaction des politiques touchant la santé de la population se fait surtout sentir au niveau local, il convient de recueillir davantage d'information à ce niveau. De nombreux témoins sont d'avis que nous pourrions nous inspirer

---

<sup>18</sup> Lisa Brown, spécialiste de la planification, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador, 21 mai 2008 (6:121).

des Community Accounts (CA) de Terre-Neuve-et-Labrador pour mettre en place l'infrastructure de base de données nationale nécessaire à la mise en œuvre d'une vaste politique sur la santé de la population. La Nouvelle-Écosse s'est dotée d'une variante des CA, et l'Île-du-Prince-Édouard a récemment lancé des projets pilotes de CA (dans le cadre de la Quality of Island Life Cooperative). Les CA pourraient aussi être utiles aux collectivités autochtones et, de fait, l'Institut de statistiques des Premières nations songe à s'en servir comme modèle de base de données.

Les CA sont un système d'échange et de consultation de données en ligne, d'accès illimité et gratuit, qui permet la consultation et l'analyse de données sociales, économiques et environnementales (santé, revenu, éducation, emploi, production, ressources, criminalité, etc.) provenant de diverses sources (Statistique Canada, ministères, hôpitaux, etc.), tant locales que régionales et provinciales. La composante de base utilisée sur le plan géographique est le code postal. Les CA sont administrés par l'agence de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, qui relève du ministère des Finances de la province. Ils ont plusieurs utilisateurs, notamment les ministères, les régies régionales, les collectivités, les universitaires et les chercheurs, les ONG et les particuliers. Le programme des CA est l'une des principales sources d'information consultée lorsque vient le temps de faire le point sur les progrès accomplis grâce aux différentes initiatives provinciales mises en œuvre pour réduire les disparités en santé, par exemple, le plan d'action pour réduire la pauvreté, le plan provincial pour le mieux-être et le Secrétariat rural.

Le Sous-comité est d'avis que les CA ont été très utiles au couplage de données sur la santé de la population, le bien-être des collectivités et le développement économique. Nous sommes particulièrement impressionnés par les progrès accomplis par Terre-Neuve-et-Labrador en ce qui concerne la mise en œuvre d'une solide infrastructure de base de données sur la santé de la population et nous nous réjouissons de voir que la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté un modèle semblable. Nous croyons qu'une telle base de données est un élément clé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique pancanadienne sur la santé de la population. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de comptes communautaires, inspiré de celui de Terre-Neuve-et-Labrador, dans l'ensemble des provinces et territoires.**

L'autre système d'infrastructure qui pourrait être exploité très avantageusement aux fins de la santé de la population au Canada est celui utilisé pour gérer les dossiers de santé électroniques (DSE), qu'Inforoute Santé du Canada Inc. s'affaire actuellement à mettre en œuvre en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les DSE renferment des renseignements médicaux concernant les patients et donnent aussi accès aux données conservées par les différents fournisseurs de soins d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les renseignements médicaux accessibles sont vastes : rapports cliniques, données sur l'immunisation, médicaments délivrés sur ordonnance, résultats

*[...] [J]e parlerai de ce que les dossiers de santé électroniques peuvent apporter aux données et renseignements qui pourraient servir à la création d'un système d'information sur la santé de la population.*

*Mike Sheridan, chef de l'exploitation,  
Inforoute santé du Canada Inc.,  
27 mars 2009 (3:44).*

de tests en laboratoire, imagerie diagnostique et renseignements sur l'état de santé actuel et passé. Pour cette raison, les DSE peuvent fournir de l'information longitudinale ou des données sur les différentes étapes de la vie – allant de la grossesse à la vieillesse, en passant par le développement de la petite enfance, les années d'études et l'adolescence, le monde du travail puis la retraite – qui sont utiles aux fins de la politique sur la santé de la population. De plus, comme les comptes communautaires, les DSE peuvent être regroupés et analysés par code postal. En conséquence, de nombreux témoins ont affirmé au Sous-comité que les possibilités de couplage de données sur une même personne offertes par les futurs DSE sont énormes, si nous dotons en plus d'une vaste infrastructure de bases de données de comptes communautaires.

Parce qu'il existe actuellement plusieurs sources nationales, provinciales et locales d'information sur les disparités en santé, le Sous-comité a souvent interrogé les témoins pour savoir à qui devraient être confiés l'établissement, la gestion et l'entretien d'un tel système national de base de données. De nombreux témoins ont insisté pour dire qu'il ne fallait surtout pas créer de nouvelles entités, mais chercher plutôt à établir un partenariat entre les principaux organismes compétents en la matière. Il est largement reconnu que l'ICIS – l'Institut canadien d'information sur la santé – a été un fructueux modèle de partenariat au Canada. Malgré sa taille modeste, l'ICIS a contribué à jeter des ponts entre les nombreux autres groupes œuvrant à l'échelle nationale, ainsi qu'entre les provinces et territoires. Le Sous-comité souscrit à l'avis des témoins qui estiment que l'ICIS a accompli un très bon travail, au cours des 15 dernières années, comme dépositaire de l'information sur la santé, en collaboration avec l'ensemble des provinces et territoires. Sa compétence est reconnue depuis longtemps et sa réputation n'est plus à faire. La prochaine étape, à notre avis, consiste pour l'ICIS à étendre ses partenariats à d'autres intervenants clés dans le domaine de la santé de la population en général. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le développement, la gestion et le maintien de l'infrastructure de base de données pancanadienne sur la santé de la population soient confiés à l'Institut canadien d'information sur la santé;**

**Que l'ICIS entreprenne sans délai le travail d'intégration verticale des données nécessaire à cette fin, avec la collaboration des principaux partenaires.**

Des témoins ont pris soin de souligner que le couplage des données des DSE et de la base données des CA s'avère toutefois extrêmement délicat du point de vue de la protection des renseignements personnels. Le Sous-comité est conscient que le droit à la protection de la vie privée et à la confidentialité des dossiers médicaux personnels est une valeur très importante aux yeux des Canadiens. Maintenant plus que jamais, les Canadiens veulent obtenir l'assurance que leur vie privée et la confidentialité des renseignements les concernant seront respectées en cette ère d'évolution technologique rapide. Il faut toutefois parvenir à un juste équilibre entre la protection des renseignements personnels et l'utilisation de l'information recueillie sur un groupement de population pour prendre des décisions éclairées concernant les politiques et les stratégies gouvernementales. Le Sous-comité est conscient que Statistique Canada a le mandat législatif et constitutionnel le plus solide en matière de couplage de données, qu'il affiche un bilan irréprochable au chapitre de la confidentialité et de la protection de la vie privée et qu'il possède une expertise technique et un leadership dans ce domaine depuis les années 1960. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

