

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

Vers une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques aux paliers fédéral, provincial et territorial?

Rapport | 2023

AUTRICE

Nicole F. Bernier, Ph. D.
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

SOUS LA COORDINATION DE

Olivier Bellefleur
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

RÉVISEURS

Le CCNPPS remercie également Patsy Beattie-Huggan et Malcolm Shookner (Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique), Ginette Thomas (Université Carleton), deux relecteurs ayant demandé de demeurer anonymes ainsi que Martin Renaud, Hélène Poliquin, Marianne Jacques et Natalia Carrillo Botero (CCNPPS), qui ont commenté une version préliminaire de ce document.

ÉDITION

Marianne Jacques et Mylène Maguire
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Marie-Cloé Lépine
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) souhaite remercier Josée Lavoie (Université du Manitoba), Ginette Thomas (Université Carleton), Chantal Lévesque (Université de Montréal) et Stephanie Simpson (indépendante), qui ont offert leur expertise à travers des entretiens ou des documents écrits.

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Bernier, N. F. (2023). *Vers une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques aux paliers fédéral, provincial et territorial?* Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par l'intermédiaire du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca) et du CCNPPS (<https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/>).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: <https://ccnpps-ncchpp.ca> and on the INSPQ website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

Dépôt légal — 2^e trimestre (2023)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-94577-2 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-550-94576-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

À propos du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

« Face aux défis actuels et futurs, nombreux et complexes, qui menacent la santé et le mieux-être au sein des pays et à l'échelle internationale — pensons notamment à l'urbanisation rapide, aux changements climatiques, aux menaces pandémiques et à la prolifération de produits nuisibles —, il y a un besoin urgent de réponses concrètes. »

Adelaide Statement II on Health in All Policies

(World Health Organization et Government of Australia, 2019)

Table des matières

Résumé	1
1 Introduction	3
1.1 Contexte	3
1.2 Objectifs.....	4
1.3 Méthodologie.....	5
2 Qu'est-ce que la SdTP?	7
2.1 Trois principaux éléments.....	7
2.2 Lacunes dans la mise en œuvre	8
3 Survol de la mise en œuvre de la SdTP dans les provinces canadiennes	11
3.1 Québec	11
3.2 Terre-Neuve-et-Labrador	15
4 Des occasions uniques pour les gouvernements FPT	17
4.1 Intégrer les déterminants sociaux de la santé à la planification de crise à grande échelle.....	17
4.2 Corriger les déséquilibres dans les politiques sociales.....	17
4.3 Soutenir une plus grande équité en santé pour les peuples autochtones.....	19
4.4 Consolider les droits de la personne et le développement durable.....	21
5 Résumé et conclusions	23
Références	25

Résumé

La Santé dans toutes les politiques (SdTP) est définie formellement comme étant : « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (World Health Organization [WHO] et Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2014, p. 7). Cette approche s'accompagne d'objectifs et de mandats uniques qui dépendent des contextes politiques nationaux et sous-nationaux spécifiques dans lesquels elle est élaborée.

Déoulant de l'intérêt manifesté envers la SdTP par les participants et les participantes à une activité pancanadienne organisée par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé à l'automne 2019, cet article est destiné aux professionnels de la santé publique qui œuvrent en prévention et en promotion de la santé partout au Canada, aux analystes et aux gestionnaires des politiques sociales et sanitaires au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) et des autorités régionales de santé, ainsi qu'à leurs partenaires intersectoriels et communautaires. Il vise à permettre de mieux comprendre la SdTP et à clarifier ce à quoi on peut (ou non) s'attendre d'une approche de la SdTP dans le contexte politique canadien. Il examine certains des rôles et occasions uniques qui se présentent aux gouvernements FPT relativement à l'adoption ou au renforcement de la SdTP dans leur territoire de compétence, et il aborde trois principaux volets : 1) qu'est-ce que la SdTP?; 2) un survol de la mise en œuvre de la SdTP dans les provinces canadiennes; et 3) des occasions uniques pour les gouvernements FPT.

L'analyse démontre que le concept de la SdTP est large et possiblement radical. Toutefois, sur le plan empirique, il est mis en œuvre de manière souple et limitée afin de favoriser le changement depuis des structures gouvernementales existantes. S'appuyant sur l'expérience de deux provinces, l'analyse indique que dans le contexte politique canadien, la SdTP peut être vue comme un instrument de politique qui exprime une vision globale comprenant plusieurs dimensions de la promotion de la santé et de la prévention, qui dépasse les soins de santé et qui soutient des actions intersectorielles coordonnées afin d'améliorer les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, les gouvernements FPT pourraient adopter ou renforcer la SdTP en tant que cadre politique global pour :

- Faire en sorte que les déterminants macrosociaux de la santé et les effets positifs sur la santé soient plus systématiquement pris en considération par les décideurs politiques dans tous les secteurs;
- Influencer l'élaboration de politiques dans les domaines pertinents;
- Soutenir les actions locales dans tous les secteurs;
- Soutenir les décideurs afin qu'ils répondent à la relance post-pandémie de COVID-19 de façon proactive et éclairée par l'équité en santé;
- Favoriser une intégration plus systématique des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans la planification pour faire face aux futures crises collectives;
- Servir de rappel prudent, dans les processus d'élaboration des politiques dans tous les secteurs, des effets de toute élaboration des politiques sur la santé des populations;
- Guider les décisions graduelles portant sur la répartition des ressources et sur les priorités gouvernementales au fil du temps.

Compte tenu de ces résultats, nous n'affirmons pas que la SdTP représente une solution politique indépendante pouvant assurer à elle seule la santé des populations. Néanmoins, les gouvernements FPT pourraient vouloir envisager la conception d'une stratégie de SdTP principalement comme un levier de politique additionnel pouvant faciliter la gouvernance de la santé des populations, dans le but d'améliorer la synergie entre les politiques publiques et les programmes préexistants. Ils pourraient aussi vouloir intégrer des outils et des procédés dans le cadre d'une stratégie de SdTP, pour attirer plus systématiquement l'attention sur les effets sur la santé des populations de l'élaboration de politiques par des secteurs autres que celui de la santé.

Pour que la SdTP soit appropriée, respectueuse et pertinente pour les peuples autochtones vivant au Canada, il faut collaborer avec les communautés des Premières Nations, métisses et inuites afin de déterminer si la mise en œuvre de la SdTP pourrait appuyer leurs priorités. Une approche adaptée à la culture devrait procéder de la reconnaissance par toutes les parties du fait que différents paradigmes de santé existent et qu'ils reflètent des différences entre les visions et les croyances des Occidentaux et des Premières Nations, des Métis et des Inuits au sujet de la santé et de ses déterminants.

1 Introduction

Plusieurs facteurs autres que la génétique, les habitudes de vie et l'accès aux soins de santé influencent la santé de la population, et ceux-ci ne sont pas gérés par le secteur de la santé. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé *et al.*, 1986) indique que les politiques publiques saines¹ dans tous les secteurs administratifs sont une stratégie essentielle de promotion de la santé. Depuis, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré des cadres d'intervention pour soutenir la promotion de la santé des populations, la prévention et l'équité au-delà des questions relatives aux soins de santé et aux habitudes de vie. Ces cadres « encouragent le travail intersectoriel et la participation sociale à l'élaboration des politiques pour agir sur une grande variété de déterminants [de la santé] » (Valentine *et al.*, 2017, p. 12)². Un des cadres d'intervention est plus précisément conçu pour la Santé dans toutes les politiques (SdTP), qui est formellement définie ainsi :

une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. En tant que concept, elle illustre les principes de légitimité, de reddition de comptes, de transparence et d'accès à l'information, de participation, de durabilité et de collaboration entre les secteurs et les paliers de gouvernement (WHO et Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2014, p. 7).

Une approche de la SdTP a été adoptée par des gouvernements nationaux et sous-nationaux, y compris ceux de l'Australie-Méridionale, de la Finlande, de la Californie, du pays de Galles et du Québec (Lin et Kickbusch, 2017). Les formes empiriques de la SdTP doivent forcément être accompagnées d'objectifs et de mandats uniques qui dépendent des contextes politiques nationaux et sous-nationaux spécifiques dans lesquels elles sont élaborées (Shankardass *et al.*, 2015, p. 464). Cet article explore certaines de ces formes empiriques et certains des rôles possibles de la SdTP en contexte politique canadien aux paliers fédéral, provincial et territorial.

1.1 Contexte

En 2017, lors de la 70^e réunion annuelle de l'OMS, des représentants et des représentantes du Soudan, de la Finlande, de la Thaïlande, du Québec et de l'Australie-Méridionale ont créé un réseau mondial pour la Santé dans toutes les politiques (*Global Network for Health in All Policies*, GNHiAP)³. Deux ans plus tard, le GNHiAP a organisé un événement sur invitation à Québec (Canada) au cours duquel des chefs de file, des spécialistes et des professionnels de différents pays ont défini des stratégies et des outils pour la SdTP, se sont penchés sur des questions pratiques de mise en œuvre, et ont réfléchi aux manières dont des relations intersectorielles peuvent être créées et renforcées.

¹ Une politique publique saine, aussi appelée politique publique favorable à la santé, est une politique publique susceptible d'améliorer la santé des populations en ayant un effet positif sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

² Comme exemple d'un cadre axé sur les déterminants sociaux de la santé, prenons l'identification par le gouvernement du Canada de 12 principaux déterminants de la santé associés à la santé des individus et des populations : le revenu et le statut social; l'emploi et les conditions de travail; l'éducation et la littératie; les expériences vécues pendant l'enfance; l'environnement physique; le soutien social et la capacité d'adaptation; les comportements sains; l'accès aux services de santé; la biologie et le patrimoine génétique; le genre; la culture; la race et le racisme (Gouvernement du Canada, 2023).

