



CANADIAN FEDERATION
OF NURSES UNIONS
LA FÉDÉRATION CANADIENNE
DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

ÉNONCÉ DE POSITION

La santé dans toutes les politiques (SdTP)

APERÇU

« La santé dans toutes les politiques est 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. Ce concept reflète les principes suivants : légitimité, reddition de compte, transparence et accès à l'information, participation, viabilité, et collaboration entre les secteurs et les niveaux de gouvernement. » (Organisation mondiale de la santé, 2014)

La Constitution de l'OMS stipule que « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples... » et que « ... la santé est l'un des droits fondamentaux de chaque être humain... » (Organisation mondiale de la santé, 2006). L'environnement de la personne affecte sa santé. Les gouvernements sont responsables de la santé de la nation et ils sont aussi responsables de l'environnement dans lequel vivent les gens. Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions de vie des personnes. Ils ont un impact sur la santé des personnes et comprennent le revenu, l'éducation, le logement, la nutrition, l'eau potable, et autres privilèges sociaux ou sociétaux (Rudolph, Caplan, Ben-Moshe, et Dillon, 2013).

L'Organisation mondiale de la santé a déterminé six composantes clés permettant d'intégrer la santé dans toutes les politiques (Organisation mondiale de la santé, 2014) :

1. Déterminer les besoins et les priorités en matière de santé dans toutes les politiques
2. Élaborer un plan d'action
3. Déterminer les mécanismes et les processus de soutien
4. Faciliter l'analyse d'impact et l'engagement des parties
5. Suivre, évaluer et élaborer des rapports
6. Renforcer les capacités

POSITION

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) représente près de 200 000 infirmières et infirmiers de première ligne au Canada. Nous pensons que les soins de santé existent à l'extérieur des hôpitaux et font partie de la vie quotidienne de chaque personne. La FCSII croit que les soins de santé sont un droit de la personne et que chaque personne au Canada a droit à un accès égal et équitable aux services de soins de santé. Le Canada mérite une approche pangouvernementale aux soins de

santé, et non pas une approche fracturée et limitée par des frontières provinciales et territoriales. Notre système actuel de soins de santé met l'accent sur le traitement plutôt que la prévention, et cela se traduit en maladies évitables qui font augmenter significativement les dépenses de santé. Notre environnement a d'importantes répercussions sur notre santé générale. Ne pas tenir compte des déterminants sociaux de la santé et de la pauvreté a un impact sur les dépenses gouvernementales. Les besoins en santé devraient être abordés de haut en bas, en commençant avec une approche intersectorielle, systématique et évaluative des politiques fédérales afin de déterminer leur impact sur la santé.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement canadien est responsable de la santé; par ricochet, il est aussi responsable des déterminants sociaux de la santé qui se trouvent en amont. Les maladies évitables et chroniques sont de plus en plus prévalentes au Canada. Ignorer les causes sous-jacentes aux problèmes de santé et traiter seulement les symptômes font augmenter les coûts au sein du système de soins de santé.

En 2015 et 2016, la FCSII a enclenché un processus de consultation exhaustif auprès de 50 intervenants nationaux du secteur de la santé. Cela a mené à l'élaboration du document *Vers un accord sur la santé et les programmes sociaux*. Le rapport revendique une approche plus coordonnée pour régler les problèmes du secteur de la santé et des programmes sociaux, et à laquelle participeraient les gouvernements fédéral et provinciaux, ainsi que tous les secteurs connexes. Tous les ordres et paliers de gouvernement doivent déployer des efforts pour améliorer la santé générale des personnes et des collectivités. Les ministres fédéral et provinciaux de la Santé doivent demander la collaboration des autres ministres afin de tenir compte de la santé dans d'autres secteurs gouvernementaux et dans toutes les décisions administratives ou liées à l'élaboration de politiques. Adopter une approche axée sur la santé dans toutes les politiques (SdTP) se traduirait en un Canada affichant une meilleure santé mentale et physique.

Continuer d'exploiter notre système de soins de santé en traitant seulement les symptômes des maladies est inefficace. Une approche axée sur la SdTP permettrait non seulement de réduire le stress sur le système mais se traduirait aussi en une réduction des coûts. La FCSII demande au gouvernement fédéral d'examiner ces éléments dans le cadre du processus national d'élaboration des politiques. Le gouvernement canadien a le mandat d'assurer l'égalité d'accès à la santé. Avec une approche axée sur la santé dans toutes les politiques, le Canada sera en meilleure position pour remplir cette obligation. Intégrer la santé dans toutes les décisions liées à l'élaboration de politiques est essentiel pour maintenir la réputation du Canada en tant que leader mondial et exemple à suivre dans le secteur de la santé.