*Nous devons reconnaître que l'information sur la santé – et je dis « information » parce qu'il s'agit non seulement de la santé mais aussi des services sociaux et du chômage – est un bien collectif. [...] Nous devons utiliser tous les renseignements que nous recueillons à propos des citoyens pour en apprendre davantage sur la société : où nous en sommes, quelle direction nous prenons, comment nous nous tirons d'affaire, où nous nous situons par rapport au reste du pays et par rapport aux autres pays. Cet exercice est essentiel pour faciliter la collecte de cette information.*

*Jean-Marie Berthelot, vice-président,  
Programmes, Institut canadien d'information  
sur la santé, 27 mars 2009 (3:56).*

**Que Statistique Canada, en collaboration avec Inforoute Santé du Canada Inc., l'Institut canadien d'information sur la santé et d'autres intervenants clés, élabore des normes pour faciliter le couplage de données entre les comptes communautaires et les Dossiers de santé électroniques sans pour autant compromettre la protection, la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels;**

**Que l'élaboration des normes nécessaires à la protection, à la confidentialité et à la sécurité des renseignements personnels soit terminée d'ici les douze prochains mois.**

## 2.2 Recherche interventionnelle en santé des populations

Le Sous-comité s'est fait dire à maintes reprises que toute bonne politique gouvernementale doit faire la démonstration constante de son efficacité, autant à l'étape de sa conception qu'après sa mise en œuvre. Cette démonstration exige une analyse intelligente et rigoureuse, qui doit elle-même reposer sur des données et de l'information pertinentes. Comme les connaissances sur la santé de la population sont incomplètes et qu'elles le resteront probablement dans un avenir prévisible, l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique se feront inévitablement sans qu'on sache exactement ce qui fonctionne ou non. Voilà pourquoi il est essentiel de constamment contrôler et évaluer les stratégies et programmes, et d'en revoir régulièrement la conception, suivant les résultats obtenus. Au fil du temps, ce type de recherche, souvent appelé « recherche interventionnelle », nous aidera à mieux comprendre quels sont les programmes et les stratégies efficaces pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.

*J'aimerais maintenant poursuivre avec l'examen du deuxième enjeu : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances. Je tiens à mettre en évidence les deux options possibles et à indiquer laquelle constituerait une erreur, selon moi. En effet, il serait insensé d'investir principalement dans la connaissance des déterminants généraux des résultats en matière de recherche. Il s'agit là de l'option la plus facile, et beaucoup de ces déterminants sont déjà connus. Il faut plutôt combler l'énorme écart des savoirs sur les interventions efficaces de la politique publique. Cela peut commencer à ressembler à une évaluation de programme, et c'est effectivement le cas en grande partie. Toutefois, il s'agit d'une évaluation de programme impartiale qui respecte des normes rigoureuses de qualité. Elles se plient également à des normes méthodologiques cohérentes ce qui permet de faire confiance dans une certaine mesure aux coefficients coûts-avantages relatifs de différentes interventions. Le Canada n'a pas investi suffisamment dans une telle évaluation efficace et impartiale, soumise à des normes de qualité et revue par des pairs, surtout dans le domaine de la santé de la population.*

*Cliff Halliwell, directeur général, Direction générale de la recherche en politiques stratégiques, Ressources humaines et Développement social Canada, 30 avril 2008 (5:12-13).*

Comme le Sous-comité l'a indiqué dans son rapport *Enjeux et options*, il est difficile de savoir quelles sont au juste les dépenses du Canada au titre de la recherche sur la santé de la population<sup>19</sup>. À l'heure actuelle, un certain nombre d'organismes et de ministères fédéraux jouent un rôle dans l'orientation, le financement et la conception de la recherche sur la santé de la population, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (et ses six centres nationaux de collaboration), d'autres ministères fédéraux (comme Affaires indiennes et du Nord Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Environnement Canada, etc.) et d'autres organismes subventionnaires comme le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) ou le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). En outre, de multiples ministères, organismes et instituts provinciaux participent à la recherche interventionnelle. Des témoins ont toutefois insisté sur le fait que le financement actuel n'est pas à la mesure du fardeau que représentent les disparités

<sup>19</sup> Sous-comité sur la santé des populations, *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, avril 2008, p. 14.

actuelles en matière de santé et qu'il faudrait disposer de plus de renseignements factuels et scientifiques sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour améliorer la santé de la population. Le Sous-comité croit que la recherche interventionnelle est un élément essentiel de toute approche pangouvernementale à l'égard de la santé de la population. Par conséquent, nous recommandons :

**Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) travaillent en collaboration avec les ministères et organismes fédéraux compétents afin d'évaluer les investissements actuels dans la recherche interventionnelle en santé des populations et d'en arriver à un consensus sur ce que devrait être le niveau de financement dans ce domaine;**

**Que le gouvernement du Canada investisse davantage dans la recherche interventionnelle en santé des populations pour que le niveau de financement corresponde à celui convenu par les IRSC et les autres ministères et organismes compétents;**

**Qu'à l'avenir, la recherche interventionnelle en santé des populations financée par le gouvernement du Canada mise sur les capacités et les atouts des réseaux et des centres de recherche existants et encourage l'établissement de partenariats fondés sur la coopération entre les organismes de recherche municipaux, provinciaux et fédéraux ainsi qu'avec les milieux universitaires, en vue de la réalisation d'un programme de recherche ciblé;**

**Que le gouvernement du Canada mette au point des mécanismes de financement concurrentiels afin de mieux soutenir l'innovation et la recherche interventionnelle de pointe en santé des populations;**

**Que le gouvernement du Canada envisage l'adoption de mécanismes de financement conjoints pour soutenir les activités interprovinciales et internationales de recherche interventionnelle comparative en santé des populations;**

**Que le gouvernement du Canada examine les critères d'admissibilité au fonds pour l'infrastructure de recherche en santé humaine au Canada et essaie de voir comment ceux-ci pourraient mieux cadrer avec la recherche interventionnelle en santé des populations assortie de mécanismes de mise en œuvre dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs;**

**Que la recherche interventionnelle en santé des populations portant sur le logement, le développement de la petite enfance et l'atténuation des effets de la pauvreté sur les Autochtones et les autres populations vulnérables soit considérée comme prioritaire.**

### 3. METTRE LES COLLECTIVITÉS À CONTRIBUTION

*L'étonnante constance avec laquelle les déterminants de la santé sont revenus au cours des consultations des organismes communautaires d'un bout à l'autre du Canada laisse supposer qu'un consensus implicite existe déjà à ce sujet. On peut conclure sans trop craindre de se tromper que les organismes communautaires représentent une riche ressource qui attend seulement d'être exploitée. Le gouvernement fédéral peut mobiliser cette ressource en appuyant la participation des collectivités à l'action intersectorielle (...)<sup>20</sup>.*

Au cours de son étude, le Sous-comité a entendu divers témoins et reçu de nombreux mémoires proposant une multitude d'approches destinées à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé. Tous s'entendent sur un point essentiel : les gouvernements ne peuvent agir seuls. Les actions pouvant le plus efficacement améliorer la santé et le bien-être, accroître la productivité, favoriser la cohésion sociale et réduire la criminalité doivent être entreprises à l'échelon communautaire et dirigées par les collectivités elles-mêmes.