³ Le GNHiAP soutient la mise en œuvre des Objectifs de développement durable adoptés par tous les États membres des Nations Unies en 2015 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il est également en faveur des systèmes universels de soins de santé.

Cet événement a été suivi de la Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques, un événement sur invitation organisé par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La Rencontre pancanadienne visait à soutenir le réseautage entre les parties prenantes canadiennes manifestant un intérêt envers la SdTP. Ses 25 participantes et participants étaient affiliés à des gouvernements fédéral et provinciaux, à des autorités régionales de santé, à des organisations autochtones et à des universités de tout le Canada. Ils ont échangé sur leurs expériences, ont discuté du statut de la SdTP au Canada (y compris en contextes autochtones) et ont exploré des avenues permettant de soutenir cette pratique au Canada. Lors de cet événement d'une journée, les participants ont mentionné que la SdTP était une approche essentielle qui mérite une plus vaste reconnaissance, une interprétation commune et une plus grande adoption par les gouvernements au Canada. Parmi les étapes suivantes proposées par les participants, mentionnons la création d'un réseau canadien pour la SdTP ainsi que l'amélioration de la compréhension des perspectives de mise en œuvre de la SdTP en contextes canadiens (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2020).

L'ASPC a accordé des fonds au CCNPPS pour qu'il fasse le suivi des besoins et des intérêts exprimés durant cet événement, et cet article est l'une des réponses du CCNPPS. Il cherche à aider les professionnels de la santé publique ainsi que leurs partenaires intersectoriels et communautaires de tout le Canada à mieux comprendre le concept de la SdTP, et il vise également à clarifier ce à quoi on peut s'attendre (ou non) d'une approche de la SdTP dans le contexte politique canadien.

1.2 Objectifs

Cet article observe d'abord qu'il existe des écarts importants entre le concept de la SdTP (en principe) et sa mise en œuvre (en pratique). Il explore l'idée voulant que, étant donné leurs rôles et possibilités uniques relativement à l'adoption ou au renforcement de la SdTP, les gouvernements FPT puissent vouloir envisager la conception d'une stratégie pragmatique de SdTP qui ne s'attend pas à un changement radical. Il aborde trois principaux volets :

- Qu'est-ce que la SdTP?
- Survol de la mise en œuvre de la SdTP dans les provinces canadiennes;
- Des occasions uniques pour les gouvernements FPT.

Cet article se concentre sur le point de vue des gouvernements FPT, lesquels jouent des rôles uniques sur le plan de la SdTP. Il n'y a aucun doute que tous les paliers de gouvernement – local, régional, FPT – sont importants dans la mise en œuvre d'une stratégie de SdTP. Cependant, les gouvernements FPT ont des pouvoirs et des responsabilités spécifiques qui leur permettent d'adopter des lois, d'élaborer des règlements, d'allouer des budgets et d'ajuster des programmes publics dans les domaines des politiques publiques qui sont essentiels aux déterminants macrosociaux (les causes profondes) de la santé des populations (Lithwick, 2015; Dahlgren et Whitehead, 2007)^{4, 5}. La réduction de la pauvreté, l'éducation, l'agriculture et la production

⁴ Au sujet des divisions des pouvoirs fédéraux et provinciaux dans les articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, voir Lithwick (2015).

⁵ Dahlgren et Whitehead (2007) ont conceptualisé un modèle bien connu et très utilisé des principaux déterminants de la santé pour l'ensemble de la population. Ce modèle présente un éventail de déterminants de la santé, lequel comprend des facteurs liés au mode de vie et à l'accès aux soins de santé, mais n'est pas limité à ceux-ci. Leur modèle arc-en-ciel comprend cinq catégories de déterminants de la santé : l'âge, le sexe et les facteurs relatifs à la constitution physique; les facteurs liés au mode de vie individuel; les réseaux sociaux et communautaires; les conditions de vie et de travail; ainsi que les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales (les déterminants macrosociaux de la santé).

alimentaire, le chômage, les soins de santé, le logement et les soins aux enfants sont des exemples de sphères de politiques publiques dans lesquelles les professionnels de la santé publique et les organisations communautaires sont souvent très actifs, mais sur lesquelles on ne peut pas agir exclusivement à l'échelle locale.

1.3 Méthodologie

L'analyse est principalement fondée sur une revue de données secondaires tirées de sources textuelles, lesquelles incluent une sélection d'articles révisés par des pairs, de monographies, ainsi que de publications officielles d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. La recherche documentaire a consisté en un processus itératif alternant entre des sources potentiellement utiles, d'une part, et la définition et le raffinement du problème, d'autre part. Ce processus a été éclairé par des sources crédibles qui circulaient parmi les chercheurs du CCNPPS et leurs collaborateurs déjà impliqués dans la recherche sur les politiques et les activités liées à divers aspects de la SdTP et des politiques publiques canadiennes. Il comprenait la réalisation de recherches Internet sur les sites Web officiels des gouvernements et d'organisations de la société civile ainsi que l'extraction de sources révisées par des pairs citées dans des articles et d'autres sources, afin de recueillir des détails sur les sujets abordés.

Certaines des informations liées à la mise en œuvre de la SdTP dans les provinces canadiennes sont tirées de sources primaires (documents gouvernementaux circulant à l'interne, ou encore conversations téléphoniques ou par courriel), lesquelles ont servi de sources complémentaires. La collecte de données étayant l'analyse de la SdTP dans le cadre de contextes autochtones a aussi été appuyée par des sources complémentaires. Il s'agit d'entrevues personnelles semi-structurées en profondeur avec trois chercheuses canadiennes ayant de l'expertise en études autochtones, réalisés en février et en mars 2022.

2 Qu'est-ce que la SdTP?

La littérature scientifique abordée dans cette section indique qu'une approche globale de la SdTP comporte trois principaux éléments : des processus et des outils pour influencer l'élaboration de politiques; des collaborations intersectorielles et des solutions multidimensionnelles; et une stratégie globale appuyée par le gouvernement. À partir de cette observation, nous proposons qu'une approche globale en matière de SdTP puisse être définie comme étant une stratégie appuyée par le gouvernement visant à influencer l'élaboration de politiques dans les secteurs autres que celui de la santé, dans le but d'avoir des répercussions positives sur les déterminants sociaux de la santé des populations et de l'équité en santé ou au minimum, de minimiser les impacts négatifs sur la santé de l'élaboration de politiques⁶.

2.1 Trois principaux éléments

Des processus et des outils pour influencer l'élaboration de politiques. Une stratégie de SdTP tient compte de la manière dont les politiques élaborées par des secteurs administratifs autres que celui de la santé sont susceptibles d'influencer une grande diversité de déterminants sociaux de la santé et d'avoir des effets sur l'équité en santé. Elle implique l'établissement de processus administratifs pour faciliter des collaborations intersectorielles qui soutiennent l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé. Elle implique aussi l'utilisation d'outils d'évaluation prospective comme l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour évaluer systématiquement les effets anticipés de propositions de politiques et de projets d'autres secteurs sur l'équité en santé et sur les déterminants sociaux de la santé, dans le but d'influencer l'élaboration de politiques (Baum *et al.*, 2014; Shankardass *et al.*, 2015).

Des collaborations intersectorielles et des solutions multidimensionnelles. La SdTP suppose des collaborations entre les décideurs politiques et les fonctionnaires du secteur de la santé et ceux d'autres secteurs administratifs. Elle vise à créer des synergies pour mettre au point des solutions multidimensionnelles à des problèmes complexes pertinents à la santé des populations (de Leeuw, 2022, p. 207). Selon le point de vue de certains, bien que la SdTP puisse impliquer des collaborations avec des organisations communautaires et d'affaires ainsi qu'avec d'autres partenaires de la société civile (Shankardass *et al.*, 2015), elle « n'a jamais été censée faire référence à l'implication de tous les secteurs de la société. Il s'agissait plutôt de faire référence à l'implication et à la priorisation de la santé dans tous les secteurs du gouvernement » (Godziewski, 2022, p. 186).

Une stratégie globale appuyée par le gouvernement. La SdTP n'est pas un plan d'intervention mené par le secteur de la santé incorporant des solutions issues de multiples secteurs pour se pencher sur un problème de santé publique précis (p. ex., une approche pangouvernementale à l'usage du tabac). Ce n'est pas non plus une intervention multisectorielle axée sur les maladies et menée par les autorités de santé (p. ex., une approche pangouvernementale à la lutte contre les maladies chroniques). C'est une stratégie globale, appuyée par le gouvernement, qui vise à s'occuper de façon générale des déterminants sociaux de la santé dans l'élaboration des politiques publiques dans tous les secteurs (Green *et al.*, 2021; Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2018).

⁶ Les processus et les outils relatifs à la SdTP pourraient, par exemple, faciliter l'évaluation des impacts négatifs anticipés d'une mesure politique proposée par le ministère des Transports sur certains groupes plus vulnérables de la population, ainsi que la présentation de mesures d'atténuation à ce ministère.

2.2 Lacunes dans la mise en œuvre

Ce que le concept de SdTP signifie en principe et la manière dont il s'applique en pratique sont deux choses différentes. La SdTP a été décrite comme étant « un concept abstrait aux idées rhétoriques », et son application pratique est considérée comme étant difficile (Huang *et al.*, 2019, p. 2). Une revue systématique qualitative des leçons tirées de la SdTP dans la littérature scientifique, réalisée par des chercheurs britanniques, a mené les auteurs à conclure :

Le narratif dominant de la SdTP *en théorie* ne correspond pas au sens de la SdTP *en pratique*. Le premier désigne une stratégie ambitieuse visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé grâce à des changements radicaux de politiques publiques dans de multiples secteurs, facilitée par une action intersectorielle et un grand engagement stratégique à générer du soutien envers de meilleures politiques publiques. Le second désigne une stratégie ambitieuse sur papier seulement, qui représente au mieux des changements de politiques publiques modérés, et au pire un engagement négatif (...) (Cairney *et al.*, 2021, p. 28).