CONTEXTE

Exemples de gouvernements nationaux et régionaux qui ont intégré la santé dans toutes les politiques :

- Finlande : Au début des années 1970, le gouvernement finlandais commence à adopter une approche multisectorielle. Un nombre alarmant d'hommes physiquement actifs de la Carélie du Nord mouraient prématurément de maladies coronariennes. Un projet est alors mis en branle pour améliorer les habitudes de vie dans cette région. Le gouvernement amorce des programmes de sensibilisation qui ont permis de diminuer de 76 % le nombre d'hommes consommant du beurre avec leur pain (Institut national de santé publique du Québec, 2013). En raison du succès régional de ce programme qui mettait l'accent sur des objectifs à long terme, il sera mis en œuvre dans tout le pays cinq ans plus tard.

En 30 ans, le taux de mortalité en fonction de l'âge, et attribuable aux maladies coronariennes chez les hommes, a diminué de 82 % en Carélie du Nord et de 75 % dans tout le pays. Le gouvernement finlandais a collaboré étroitement avec une vaste gamme d'organisations, y compris le gouvernement, les médias, les leaders communautaires et la collectivité. Par la suite, la Finlande a élargi ses programmes d'alimentation saine et intégré la santé dans toutes les politiques (Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen, et Leppo, 2006).

- Nouvelle-Zélande : Ayant adopté la SdTP il y a plus de 11 ans, ce pays peut servir d'exemple aux autres pays. La Nouvelle-Zélande a tenu compte de la santé dans divers secteurs, y compris la planification urbaine et régionale, le logement, la réglementation de l'alcool, l'électricité, le transport, la qualité de l'eau et l'éducation. Dans le cadre de sa politique de SdTP, la Nouvelle-Zélande prévoit des partenariats de travail avec la population indigène Maori. Pour atteindre les objectifs en matière de SdTP, différents groupes d'intérêt doivent se comprendre et se parler. Lorsqu'ils travaillent à l'unisson avec plusieurs organisations, un outil est utilisé pour assurer que les projets soient complétés de façon équitable et facilement gérable. Cette approche permet d'intégrer efficacement la santé dans les politiques (Community & Public Health, 2016).
- Québec : La *Loi sur la santé publique* du Québec a été adoptée en 2002. La loi a pour objet : « ... la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. » En vertu de cette loi, les ministères provinciaux et agences ont le mandat d'assurer que les nouveaux projets de loi et règlements ne nuisent pas à la santé des Québécois; des dispositions de cette loi permettent aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population, et leur donnent les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée (cela comprend la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux qui affectent négativement la santé), et la loi encourage la coordination intersectorielle concertée (Légis Québec, 2016). Les impacts sur la santé sont évalués de façon régulière. Dans la foulée, le Québec a adopté une législation interdisant la publicité destinée aux personnes mineures et l'utilisation des lits de bronzage pour ces derniers parce que les études démontrent que le bronzage artificiel accélère le vieillissement de la peau et cause des cancers de la peau. La *Loi sur la protection du consommateur* du Québec limite aussi le marketing de boissons et d'aliments mauvais pour la santé auprès des enfants afin de prévenir les carences nutritionnelles (Coalition québécoise sur la problématique du poids, 2016).

D'autres gouvernements (à l'échelon des États et du pays), y compris la Californie, l'Australie du sud, la Thaïlande et les États-Unis, ont tous intégré la santé dans l'élaboration de certaines politiques. Leurs résultats nous prouvent que la collaboration intersectorielle peut avoir des impacts significativement positifs sur la santé générale de la population canadienne. Adopter une optique santé dans toutes les politiques a été recommandé, en 2009, par le sous-comité sénatorial sur la santé des populations.

« Attendre passivement que la maladie se déclare et essayer ensuite d'y trouver un remède grâce au système de soins de santé n'est tout simplement pas une option. Nous devons donc prendre en considération tous les facteurs qui influencent la santé et, grâce à une approche axée sur la santé de la population, remédier aux inégalités et contribuer au mieux-être et à la productivité. » En d'autres mots, et tel que souligné par la médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, il faut étendre la conversation et parler de « santé » plutôt que simplement mettre l'accent sur les « soins de santé », et assurer la « prise en compte de la santé dans toutes les politiques » mises en œuvre dans la province. (Rapport annuel de la médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, 2010).

Soulignons que lorsque nous parlons d'élaboration de politiques publiques saines, le terme « politique » doit être compris dans son sens le plus large. Tel qu'illustré par les exemples ci-dessus, les politiques peuvent comprendre les lois, les règlements, les programmes, les stratégies, et des projets particuliers à différents paliers de gouvernement. Tel que suggéré par la définition de l'OMS, et par les exemples cités, la collaboration et la collaboration intersectorielles, utilisant différents leviers politiques, sont parties intégrantes du succès de la mise en œuvre dans le cadre d'une approche pangouvernementale formelle visant à réduire les disparités en santé dans la population. Les objectifs en matière d'équité en santé peuvent comprendre l'amélioration de la santé d'un groupe vulnérable, réduire les écarts en santé entre les groupes les plus et les moins vulnérables, et aplanir le gradient social en santé dans toute la population (Whitehead et Dahlgren, 2006).