Nous sommes d'accord avec l'administrateur en chef de la santé publique du Canada qui, dans son premier rapport (2008), a réclamé explicitement le renforcement des collectivités canadiennes afin qu'elles puissent s'attaquer aux déterminants de la santé, soulignant que les personnes qui vivent le plus près du problème se trouvent souvent le plus près de la solution. Le rapport précisait qu'il faut honorer et appuyer les collectivités afin qu'elles élaborent leurs propres solutions adaptées à la situation locale, à partir du fond existant de connaissances, d'expérience et d'énergie. Les interventions communautaires sont celles qui parviennent le mieux à rejoindre les populations vulnérables, à créer des réseaux locaux et à tirer parti des ressources. De la même façon, dans un rapport publié en 2008, la Canada West Foundation soulignait que la seule solution à long terme pour régler les problèmes sociaux au niveau de la rue réside dans la prévention, et que celle-ci n'est possible que si les collectivités sont solides et inclusives<sup>21</sup>.

*Il n'y a pas que le gouvernement fédéral qui doit faire preuve de leadership — et je suis d'avis que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer —, mais le leadership doit venir du bas aussi. C'est ainsi que les choses vont fonctionner, et pas autrement.*

*Debra Lynkowski, directrice générale,  
Association canadienne de santé  
publique, 18 avril 2008 (4:83).*

Les gouvernements s'initient à un nouveau rôle, celui de trouver la meilleure façon d'outiller et d'appuyer les collectivités afin qu'elles prennent les devants. De nombreuses recommandations contenues dans le présent rapport veulent favoriser l'adoption de ce nouveau rôle, et visent notamment la façon dont les données sont recueillies et mises en commun, le type de recherches nécessaires et leur mode de réalisation, ainsi que l'importance vitale d'une approche pangouvernementale. Mais pour que les efforts des collectivités portent fruit, il faut

<sup>20</sup> Association canadienne pour la santé mentale, *mémoire au Sous-comité*, 2008, p. 5.

<sup>21</sup> Canada West Foundation, *From the Ground Up: Community's Role in Addressing Street-Level Social Issues*, 2008, [http://www.cwf.ca/V2/cnt/publication\\_200810271452.php](http://www.cwf.ca/V2/cnt/publication_200810271452.php).



également changer la façon dont les gouvernements créent les partenariats et appuient les initiatives.

### 3.1 Accroître les exigences en matière de rapports

Le succès de l'approche pangouvernementale décrite à la partie 1 pourra en grande partie se mesurer à l'aune de la capacité des collectivités de s'attaquer à des questions complexes au moyen de solutions intersectorielles intégrées appuyées par un éventail de ministères et d'organismes des différents ordres de gouvernement.

Étant donné que les programmes visant les déterminants de la santé relèvent de divers ministères, les initiatives qui reposent sur une approche intégrée pourraient être admissibles à des fonds provenant de sources multiples. Le rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral recommande la production de rapports qui répondent aux exigences redditionnelles de tous les programmes fédéraux visés, afin que le bénéficiaire de fonds provenant de divers programmes puisse regrouper les rapports<sup>22</sup>. Il faudra peut-être pour cela adopter des modifications législatives pouvant préciser certaines notions de responsabilité ministérielle, mais le Conseil du Trésor sera dès lors à même d'adopter une approche holistique, adaptée et coordonnée à l'égard des investissements dans la collectivité.

De la même façon, les trois ordres de gouvernement ont compétence sur les questions de déterminants de la santé. Pour cette raison, le Groupe d'experts indépendant a aussi recommandé dans son rapport que le Conseil du Trésor et son secrétariat, en coopération avec d'autres ordres de gouvernement, harmonisent les exigences fédérales, provinciales et municipales en matière d'information, de rapport et de vérification

*En réalité, les régimes de financement actuels et de responsabilisation freinent l'innovation.*

*Katherine Scott, vice-présidente,  
Recherche, Conseil canadien du  
développement social, 12 mars 2009  
(2:12).*

imposées en vue des subventions et contributions. En fondant les exigences en matière de rapport sur les instruments existants qui renforcent l'obligation de rendre des comptes non seulement aux gouvernements mais aussi à la clientèle principale de l'organisme (soit ses membres ou la collectivité), le fardeau administratif sera réduit et le leadership local, accru. On peut dire sans crainte de se tromper que la mise en œuvre des comptes communautaires d'un bout à l'autre du pays facilitera certainement l'harmonisation des exigences en matière de rapport et de vérification. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada examine et revoit les exigences en matière de rapports sur les subventions et contributions imposées par les ministères et organismes fédéraux afin de mieux coordonner la production de rapports, tant à l'horizontale qu'à la verticale.**

<sup>22</sup> *Des lourdeurs administratives à des résultats clairs : Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral*, décembre 2006, [http://www.brpdgde.ca/pdf/Report\\_on\\_Grant\\_and\\_Contribution\\_Programs\\_fr.pdf](http://www.brpdgde.ca/pdf/Report_on_Grant_and_Contribution_Programs_fr.pdf).

### 3.2 Financement à plus long terme

Il faut souvent attendre des années avant qu'une action visant les déterminants de la santé donne des résultats, soit améliorer l'état de santé ou réduire les disparités en santé. Le Sous-comité a entendu dire à maintes reprises que le financement de projets à court terme, en tant que principale source de revenus, affaiblit les organismes communautaires puisqu'il crée de l'insécurité et empêche la planification à long terme. Les ententes de financement pluriannuelles, prévoyant des crédits annuels du Parlement, assureraient plus de stabilité au secteur en plus de réduire les coûts de fonctionnement du gouvernement. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada favorise le financement sur plusieurs années des projets assortis d'échéanciers pluriannuels. De même, il faudrait encourager, le cas échéant, les organismes subventionnaires fédéraux à privilégier eux aussi un financement pluriannuel.**

### 3.3 Données et recherche sur les collectivités

Le cadre des déterminants de la santé présenté dans le graphique 1 illustre à quel point la santé de la population est un objectif complexe et dynamique, échelonné sur une longue période. Une intervention qui donne des résultats dans une collectivité à un moment donné ne donnera peut-être pas les mêmes résultats dans une autre collectivité, ou au même endroit à un autre moment. Chaque situation est particulière, de sorte que les dirigeants locaux doivent s'inspirer des formules qui ont réussi ailleurs, les adapter à la réalité locale, les évaluer sans cesse et déterminer lesquelles sont utiles.