En principe, la SdTP impliquerait tous les secteurs administratifs et tous les paliers de gouvernance, étant donné que « dans tous les secteurs et à différents paliers de gouvernance, les politiques publiques peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé des populations et sur l'équité en santé » (WHO et Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2014, p. 7). Cela inclurait non seulement les secteurs davantage axés sur le domaine social ou les services, comme les secteurs responsables du logement, de l'éducation, du transport, de l'environnement, de la culture et de l'immigration, mais aussi les secteurs davantage axés sur la productivité et le commerce qui sont responsables de l'innovation, des politiques monétaires, des politiques fiscales et du commerce international, ainsi que les secteurs moins évidents comme celui de la défense. En pratique, dans plusieurs pays où la SdTP a été mise en œuvre, le secteur de la santé collabore habituellement non pas avec tout l'éventail des partenaires intersectoriels possibles, mais principalement avec les secteurs de l'éducation et du domaine social (Valentine *et al.*, 2017, p. 17).

En principe, la SdTP nécessite un engagement à long terme, une vision et un plan d'action du gouvernement⁷, puisque l'harmonisation de toutes les activités des secteurs pour offrir efficacement des politiques publiques favorables à la santé nécessite un soutien politique de haut niveau et un bon degré de coordination. En pratique, il existe des tensions entre cette exigence et les mandats électoraux à court terme. L'expérience de l'Australie-Méridionale indique que même dans les territoires de compétence où un gouvernement s'est engagé envers la SdTP, les priorités peuvent changer lorsque l'économie devient moins prospère ou quand un nouveau gouvernement entre en fonction (Baugh Littlejohns *et al.*, 2019; Baum *et al.*, 2017; van Eyk *et al.*, 2017).

En principe, la SdTP est globale et agit sur une vaste gamme d'enjeux qui concernent les déterminants sociaux de la santé. En pratique, les initiatives décrites comme étant des exemples de SdTP peuvent se concentrer sur un problème précis (p. ex., améliorer la nutrition, combattre les maladies chroniques). Un exemple d'initiative en matière de SdTP qui se concentre sur un seul enjeu dans un contexte canadien est le cadre de référence Santé mentale dans toutes les politiques, qui cherche à « contribuer au renforcement des capacités d'engager une action intersectorielle et de l'investissement en amont grâce à l'apport de politiques propres à promouvoir l'équité et la santé mentale pour les nourrissons, les enfants et les jeunes du Canada atlantique et d'ailleurs » (Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique et Vers un chez-soi Canada, 2022, p. ii).

⁷ Au Canada, cela signifierait l'implication d'organismes centraux (le Bureau du Conseil privé, le Secrétariat du Conseil du Trésor, et le ministère des Finances à l'échelle fédérale, ou leurs homologues provinciaux et territoriaux).

En principe, la SdTP peut favoriser des transformations radicales des politiques de redistribution, du système d'aide sociale, des dépenses publiques et du développement économique, lesquels sont associés aux déterminants macrosociaux de la santé. En pratique, les gouvernements ont mis en œuvre une stratégie de SdTP non pas en s'attendant à des changements radicaux, mais, plus probablement, dans le but de favoriser des transformations depuis l'intérieur des structures et des processus gouvernementaux. Selon Godziewski (2022), les idées du type de celles de la SdTP ressemblent davantage à « un processus évolutif endogène, graduel et lent [qu'à] un changement de donne radical » (p. 178).

En bref, une approche de la SdTP suppose en principe des collaborations intersectorielles entre tous les secteurs administratifs, un engagement gouvernemental à long terme, une vaste gamme d'enjeux pertinents à la santé des populations, et des transformations radicales dans l'élaboration des politiques. Dans la réalité, la SdTP peut comprendre des collaborations entre quelques secteurs administratifs seulement, ne pas bénéficier d'un engagement gouvernemental soutenu, agir sur des enjeux de santé publique précis, et favoriser des changements à l'intérieur de limites existantes. Tout en gardant à l'esprit que sur le terrain, des limites existent forcément lorsque l'on compare la pratique de la SdTP à la notion vaste et flexible de la SdTP, nous verrons maintenant que, conçue de manière pragmatique, la SdTP peut néanmoins jouer un rôle précieux pour les gouvernements FPT du Canada.

3 Survol de la mise en œuvre de la SdTP dans les provinces canadiennes

Plusieurs gouvernements FPT canadiens ont déjà mis en œuvre la SdTP, du moins en partie. Dans les années 1990, la Colombie-Britannique était considérée comme un chef de file national, ayant adopté non pas la SdTP dans son ensemble, mais l'un de ses trois volets. La Colombie-Britannique a effectivement conçu un outil d'EIS et mis en œuvre une démarche d'EIS à l'échelle gouvernementale pour identifier les risques pour la santé ainsi que les impacts possibles d'initiatives de politiques publiques dans les secteurs autres que celui de la santé sur les déterminants de la santé plus larges, et pour influencer l'élaboration de politiques dans tous les secteurs. Cette démarche et cet outil d'EIS faisaient partie de l'analyse de tous les nouveaux programmes gouvernementaux et politiques publiques soumis au Cabinet avant le démantèlement de cette démarche d'EIS gouvernementale en 1999 (Shandro et Jokinen, 2018; Banken, 2001). Plus récemment, en 2019, la première recommandation du rapport annuel du médecin-hygiéniste provincial était de ré-« établir dans la loi une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques en Colombie-Britannique, fondée sur un modèle d'évaluation d'impact sur la santé » (Henry, 2019, p. 214-215).

D'autres exemples incluent l'Ontario, qui, en 2012, a créé un outil d'évaluation d'impact sur l'équité en santé (*Health Equity Impact Assessment [HEIA] Tool*) à appliquer à toutes les décisions politiques. Bien que les observateurs ne contestent pas le fait que cet outil a été mis en œuvre avec un succès limité, le ministère de la Santé de l'Ontario déploie maintenant une « initiative de renouvellement » pour le relancer (Simpson, 2022). En 2010, l'Alberta a commencé à appliquer une lorgnette santé volontaire à ses politiques publiques (St-Pierre, 2013). Par l'entremise de son programme PATH (acronyme de *People Assessing Their Health*), programme qui permet aux gens d'évaluer leur propre santé), lancé en 1996, la Nouvelle-Écosse a impliqué les communautés dans le processus d'élaboration de leur propre outil d'évaluation d'impact sur la santé par la communauté pour évaluer les politiques publiques proposées par les gouvernements, les établissements et les groupes communautaires (Eaton et St-Pierre, 2009). Deux stratégies de SdTP sont discutées plus en détail ci-dessous, afin d'illustrer les formes plus complètes que peut prendre la SdTP au-delà d'une forme d'évaluation d'impact sur la santé.

3.1 Québec

La stratégie du Québec en matière de SdTP consiste en un programme gouvernemental et un instrument législatif qui sont décrits ci-dessous.

Un programme gouvernemental. Au Canada, la Politique gouvernementale de prévention en santé 2016-2025 (PGPS) du Québec est considérée comme étant emblématique d'une initiative en matière de SdTP. La PGPS est le point culminant d'une longue tradition de pratiques relativement progressistes en ce qui a trait aux politiques sociales – y compris en ce qui concerne la promotion de la santé, l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé – qui avaient précédemment établi les bases d'une politique globale de prévention en santé dans la province (St-Pierre *et al.*, 2017; Bernier, 2006).

La PGPS couvre une période de dix ans à partir de 2016 (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2016). Elle vise à améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population ainsi qu'à réduire les inégalités de santé. À titre de politique gouvernementale interministérielle sous la gouverne du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la PGPS couvre un large éventail de politiques publiques et de secteurs, vise deux enjeux transversaux (les

changements sociodémographiques, ainsi que la pauvreté et les inégalités sociales de santé) et met en œuvre quatre orientations :

1. Le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge;
2. L'aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires;
3. L'amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé;
4. Le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux.

La PGPS n'a pas été conçue par le gouvernement du Québec dans le but d'être une solution indépendante visant à agir à elle seule sur les déterminants sociaux de la santé. Au contraire, elle complète d'autres stratégies gouvernementales et un réseau de politiques sectorielles qui influencent les déterminants sociaux de la santé (Bernier, 2022)⁸. Par ailleurs, l'une des raisons d'être de la PGPS est « de renforcer la cohérence et la complémentarité entre les différentes actions gouvernementales autour des facteurs qui influent sur la santé » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] 2022b, p. 61). Ainsi, elle représente un levier de politique additionnel pouvant aider à combattre des problèmes qui ne seraient autrement pas touchés par les politiques et les programmes existants.

La gouvernance de la PGPS et ses plans d'action sont soutenus par un comité interministériel composé de sous-ministres adjoints, par un comité interministériel composé de directeurs et par un réseau interministériel de professionnels. Le Bureau de coordination et de soutien appuie les travaux de ces instances gouvernementales et facilite la mise en œuvre de la PGPS et de ses plans d'action (MSSS, 2022b, p. 62).

Le premier Plan d'action interministériel (PAI) de la PGPS couvrait la période 2017-2021 et a par la suite été prolongé jusqu'en 2022 (MSSS, 2022b, 2018). Il définissait les actions à entreprendre, le calendrier des travaux, le partage des rôles et les investissements qui y étaient associés. Le premier PAI mobilisait 16 ministères et près de 80 organisations non gouvernementales et administrations municipales en tant que partenaires initiaux impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques. Il contenait 28 engagements ministériels visant à agir sur des enjeux complexes qui dépassent les cadres sectoriels traditionnels. Il couvrait cinq domaines de recherche et s'accompagnait d'un budget initial de 20 millions de dollars par année.