AVANTAGES DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

La santé dans toutes les politiques (SdTP) est la prochaine étape pour permettre d'offrir aux citoyens et aux citoyennes l'opportunité d'avoir un mode de vie sain et une meilleure qualité de vie. L'Agence de la santé publique du Canada a reconnu le besoin « de s'attaquer aux causes fondamentales des problèmes de santé. » (Agence de la santé publique du Canada, 2006). Prévenir les maladies à la source plutôt que les traiter seulement après leur apparition permettrait de diminuer le fardeau sur le système actuel de soins de santé. De grands progrès pourraient être faits dans le secteur des soins de santé au Canada si nous cessions de mettre l'accent uniquement sur les hôpitaux et les cliniques. Cette approche pourrait améliorer le bien-être général des personnes tout en réduisant les dépenses de santé pour les gouvernements. De plus, l'argent des contribuables pourrait être utilisé de façon plus efficiente.

La SdTP permettrait aussi de réduire les disparités entre les groupes socioéconomiques. Il y a une corrélation à long terme entre le faible revenu et une diminution du bien-être. L'obésité, le tabagisme, la maladie mentale, le diabète et la mortalité infantile affectent de façon disproportionnée les personnes ayant les revenus les plus faibles (Institut canadien d'information sur la santé, 2015). Une (1) personne sur sept (7) au Canada vit dans la pauvreté. Au Canada, les Autochtones sont surreprésentés parmi les personnes pauvres et un (1) enfant des Premières Nations sur deux (2) vit dans la pauvreté (Canada sans pauvreté). De toute évidence, il faut s'attaquer à ces problèmes plutôt que les gérer seulement lorsque les résultats négatifs en santé font surface. Financer les initiatives de santé publique permettrait d'offrir aux personnes du Canada de meilleures options pour avoir un mode de vie sain, et leur permettrait de prendre en charge leur propre santé sans sacrifier leur sécurité financière.

Tous les gouvernements au Canada pourraient élaborer des lois, des règlements, des politiques et des mesures en matière de santé publique afin d'influencer les vies de millions de personnes au Canada et réduire le stress sur notre système de soins de santé. Les taux d'obésité diminueraient en raison de choix de vie plus active et cela s'accompagnerait d'une diminution des taux de diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, dépression, maladies respiratoires, entre autres. (Harvard School of Public Health, sans date), (Stanford Healthcare, sans date). La réduction des polluants permettrait de diminuer les taux d'asthme et autres problèmes respiratoires. Une population en meilleure santé signifie des économies pour l'ensemble du système de soins de santé.

- Énergie : favoriser les solutions en matière d'énergie propre et déployer des efforts pour remplacer les méthodes désuètes de production d'énergie à partir de matières combustibles.
- Industrie : mettre en place des technologies qui réduisent les déchets industriels et les émissions.

- Transport : Offrir davantage d'options pour l'utilisation du transport en commun, prévoir des sentiers pédestres et des pistes cyclables pour moins dépendre de l'automobile. Offrir davantage d'options de transport à faibles émissions ou à zéro émission.
- Logement : Avec un plus grand nombre de logements disponibles et abordables, plus de gens pourraient vivre selon leurs moyens et auraient davantage d'argent pour d'autres besoins. Voici quelques mesures pouvant être prises : contrôle de la qualité de l'air et ventilation; faire respecter les codes du bâtiment afin de réduire les dangers venant du radon ou de l'arsenic; entretien régulier pour éliminer les moisissures, les acariens allergènes ou la vermine.
- Planification urbaine : S'assurer que le zonage laisse suffisamment d'espace entre les parcs industriels et les collectivités. Nombreux espaces verts, parcs, sentiers pédestres et pistes cyclables sont essentiels à un environnement urbain sain.
- Eau et nutrition : Prévoir des restrictions par rapport aux boissons et aliments mauvais pour la santé, similaires à celles en vigueur au Québec. Dans le but de développer des habitudes d'alimentation saine pour la vie, il faudrait offrir, dans les écoles, des choix d'aliments sains, ainsi que des programmes de nutrition et de préparation des aliments sains. De plus, assurer la propreté de l'eau potable grâce à une réglementation, et fournir des informations pertinentes sur la nutrition, aideraient les consommateurs à faire des choix éclairés. Plus particulièrement, les peuples autochtones, et les personnes vivant dans des collectivités isolées, bénéficieraient grandement d'un accès à de l'eau propre et d'une meilleure alimentation.
- Assainissement et gestion des déchets : Promouvoir les programmes de recyclage et de compostage réduirait les déchets qui se retrouvent dans les sites d'enfouissement. Les déchets, y compris les déchets toxiques et chimiques, doivent être tenus isolés de toute activité humaine et éliminés sans nuire à l'environnement.
- Emploi et main-d'œuvre : L'employeur est responsable de la santé et de la sécurité au travail. Il faut offrir aux employés un milieu de travail où ils se sentent en sécurité. Il faut gérer et réduire les risques afin d'éviter les blessures physiques. Pour réduire le stress et protéger la santé mentale, les milieux de travail doivent prévoir des pauses et s'assurer que les personnes bougent suffisamment pendant leur journée de travail.