Pour suivre ce cycle – agir, évaluer, apprendre et adapter –, les dirigeants communautaires doivent avoir accès à des données locales. Ces données locales doivent être extrêmement pointues, jusqu'au niveau du quartier et du code postal. Une analyse des données au niveau du code postal ou du quartier peut révéler des écarts choquants entre divers secteurs; la différence dans l'espérance de vie de deux quartiers de Montréal illustrée dans le graphique 2 plus haut en est un exemple. D<sup>f</sup> Cushman en a fourni un autre quand il a décrit les différences entre deux quartiers d'Ottawa, soit le Glebe et Dalhousie; malgré leur proximité, le premier compte parmi les plus riches quartiers d'Ottawa, le second parmi les plus pauvres. Puisque le revenu est un important déterminant de la santé, il n'est pas étonnant de constater que les cas de maladies cardiaques et de diabète sont de deux à quatre fois plus nombreux dans le quartier Dalhousie que dans le Glebe<sup>23</sup>. Malheureusement, de nombreuses villes canadiennes présentent aussi des quartiers qui sont aux antipodes. Étant donné ces grandes différences, les interventions visant à améliorer la santé et à réduire les disparités en santé devront presque assurément être taillées sur mesure pour correspondre à la réalité de chaque quartier, mais il faudra pour cela disposer de données facilement accessibles, détaillées jusqu'au niveau du quartier, voire du code postal.

---

<sup>23</sup> D<sup>f</sup> Robert Cushman, directeur général, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain, 1<sup>er</sup> avril 2009 (:).

Voilà une autre des forces du modèle des comptes communautaires recommandé précédemment : il met les données entre les mains des décideurs locaux. Il a aussi le mérite de réunir à un endroit les données provenant d'un éventail de sources fédérales et provinciales et de présenter un tableau complet de la situation locale. Cependant, les données seules ne suffisent pas. Il faut également une capacité locale d'analyser et d'interpréter ces données afin de produire une information significative pouvant orienter la prise de décisions au sujet d'initiatives locales visant les déterminants de la santé. De plus, la recherche interventionnelle pouvant mettre au jour les caractéristiques essentielles des initiatives fructueuses (ou infructueuses) aidera à mieux comprendre ce qui fonctionne et facilitera le transfert et l'application des apprentissages dans de nouveaux contextes.

Mais il importe surtout que l'analyse de données et la recherche soient menées de façon à habiliter les collectivités et à renforcer les capacités locales en vue d'une intervention à long terme. Le financement de la recherche et de l'évaluation doit donc faire partie de toute entente de programme. Ce système d'apprentissage et d'action fondé sur les faits servira de fondement à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des disparités en santé. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada intègre le soutien de la capacité locale d'analyse et d'évaluation aux programmes visant à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé.**

Le gouvernement fédéral joue un rôle important par l'appui direct aux entreprises et aux organismes locaux. Au-delà d'une cinquantaine de ministères et d'organismes fédéraux consacrent chaque année près de 27 milliards de dollars à plus de 800 programmes de subventions et de contributions<sup>24</sup>. Pourtant, les structures du financement gouvernemental, qui visent habituellement des questions très précises, ont tendance à fragmenter les stratégies communautaires, à isoler les populations cibles et à diviser les secteurs d'activité.

Plusieurs mesures ont été prises ces dernières années afin d'améliorer les rapports financiers et redditionnels entre le gouvernement fédéral et le secteur bénévole/sans but lucratif, notamment l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire, le Groupe de travail sur les investissements dans les collectivités et le Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral. Ces travaux ont permis de marquer des progrès, mais il reste encore beaucoup à faire. Deux changements fondamentaux s'imposent afin de renforcer la capacité communautaire et d'appuyer l'intervention des collectivités en matière de déterminants de la santé, soit accroître les exigences en matière de rapports et fournir du financement à plus long terme.

---

<sup>24</sup> Rapport du Groupe d'experts indépendant sur les programmes de subventions et de contributions du gouvernement fédéral, *op. cit.*

### **3.4 Coordonner ou intégrer les services à l'échelon communautaire : modèles communautaires qui fonctionnent**

Parce que la santé de la population est un objectif complexe et dynamique, elle exige une action concertée à l'échelon local à l'égard de l'ensemble ou d'un bon nombre des déterminants de la santé pour obtenir une amélioration d'ensemble des résultats en santé. Une fois qu'elles ont en main l'information et l'analyse nécessaires pour bien cerner les difficultés et en faire le suivi, les collectivités doivent adopter une approche concertée et stratégique pour agir localement sur ces déterminants.

Le tissu social du Canada étant, par définition largement diversifié, les méthodes utilisées par les collectivités pour s'attaquer aux déterminants de la santé de façon concertée peuvent prendre de nombreuses formes. Le Sous-comité a été extrêmement impressionné en prenant connaissance du large éventail d'initiatives fructueuses mises en œuvre dans des contextes ruraux, urbains, autochtones et autres pour contribuer à la bonne santé, au bien-être, à la productivité et à la faible criminalité. Les nouvelles pratiques communautaires, comme le développement économique communautaire et l'économie sociale, permettent d'agir de façon concertée sur bon nombre des déterminants de la santé et aussi de donner aux citoyens les moyens de se prendre en main. Ces modes d'intervention locale et intégrée sont le fruit d'un savant dosage d'objectifs socio-économiques et environnementaux qui peuvent influencer positivement sur bon nombre des déterminants de la santé, surtout au sein des groupes marginalisés ou minoritaires. Ils prennent racine dans les collectivités elles-mêmes, s'appuient sur le travail de bénévoles et sont orientés par les citoyens. Quelques exemples valent la peine d'être mentionnés.

Pendant son séjour à Terre-Neuve-et-Labrador, le Sous-comité a eu le plaisir de visiter les Stella Burry Community Services et de prendre un savoureux dîner au restaurant Stella's Circle. Ces services viennent en aide aux adultes aux prises avec de graves problèmes sociaux et psychologiques. Ils offrent, par exemple, du soutien et du counselling aux personnes ayant vécu des problèmes personnels importants (abus, toxicomanie, violence et incarcération), mettent sur pied des projets de logement abordable pour des personnes et des familles à faible revenu et offrent des programmes de formation et de perfectionnement. Le Stella's Circle est une entreprise sociale lancée par les Stella Burry Community Services dans le but d'offrir des débouchés de travail et de formation dans l'industrie des services alimentaires, d'offrir des repas économiques aux membres de Stella Burry qui doivent avoir une bonne alimentation malgré un revenu limité et de constituer une source de revenus pour l'organisation. Grâce à ces deux initiatives, l'organisation Stella Burry peut agir de façon concertée sur beaucoup plus de déterminants de la santé auprès de la population qu'elle dessert.