⁸ Parmi des exemples d'autres stratégies gouvernementales et politiques sectorielles, mentionnons la Stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2017-2023; le Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023; la Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020; la Stratégie gouvernementale pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2018-2022; la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes vers 2021 – Ensemble pour l'égalité; la Stratégie 0-8 ans – Tout pour nos enfants; et le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022 (Bernier, 2022).

Soutenir les évaluations d'impact sur la santé à l'échelle locale au Québec

Plusieurs EIS ont été réalisées à l'échelle locale, la première à partir de 2010 en Montérégie, puis d'autres à Québec (Diallo et Freeman, 2020). La mesure 2.6 de la PGPS cherche à étendre encore davantage l'utilisation des EIS à toutes les régions du Québec, surtout aux contextes municipaux, pour assurer une meilleure intégration des critères relatifs à la santé aux processus d'urbanisme dans toute la province. La PGPS cherche explicitement à « [o]utiliser le milieu municipal afin qu'une analyse des effets potentiels sur la santé soit intégrée de façon plus systématique dans les démarches de planification territoriale » (MSSS, 2016, p. 38). Des partenariats créés en vertu de la PGPS et de ses deux PAI assurent un soutien à cet effet (MSSS, 2018, 2022b).

Le second PAI, qui couvre la période 2022-2025, permet maintenant à 27 ministères et organismes gouvernementaux de briser les silos, de travailler en partenariat, de mener des actions coordonnées et d'offrir un soutien à plus de 80 organisations non gouvernementales et partenaires municipaux dans toutes les régions (MSSS, 2022b). Le budget a été doublé et représente maintenant 40 millions de dollars par année jusqu'en 2025. Il comprend 100 actions, dont chacune est associée à des mesures de mise en œuvre comme des programmes de formation, des ateliers professionnels, des outils d'intervention, des projets pilotes, des activités de transfert des connaissances et plusieurs autres initiatives.

Initiatives intersectorielles mises au point dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé du Québec*

Trois initiatives interministérielles illustrent certaines des manières dont la contribution de la PGPS a pris forme.

Exemple n° 1

Offrir un soutien financier aux entreprises souhaitant formaliser leurs politiques de conciliation famille-travail grâce à un programme lancé en 2018 (partenariat entre le ministère de la Famille et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale) :

- Mise en œuvre d'un horaire allégé l'été, d'heures de travail personnalisées et de la possibilité du travail à distance à l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec;
- Mise sur pied d'un comité santé et mieux-être chez Culture Trois-Rivières;
- Création d'un service de gardiennage d'urgence pour les travailleurs d'une PME;
- Création de guides de bonnes pratiques (Gouvernement du Québec, 2021a).

Exemple n° 2

Promouvoir l'accès aux sports et aux loisirs pour certaines populations plus vulnérables (partenariat entre le MSSS et le ministère de l'Éducation) :

- Achat de raquettes pour que les petits d'un quartier défavorisé puissent jouer au badminton;
- Prêt de fauteuils roulants tout-terrain pour offrir à des personnes à mobilité réduite la possibilité d'une randonnée en forêt (Gouvernement du Québec, 2021b).

**Initiatives intersectorielles mises au point dans le cadre de la
Politique gouvernementale de prévention en santé du Québec*(suite)**

Exemple n° 3

Améliorer les conditions de vie des populations autochtones (partenariat entre la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et les centres d'amitié autochtones) :

- Adoption d'une politique de sécurité alimentaire au Nunavik;
- Jeux interscolaires;
- Formation pour mieux comprendre les réalités culturelles autochtones destinée aux intervenants de la santé, des services sociaux et des organismes communautaires;
- Bonification de certains services, comme le Club des petits déjeuners en territoire cri et inuit (Gouvernement du Québec, 2021c).

*Les contenus de cet encadré sont tirés de feuillets disponibles ici :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/prevention-en-sante>

Un instrument législatif. Un volet de la stratégie du gouvernement du Québec en matière de SdTP, laquelle dépasse la seule PGPS, est un instrument législatif qui soutient l'établissement d'une démarche gouvernementale relative à l'EIS. L'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec de 2001 reconnaît que plusieurs lois et règlements peuvent influencer la santé et le bien-être des populations. Il autorise le MSSS à réaliser des actions intersectorielles pour soutenir l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé (Bernier, 2021; St-Pierre *et al.*, 2017). En vertu de l'article 54, tous les secteurs du gouvernement doivent prendre en considération les effets potentiels sur la santé des populations de leurs mesures législatives et réglementaires. Le ministre de la Santé agit à titre de conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il a le mandat de donner aux autres ministres « tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population », et il doit être consulté lors de l'élaboration de mesures « qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (Éditeur officiel du Québec, 2022, p. 11).

L'article 54 s'appuie principalement sur un mécanisme intragouvernemental par lequel le MSSS produit des avis au sujet des projets gouvernementaux soumis au Cabinet aux fins de décision. Parmi les exemples de projets gouvernementaux, mentionnons des lois, des projets de règlement, des décrets et des politiques juridictionnelles, y compris des politiques publiques, des stratégies, des plans d'action, des programmes et des directives. Lorsqu'ils soumettent un dossier décisionnel au ministère du Conseil exécutif (MCE) (c.-à-d. au Conseil des ministres), les ministères et les organismes qui parrainent un projet doivent produire un résumé confidentiel qui présente le projet, la situation globale, la solution proposée, les consultations qui ont été réalisées, les répercussions financières et l'échéancier prévu (Bernier, 2021; Boulanger, 2018). Ce résumé est accompagné d'une évaluation d'impact sommaire examinant les effets anticipés sur le plan social, environnemental et de gouvernance. Les effets anticipés du projet sur la santé de la population, ainsi que les segments de la population qui sont potentiellement touchés, sont mentionnés dans ce document. Le MCE transmet au MSSS les dossiers décisionnels pertinents, et celui-ci peut choisir de produire un document consultatif indiquant des manières dont la mesure proposée peut être améliorée. Les documents consultatifs du MSSS sont rédigés de manière strictement confidentielle en quelques jours. En 2020-2021, le MSSS a reçu 283 demandes d'avis. Il a produit 14 documents consultatifs et n'a pas fait de commentaires au sujet de 269 demandes (Commission de la Santé et des Services sociaux, 2022, p. 194). C'est à chacun des ministères et organismes parrainant les projets qu'il

appartient d'assurer les suivis nécessaires. Le ministre de la Santé prend également l'initiative de produire les documents consultatifs qu'il estime opportuns à l'extérieur du cadre du processus qui vient d'être décrit.

3.2 Terre-Neuve-et-Labrador

En 2017, la province de Terre-Neuve-et-Labrador a entrepris le processus visant à accroître formellement sa prise en compte de l'importance centrale des déterminants sociaux de la santé, tant dans le cadre de sa stratégie gouvernementale que dans le cadre de sa stratégie en matière de soins de santé. En 2017, une stratégie gouvernementale globale, intitulée « The Way Forward » (la voie à suivre), affirmait ce qui suit en ce qui a spécifiquement trait à la SdTP :

Notre gouvernement intégrera la prise en compte des impacts sur la santé dans toutes ses décisions politiques, de la planification des infrastructures aux mesures de soutien sur le marché du travail. Cette approche axée sur la Santé dans toutes les politiques permettra à notre gouvernement de prendre toutes ses décisions de manière à concentrer les efforts sur les améliorations mesurables de notre état de santé. Cela aidera à prévenir les maladies et créera les environnements sains nécessaires pour soutenir et encourager non seulement des personnes en santé, mais aussi une économie saine, en améliorant les résultats dans des domaines comme l'éducation, l'emploi et la prévention du crime. À plus long terme, cette approche aidera à réduire les coûts des soins de santé (Newfoundland and Labrador, 2022).

Une étape importante a été franchie l'année suivante, en 2018, lorsque la province a intégré la SdTP dans sa modernisation de sa législation en matière de santé publique (*Public Health Protection and Promotion Act*, 2018). La SdTP est maintenant enchâssée dans le *Public Health Protection and Promotion Act* de la province, par la reconnaissance du fait que les problèmes complexes du secteur de la santé sont liés aux déterminants sociaux de la santé. Cette loi stipule que le ministre de la Santé :

aura la responsabilité de faciliter la prise en compte de la santé de la population dans l'élaboration de lois, de politiques et de mesures au sein des ministères, des organismes, des commissions et des conseils gouvernementaux conformément aux règlements, y compris la prise en compte des déterminants sociaux de la santé qui ont des effets sur la santé de la population (article 6).

Une autre initiative notable relative à l'intégration de la SdTP dans la stratégie de soins de santé a commencé vers la fin de 2020, lorsque la province a créé un groupe de travail provincial appuyé de six comités stratégiques et de quatre comités de travail dont les membres proviennent de divers horizons dans toute la province (Newfoundland and Labrador, 2021). La mission du groupe de travail était de réaliser une entente provinciale sur le plan d'action le plus judicieux à suivre pour améliorer la santé globale de la population. La vision sous-jacente à sa mission était d'atteindre des objectifs relatifs à la santé des populations, contrairement à une vision plus limitée et traditionnelle des manières dont les problèmes du système de soins de santé peuvent être corrigés. Les travaux de ce groupe étaient fondés sur le fait que :

les résultats de la province en matière de santé sont parmi les pires du Canada – la vie des Terre-Neuviens et des Labradoriens est plus courte de 2,6 années comparativement à celle des autres Canadiens et Canadiennes. La vie des Autochtones du Canada est plus courte de 4,7 années supplémentaires. La province a certains des plus hauts taux de maladie chronique ainsi que de décès causés par le cancer, les maladies du cœur et les AVC au Canada, même après ajustement pour tenir compte de l'âge plus élevé de la population (Newfoundland and Labrador, 2021, p. 5).