SOURCES

Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé*. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/reponse-canada-commission-determinants-sociaux-sante/contexte.html>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *La santé dans toutes les politiques*. Tiré de <https://cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/la-sante-dans-toutes-les-politiques>

Association médicale canadienne (AMC). (sans date). *La santé dans toutes les politiques*. Tiré de <https://www.cma.ca/fr/la-sante-dans-toutes-les-politiques-0>

Bernier, N. (2006). Quebec's Approach to Population Health: An overview of policy content and organization. *Journal of Public Health Policy* (2006) 27, 22–37. doi:10.1057/palgrave.jphp.3200057

California Health in All Policies Task Force. (sans date). Focus Areas and Action Plans. Tiré de <http://sgc.ca.gov/Initiatives/HiAP-Action-Plans.html>

Canada sans pauvreté (site Web). <http://www.cwp-csp.ca/poverty/just-the-facts/> (en anglais seulement)

Coalition québécoise sur la problématique du poids. (2016). *Publicité destinée aux enfants*. Tiré de <https://www.cqpp.qc.ca/fr/nos-priorites/marketing-agroalimentaire/publicite-destinee-aux-enfants/>

Community & Public Health. (2016). *Health in All Policies*. Tiré de <http://www.cph.co.nz/your-health/health-in-all-policies/>

Harvard School of Public Health. (sans date). *Obesity Prevention Source*. Tiré de <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/>

Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada. Rapport sommaire*. Tiré de https://www.cihi.ca/en/summary_report_inequalities_2015_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. *Outil interactif sur les inégalités en santé*. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/outil-interactif-sur-les-inegalites-en-sante>

Institut national de santé publique du Québec. (2013). *Le projet de la Carélie du Nord en Finlande : un mouvement de société en faveur des saines habitudes de vie*. Tiré de https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1564_CarelieNordMouvSocSainesHabitudesVie.pdf

Jousilahti, P. (2014). *Health in All Policies – How was it Achieved in Finland*. Finlande: National Institute for Health and Welfare.

Keon, J., Pépin, L. (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations. Ottawa : Gouvernement du Canada. <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>

King, Arlene. (2011). *Parlons de santé et non plus de soins de santé*. Rapport annuel de 2010 de la médecin hygiéniste en chef à l'Assemblée législative de l'Ontario. Toronto: Gouvernement de l'Ontario.

Légis Québec. (2016). *Loi sur la santé publique*. Tiré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.2>

McGinnis, M. J., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health Affairs*, 21. doi:10.1377/hlthaff.21.2.78

Meili, R., Raza, D. (2014, October 20). Canada Needs to Adopt a 'Health in All Policies' Approach. *Huffington Post*.

Organisation mondiale de la santé. (2006). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Tiré de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2014). *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Tiré de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies. A Guide for State and Local Governments*. Tiré de https://www.apha.org/~media/files/pdf/factsheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx

South Australia Government. (2015). *Health in All Policies: The South Australian Approach*. Tiré de <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/health+in+all+policies>

St. Pierre, L. (2016). *La santé dans toutes les politiques et austérité*. Présentation. 22^{ième} Conférence mondiale de promotion de la santé de l'UIPES, mai 2016. Tiré de http://www.ncchpp.ca/docs/2016_GouvIntGov_PresHiAP_Fr.pdf

Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Freiler, A., Bobbili, S., Bayoumi, A., O'Campo, P. (Février 2011). *Health in All Policies: A Snapshot for Ontario: Results of a Realist-Informed Scoping Review of Literature*. Toronto: St. Michael's.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Tiré de http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf

Stanford Healthcare. (sans date). *What is Obesity?* Tiré de <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/healthy-living/obesity.html>

Statistique Canada. (2016). *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues*. Tiré de https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310045101&request_locale=fr

UK National Health Service. (sans date). *Clinical depression*. Tiré de <http://www.nhs.uk/Conditions/Depression/Pages/Introduction.aspx>

UK National Health Service. (sans date). *Physical activity guidelines for adults*. Tiré de <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/physical-activity-guidelines-for-adults.aspx>

Upstream (site Web). http://www.thinkupstream.net/about_upstream

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: bureau régional de l'OMS pour l'Europe.