Toujours pendant qu'il se trouvait à Terre-Neuve-et-Labrador, le Sous-comité a entendu parler de l'initiative Vibrant Communities de l'Institut Tamarack. Vibrant Communities est une démarche communautaire qui vise à faire reculer la pauvreté dans 15 villes canadiennes grâce au soutien de diverses initiatives locales de lutte à la pauvreté auxquelles participe le secteur privé et grâce auxquelles de nombreux déterminants de la santé peuvent être améliorés. À St. John's, l'un des projets mis en œuvre dans le cadre des Vibrant Communities est le Citizen's Voice Network, dont les intervenants se réunissent à intervalles réguliers pour échanger de

l'information, se renseigner et influencer collectivement l'élaboration des politiques et la prise de décisions.

Les conseils de planification sociale comme le Human Development Council à St. John, au Nouveau-Brunswick, contribuent eux aussi utilement en travaillant de concert avec les citoyens et en rapprochant les services communautaires pour améliorer la qualité de vie en général. Le Human Development Council intervient principalement de deux façons : il informe pour rapprocher les citoyens des services à la personne et il participe de façon proactive à la recherche de solutions aux défis qui se posent aux collectivités<sup>25</sup>. Le rapport du Groupe d'étude du premier ministre du Nouveau-Brunswick sur le secteur communautaire sans but lucratif préconise à juste titre un décloisonnement des structures régionales au sein des organismes communautaires pour favoriser l'autonomie régionale en matière de prestation des services, offrir une plus grande souplesse et encourager l'adoption d'une approche intégrée à l'égard des problèmes individuels et communautaires<sup>26</sup>.

Le Québec a un secteur communautaire dynamique et dispose d'un éventail de structures différentes qui aident à coordonner l'action locale. On y trouve près d'une cinquantaine de Corporations de développement communautaire, qui regroupent des organismes communautaires de différents secteurs afin de faciliter la formation, le partage d'information et l'appui à la recherche et à la mise en œuvre de solutions concertées aux problèmes sociaux locaux<sup>27</sup>. Soucieuses de concilier localement les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé, les quatorze Corporations de développement économique communautaire aident les collectivités à trouver et à mettre en œuvre leurs propres solutions aux problèmes économiques grâce à la mobilisation des résidents, des entreprises et des institutions de la collectivité<sup>28</sup>. Issu du mouvement Villes et Villages en santé, *Vivre Saint-Michel en santé* est un mouvement de concertation intersectorielle et multiréseaux qui réunit des citoyens, des organismes communautaires, des institutions, des gens d'affaires et des organismes gouvernementaux qui ont à cœur la revitalisation des quartiers de Montréal<sup>29</sup>. *Vivre St-Michel en santé* a dirigé un processus de consultation, de planification et d'étude qui s'est échelonné sur une année. Quelque 400 membres et intervenants de la collectivité ont participé à cette initiative qui a débouché sur un vaste plan communautaire pour améliorer les conditions sociales et économiques.

En Ontario, la Learning Enrichment Foundation (LEF) est l'un des plus anciens et des plus gros organismes de développement économique communautaire du pays. Située dans une importante région d'accueil pour les immigrants qui arrivent à Toronto, la LEF a mis au point tout un éventail de programmes et de services dans le cadre de son approche holistique. Elle offre notamment des programmes de formation professionnelle dans les secteurs où il existe localement des possibilités d'emploi, des cours de formation linguistique et d'alphabétisation pour les nouveaux arrivants au Canada, 18 centres de la petite enfance, 16 services de garde avant ou après la classe, une cuisine où sont préparés 500 repas par jour pour les organismes œuvrant auprès des sans-abri, des entreprises de formation en ébénisterie et en services de

---

<sup>25</sup> <http://www.humandevlopmentcouncil.nb.ca/>.

<sup>26</sup> <http://www.gnb.ca/cnb/promos/nptf/index-f.asp>.

<sup>27</sup> <http://www.tncdc.qc.ca/openfile.aspx?ID=196>.

<sup>28</sup> <http://www.lescddec.qc.ca/>.

<sup>29</sup> <http://www.vsmsante.qc.ca/site/index.asp?sortcode=1.1>.

restauration pour les jeunes à risque, un service de recrutement pour les employeurs, un service de dépannage en technologie, des points d'accès à des ordinateurs, un fonds de prêts à la formation, plusieurs entreprises sociales ainsi que de la formation et du soutien pour les travailleurs indépendants<sup>30</sup>.

Le programme Quartiers vivants! au Manitoba est une stratégie de développement communautaire, social et économique à long terme qui vise à soutenir et encourager les efforts de revitalisation des quartiers dans un certain nombre de domaines clés comme la rénovation des logements et des bâtiments; l'emploi et la formation; l'éducation et les loisirs; la sécurité et la prévention du crime<sup>31</sup>. Par l'intermédiaire de sociétés de revitalisation de quartiers dirigées par des citoyens et d'un éventail d'autres programmes, Quartiers vivants! mise sur les points forts et l'expérience des résidents locaux pour bâtir des quartiers sains.

Fondée en 1995, la Quint Development Corporation de Saskatoon s'est donné pour mission de renforcer le bien-être économique et social de cinq quartiers centraux de Saskatoon par l'adoption d'une approche communautaire. Son conseil d'administration, qui est aux trois quarts composé de résidents, oriente le travail de l'organisme afin d'améliorer l'accès à des logements abordables, de soutenir le renouvellement des entreprises et d'offrir des possibilités de création d'emplois<sup>32</sup>. Au nombre des principales et des plus récentes initiatives de renouvellement des entreprises, mentionnons Station 20 West, qui est un centre entrepreneurial communautaire qui regroupera sous un même toit toute une panoplie d'entreprises, de services et d'organismes – allant d'une bibliothèque à des soins de santé et des soins dentaires en passant pas des magasins d'alimentation et d'outils domestiques. On espère que ce foyer communautaire agira comme catalyseur du renouveau économique et social des quartiers centraux de Saskatoon.

Le mouvement Communautés en santé est un autre modèle important. Il a vu le jour dans la foulée d'une conférence internationale tenue à Toronto en 1984 et compte actuellement des organismes dans plusieurs provinces, dont l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique. Dans cette dernière, le BC Healthy Communities (BCHC) invite les administrations publiques et les organismes communautaires à coordonner les initiatives et les programmes d'un ministère et d'un secteur à l'autre pour s'attaquer aux déterminants de la santé. BCHC recourt aussi à l'animation communautaire, à des ateliers, à des trousseaux d'outils et à de petites subventions de démarrage pour aider les collectivités et les groupes communautaires à adopter une démarche holistique et intégrée à l'égard de l'amélioration de la santé et du bien-être.