Fruit des consultations du groupe de travail, le « Health Accord for Newfoundland and Labrador » (entente sur la santé pour Terre-Neuve-et-Labrador) décennal, publié en 2022, affirme que la province a les pires résultats en matière de santé du Canada, et ce, en dépit du fait que la province dépense plus d'argent par habitant que n'importe quel autre endroit au pays (Health Accord NL, 2022). Il tire deux principales conclusions. Premièrement, il faut agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui ont des répercussions sur la santé. Cela signifie agir sur les déterminants sociaux de la santé, s'assurer que les personnes et les familles ont un revenu de base viable et prévisible, la sécurité alimentaire et la sécurité du logement. Deuxièmement, il faut rééquilibrer le système de soins de santé de la province entre les services communautaires, les soins de longue durée et les services hospitaliers, afin que le système de soins de santé devienne « mieux intégré dans les systèmes plus larges qui influencent la santé » (Health Accord NL, 2022, p. 224). Ainsi, le *Health Accord* propose que les soins de santé deviennent davantage orientés vers la communauté, que des équipes soient en contact avec les écoles, les municipalités, le système de justice, etc., que des services soutiennent la santé mentale, et qu'un continuum de soins prodigués aux adultes plus âgés rende plus facile de vieillir chez soi et dans des communautés adaptées aux besoins des aînés.

Le *Health Accord* incorpore la philosophie de la SdTP dans le cadre de sa stratégie globale de santé et de soins de santé. Tout comme c'était le cas de la PGPS du Québec, le *Health Accord*, bien qu'il ait un volet axé sur la SdTP, n'est pas conçu pour être une solution indépendante visant à agir à elle seule sur les déterminants sociaux de la santé dans la province. Il promeut plutôt une vision axée sur une meilleure santé des populations qui s'appuie explicitement sur les politiques publiques existantes, y compris une stratégie de réduction de la pauvreté adoptée en 2006, un plan d'action sur le climat, des initiatives en matière de santé mentale et de dépendances, et des initiatives touchant le domaine de l'éducation. Il faut considérer que le *Health Accord* ajoute :

une perspective globale de la situation dans son ensemble, un projet d'approche générale et de direction intégrée, un appel à transformation mettant l'accent sur la promotion de la santé et l'intervention précoce, et une énergie nouvelle grâce à des ressources réorganisées pour intégrer ces forces dans la nouvelle vision (Health Accord NL, 2022, p. 16).

Il est intéressant de souligner la manière dont le *Health Accord* propose de rendre compte du succès de sa mise en œuvre et de l'évaluer, soit avec la prise en compte d'indicateurs liés aux déterminants sociaux de la santé en plus du rendement du système de santé et de services sociaux. Un plan d'action a été publié en 2022. Celui-ci proposait des échéanciers, une estimation des coûts et des solutions de mise en œuvre. Comme on peut le constater, la SdTP a pris de l'ampleur à Terre-Neuve-et-Labrador. C'est un processus continu qui va bon train.

On voit donc que plusieurs gouvernements FPT du Canada ont déjà mis en œuvre la SdTP, du moins en partie. Les exemples du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador, qui ont été examinés en détail, montrent que la SdTP a été mise en œuvre de façon graduelle au fil des années. Étant donné leur expérience, jumelée aux écarts existants entre la théorie et la pratique de la SdTP qui ont été présentés plus tôt, les gouvernements FPT pourraient vouloir envisager d'abord l'élaboration d'une approche pragmatique et partielle en matière de SdTP, avant d'assurer son renforcement graduel.

4 Des occasions uniques pour les gouvernements FPT

Dans cette section, en gardant à l'esprit les exemples de mise en œuvre de la SdTP, nous examinons quatre des possibilités uniques qui se présentent aux gouvernements FPT pour lancer ou renforcer une stratégie de SdTP dans leur territoire de compétence : intégrer les déterminants sociaux de la santé (DSS) à la planification de crise à grande échelle; corriger ce qui peut être considéré comme des déséquilibres dans les politiques sociales selon une perspective de santé des populations; soutenir une plus grande équité en santé pour les peuples autochtones; et renforcer les droits de la personne et le développement durable.

4.1 Intégrer les déterminants sociaux de la santé à la planification de crise à grande échelle

C'est un fait connu que la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement qui l'ont accompagnée ont exacerbé les inégalités de santé sociales qui existaient déjà au Canada et ailleurs (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2021, p. 32-33; Bambra *et al.*, 2020). La maladie et ses complications les plus graves, y compris la mort, sont survenues de façon inégale parmi les groupes sociaux. Certains Canadiens et certaines Canadiennes ont été plus susceptibles de vivre l'expérience de la maladie ou de difficultés. Leurs expériences variaient en fonction de l'âge, du sexe, du statut social et de l'ethnicité, et les difficultés ont pris la forme de pertes d'emploi, de réduction des heures de travail, d'insécurité financière, d'insécurité alimentaire, de racisme, de violence familiale et fondée sur le genre, de stigmatisation et de discrimination, de problèmes de santé mentale et de troubles du développement de l'enfant (ASPC, 2021, p. 27, 32-33).

Si on regarde vers l'avenir, plusieurs des conséquences à long terme de la COVID-19 restent inconnues, comme les répercussions durables de la pandémie sur les enfants. Celles-ci devraient se manifester dans les mois et les années à venir. Les priorités gouvernementales, les pressions financières et l'incertitude économique ayant suivi la pandémie font qu'il est possible d'envisager des effets continus sur la santé des populations et la croissance des inégalités (Bambra *et al.*, 2021; ASPC, 2021). Tandis qu'une vision stratégique à long terme de la santé publique se renouvelle dans tout le Canada à la suite de la COVID-19, la SdTP offre une manière de réfléchir sérieusement à la situation postpandémique et de favoriser une intégration plus systématique des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans la planification afin de faire face aux prochaines crises collectives.

4.2 Corriger les déséquilibres dans les politiques sociales

Depuis des décennies, les décideurs politiques canadiens se sont préoccupés de garantir un accès universel continu au régime d'assurance maladie tout en endiguant des dépenses de santé en rapide croissance. Ils ont toujours eu tendance à accorder la priorité aux soins de santé plutôt qu'aux autres dimensions des politiques sociales canadiennes (Safaei, 2020; Romanow, 2002)⁹. Une analyse comparative des dépenses en soins de santé et en services sociaux dans neuf provinces canadiennes au cours d'une période de 31 ans s'est penchée sur le ratio des dépenses gouvernementales provinciales en services sociaux (à l'exclusion de la santé et de l'éducation) par rapport aux dépenses en santé. Elle révèle que les dépenses moyennes en santé par habitant étaient environ trois fois plus élevées que les dépenses moyennes en services sociaux par habitant, et que

⁹ En 2019, le total des dépenses en santé devait atteindre 265,5 milliards de dollars au Canada, soit en moyenne 7 064 \$ par personne. Selon les prévisions, pour la même année, les dépenses en santé auront représenté 11,5 % du produit intérieur brut (PIB) du Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2021).

l'écart entre ces dépenses a considérablement augmenté au cours de cette période (Dutton *et al.*, 2018). À Terre-Neuve-et-Labrador, un rapport gouvernemental récemment publié démontre que les dépenses du système de santé ont augmenté de 232 pour cent de 1980 à 2018, tandis que les dépenses sociales (à l'exclusion de la santé et de l'éducation) n'ont augmenté que de 6 pour cent. Le même rapport indique que la différence observée entre ces augmentations de dépenses « exprime un contexte stratégique et politique ayant historiquement accordé plus de valeur aux soins de santé qu'aux autres déterminants de la santé et qui n'a pas encore rééquilibré ces priorités à la lumière des données probantes » (Health Accord NL, 2022, p. 21).

De plus en plus de données probantes démontrent en effet que les politiques sociales et de redistribution (comme l'assurance-emploi, les politiques en matière d'éducation et l'aide sociale) représentent un déterminant majeur de la santé des populations en amont, tandis que le système de santé n'explique qu'une partie des effets sur la santé (Lynch, 2020, 2017; Jacques et Noël, 2020; Dutton *et al.*, 2018). Une étude démontre que l'augmentation des dépenses sociales dans neuf provinces de 1981 à 2011 est associée de façon positive à des indicateurs relatifs à la santé des populations (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, et mortalité potentiellement évitable), tandis que des augmentations marginales en matière de soins de santé ne contribuent pas directement à l'amélioration de la santé des populations (Dutton *et al.*, 2018). Étant donné que « l'augmentation des dépenses en santé n'influence pas nécessairement l'état de santé des populations » (Dutton *et al.*, 2018, p. 69), l'affectation croissante des ressources en soins de santé n'est donc pas optimale du point de vue de la santé des populations¹⁰. Les auteurs indiquent que le fait de modifier la répartition des budgets de dépenses publiques existants en faveur de politiques sociales et de redistribution axées sur des secteurs autres que celui des soins de santé sera essentiel, au cours des prochaines années, sur le plan de la santé des populations au Canada.