Un domaine de connectivité qui mérite une attention particulière est le rôle local joué par le système de soins de santé. Les témoins qui ont comparu devant le Sous-comité et notre propre recherche comparative internationale ont confirmé que les services de santé les plus efficaces sont ceux qui reposent sur un solide système de soins de santé primaires, lié à un large éventail de services sanitaires et sociaux. Les programmes de prévention peuvent aussi avoir une profonde incidence sur l'amélioration de la santé et du bien-être et de l'accroissement de la productivité.

---

<sup>30</sup> [http://lefa.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1](http://lefa.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1).

<sup>31</sup> <http://www.gov.mb.ca/ia/programs/neighbourhoods/index.fr.html>.

<sup>32</sup> <http://www.quintsaskatoon.ca/aboutquint.html>.

Les médecins et les responsables locaux de la santé publique peuvent jouer un rôle de chef de file en faisant en sorte que le public comprenne mieux le lien existant entre les déterminants de la santé et la santé de la population, et en facilitant l'établissement de la collaboration nécessaire au niveau local pour s'attaquer aux déterminants de la santé. À cet égard, le rapport sur les disparités en santé préparé en 2008 par la Saskatoon Health Region est un exemple remarquable<sup>33</sup>. La Saskatoon Health Region a réuni des preuves accablantes mais solides de l'existence dans la ville de disparités en santé, et a ensuite tenu au-delà de 200 séances de consultation communautaire en présence de représentants gouvernementaux, d'universitaires et de groupes communautaires au sujet de ces preuves. Les auteurs du rapport proposent un ensemble complet et coordonné de solutions possibles fondées sur des preuves, qui n'est pas loin de faire l'unanimité à en juger par les revues de presse internationales, par les échos de la deuxième ronde de consultation tenue dans plus d'une centaine de collectivités et par les résultats d'un sondage téléphonique réalisé auprès de 5 000 résidents de Saskatoon.

*Nous devons mettre davantage l'accent sur les soins de santé que sur les hôpitaux. Ce que je veux que vous sachiez est que la collectivité ne dispose pas de ressources suffisantes. Nous devons mettre davantage l'accent sur la collectivité que sur les institutions.*

*D<sup>r</sup> Robert Cushman, directeur général, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain, 1<sup>er</sup> avril 2009 (:).*

Le réseau de CLSC au Québec et les centres de santé communautaires dans d'autres provinces montrent comment il est possible de réunir un éventail de services sous un même toit, dans des centres de quartier. Notre examen du modèle de polyclinique à Cuba a dissipé tout doute concernant ce qui peut être accompli au moyen de budgets très modestes, grâce à une solide présence de soins primaires ancrés dans la vie de quartier, qui s'attaquent simultanément à de nombreux déterminants de la santé. Les polycliniques cubaines sont multidisciplinaires et assurent l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et des grands-parents et la mobilisation de la collectivité, dans le cadre d'un solide système de soins de santé primaires multidisciplinaire. Leur mandat étant axé sur la prévention, elles entreprennent régulièrement des projets de dépistage universel et recommandent fortement l'immunisation. Elles servent en outre à la formation médicale et pédagogique – les étudiants en médecine et en nursing reçoivent l'essentiel de leur formation dans des polycliniques, souvent dans celle où ils seront professionnellement rattachés une fois leurs études terminées. De plus, dans le cadre d'une approche communautaire intégrée, le personnel des polycliniques travaille en étroite collaboration avec les enseignants des centres de développement de la petite enfance, des centres préscolaires et des écoles primaires. Il tient des réunions périodiques (semestrielles) afin de discuter de la santé mentale et physique générale des enfants de la collectivité. Les conseils de quartier veillent à ce que les services, comme les programmes d'enseignement préscolaire, soient adaptés aux besoins de la collectivité.

L'intégration ou la coordination des services à l'échelon local peut aider à rationaliser et à simplifier l'accès, à accroître l'efficacité et à faire le pont avec les programmes conventionnels. Mais en définitive, l'intégration est un processus, et il n'existe pas de modèle unique pouvant s'appliquer à toutes les situations. Il s'agit plutôt d'un objectif qui doit être adapté à chaque

<sup>33</sup> [http://www.saskatoonhealthregion.ca/your\\_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf](http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf).

contexte communautaire. L'important est de mettre l'accent sur des mesures concertées axées sur les besoins locaux.

À l'échelle internationale, le Canada traîne derrière les autres instances à cet égard. Nous pouvons tirer des enseignements de nos propres exemples de réussite et de ceux d'autres pays, notamment la Suède et le Royaume-Uni, afin de trouver la meilleure combinaison de modèles de responsabilité relevant des instances décisionnelles tant supérieures que locales, mettant en équilibre la souplesse locale et la responsabilité nationale. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada travaille en collaboration avec les autres ordres de gouvernement et le secteur non gouvernemental afin d'appuyer l'intégration ou la coordination de services communautaires dans un cadre de déterminants de la santé.**

#### 4. LA SANTÉ DE LA POPULATION AUTOCHTONE

*Les communautés autochtones recèlent une richesse extraordinaire de potentiel non exploitée dont le gouvernement du Canada pourrait appuyer l'épanouissement<sup>34</sup>.*

À l'heure actuelle, les Autochtones canadiens – les Premières nations, les Inuits et les Métis – présentent tous un état de santé bien inférieur à la moyenne nationale. Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, les Autochtones au Canada vivent une situation d'inégalité. Les disparités sont frappantes entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones pour la plupart des déterminants de la santé, et les écarts se creusent. Soulignons en particulier les conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les peuples autochtones, souvent comparées à celles de pays en développement. La situation est non seulement déplorable, elle est tout simplement inacceptable.

*Dans le passé, les peuples autochtones n'ont pas été les participants à part entière de l'État nation qu'est le Canada, et la situation est encore la même aujourd'hui. Avec l'évolution de l'économie politique du Canada, il est devenu nécessaire de déplacer les peuples autochtones de leurs terres ancestrales et de modifier leur mode de vie pour faire place aux sociétés colonisatrices. Il ne s'agit pas de mon opinion; c'est une question de fait. Le processus de dislocation qui a découlé de la colonisation a engendré l'exclusion sociale du reste du Canada d'un grand nombre de peuples et de collectivités autochtones. Cette exclusion a conduit à la marginalisation sur les plans de l'éducation, de l'emploi, du logement, des soins de santé et de nombreux autres services. Cela a ensuite créé une société à deux classes au Canada – ça a créé une norme pour les Canadiens en général et une autre pour les peuples autochtones.*

*Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, 26 mars 2009  
(3:12-13).*

<sup>34</sup> Conference Board of Canada's Roundtable on the Socio-Economic Determinants of Health, *op. cit.*, p. 14.