Dans la même veine, un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2021) souligne que « [l]es décideurs politiques canadiens devront faire en sorte de maintenir un équilibre entre les objectifs concernant les revenus, la situation sanitaire, la situation sociale et l'environnement s'ils entendent améliorer le bien-être. L'attention aux questions de redistribution, notamment aux inégalités, à l'inclusivité et aux situations de désavantage, sera également essentielle au bien-être collectif » (p. 16). Il serait probablement beaucoup trop ambitieux de s'attendre d'une stratégie de SdTP qu'elle assure une réaffectation des budgets de dépenses publiques existants et qu'elle corrige les déséquilibres, d'un point de vue de la santé des populations, en faveur de politiques sociales et de redistribution non axées sur les soins de santé. Cela dit, les gouvernements FPT pourraient choisir d'utiliser la SdTP comme levier pour s'assurer que les décisions graduellement prises par les décideurs politiques dans tous les secteurs, au fil du temps, iront dans cette direction.

¹⁰ Lorsqu'on les compare à ceux d'autres pays industrialisés, les taux de pauvreté du Canada sont intermédiaires (Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE], 2021). Le Canada n'est pas un leader progressiste dans les domaines des politiques sociales qui ont un effet positif sur la santé (p. ex., prestations d'invalidité, logement, formation de la main-d'œuvre et services de garde) ou en ce qui concerne la générosité et l'universalité de ses programmes publics (Jacques et Noël, 2020; Noël, 2020). Cela peut sembler contre-intuitif pour plusieurs Canadiens et Canadiennes, qui croient que leur pays jouit de généreuses politiques sociales, en raison d'une tendance largement partagée à représenter les politiques sociales du Canada par son système de soins de santé universels et à comparer la situation du Canada à celle des États-Unis.

4.3 Soutenir une plus grande équité en santé pour les peuples autochtones

Au cours des dernières années, différentes voix ont appuyé l'idée voulant que favoriser l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé soit une étape nécessaire du cheminement vers une plus grande équité en santé à l'avenir entre les Canadiens autochtones et non autochtones.

L'Assemblée des Premières Nations (Assembly of First Nations, 2017), pour sa part, a recommandé que les gouvernements FPT « adoptent une approche interministérielle axée sur la Santé dans toutes les politiques, en portant une attention particulière aux répercussions sur la santé des Premières Nations » (p. 14, 113). Les chercheuses Richmond et Cook (2016) soulignent la nécessité de reconnaître et de prioriser les droits des peuples autochtones du Canada à obtenir l'équité en santé, tout en reconnaissant le rôle positif que peuvent jouer les politiques publiques favorables à la santé. Les Premières Nations de la Colombie-Britannique n'ont pas directement plaidé en faveur d'une approche de la SdTP globale, mais elles ont réclamé « de meilleures lignes directrices relativement aux évaluations d'impact [sur la santé], qui protègent et promeuvent la santé autochtone » (Shandro et Jokinen, 2018, p. 4).

En contexte canadien, l'expression « peuples autochtones » fait référence aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2013). Comparativement aux Canadiens et aux Canadiennes non autochtones, ceux-ci subissent des inégalités importantes en ce qui concerne leurs conditions sociales comme le logement, l'accès à de l'eau potable et l'accès à des services sociaux et de santé adaptés sur le plan culturel. Les conditions de vie sur les réserves peuvent comprendre des logements inadéquats et surpeuplés ainsi que de l'eau non potable (Richmond et Cook, 2016, p. 5). Les peuples autochtones qui vivent sur les réserves et à l'extérieur de celles-ci subissent également des désavantages comparativement aux autres Canadiens sur le plan d'autres facteurs sociaux comme la participation au marché du travail, les niveaux de revenu et d'éducation, et les taux de violence et d'incarcération (McNally et Martin, 2017, p. 118). Ils ont des taux de prévalence plus élevés en matière de maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'arthrite, et pour les maladies infectieuses comme la tuberculose, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, et les maladies buccodentaires (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2021, 2013). D'autres désavantages importants sont les taux de maladie et de mortalité infantile, de handicap, de consommation d'alcool, de consommation de drogues illicites et de suicide. L'espérance de vie des peuples autochtones est de cinq à sept années plus courte que celle des autres Canadiens (McNally et Martin, 2017, p. 118).

De telles conditions désavantageuses sont considérées comme faisant partie de « contextes politiques, de structures sociales et de répartition des ressources d'autrefois et d'aujourd'hui » (Reading, 2018, p. 13). Elles sont « directement liées aux politiques gouvernementales discriminatoires et d'assimilation passées et actuelles (y compris le système des pensionnats), à la colonisation et aux traumatismes découlant de l'aliénation culturelle, lesquels continuent de façonner les contextes sociaux, économiques et politiques contemporains pour les Premières Nations » (Shandro et Jokinen, 2018, p. 4).

Au palier fédéral, le gouvernement du Canada a officiellement reconnu que l'« écart socioéconomique inacceptable découle notamment de relations fondées sur des structures coloniales » entre les peuples autochtones et les Canadiens non autochtones. Il s'est engagé à « établir avec les peuples autochtones une relation renouvelée, fondée sur la reconnaissance des droits, le respect, la coopération et le partenariat » (Premier ministre du Canada, 2017). Il a créé un Groupe de travail des ministres chargés d'examiner les lois et les politiques liées aux peuples autochtones.

L'engagement du gouvernement a été pris après que la Commission de vérité et réconciliation du Canada¹¹ a souligné la nécessité pour les gouvernements FPT et autochtones de reconnaître que « l'état actuel de la santé autochtone au Canada découle directement des politiques gouvernementales canadiennes antérieures, y compris le système des pensionnats » (Marchildon *et al.*, 2021, p. 578-579). Le rapport final de la Commission (2015) souligne la nécessité, pour les gouvernements du Canada, de reconnaître et de mettre en œuvre les droits relatifs aux soins de santé définis par le droit international, le droit constitutionnel et les Traités.

Conséquemment, au Canada, un mouvement a cherché à s'éloigner de la priorité traditionnellement accordée aux déterminants proximaux de la santé autochtone (p. ex., les comportements liés à la santé et les environnements physiques) pour se concentrer sur l'accroissement du pouvoir autochtone et du contrôle des Autochtones sur les systèmes de santé (Marchildon *et al.*, 2021, p. 578; Reading, 2018, p. 13). Puisque l'autogouvernance est considérée comme un déterminant fondamental de la santé communautaire autochtone (Richmond et Cook, 2016, p. 10), ce mouvement visant à ce que les communautés et les gouvernements autochtones aient un plus grand contrôle sur les soins de santé peut être vu comme une étape positive sur la voie menant à l'amélioration de la santé autochtone. Il ne fait aucun doute que les Premières Nations, les Inuits et les Métis subissent « des disparités de santé importantes et persistantes par rapport aux autres Canadiens » en raison d'obstacles nuisant aux soins de santé (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019).

Cela dit, il y a des limites à ce qu'une augmentation et une amélioration de la biomédecine et à ce qu'un accroissement du pouvoir et du contrôle autochtones sur les soins de santé peuvent faire pour réduire les disparités de santé. Les participants et les participantes ayant pris part à des entretiens dans huit communautés des Premières Nations du Manitoba ont parlé de la nécessité d'examiner les déterminants sociaux de la santé et les interactions humain-écologie tout au long de la vie (Eni *et al.*, 2021, p. 9). Dans le même ordre d'idées, les chercheuses McNally et Martin (2017) observent que l'« [a]tteinte de l'équité en santé pour les peuples autochtones du Canada exige des réponses et une réconciliation à tous les niveaux de la prestation et des politiques de soins de santé, ainsi que des changements sociaux pour agir sur les déterminants plus larges qui nuisent à la santé » (p. 120).

L'époque actuelle semble également propice, en ce qu'elle offre aux gouvernements FPT des occasions d'explorer, en collaboration avec des représentants et des représentantes des gouvernements et des communautés autochtones, les manières dont les politiques publiques autres que celles qui sont orientées sur les soins de santé pourraient favoriser une meilleure santé et une plus grande équité en santé parmi les Canadiens autochtones et non autochtones. Deux grands types de politiques publiques pourraient être envisagés en ce qui a trait à leurs effets attendus sur la santé et le mieux-être des peuples et communautés autochtones : des politiques visant toute la population, et des politiques ciblant spécifiquement les peuples et communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits (données tirées d'entretiens).

¹¹ Cette Commission a passé six ans à parcourir le Canada afin d'écouter les personnes autochtones qui avaient été arrachées à leur famille pour être placées en pensionnat lorsqu'elles étaient enfants. Ces écoles ont séparé les enfants autochtones de leur famille pendant plus de 100 ans.

Une approche adaptée aux réalités culturelles devrait procéder de la reconnaissance, par toutes les parties, de l'existence de différents paradigmes de santé, et du fait que ceux-ci reflètent des différences entre les croyances et les points de vue des Occidentaux et ceux des Premières Nations, des Métis et des Inuits au sujet de la santé et de ses déterminants, des solutions possibles à la mauvaise santé, et des répercussions générales sur les politiques publiques (Fijal et Beagan, 2019; Campbell, 2014). Les partisans de la SdTP pourraient par exemple vouloir tenir compte des manières dont les interprétations actuelles des impacts sur la santé pourraient être élargies pour intégrer les conceptions des Premières Nations, des Métis et des Inuits quant à la santé et à ses déterminants et pour refléter une meilleure appréciation d'une perspective holistique de la santé¹².

4.4 Consolider les droits de la personne et le développement durable

La SdTP pourrait contribuer à donner vie à un des principaux engagements du Canada sur la scène internationale. En effet, le Canada est l'un des 193 pays signataires du Programme de développement durable à l'horizon 2030 adopté par tous les États membres des Nations Unies en 2015. Ce programme définit 17 objectifs de développement durable (ODD) et reconnaît que « mettre fin à la pauvreté doit aller de pair avec des stratégies qui développent la croissance économique et répondent à une série de besoins sociaux, notamment l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre le changement climatique et [sic] la protection de l'environnement » (Nations Unies, s. d.).

Au palier fédéral, tous les ministères et organismes sont responsables de la mise en œuvre des ODD. Mais leur mise en œuvre nécessite également « un effort concerté de la part de tous les ordres de gouvernement, des secteurs public et privé, des collectivités autochtones, des universitaires et de la société civile. Le gouvernement fédéral s'est engagé à collaborer avec ces parties prenantes pour mettre sur pied une stratégie nationale de mise en œuvre des ODD et des cibles connexes » (Gouvernement du Canada, 2018).

La santé est étroitement liée à la plupart des ODD, et la SdTP est considérée comme « une méthodologie rigoureuse » pouvant soutenir leur mise en œuvre (Global Network for Health in All Policies et Government of South Australia, 2019, p. 7). La mise en œuvre de la SdTP à l'échelle FPT est considérée comme une condition compatible et favorable à l'atteinte des ODD (Becerra-Posada, 2015; Valentine *et al.*, 2017).

¹² Un exemple de modèle élargi est le [Cercle de la santé](#) (1996) pour « promouvoir la santé des populations, favoriser la collaboration et créer un langage commun autour de la promotion de la santé dans les communautés ». Cet outil interactif « établit un lien entre les valeurs, la Charte d'Ottawa, la théorie sociale, les déterminants de la santé et la sagesse ancienne des cultures autochtones au moyen de l'inclusion de la roue de médecine des Premières Nations » (Prince Edward Island Health and Community Services Agency et Government of Prince Edward Island, 1996). Un autre exemple est le [Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations](#), qui se penche sur le mieux-être mental des Premières Nations au Canada. Ce cadre de référence national est le fruit d'une collaboration entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations, et d'autres leaders autochtones du domaine de la santé mentale (Santé Canada, 2015). Voir aussi St-Pierre (2021).

5 Résumé et conclusions

Dans la littérature scientifique, la SdTP est un concept large et potentiellement radical. Mais il y a d'importants écarts entre le principe de la SdTP et sa pratique. La SdTP est mise en œuvre de manière pragmatique, afin de favoriser le changement depuis l'intérieur des structures et des processus gouvernementaux, et pour accorder une plus grande attention systématique aux effets sur la santé des populations de l'élaboration de politiques dans des secteurs autres que celui de la santé. Une approche complète en matière de SdTP est guidée par une stratégie globale et soutenue par le gouvernement visant à agir sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, et elle conçoit des outils et des processus pour influencer l'élaboration de politiques et pour créer des solutions multidimensionnelles dans tous les secteurs.

L'expérience du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador indique que la meilleure conception de la SdTP est celle d'un instrument de politique qui présente une vision gouvernementale comprenant plusieurs dimensions de la prévention et de la promotion de la santé, lesquelles dépassent les soins de santé, et qui soutient une action coordonnée à travers les secteurs pour améliorer les déterminants sociaux de la santé. Elle n'est pas conçue pour être une solution indépendante agissant seule. Elle sert de complément à d'autres programmes qui existent déjà et qui sont pertinents aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités sociales de santé.

Les gouvernements FPT pourraient vouloir envisager la conception d'une stratégie pragmatique de SdTP, qui conçoit principalement la SdTP comme un levier additionnel pour gouverner la santé des populations de manière à améliorer la synergie entre des politiques publiques et des programmes qui existent déjà. Une stratégie pragmatique de SdTP peut intégrer des outils et des processus qui influencent systématiquement les secteurs autres que celui de la santé afin de favoriser l'élaboration de politiques publiques plus favorables à la santé et plus équitables. Étant donné les écarts existants entre la théorie et la pratique de la SdTP ainsi que l'expérience du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador, les gouvernements FPT pourraient vouloir envisager d'abord l'élaboration d'une approche partielle en matière de SdTP, avant d'assurer son renforcement graduel.

Bien que tous les niveaux de gouvernance – locale, régionale et FPT – ont de l'importance en matière de mise en œuvre de la SdTP, cet article souligne les rôles uniques des gouvernements FPT relativement aux causes macrosociales, ou profondes, de la santé des populations. Les gouvernements FPT pourraient adopter ou renforcer la SdTP en tant que cadre de politique global pour influencer l'élaboration de politiques dans des domaines politiques pertinents et pour soutenir les actions à l'échelle locale, jouant ainsi un rôle pour modifier les déterminants macrosociaux de la santé. Ils pourraient utiliser la SdTP comme instrument de politique pour soutenir les décideurs politiques dans une réponse proactive et éclairée par l'équité en santé à la relance post-pandémie de COVID-19, et pour favoriser une intégration plus systématique des déterminants sociaux de la santé dans la planification d'urgence pour les autres crises collectives à grande échelle qui attendent les Canadiens et les Canadiennes.

La dynamique politique fait en sorte que la perspective de changements soudains modifiant l'équilibre dans la répartition des ressources entre les soins de santé et d'autres programmes sociaux qui influencent la santé des populations est peu probable dans un horizon à court terme. Cependant, la SdTP pourrait toujours jouer un rôle pour donner un élan dans cette direction. La SdTP peut servir de rappel prudent, dans les processus d'élaboration des politiques, des effets de toute élaboration des politiques sur la santé des populations. La SdTP peut faire en sorte que les déterminants macrosociaux de la santé et les effets positifs sur la santé soient plus systématiquement pris en considération par les décideurs politiques et qu'ils contribuent à créer une perspective plus

équilibrée, du point de vue de la santé des populations, relativement aux décisions graduellement prises relativement à la répartition des ressources. Il ne s'agit pas de dire que la SdTP constitue une solution centrale pouvant remédier aux déséquilibres dans les politiques sociales du Canada, ou qu'elle peut remplacer une infrastructure solide soutenant les politiques sociales et redistributives.

Pour que la SdTP soit appropriée, respectueuse et pertinente pour les Autochtones vivant au Canada, il faut collaborer avec les communautés des Premières Nations, métisses et inuites afin de déterminer si la mise en œuvre de la SdTP pourrait appuyer leurs priorités. Une approche adaptée à la culture devrait procéder de la reconnaissance par toutes les parties du fait que différents paradigmes de santé existent et qu'ils reflètent des différences entre les visions et les croyances des Occidentaux et des Premières Nations, des Métis et des Inuits au sujet de la santé et de ses déterminants. Il faut également déterminer si la SdTP pourrait être élargie et si elle pourrait être le modèle de prédilection pour toutes les parties afin d'assurer la prise en considération d'une vaste gamme de déterminants sociaux de la santé, y compris ceux qui sont spécifiques aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits, dans l'élaboration des politiques.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2021/cpho-report-fra.pdf>
- Assembly of First Nations. (2017). *The First Nations Health Transformation Agenda*. https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf
- Bambra, C., Lynch, J. et Smith, K. E. (2021). *The Unequal Pandemic: Covid-19 and Health Inequalities*. Policy Press.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. et Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Banken, R. (2001). *Strategies for institutionalising HIA*. World Health Organization, European Centre for Health Policy.
- Baugh Littlejohns, L., Baum, F., Lawless, A. et Freeman, T. (2019). Disappearing health system building blocks in the health promotion policy context in South Australia (2003-2013). *Critical Public Health*, 29(2), 228-240.
- Baum, F., Delany-Crowe, T., MacDougall, C., Lawless, A., van Eyk, H. et Williams, C. (2017). Ideas, actors and institutions: Lessons from South Australian Health in All Policies on what encourages other sectors' involvement. *BMC Public Health*, 17, 1-16.
- Baum, F., Lawless, A., Delany, T., Macdougall, C., Williams, C., Broderick, D., Wildgoose, D., Harris, E., McDermott, D., Kickbusch, I., Popay, J. et Marmot, M. (2014). Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application. *Health Promotion International*, 29, Suppl 1, i130-i142. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau032>
- Becerra-Posada, F. (2015). Health in all policies: A strategy to support the Sustainable Development Goals. *The Lancet Global Health*, 3(7), e360. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00040-6)
- Bernier, N. F. (2006). Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organization. *Journal of Public Health Policy*, 27(1), 22-37. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200057>
- Bernier, N. F. (2021). *Réviser l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) de 2001*. [Rapport non publié, commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec]. Institut national de santé publique du Québec.
- Bernier, N. F. (2022). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2781>
- Boulanger, D. (2018). *Le processus décisionnel au gouvernement du Québec*. Chaire de rédaction juridique Louis-Philippe-Pigeon, Université Laval. <https://www.redactionjuridique.chaire.ulaval.ca/le-processus-decisionnel-du-gouvernement-du-quebec>

- Bureau du vérificateur général du Canada. (2018). *Les objectifs de développement durable des Nations Unies*. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/sds_fs_f_43127.html
- Cairney, P., St Denny, E. et Mitchell, H. (2021). The future of public health policymaking after COVID-19: A qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open Research Europe*, 1, 23. <https://doi.org/10.12688/openreseurope.13178.1>
- Campbell, T. D. (2014). A clash of paradigms? Western and indigenous views on health research involving Aboriginal peoples. *Nurse Researcher*, 21(6). <https://doi.org/doi:10.7748/nr.21.6.39.e1253>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*. <https://www.ccsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=101>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.ccsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=279>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2021). *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. https://www.ccsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/RPT-Visioning-the-Future_FR_2021-12-07-web.pdf
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2018). *Qu'est-ce qu'une approche axée sur la Santé dans toutes les politiques?* [Vidéo]. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/video-quest-ce-quune-approche-axee-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques/>
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2020). *Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques (SdTP) : Québec, 9 octobre 2019 – Résumé des échanges*. <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2020-sante-dans-toutes-les-politiques-rencontre-pancanadienne-resume.pdf>
- Commission de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Étude des crédits 2021-2022. Réponses aux questions particulières – Opposition officielle – Volume 1.1*.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*.
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health (Revised Edition): Background document to WHO – Strategy paper for Europe (no 14)*. Institute for Future Studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- de Leeuw, E. (2022). Intersectorality and health: A glossary. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 76(2), 206-208. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-217647>
- Diallo, T. et Freeman, S. (2020). Health impact assessment—Insights from the experience of Québec. *Environmental Health Review*, 63(1), 6-13. <https://doi.org/10.5864/d2020-002>
- Dutton, D. J., Forest, P. -G., Kneebone, R. D. et Zwicker, J. D. (2018). Effect of provincial spending on social services and health care on health outcomes in Canada: An observational longitudinal study. *Canadian Medical Association Journal*, 190(3), 66-71.
- Eaton, S. et St-Pierre, L. (2009). *Influencer les politiques publiques favorables à la santé à l'aide de l'évaluation d'impact sur la santé par la communauté*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/PATH_Rapport_FR.pdf