Le Sous-comité reconnaît les intérêts particuliers et les besoins propres de chaque groupe autochtone – Premières nations, Inuits et Métis. Nous pensons aussi, comme les témoins, qu'il faut inclure tous les peuples autochtones, qu'ils habitent dans les réserves ou les peuplements, en milieu rural ou urbain, dans les régions septentrionales ou arctiques. L'approche que propose le Sous-comité en matière de santé de la population, axée sur le niveau communautaire, donne la souplesse nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être des Autochtones tout en respectant les distinctions sociales, culturelles et locales. Nous sommes d'accord avec les témoins qui ont souvent déclaré que les groupes n'entrent pas tous dans le même moule. Nous sommes aussi fermement convaincus, comme de nombreux témoins, que même les collectivités les plus défavorisées disposent parfois de forces, de capacités et d'atouts importants et étonnants qui peuvent servir à améliorer leur santé physique et mentale et leur bien-être. Les perspectives autochtones en matière de santé et de bien-être offrent des modèles holistiques féconds. Les groupes inuits et métis présentent chacun leur propre vision et schéma du bien-être holistique, qui ont beaucoup d'éléments en commun avec le cadre illustré dans le graphique 1 qui précède. Étant donné l'importance fondamentale de respecter les distinctions sociales, culturelles et locales dans les politiques et programmes de la santé destinés aux peuples autochtones, le Sous-comité recommande :

**Que les peuples autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – participent à la conception, à l'élaboration et à la prestation des programmes et des services fédéraux visant les déterminants de la santé dans leurs collectivités respectives.**

Le Sous-comité sait que plus de 30 ministères et organismes fédéraux offrent actuellement quelque 360 programmes et services fédéraux aux peuples et aux collectivités autochtones. Ces programmes et services visent la santé, l'éducation permanente, les collectivités sûres et durables, le logement, les possibilités économiques, les terres et les ressources et les liens de gouvernance. Le Sous-comité abonde dans le sens de nombreux témoins qui estiment que ces programmes et services pourraient être mieux coordonnés et intégrés afin de viser les déterminants de la santé chez la population autochtone. Une approche pangouvernementale, où 30 ministères et organismes travailleraient ensemble de façon intégrée, constituerait une première étape vers la réduction des disparités en santé entre Canadiens autochtones et Canadiens non autochtones. Actuellement, le fonctionnement en vase clos au fédéral empêche les collectivités autochtones d'élaborer, à leur propre rythme et selon leurs besoins, une approche complète à l'égard des déterminants de la santé. Les instances décisionnelles supérieures devront prendre les rênes afin d'éliminer ces vases clos. De plus, une approche axée sur la santé de la population va tout à fait dans le sens de la croyance autochtone voulant que la santé aille de pair avec l'atteinte de l'équilibre dans tous les aspects de la vie : spirituel, mental, émotionnel, physique et social.

*Dans la conception inuite du monde, la santé, l'éducation et les conditions sociales sont toutes interreliées. C'est vraiment une difficulté lorsqu'il y a des ministères qui travaillent de manière fortement cloisonnée. (...) Pour les Inuits, c'est un réel défi de travailler avec un système qui fonctionne en vase clos.*

*Rosemary Cooper, directrice des services à la haute direction, Inuit Tapiriit Kanatami, 25 mars 2009 (2:41).*

Des témoins ont fait valoir qu'après avoir présenté des excuses officielles aux « générations volées » en 2008, le premier ministre australien a pris les devants et mis en œuvre un programme afin de combler l'écart qui défavorise les aborigènes. La nouvelle approche repose à la fois sur l'injection de fonds nouveaux et sur la réorientation des fonds. Le projet Comblant l'écart conjugue une approche pangouvernementale à l'échelon du Commonwealth – le Comité du Cabinet sur les affaires aborigènes – et un mécanisme intergouvernemental – la coopération avec les États et les territoires – par l'intermédiaire du Conseil des gouvernements d'Australie (CGA). Tous les gouvernements ensemble ont élaboré et adopté six cibles principales touchant l'espérance de vie chez les Autochtones, le taux de mortalité, la littératie et la numératie, l'emploi, la scolarisation et la petite enfance.

*Le premier ministre australien a fait une déclaration il y a un an sur le besoin de combler l'écart. En Australie, on s'efforce à l'échelle nationale de combler l'écart entre l'état de santé des peuples aborigènes et celui de la population dans son ensemble. Durant la première journée où siège le Parlement chaque année, le premier ministre présente un rapport au Parlement sur les progrès de l'ensemble du gouvernement pour combler l'écart.*

*Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, 26 mars 2009 (3:31).*

Au Canada, le premier ministre, dans les excuses qu'il a présentées aux anciens élèves des pensionnats indiens au nom de la population canadienne, a souligné qu'il s'agissait de prendre un nouveau départ et d'aller de l'avant en partenariat. Le Sous-comité estime qu'il est temps maintenant pour le gouvernement fédéral d'agir. Il est essentiel de réduire, d'éliminer même les disparités troublantes entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones pour pouvoir améliorer la santé et les conditions socioéconomiques des Premières nations, des Inuits et des Métis. L'approche adoptée en Australie constitue un très bon modèle pour le Canada. De plus, nombre d'éléments sont déjà en place afin que le programme puisse être réalisé.

*Le 11 juin marquera le premier anniversaire des excuses émises par le Parlement du Canada aux anciens pensionnaires. Les excuses n'ont pas seulement reconnu les erreurs du passé, elles ont également laissé entendre de profonds changements. L'heure est venue de changer fondamentalement les systèmes de soins de santé et d'en arriver à une équité réelle. Mes enfants ainsi que les vôtres ne méritent rien de moins.*

*Bob Watts, directeur exécutif, Assemblée des Premières nations, 25 mars 2009 (2:32).*

En 2005, un processus baptisé la Table ronde Canada-Autochtones a donné lieu à un ensemble d'ententes entre les dirigeants autochtones et les gouvernements canadiens concernant les niveaux de vie et les droits de la personne fondamentaux. Il a permis d'établir des objectifs et d'attribuer des fonds afin de réduire les disparités entre les communautés autochtones et l'ensemble de la population canadienne. Jamais auparavant n'a-t-on été témoin d'un degré d'implication aussi élevé de la part de dirigeants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que des dirigeants, collectivités et organismes autochtones. Ont participé aux négociations l'Inuit Tapiriit Kanatami (représentant les Inuits); le Ralliement national des Métis (représentant les Métis); l'Assemblée des Premières Nations (représentant les Premières nations); le Congrès des peuples autochtones (représentant les peuples autochtones vivant en milieu urbain ou hors réserve); et l'Association des femmes autochtones du Canada (représentant les femmes autochtones). Le Sous-comité estime que le Canada doit prendre appui sur cette réalisation historique et, par conséquent, il recommande :

*Dans les excuses qu'il a présentées au nom du Canada aux victimes des pensionnats indiens, le premier ministre a déclaré qu'il s'agit d'un nouveau départ, une occasion d'aller de l'avant de concert. Nous attendons toujours qu'il se passe quelque chose de ce côté-là. Nous croyons que le moment est venu pour le gouvernement fédéral d'agir.*

*Rose Sones, directrice adjointe,  
Politiques stratégiques, Secrétariat à  
la santé et au développement social,  
Assemblée des Premières Nations,  
25 mars 2009 (2:53).*

**Que le premier ministre du Canada, dans un premier pas vers l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population pancanadienne, travaille de concert avec les premiers ministres des provinces et des territoires, ainsi qu'avec les dirigeants des Premières nations, des Inuits, des Métis et des autres peuples autochtones, afin de combler l'écart quant aux résultats en santé des Canadiens autochtones, au moyen de programmes et de services exhaustifs, holistiques et coordonnés.**

**Que la priorité soit accordée aux déterminants de la santé suivants : de l'eau propre, la salubrité des aliments, le rôle parental et l'apprentissage de la petite enfance, l'éducation, le logement, le développement économique, les soins de santé et la violence faite aux femmes, aux enfants et aux aînés autochtones.**

De nombreux représentants autochtones ont dit au Sous-comité à quel point les conflits de compétences à propos du financement et de la prestation des programmes retardent l'accès au programme et l'obtention d'un soutien. Dans ce contexte, ils ont raconté l'histoire de Jordan River Anderson, un enfant des Premières Nations, né avec de graves problèmes de santé. Sa famille, qui ne disposait pas de moyens nécessaires pour prendre soin de lui à la maison, a pris la difficile décision de le placer dans un établissement pédiatrique hors réserve peu après sa naissance. Jordan est demeuré hospitalisé pendant les deux premières années de sa vie, le temps que son état de santé se stabilise. Peu après son deuxième anniversaire, les médecins ont dit qu'il pouvait être ramené au domicile familial. Malheureusement, les gouvernements fédéral et provincial ont commencé à se disputer pour savoir quel ordre de gouvernement et quel ministère

devaient payer pour les soins à domicile de Jordan! Ce conflit de compétences a duré deux ans et a eu pour conséquence de retenir inutilement Jordan à l'hôpital. Malheureusement, le bambin est décédé avant que le conflit de compétences ne se règle. C'est pour honorer sa mémoire qu'on a énoncé le principe de Jordan. Ce principe axé sur « l'enfant d'abord » vise à faire en sorte que les services nécessaires à un enfant ne soient pas retardés ou perturbés par des conflits de compétences. En décembre 2007, le gouvernement fédéral a approuvé le principe de Jordan en adoptant la motion d'initiative parlementaire n° 296. Cette politique historique qui fait passer « l'enfant d'abord » doit toutefois être approuvée par tous les ordres de gouvernement avant de pouvoir être mise en application. De plus, le Sous-comité convient avec les témoins que ce principe devrait s'appliquer à tous les Canadiens autochtones, sans égard à l'âge, parce que ceux-ci « passent entre les mailles du filet » dans bien des domaines où la compétence fédérale et les responsabilités provinciales et territoriales se chevauchent. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada s'entende avec les provinces et les territoires pour appliquer le principe de Jordan à tous les programmes, mesures et services portant sur les déterminants de la santé des Autochtones de tous les groupes d'âge.**

Le Sous-comité s'est aussi fait dire à maintes reprises que la vision qu'ont les Autochtones de la santé physique et mentale et du bien-être est ancrée dans le cercle sacré et fait ressortir l'importance de l'autodétermination. Certains témoins sont d'avis que bien des collectivités autochtones pourraient adapter le modèle cubain des polycliniques pour offrir des services et des programmes intégrés en ce qui concerne la santé de la population. D'autres ont souligné que la création de conseils communautaires autochtones dotés de structures semblables, à certains égards, à celles des régies régionales de la santé aiderait à donner suite au désir légitime des peuples autochtones de jouir de l'autodétermination dans le domaine de la santé de la population. D'autres témoins, par contre, ont indiqué que certaines collectivités autochtones disposent déjà des structures et des mécanismes nécessaires pour faciliter l'élaboration et l'application d'une politique sur la santé de la population. Par conséquent, le Sous-comité recommande :

**Que le gouvernement du Canada, de concert avec ses homologues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les organismes des Premières nations, inuits et métis compétents, appuie et finance la mise en place d'un bout à l'autre du pays des structures et mécanismes nécessaires pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de programmes holistiques complets et coordonnés de nature à remédier aux disparités en santé dans les collectivités autochtones.**

## CONCLUSION

Le Canada a été un chef de file mondial pour ce qui est d'améliorer la compréhension de la santé de la population et des disparités en santé. En 1974, le rapport Lalonde a complètement transformé la façon de voir la santé, une nouvelle vision qu'ont amplifiée en 1986 la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et le rapport Epp. L'Institut canadien de recherches avancées, par l'intermédiaire de son Programme de la santé des populations et de publications comme *Why Are Some People Healthy and Others Are Not?* (Pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé alors que d'autres ne le sont pas), a donné lieu à une meilleure compréhension des déterminants de la santé et des disparités en santé. Cependant, au cours des dernières années, l'élaboration des politiques n'a pas suivi l'état de ces connaissances, car le coût et la prestation des soins de santé ont dominé le dialogue public. En fait, le Canada accuse maintenant du retard par rapport à des pays comme le Royaume-Uni et la Suède en ce qui concerne l'application du fond de connaissance sur la santé publique qui a pourtant été largement élaboré dans notre pays.

Le manque d'action s'est traduit par un accroissement des disparités en santé au Canada. Le Sous-comité juge inacceptable pour un pays riche comme le nôtre de continuer de tolérer de telles disparités. Nous craignons que la pénible conjoncture économique, sans précédent pour ses répercussions mondiales, ne fasse qu'accroître ces disparités. C'est pour ces raisons que nous proposons un ensemble de recommandations visant à améliorer la santé de tous les Canadiens et en particulier de nos groupes les plus défavorisés – les Premières nations, les Inuits et les Métis. Notre projet, qui met l'accent sur le cycle de vie, conjugué à une approche communautaire, peut déboucher sur des gains extraordinaires sur le plan de la santé, de la productivité et de la richesse. C'est possible si tous les gouvernements agissent ensemble de façon stratégique et coordonnée sur les déterminants de la santé, pour mobiliser les collectivités, le secteur des entreprises et toute la population canadienne afin de promouvoir une vision d'un avenir sain, juste et florissant. Sous la direction du premier ministre du Canada, nous pouvons, ensemble, améliorer la santé et accroître la richesse au cours de la prochaine génération.