- Éditeur officiel du Québec. (2022, 15 octobre). *Chapitre S-2.2 - Loi sur la santé publique*.
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/S-2.2.pdf>
- Eni, R., Phillips-Beck, W., Achan, G. K., Lavoie, J. G., Kinew, K. A. et Katz, A. (2021). Decolonizing health in Canada: A Manitoba first nation perspective. *International Journal for Equity in Health*, 20, 206. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01539-7>
- Fijal, D. et Beagan, B. L. (2019). Indigenous perspectives on health: Integration with a Canadian model of practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(3), 220-231.
<https://doi.org/10.1177/0008417419832284>
- Global Network for Health in All Policies et Government of South Australia. (2019). *Global Status Report on Health in All Policies*. <https://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/2019/10/HiAP-Global-Status-Report-final-single-pages.pdf>
- Godziewski, C. (2022). *The politics of health promotion in the European Union*. Palgrave Macmillan.
- Gouvernement du Canada. (2023, 10 février). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Gouvernement du Québec. (2021a). *La politique gouvernementale de prévention en santé. Quand conciliation famille-travail rime avec prévention. Mesures de conciliation famille-travail en entreprise*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-297-06W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021b). *Améliorer les conditions de vie des populations autochtones. Des mesures portées par les communautés*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-297-07W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2021c). *La politique gouvernementale de prévention en santé. A vos marques, prêts, partez! Soutenir des initiatives favorisant la pratique d'activités physiques et de loisir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-297-12W.pdf>
- Green, L., Ashton, K., Bellis, M. A., Clemens, T. et Douglas, M. (2021). 'Health in All Policies' — A key driver for health and well-being in a post-COVID-19 pandemic world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9468.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18189468>
- Health Accord NL. (2022). *Our province. Our health. Our future. A 10-year health transformation: The report*.
- Henry, B. (2019). *Taking the pulse of the population. An update on the health of British Columbians. [Rapport annuel du médecin-hygiéniste provincial.]* Office of the Provincial Health Officer.
<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/reports-publications/annual-reports/pho-annual-report-2019.pdf>
- Huang, N.-C., Kuo, H.-W., Hung, T.-J. et Hu, S. C. (2019). Do Healthy City performance awards lead to Health in All Policies? A Case of Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph16061061>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Tendances des dépenses nationales de santé, 2020*.
<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-2020-narrative-report-fr.pdf>

Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique et Vers un chez-soi Canada. (2022). *Mémoire de l'IEA. Investissement en amont. La promotion de la santé mentale des nourrissons, des enfants et des jeunes au premier plan.*

Jacques, O. et Noël, A. (2020). *Démarchandiser pour vivre en santé : les politiques de redistribution comme déterminants de la santé.* http://www.alainnoel.ca/rapport-final-oj_an-2.pdf

Lin, D. V. et Kickbusch, P. I. (2017). *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world.*

Lithwick, D. (2015). *Un pas de deux : la répartition des pouvoirs législatifs entre le fédéral et les provinces aux articles 91 et 92 de la Loi constitutionnelle de 1867.* Bibliothèque du Parlement. <https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2015-128-f.pdf>

Lynch, J. (2017). Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift. *Journal of Public Health* (Oxford, England), 39(4), 653-660. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw140>

Lynch, J. (2020). *Regimes of inequality: The political economy of health and wealth.* Cambridge University Press.

Marchildon, G. P., Lavoie, J. G. et Harrold, H. J. (2021). Typology of Indigenous health system governance in Canada. *Canadian Public Administration*, 64(4), 561-586. <https://doi.org/10.1111/capa.12441>

McNally, M. et Martin, D. (2017). First Nations, Inuit and Métis health: Considerations for Canadian health leaders in the wake of the Truth and Reconciliation Commission of Canada report. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 117-122. <https://doi.org/10.1177/0840470416680445>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé.* Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021. Politique gouvernementale de prévention en santé.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022a). *État des résultats. Plan d'action interministériel 2017-2021 de la PGPS.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-07W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022b). *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.* Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>

Nations Unies. (s.d.). *Do you know all 17 SDGs?* Département des Affaires économiques et sociales. Développement durable. <https://sdgs.un.org/fr/goals>

Newfoundland and Labrador. (2021). *Health accord for Newfoundland & Labrador. A call to action to transform health. Interim Report.* https://healthaccordnl.ca/wp-content/uploads/2021/04/Health-Accord-NL_Interim-Report_Website.pdf

- Newfoundland and Labrador. (2022). The way forward. *Take a Health-in-All-Policies approach: Way Forward Commitment [Politique gouvernementale]*.
<https://www.gov.nl.ca/thewayforward/action/adopt-a-health-in-all-policies-approach/>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2021). *Études économiques de l'OCDE : Canada 2021*. https://www.oecd-ilibrary.org/fr/economics/etudes-economiques-de-l-ocde-canada_1999009x
- Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.
<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
- Premier ministre du Canada. (2017). *De nouveaux ministres appuieront la relation renouvelée avec les peuples autochtones*. Canada. <https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/notes-dinformation/2017/08/28/de-nouveaux-ministres-appuieront-la-relation-renouvelee-les>
- Prince Edward Island Health and Community Services Agency et Government of Prince Edward Island. (1996). *Cercle de la santé - Français*.
<https://circleofhealth.net/product/cercle-de-la-sante-francais/>
- Public Health Protection and Promotion Act. *An Act Respecting the Protection and Promotion of Public Health*, Pub. L. No. 2018 cP-37.3, SNL 2018. (2018). House of Assembly Newfoundland and Labrador. <https://www.assembly.nl.ca/Legislation/sr/statutes/p37-3.htm>
- Reading, C. (2018). Structural determinants of Aboriginal peoples' health. Dans M. Greenwood, S. de Leeuw et N. M. Lindsay (dir.), *Determinants of Indigenous peoples' health—Beyond the social* (2^e éd., p. 1-17). Canadian Scholars.
- Richmond, C. A. M. et Cook, C. (2016). Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: The promise of healthy public policy. *Public Health Reviews*, 37(1), 2.
<https://doi.org/10.1186/s40985-016-0016-5>
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – rapport final*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- Safaei, J. (2020). *The political economy of health and healthcare: Unhealthy distribution*. Cambridge Scholars Publishing.
- Santé Canada. (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. Rapport sommaire. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576093687903/1576093725971>
- Shandro, J. et Jokinen, L. (2018). *A guideline for conducting health impact assessment for First Nations in British Columbia, Canada*. Tsimshian Environmental Stewardship Authority.
<http://www.hianetworkasiapac.com/wp-content/uploads/HIA-framework-for-BC-First-Nations.pdf>
- Shankardass, K., Renahy, E., Muntaner, C. et O'Campo, P. (2015). Strengthening the implementation of Health in All Policies: A methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy and Planning*, 30(4), 462-473. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu021>

- Simpson, S. (2022). *An overview of the state of Health in All Policies/Health Impact Assessment in Ontario*. [Rapport non publié préparé pour le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- St-Pierre, L. (2013). *Expériences d'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) au Canada. Rencontre interprovinciale-territoriale 2013 : rapport*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2013_EIS_HIA_RapRencProvTer_Fr.pdf
- St-Pierre, L. (2021). *Les évaluations d'impact en contextes autochtones : pistes prometteuses de réflexion et d'amélioration pour les évaluations d'impact sur la santé*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2021-EIS-Evaluations-Impact-Sante-en-Contextes-Autochtones.pdf>
- St-Pierre, L., Simard, J., Sénéchal, M.-R. et Voisine, A.-C. (2017). *Government policy of prevention in health: A HiAP approach in Quebec, Canada*. Dans V. Lin et I. Kichbusch (dir.), *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world* (p. 97-104). Government of South Australia et World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/progressing-sdg-case-studies-20178560b677-aeef-4dea-a6cc-459258712d41.pdf?sfvrsn=d0096b17_1&download=true
- Valentine, N. B., Abdelaziz, F. B., Rajan, D., Villar, E., Schmets, G. et Maiero, M. (2017). *Using the Health in All Policies approach for progressing the SDGs: Perspectives from WHO*. World Health Organization. <http://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/2017/11/WHO-Perspective.pdf>
- van Eyk, H., Harris, E., Baum, F., Delany-Crowe, T., Lawless, A. et MacDougall, C. (2017). Health in All Policies in South Australia-Did it promote and enact an equity perspective? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph14111288>
- World Health Organization et Government of Australia. (2019). *Adelaide Statement II on HiAP. Implementing the Sustainable Development Agenda through good governance for health and wellbeing: Building on the experience of HiAP*. Outcome statement from the International Conference on HiAP. <https://www.who.int/publications/i/item/adelaide-statement-ii-on-health-in-all-policies>
- World Health Organization et Finland Ministry of Social Affairs and Health. (2014). *Health in All Policies: Helsinki statement, framework for country action: The 8th Global Conference on Health Promotion*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf

