



La promotion de la santé au Canada

Étude de cas

Juin 1997

Table des matières

Préface	v
Première partie: Le développement historique de la promotion de la santé au Canada . . .	1
Introduction	1
1. Premiers pas: le rapport Lalonde et ses conséquences	2
Élargir le discours sur la santé	2
Création de nouvelles infrastructures: une direction pour la promotion de la santé	2
Incidence sur la politique et la pratique à d'autres niveaux	3
2. En avant	3
La Charte d'Ottawa et La santé pour tous	3
Établissement d'un nouveau modèle socio-écologique de la santé	4
a. Programmes du gouvernement fédéral	4
b. Programmes provinciaux et territoriaux	6
Stimulation de l'établissement d'infrastructures	7
a. Les conseils provinciaux et territoriaux de la santé et de promotion de la santé	7
b. Les projets « Communautés en santé » et « Renforcement de la santé communautaire »	7
c. La mise en place d'un nouveau plan et d'une nouvelle infrastructure de recherche	9
d. Le secteur bénévole	10
3. Facteurs extérieurs façonnant la promotion de la santé	10
Restructuration aux niveaux fédéral et provincial et territorial	10
a. Changements au niveau fédéral	10
b. Changements au niveau provincial et territorial	11
Le nouveau discours de la « santé de la population »	12
Réforme des soins de santé	13
4. Où en sommes-nous? La situation de la promotion de la santé au Canada aujourd'hui	14
La promotion de la santé évaluée sous l'angle de la Charte	14
a. Élaborer une politique publique qui favorise la santé	14
• Expérience au niveau de l'action intersectorielle	15
• Évaluation des incidences sur la santé	15
• Buts en matière de santé	15
b. Créer des milieux favorables	15
c. Renforcer l'action communautaire	16
d. Acquérir des aptitudes individuelles	16
e. Réorienter les services de santé	17
La promotion de la santé évaluée sous l'angle de l'état de santé et des inégalités	17
a. État de santé	17
b. Inégalités sur le plan de la santé	19

Orientations futures	19
a. <i>Perspectives de promotion de la santé</i>	19
b. Le Forum national sur la santé	20
Deuxième partie: Facteurs de succès ou d'échec	23
Une base d'action conceptuelle	23
Une direction solide et éclairée	24
Transformer les concepts en mesures concrètes	25
L'influence de la réforme de la santé	25
Des partenariats durables	26
Poursuivre le mouvement amorcé	27
L'énigme des preuves	28
Compressions budgétaires et difficultés organisationnelles	29
L'émergence de la santé de la population	30
Appui d'une politique publique favorable à la santé	31
Troisième partie: Enseignements pour le XXI ^e siècle	33
Annexe A: Dates marquantes dans l'histoire de la promotion de la santé: perspective nationale	39
Références	43

Préface

La promotion de la santé au Canada: étude de cas a été commandée par Santé Canada, à la suite d'une suggestion du D^r Ilona Kickbusch, directrice de la promotion de la santé, de l'éducation et de la communication à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il doit s'agir d'un document de travail pour la Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui aura lieu à Jakarta, en Indonésie, en juillet 1997.

Cet aperçu vise à montrer comment et pourquoi la promotion de la santé est devenue ce qu'elle est au Canada, sous l'éclairage particulier du contexte socio-politique. On y examine comment la pensée dans le domaine de la promotion de la santé est née, a été interprétée et a été appliquée. On y montre également l'équilibre entre la théorie et la pratique, et y esquisse le rôle des infrastructures de promotion de la santé.

L'étude de cas a été réalisée à un moment où le paysage de la promotion de la santé au Canada était en profonde mutation. Pour certains, cela rend douteux un rôle directeur à l'avenir et une contribution continue à la réforme de la santé. Pour d'autres, la brève mais riche expérience relatée ici donne à penser qu'il existe de nouvelles possibilités d'action efficace dans le domaine de la promotion de la santé au Canada, quoique dans le contexte de nouveaux concepts et partenariats. Le présent document, faut-il espérer, contribuera à un dialogue critique et opportun sur la façon dont les valeurs, les principes et les stratégies de la promotion de la santé peuvent continuer à éclairer l'action au moment où, en dépit des obstacles et des changements, nous nous engageons vis-à-vis de la santé pour tous au XXI^e siècle.

Le D^r Trevor Hancock, aidé du D^r Ron Labonté, s'est chargé de la recherche initiale et de la documentation de base pour l'étude de cas. Le document incorpore nombre de leurs opinions et interprétations. Il inclut également le point de vue et les avis d'autres personnages clés dans le domaine de la promotion de la santé au Canada, notamment Ron Draper, Peggy Edwards, Joan Feather, John Millar, Michel O'Neill et Irving Rootman. Plusieurs représentants de Santé Canada ont aussi offert des avis et des commentaires. Ce sont Ed Aiston, Tariq Bhatti, Carmen Connolly, Nancy Hamilton, Glenn Irwin et Kathy Stewart. Le document final a été préparé par Brian Bell et Kathryn Joly. En conséquence, l'étude de cas est également un « récit » à maints égards, une compilation des vues et des expériences de plusieurs personnes présentées par le narrateur.

Première partie: Le développement historique de la promotion de la santé au Canada

Introduction

Depuis 1974, le Canada jouit d'une réputation internationale pour ses travaux dans le domaine de la promotion de la santé grâce à la réalisation d'importantes initiatives, dont des projets d'action communautaire pour la promotion de la santé, la défense des intérêts de la population dans le secteur de la santé et une politique gouvernementale qui favorise la santé, et aussi pour son rôle dans la création du mouvement international des villes et des villages en santé. Le rôle de chef de file du Canada a été reconnu au cours de la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Ottawa en 1986 et qui a débouché sur la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.¹ A suivi à la fin des années 80 et au début des années 90 une période florissante pour la promotion de la santé au Canada. Plus récemment, toutefois, certains se sont mis à douter de l'engagement des gouvernements vis-à-vis de la promotion de la santé compte tenu des très nombreux développements au niveau national et international.

Comme étude de cas, le présent document pose au départ la question « Qu'est-ce qui s'est produit? » (Première partie), puis deux autres questions: « Pourquoi cela s'est-il produit? » (Deuxième partie) et « Que pouvons-nous retenir de cette expérience? » (Troisième partie). Dans la première partie, l'évolution de la promotion de la santé est présentée du début des années 70 à aujourd'hui. La deuxième partie porte sur un certain nombre de faits importants qui ont eu une incidence sur la promotion de la santé au Canada. La dernière partie est consacrée aux enseignements qui, faut-il espérer, serviront au Canada et à d'autres pays à l'avenir.

Il est important de savoir qu'il n'existe pas d'expérience nationale unique de la promotion de la santé, ce qui s'explique, en partie, par la division des pouvoirs en vertu de la Constitution canadienne qui confère la responsabilité première des programmes de santé et des programmes sociaux aux gouvernements provinciaux et territoriaux.² Le gouvernement fédéral s'en remet généralement à son « pouvoir de dépenser » et aux paiements de transfert aux provinces et aux territoires pour infléchir les politiques et les programmes.

Au cours des années 60 et 70, le gouvernement fédéral a considérablement accru ses dépenses au titre des programmes sociaux, en créant notamment un programme national d'assurance-maladie en collaboration avec les dix provinces canadiennes. En conséquence, le Canada n'a pas un système national commun de santé, mais bien dix systèmes provinciaux et deux systèmes territoriaux. La promotion de la santé est un élément de treize systèmes différents, dont le système de santé fédéral. Il n'est guère surprenant dès lors que l'expérience en matière de promotion de la santé soit fort diversifiée au Canada.

1. Premiers pas: le rapport Lalonde et ses conséquences

Élargir le discours sur la santé

Le rôle de chef de file international du Canada dans la promotion de la santé moderne remonte à 1974, année de la publication de *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*,³ sous la direction de Marc Lalonde, le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada à l'époque. Par ce rapport, un gouvernement reconnaissait publiquement pour la première fois que la médecine et le système de santé jouent un rôle limité dans la détermination de l'état de santé.⁴ C'était également le premier document où l'on laissait entendre que la « promotion de la santé » constituait une stratégie clé pour améliorer la santé. Le rapport proposait que la santé était déterminée par l'action conjuguée de la biologie humaine, de l'organisation des soins de santé, de l'environnement et du mode de vie. Bien que le rapport ait été favorablement accueilli sur la scène internationale, certains au Canada le jugeait limité.

Création de nouvelles infrastructures: une direction de la promotion de la santé

La publication de *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* a eu les trois conséquences suivantes:

- ▶ la création de la direction fédérale de la promotion de la santé au sein du ministère de la Santé et du Bien-être social en 1978
- ▶ la croissance rapide des programmes visant à encourager un mode de vie sain par des activités de marketing social et des campagnes d'éducation^{5,6}
- ▶ l'affinement de la pratique de la promotion de la santé dans les collectivités et les efforts communautaires à la grandeur du pays.

La Direction de la promotion de la santé est issue du regroupement de plusieurs structures indépendantes oeuvrant dans les secteurs de l'alcoolisme, du tabagisme, des toxicomanies, de la nutrition et de la santé de l'enfant. Les travaux entrepris se rangeaient dans l'une ou l'autres des grandes catégories suivantes:

- ▶ marketing social (éducation et information du public)
- ▶ aide à l'action communautaire (programmes de financement)
- ▶ établissement de politiques et de programmes
- ▶ acquisition de connaissances.⁷

La plupart des spécialistes de la promotion de la santé au Canada à l'époque utilisaient au départ une approche fondée sur le style de vie ou le comportement en matière de santé qui combinait les communications de masse avec les stratégies d'éducation populaire, l'éducation sanitaire à l'école⁸ et l'action communautaire. Par son dynamisme sur le plan conceptuel et ses programmes de financement, la Direction de la promotion de la santé a contribué à implanter fermement le concept de la promotion de la santé au Canada, à en soutenir la pratique au niveau national et international, et à assurer la mise au point de nouveaux modèles de pratique. La promotion de la santé des femmes et des enfants faisait l'objet d'un engagement tangible, et des fonds étaient mis à la disposition de groupes prioritaires comme les femmes, les autochtones et les personnes handicapées afin qu'ils créent et réalisent des activités de promotion de la santé.⁹

Incidences sur la politique et la pratique à d'autres niveaux

Bien que le rôle clé à ce stade initial ait été joué par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, des initiatives provinciales et territoriales étaient également en cours. Dans la plupart des provinces et des territoires, l'éducation sanitaire remontait à beaucoup plus loin (dans certains cas, aussi loin qu'aux années 20). Avec la publication de *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, nombre de provinces et de territoires ont élargi leurs horizons et établi des sections au sein de leurs structures pour accroître leurs efforts de promotion de la santé.

L'activité s'est également intensifiée au niveau municipal. Vers la fin des années 70, le *Toronto Department of Health*, de même que d'autres services de santé publique au Canada, a commencé à adopter des approches de la promotion de la santé plus critiques sur le plan social, et dont les déterminants structureaux, le développement communautaire et les stratégies de défense des intérêts constituaient les fondements.^{10,11}

En 1984, le *Toronto Board of Health*, l'Association canadienne de santé publique et Santé et Bien-être social Canada ont parrainé ensemble une conférence internationale, *Au-delà des soins de santé*. Cette conférence a renforcé la relation entre les agents de la promotion de la santé au Canada et le Bureau de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, auquel est attribué une bonne part du mérite du développement international de la promotion de la santé.¹² C'est à cette conférence qu'ont surgi deux idées maîtresses en promotion de la santé: la notion de « politique publique saine » et l'idée de « ville en santé ».

2. En avant

La Charte d'Ottawa et La santé pour tous

La Première Conférence internationale sur la promotion de la santé a eu lieu à Ottawa (Canada) en 1986, sous les auspices de Santé et Bien-être social Canada, de l'Association canadienne de santé publique et de l'Organisation mondiale de la santé. Un important résultat de cette conférence a été l'adoption de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, un document qui a depuis été traduit dans plus de 50 langues et qui est devenu un phare pour la promotion de la santé dans le monde. La *Charte* énonce cinq stratégies clés pour la pratique de la promotion de la santé et la « nouvelle santé publique »:

- ▶ élaborer une politique publique saine
- ▶ créer des milieux favorables
- ▶ renforcer l'action communautaire
- ▶ acquérir des aptitudes individuelles
- ▶ réorienter les services de santé.

À la même conférence, le gouvernement fédéral a publié son suivi de *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, soit *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*.¹³ Ce plan directeur dressait un tableau des défis, des mécanismes et des stratégies de promotion de la santé, et accordait davantage d'importance aux déterminants plus globaux de la santé. *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé* a été diffusé à grande échelle tant au Canada qu'à l'étranger. Le document a joué un rôle vital dans l'amélioration des connaissances et l'établissement de programmes de recherche en promotion de la santé.¹⁴

Les deux documents ont eu pour effet de faire de la promotion de la santé une sorte de catalyseur conceptuel des efforts fédéraux et provinciaux et territoriaux pour réformer et restructurer des systèmes de santé de plus en plus coûteux. Mais surtout, les deux documents, et en particulier la *Charte*, sont considérés par plusieurs avoir inspiré un changement radical dans la pratique de la promotion de la santé, qui a fait en sorte qu'une importance accrue a été accordée aux conditions de vie et de travail, soit les conditions préalables de la santé. Les cinq années qui ont suivi la publication de ces documents ont été marquées par d'importants progrès dans le domaine de la promotion de la santé, notamment:

- ▶ l'établissement de stratégies fédérales à grande échelle centrées sur des questions de santé ou des groupes particuliers
- ▶ le renforcement des programmes de santé provinciaux ou territoriaux
- ▶ l'établissement de conseils de santé provinciaux ou territoriaux pour guider la réforme de la santé
- ▶ la création de projets nationaux et provinciaux ou territoriaux de « villes et villages en santé » et de « renforcement de la santé communautaire »
- ▶ l'amélioration des connaissances et la recherche dans le domaine de la promotion de la santé.

Établissement d'un nouveau modèle socio-écologique de la santé

a. Programmes du gouvernement fédéral

Au milieu des années 80, le fait que la promotion de la santé fût centrée dans une large mesure sur le mode de vie suscitait de plus en plus de questions. On faisait valoir que la santé des personnes dont la situation était relativement difficile dépendait également de conditions structurelles comme la pauvreté, le chômage, la discrimination sociale, l'impuissance, les piètres conditions de logement et la pollution, pour n'en citer que quelques-unes. On estimait que les modes de vie individuels n'étaient pas librement choisis, mais dépendaient de structures sociales et culturelles qui conditionnaient et contraignaient les comportements.

En 1987, le budget de la Direction de la promotion de la santé a presque triplé par suite de nouvelles initiatives fédérales qui s'inscrivaient dans le cadre de stratégies nationales de lutte contre les drogues, le tabac, la conduite avec facultés affaiblies et le sida. Des efforts ont été déployés pour développer l'action intersectorielle, la recherche qualitative et les méthodes d'évaluation. Des campagnes de marketing social ont mis en valeur des messages plus positifs, et les programmes de financement permettaient plus d'autonomie pour définir les questions de santé au niveau local.^{15,16} Une aide importante a été accordée aux initiatives communautaires par l'entremise des bureaux régionaux de la Direction de la promotion de la santé, ce qui a permis le financement stratégique d'initiatives communautaires choisies dans le cadre du Programme de contributions à la promotion de la santé et la participation à l'Initiative canadienne des communautés en santé et aux projets de renforcement de la santé communautaire.

Les exemples suivants illustrent l'approche intégrée de la promotion de la santé:

- ▶ L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire est une stratégie en cinq phases, d'une durée de quinze ans, à laquelle participent Santé Canada, les dix ministères provinciaux de la Santé, la Fondation des maladies du coeur du Canada, et plus de 300 organismes bénévoles, professionnels et communautaires dans tout le Canada.
- ▶ Un processus coopératif étalé sur plusieurs années en nutrition a conduit à un consensus entre une vaste gamme de partenaires sur des politiques, des programmes et de messages d'intérêt national. Ce processus s'est amorcé par une entente entre les experts des communautés scientifique d'une part et des communications d'autres part, sur les *Recommandations sur la nutrition* et les *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Une vaste consultation avec les décideurs, les professionnels de la santé publique, les éducateurs, l'industrie et le public, qui a abouti à une révision en profondeur du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.
- ▶ Une initiative publique, bénévole et privée de ParticipAction, axée sur une combinaison de stratégies d'action communautaire et de marketing social, a encouragé les Canadiens et les Canadiennes à devenir plus actifs physiquement.
- ▶ Comme dans nombre de pays, la Stratégie nationale sur le sida a été adoptée en réponse et en reconnaissance de la montée de l'incidence de l'infection par le VIH et du sida. Elle a été largement influencée par la mobilisation de groupes d'intervention du milieu et est très rapidement devenue une approche multisectorielle à multiples facettes.
- ▶ La Stratégie de réduction de la demande de tabac a joué un important rôle dans la collecte de preuves contre le tabac et l'appui d'actions concertées contre l'industrie du tabac.

En outre, l'approche des cadres de vie a été adoptée comme une importante stratégie de promotion de la santé. Cette approche réunit tous les éléments de la promotion de la santé et les intègre dans des cadres qui ont une grande importance pour les gens: la maison, l'école, le lieu de travail, l'hôpital et la collectivité. La recherche, le développement des connaissances et les infrastructures pertinentes ont aussi été activement appuyés.

b. Programmes provinciaux et territoriaux

Au début des années 80, la plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux avaient établi des directions, des bureaux ou des services de promotion de la santé. La taille et le budget de plusieurs de ces structures ont sensiblement augmenté au cours des années 80. Néanmoins, les activités sont restées principalement axées sur la communication, le marketing social et l'action communautaire, et quelques incursions dans le domaine de la politique publique.

L'évolution de la promotion de la santé dans plusieurs provinces et territoires est présentée ci-après:

- ▶ Colombie-Britannique
 - L'*Office of Health Promotion* a été établi en 1989.
 - La Colombie-Britannique a été l'hôte de la Première Conférence nationale sur la promotion de la santé et la prévention des maladies en 1989.
 - La formation du « Réseau des communautés en santé » a été appuyée et des subventions ont été accordées pour entreprendre la planification de villes et villages en santé.
 - Un programme innovateur d'écoles où l'on favorise la santé et un programme de lieux de travail où l'on fait la promotion de la santé ont été établis.
 - Un guide communautaire pour l'adoption de politiques publiques saines a été publié.
 - La Colombie-Britannique a joué un rôle de premier plan dans l'établissement du processus qui exige une évaluation des conséquences pour la santé de tous les grands projets de politique présentés au cabinet.
 - Une trousse d'évaluation des conséquences pour la santé et des lignes directrices pour l'évaluation de ces conséquences ont été préparées.
- ▶ Ontario
 - La Direction de la promotion de la santé a été établie en 1987.
 - L'accent a été mis sur la santé cardiovasculaire, les modes de vie sains, la mobilisation de la collectivité pour la santé et la réduction de l'usage du tabac.
 - L'Ontario a appuyé la mobilisation de la collectivité et les stratégies pour une politique publique saine.
 - En 1992, quarante-sept « spécialistes de la promotion de la santé » étaient en poste dans quarante-deux unités sanitaires disséminées sur le territoire ontarien.
 - Le Conseil du premier ministre sur la santé (comité intersectoriel présidé par le premier ministre) a été établi en 1987.
- ▶ Provinces atlantiques
 - L'*Atlantic Health Promotion Network* a été établi pour stimuler la coopération et le développement.
 - Le programme de santé cardiovasculaire de la Nouvelle-Écosse a été adopté par les trois autres provinces de l'Atlantique.
 - Dartmouth est devenu le premier centre des provinces de l'Atlantique à adhérer au mouvement des « villes et villages en santé ».

- ▶ Territoires du Nord-Ouest
 - Des conseils régionaux de la santé ont été créés en 1988, après quoi ont été nommés des agents régionaux de promotion de la santé qui devaient faire fonction de conseillers en promotion de la santé et être responsables de la politique et de la planification à cet égard dans les territoires.
 - Quand la responsabilité directe de la promotion de la santé a été confiée aux conseils régionaux de la santé au début des années 90, la section territoriale de la promotion de la santé a fourni des services consultatifs et de soutien.

Stimulation de l'établissement d'infrastructures

a. Les conseils provinciaux et territoriaux de la santé et de promotion de la santé

Au cours des années qui ont suivi immédiatement l'adoption de la *Charte d'Ottawa* et la publication de *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, la plupart des provinces et des territoires ont établi des commissions ou des conseils provinciaux ou territoriaux (parfois les deux) de la santé pour recommander des stratégies de réforme de la santé. Ces organismes intersectoriels ont été influencés par le courant de pensée en promotion de la santé, et la plupart se sont intéressés à la recherche et à l'élaboration des politiques sur les déterminants plus généraux de la santé (ex.: redistribution du revenu, logement, protection de l'environnement, adaptation au marché du travail et recyclage, équité). Dans la plupart des cas, la pratique de la promotion de la santé a été considérée comme un moyen d'intervenir à l'égard des déterminants plus généraux de la santé, de réduire les dépenses au titre des soins de santé et de faire progresser la réforme de la santé.

b. Les projets « Communautés en santé » et « Renforcement de la santé communautaire »

Le mouvement des « villes et villages en santé » est né au Canada et a été mis en oeuvre en 1986 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en consultation avec Santé et Bien-être social Canada. Le ministère fédéral a appuyé le projet canadien des villes et villages en santé au début (parrainé conjointement par l'Institut canadien des urbanistes, la Fédération canadienne des municipalités et l'Association canadienne de santé publique). De 1988 à 1991, le Projet canadien des communautés en santé a publié plusieurs bulletins et un guide, a offert des consultations et des ateliers dans diverses agglomérations canadiennes, et a organisé une conférence nationale.

En même temps, plusieurs projets provinciaux et territoriaux de « villes et villages en santé » ont été mis en chantier au Québec et en Colombie-Britannique vers la fin des années 80, et en Ontario en 1991. Un aperçu de plusieurs projets provinciaux et territoriaux suit:

- ▶ Québec
 - Une association officielle (*Villes et Villages*) a été formée en 1990 par les municipalités qui ont lancé des projets de « villes et villages en santé ».
 - À la fin de 1991, le réseau comprenait plus de 600 membres représentant plus de 300 organismes affiliés différents, dont plus de 150 municipalités.

- Au début de 1997, le centre provincial d'information comptait du personnel à temps plein, et 113 municipalités en faisaient partie.
- Des projets locaux d'envergure modeste ont eu un effet marqué sur l'établissement de politiques publiques saines à d'autres paliers de gouvernement.
- ▶ Colombie-Britannique
 - Des subventions ont été mises à la disposition des municipalités pour la création de projets.
 - Les municipalités participantes ont adopté des résolutions pour sanctionner l'adoption des principes des « villes et villages en santé ».
 - En 1991, la majorité des 38 projets financés avait adopté une approche multisectorielle de la santé. Plus de trois secteurs étaient représentés au sein de leurs comités d'orientation, et plus de 45 000 personnes participaient à leurs activités.
 - Au milieu des années 90, une centaine de municipalités participaient à des projets, même si le financement avait été réduit et le réseau était moins actif.
- ▶ Ontario
 - Quinze associations provinciales des secteurs de la santé, des services sociaux, de l'environnement et de l'urbanisme étaient encore actives au plan du financement à la fin des années 80.
 - Un réseau et un bureau provinciaux ont été établis en 1992.
 - En 1997, on comptait 72 projets « villes et villages en santé » dans la province.

Le « Projet de renforcement de la santé communautaire » (PRSC) a également été établi en 1988, par l'Association canadienne de santé publique (ACSP), avec l'aide financière de la Direction de la promotion de la santé. Dans l'ensemble, le PRSC a joué le rôle de catalyseur en réunissant nombre de groupes et d'organismes différents pour créer de nouveaux partenariats en faveur de la santé. L'accent a été mis sur la concertation, l'établissement d'un plan d'action communautaire pour la santé et le renforcement de la capacité des membres de la collectivité relativement aux questions de santé.¹⁷

Malgré une certaine confusion entre « Villes et villages en santé » et « Renforcement de la santé communautaire », et les délais exagérément optimistes pour produire des résultats et le caractère à court terme du financement, les deux projets ont été considérés comme des approches innovatrices du travail au sein des collectivités.

c. La mise en place d'un nouveau plan et d'une nouvelle infrastructure de recherche

La santé pour tous a été un important catalyseur dans la création d'un certain nombre d'initiatives nouvelles pour le développement des connaissances en matière de promotion de la santé au Canada. La Direction de la promotion de la santé a réalisé deux grandes enquêtes nationales sur la promotion de la santé en 1985 et en 1990. Ces enquêtes ont laissé un important héritage. Aujourd'hui, l'Enquête nationale sur la santé de la population, à laquelle Statistique Canada procède tous les deux ans, incorpore certains des éléments des enquêtes sur la promotion de la santé. La direction a également entrepris une série de symposiums pour le développement des connaissances d'un bout à l'autre du Canada, de concert avec le Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS). Des recensions de la littérature sur huit éléments de *La santé pour tous* ont été réalisées d'un le cadre d'un concours spécial du PNRDS. Un comité de promotion de la santé a été formé par le PNRDS en 1987 et un concours spécial, consacré à la recherche sur la promotion de la santé, a eu lieu en 1990.

À la fin des années 80 et au début des années 90, la promotion de la santé a été de plus en plus acceptée dans le milieu universitaire. La Première Conférence nationale sur la recherche en promotion de la santé a eu lieu à Toronto en 1990.

Un autre fait important dans ce processus a été la création au début des années 90 de plus d'une douzaine de centres de recherche en promotion de la santé à travers le Canada. Six de ces centres sont financés conjointement par le PNRDS et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). Tous les centres travaillent au développement et à l'évaluation des connaissances dans le domaine de la promotion de la santé, quoique les intérêts et les priorités d'un centre à l'autre puissent varier considérablement. La plupart des centres ont établi de solides relations de travail avec les praticiens et parrainent de fructueux stages estivaux de promotion de la santé. En 1996, treize des centres ont officialisé leurs alliances en créant un consortium avec l'appui de Santé Canada.

Au cours des années 80 et 90, de nombreux collèges et universités ont commencé à offrir des programmes de certificat, de diplôme et d'études supérieures en promotion de la santé, auxquels se sont inscrits des spécialistes de la santé publique, des sciences de la santé et des sciences sociales appliquées. Dans plusieurs provinces et territoires, l'emploi dans des postes comportant des fonctions de promotion de la santé a sensiblement augmenté dans les services de santé publique, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les municipalités et les organismes de service social.¹⁸

d. Le secteur bénévole

Le secteur bénévole a aussi joué un rôle important dans le développement et le soutien de la promotion de la santé au Canada. Entre autres, l'Association canadienne de santé publique et ses pendant provinciaux et territoriaux ont joué un rôle clé dans l'organisation de la conférence *Au-delà des soins médicaux* en 1984 et de la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986. Plus récemment, l'ACSP et les associations provinciales et territoriales correspondantes ont participé à l'examen de la promotion de la santé au Canada, « Perspectives de promotion de la santé », qui a débouché sur *Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada*. Ces organismes ont maintenu des liens étroits avec les gouvernements, les praticiens dans le domaine de la promotion de la santé sur le terrain et les spécialistes de la promotion de la santé dans le milieu universitaire.

Le secteur bénévole est également un intervenant clé dans la promotion et le maintien de la santé et du bien-être des Canadiens et des Canadiennes, ainsi que dans la réponse aux besoins en matière de santé qui sont au-delà de la capacité du système de santé en tant que tel. Les organismes de santé bénévoles offrent aux Canadiens et aux Canadiennes des programmes et des services uniques et efficaces, jouent un rôle important en défendant les intérêts des individus et de leurs familles, et recueillent d'importantes sommes pour soutenir leurs programmes et leurs activités de recherche.

3. Facteurs extérieurs façonnant la promotion de la santé

Restructuration aux niveaux fédéral et provincial ou territorial

Depuis le début des années 90, l'influence de la promotion de la santé a quelque peu diminué à tous les paliers de gouvernement, à cause de divers facteurs, dont l'engagement à réduire le déficit, la dégradation du « filet de sécurité sociale », et les tentatives pour se donner de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités au sein des pouvoirs publics et des autres secteurs. Un nouveau concept, la santé de la population, a également commencé à gagner la faveur des décideurs.

a. Changements au niveau fédéral

Au début des années 90, la Direction de la promotion de la santé de Santé Canada a continué d'être active dans les quatre secteurs que sont la création et la mise en application de politiques et de programmes, le développement des connaissances, le marketing social, l'éducation et l'information du public, et le soutien de l'action communautaire. Une importante portion des fonds de la Direction de la promotion de la santé a été affectée aux principales stratégies, alors que plus de 350 projets communautaires bénéficiaient de fonds dans le cadre du Programme de contributions à la promotion de la santé.

Au milieu des années 90, la combinaison de plusieurs forces a influencé la manière dont les programmes fédéraux de promotion de la santé sont mis à exécution. Des efforts en vue de réduire le déficit à la grandeur du gouvernement se sont répercutés sur les ressources disponibles pour la création de programmes. En plus, la restructuration de la nouvelle direction générale de la promotion et des programmes de la santé a entraîné un déplacement de la responsabilité de l'administration des programmes de promotion de la santé. Même avec des ressources réduites, la direction générale a continué à soutenir divers programmes de promotion de la santé, et le rôle directeur fédéral dans nombre d'importants dossiers lui a été transféré. La direction générale continue d'être responsable de programmes de développement de l'enfant, par exemple, ou de lutte contre le VIH/SIDA, les toxicomanies et la violence familiale. Enfin, le gouvernement fédéral a adopté le paradigme de la santé de la population comme mode de pensée et d'action en matière de santé. Ce paradigme renforce l'importance de la promotion de la santé et mise sur son héritage pour rehausser l'importance d'une politique publique favorable à la santé et d'une action intersectorielle. Le gouvernement fédéral a récemment pris une décision qui engage tous les ministères à travailler avec Santé Canada afin de mettre au point des outils et des mécanismes pour évaluer l'incidence sur la santé des politiques et des programmes fédéraux dans toute la sphère de ses activités.

b. Changements au niveau provincial et territorial

Comme concept, la promotion de la santé a en général perdu de l'importance dans plusieurs provinces et territoires du Canada. Néanmoins, dans certaines de ces provinces et certains de ces territoires, l'importance et l'influence de la promotion de la santé ont en fait augmenté au cours de cette période. Cela se vérifie en particulier au niveau local. Un survol de la situation dans plusieurs provinces et territoires suit:

- ▶ Saskatchewan
 - L'accent a été mis sur la limitation des dépenses au titre des soins de santé et la réforme du système de santé par la création de conseils régionaux de la santé.
 - Le Conseil provincial de la santé a été aboli, mais des objectifs en matière de santé et une stratégie de promotion de la santé ont été adoptés pour guider la réforme des soins de santé.
 - Une direction de la santé de la population a été établie sous l'autorité du médecin-hygiéniste en chef. La direction s'inspire d'un modèle qui combine les déterminants de la santé de la population et les stratégies de promotion de la santé.
 - La direction mène des activités traditionnelles de santé publique et est en train de mettre au point un volet santé pour l'évaluation des incidences environnementales. Elle étudie les besoins des milieux de travail en fait de soins de santé, organise un stage d'été en promotion de la santé, prépare un plan stratégique pour la promotion de la santé de la population, réoriente les subventions provinciales vers les déterminants de la santé (plutôt que sur le bien-être), et prépare un rapport sur l'état de santé. (*Population Health Branch*, 1996).
- ▶ Manitoba

- La *Health Public Policy Programs Division* a été absorbée par la *Community Core Programs and Operations Branch*.
 - Un secrétariat à l'enfance et à la jeunesse au sein duquel sont représentés cinq ministères différents a été créé en vue de mettre sur pied un système coordonné et intégré de services aux enfants, aux jeunes et à leurs familles, dont les services fournis par l'entremise de quatre ministères: Éducation et formation, Services à la famille, Santé et Justice.
- ▶ Québec
- Une nouvelle politique de la santé et du bien-être social a été promulguée en 1992, qui fixait des objectifs pour dix-neuf politiques dans cinq domaines (adaptation sociale, santé physique, santé publique, santé mentale et intégration sociale).
 - La politique comprend six stratégies, notamment pour la création d'environnements sains et sûrs, l'amélioration des conditions de vie et la coordination des politiques publiques.
 - L'importance de l'influence des facteurs socio-économiques et de l'environnement social est davantage reconnue.
- ▶ Yukon
- Au Yukon, la santé est considérée comme la résultante des « paramètres physiques, mentaux, sociaux et spirituels combinés », et la santé des individus est intimement liée à celle de leurs familles et de leurs collectivités.
 - Une nouvelle loi sur la santé au Yukon prévoit « un modèle de politique publique qui favorise la santé, car elle enchâsse les définitions et les principes décisionnels indispensables à la promotion de la santé ».
 - Les questions de revendication territoriale et d'autonomie gouvernementale font partie intégrante d'une politique publique qui favorise la santé, de la même manière que le développement communautaire en relation avec les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues, la gestion de la faune, la lutte contre les contaminants environnementaux et les maladies mentales chroniques.¹⁹

Le nouveau discours de la « santé de la population »

Au début des années 90, un nouveau concept, celui de la « santé de la population »²⁰ a commencé à prendre la place de la promotion de la santé dans plusieurs cercles gouvernementaux et décisionnels en matière de santé. Comme pour la promotion de la santé, l'expression elle-même et nombre des idées ne sont pas nouvelles, mais traduisent des tendances en ce qui concerne la santé et la maladie chez les divers groupes sociaux plutôt que chez les individus. Au Canada, l'attention accrue que reçoit la santé de la population ces dernières années est largement attribuable à l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA), groupe de réflexion indépendant créé en 1982.

La promotion de la santé et la santé de la population ont beaucoup en commun, mais elles procèdent de fondements théoriques et d'hypothèses de recherche qui ne sont pas tout-à-fait les mêmes.²¹ En 1996, voulant tirer parti de la complémentarité de ces deux approches, Santé Canada a produit un modèle synthétique de « promotion de la santé de la population », ²² qui combinait les stratégies de la *Charte d'Ottawa* avec une liste des principaux déterminants de la santé et de groupes de population. Le modèle a été bien reçu par les agents de la promotion de la santé à l'échelle du Canada, et l'inconfort qu'avait suscité au départ le discours de la santé de la population a disparu. L'expression « promotion de la santé de la population » est de plus en plus utilisée et pourrait bien devenir le nouveau « concept unificateur ».

Réforme des soins de santé

Dès le milieu des années 80, il était évident que le système de santé du Canada était parvenu à la croisée des chemins. Le système était devenu trop coûteux et devait être réformé. Dans l'ensemble, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont arrivés aux conclusions qu'il fallait:

- ▶ mettre l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'état de santé de la population
- ▶ insister sur les soins communautaires plutôt que sur les soins en établissement
- ▶ décentraliser et régionaliser le système de santé
- ▶ insister sur les soins primaires et délaissier les structures de paiement à l'acte
- ▶ mettre en valeur les soins personnels et la responsabilité personnelle du maintien de la santé.

Les propositions de réforme de la santé au sein des provinces et des territoires prévoyaient pour la plupart une action centrée sur la santé et ses déterminants, l'établissement de buts et d'objectifs en matière de santé, un engagement à l'égard des principes de la promotion de la santé, la création de nouvelles infrastructures pour planifier une politique publique favorable à la santé, et une redéfinition du rôle des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

En 1996, le plupart des provinces et des territoires avaient établi une structure quelconque de système de santé régional responsable de la gestion des soins hospitaliers, des soins à domicile, de la santé publique et d'autres services, mais aucune de ces structures n'avait reçu le mandat de gérer les services des médecins. L'effet net de ces initiatives n'est pas encore clair. Quoique par endroit une approche fortement axée sur la promotion de la santé et la santé de la population inspire les travaux des conseils régionaux ou de district de la santé, on s'inquiète, par ailleurs, que le modèle traditionnel du traitement des maladies domine souvent, et que la promotion de la santé et la santé publique reçoivent un appui nominal.

4. Où en sommes-nous? La situation de la promotion de la santé au Canada aujourd'hui

Une façon de faire le point sur la situation de la promotion de la santé au Canada est d'utiliser les cinq stratégies énoncées dans la *Charte d'Ottawa* comme plan directeur. Une autre est de considérer les changements dans l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. Chacune de ces façons est examinée brièvement ci-après.

La promotion de la santé évaluée sous l'angle de la Charte

a. Élaborer une politique publique qui favorise la santé

Au fil des ans, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont obtenu des succès mitigés dans leurs efforts pour se doter de politiques, de programmes et de mécanismes centrés sur les déterminants de la santé de la population canadienne. D'importants progrès ont été réalisés pour certains programmes, visant des secteurs particuliers comme en témoignent les initiatives en faveur des enfants destinées à favoriser leur développement sain et à éliminer la pauvreté chez eux. Par exemple, le Conseil national de la prévention du crime, qui est financé par le gouvernement fédéral, a adopté le développement social plutôt qu'une approche coercitive pour prévenir le crime. Par contre, peu de progrès ont été accomplis pour établir des buts nationaux en matière de santé et obtenir des engagements en vue de la création de mécanismes et de structures pour une politique publique qui favorise la santé. De plus, les processus mis en marche pour l'évaluation des incidences sur la santé ont été peu appliqués et paraissent piétiner.

Il existe un certain nombre d'exemples d'initiatives plus ciblées en faveur de la santé, par le gouvernement piloté, dans des secteurs comme la lutte contre le tabagisme, la conduite avec facultés affaiblies, la nutrition, la violence familiale et la prévention des traumatismes. Plusieurs provinces ont également obtenu un succès limité dans leurs tentatives pour intégrer et coordonner une politique publique favorable à la santé à l'échelle de l'appareil gouvernemental (ex.: l'Ontario, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick).

Les municipalités peuvent constituer un cadre plus propice à l'établissement de politiques publiques qui favorisent la santé, car le processus décisionnel y est plus intime, c'est-à-dire que la participation des citoyens y est plus grande, et les rapports entre ces citoyens, les élus et les fonctionnaires, plus étroits.²³ Le concept « Villes et villages en santé » a contribué au succès relatif de politiques publiques qui favorisent la santé au niveau local.

Trois aspects supplémentaires présentent un intérêt particulier pour une politique publique favorable à la santé:

- **Expérience au niveau de l'action intersectorielle**

Au cours des dix dernières années, on a appris beaucoup au sujet de l'action intersectorielle. Des alliances de quatre types ont été conclues: collaboration intersectorielle pilotée par le gouvernement (ex.: Stratégie nationale antidrogue); alliances pilotées par le milieu (ex.: pauvreté chez les enfants); collaboration thématique (ex.: cancer du sein); et alliances pilotées par les systèmes (ex.: conseil du premier ministre de l'Ontario).

- **Évaluation des incidences sur la santé**

Cette démarche consiste à examiner les déterminants environnementaux et socio-économiques globaux de la santé qui pourraient être modifiés par une nouvelle politique quelconque. La plupart des provinces et des territoires associent l'évaluation des incidences sur la santé à une politique publique saine et à leurs objectifs en matière de santé, mais dans la pratique, l'évaluation de ces incidences semble recevoir peu d'attention.

- **Buts en matière de santé**

Bien que chaque province ou territoire au Canada se soit fixé des buts en matière de santé, il n'existe pas encore de buts nationaux de santé.

b. Créer des milieux favorables

Un certain nombre d'initiatives ont été prises en vue de créer des milieux favorables, de l'environnement personnel immédiat que représente le foyer à l'environnement global. En général, établir la relation entre des milieux sains et des gens en santé s'est révélé une stratégie efficace pour la promotion de la santé. Des exemples d'initiatives du genre suivent :

- ▶ Des programmes destinés à améliorer la qualité physique du logement et des immeubles.
- ▶ Le Programme sur les environnements sains de Santé Canada encourage les Canadiens et les Canadiennes à adopter des pratiques qui sont bonnes pour la santé et l'environnement.
- ▶ Le programme « Bouger, c'est dans ma nature », effort concerté de Santé Canada, de gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que de nombreux organismes non gouvernementaux, met en relief les liens entre des environnements sains et la vie active, et encourage fortement le transport durable.
- ▶ Le travail de la Commission mixte internationale pour dépolluer les Grands Lacs.
- ▶ Le Programme canadien des changements à l'échelle du globe, établi par la Société royale du Canada avec l'aide du gouvernement fédéral en 1989, rend compte des conséquences pour la santé du changement à l'échelle de la planète et reconnaît la santé comme l'une de ses quatre premières priorités pour les cinq prochaines années.

- ▶ *Branchons-nous sur la santé!* est un plan directeur pour la création de politiques sociales et environnementales qui favorisent la santé dans les écoles et leur milieu.
- ▶ Une importance accrue est accordée aux incitatifs environnementaux pour la modification des comportements, comme les stratégies de prix ou les instruments législatifs devant dicter de meilleurs choix pour la santé.²⁴

c. Renforcer l'action communautaire

La plus grande partie de l'aide des organismes de promotion de la santé à l'action communautaire prend la forme de financement, de développement des ressources humaines, de renforcement de connaissances relatives à la santé, d'accès à l'aide aux infrastructures, d'informations sur la façon d'accéder aux élus et aux bureaucrates, d'accès à d'autres groupes et organismes intéressés aux mêmes questions, d'aide à la mobilisation de ressources, d'assistance technique en développement organisationnel, et de légitimation politique des dossiers.²⁵

Une importante stratégie pour renforcer l'action communautaire a pour thème « Villes et villages en santé ». L'expérience a montré que sa valeur réside dans sa capacité de faire participer de multiples partenaires au niveau communautaire à la création d'une vision commune, à la recherche de consensus et à la solution de problèmes locaux. Les provinces et les territoires ont également appuyé diverses formes d'action communautaire pour la santé qui font intervenir toute une gamme de moyens.

d. Acquérir des aptitudes individuelles

L'acquisition d'aptitudes personnelles dans le domaine de la santé continue d'être un élément important de la promotion de la santé, et l'approche adoptée est générale:

- ▶ Une plus grande attention est accordée à l'amélioration des ressources personnelles pour rendre possible le changement, comme le renforcement de l'auto-efficacité, de l'estime de soi et du soutien social.²⁶
- ▶ On a davantage recours aux programmes informatisés d'évaluation des risques pour la santé qui permettent aux individus de mesurer leurs propres profils de risques sans l'aide de professionnels.²⁷
- ▶ La gamme des aptitudes personnelles développées s'est étendue au-delà de celles qui s'appliquent aux comportements en matière de santé, et des programmes ont aujourd'hui pour objet l'alphabétisme, la capacité de calculer, le soutien mutuel, l'entraide, et les capacités d'organisation et de démarchage.²⁸ Ces aptitudes sont considérées comme la base sur laquelle repose la capacité individuelle et communautaire de prendre des mesures pour améliorer la santé.
- ▶ L'entraide et l'aide mutuelle se sont développées et se sont révélées efficaces pour aider les gens à affronter et à régler les problèmes de santé.

e. Réorienter les services de santé

La réforme de la santé en cours dans toutes les provinces et tous les territoires a commencé à s'orienter vers des « systèmes de santé intégrés ». Les gouvernements provinciaux et territoriaux mettent en place des systèmes de santé régionaux qui intègrent les hôpitaux, les soins à domicile et les services de santé publique. Cependant, il semble que la voix de la santé publique et de la promotion de la santé soit en général faible, et que les perspectives hospitalières et biomédicales continuent de dominer. Malgré tout, des progrès distincts ont été réalisés pour rehausser les pratiques préventives parmi les professionnels, sous l'impulsion des associations professionnelles.

Bien que la plupart des plans provinciaux et territoriaux de réforme de la santé incluent des énoncés à l'appui de la promotion de la santé, la ligne de force continue d'être la réduction des coûts. L'effet net a été la fermeture de lits d'hôpital et d'importantes réductions de personnel. Il n'est pas clair que les économies au niveau institutionnel soient redirigées vers des programmes à vocation communautaire.

La promotion de la santé évaluée sous l'angle de l'état de santé et des inégalités

a. État de santé

D'après la plupart des mesures, l'état de santé au Canada s'est généralement amélioré au cours des deux dernières décennies, ce qui correspond aux « belles années » de la promotion de la santé. Quoiqu'il en soit, il est peut-être trop tôt pour déceler des changements dans la mortalité ou même dans la morbidité attribuables à des activités de promotion de la santé, car les conditions économiques, sociales et environnementales changent aussi.

Pour nombre d'indicateurs de l'état de santé, comme l'espérance de vie et la mortalité infantile, le Canada se classe parmi les meilleurs pays au monde. *Le Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes (1996)*, préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, présente les données suivantes:

- ▶ L'espérance de vie à la naissance chez les hommes est passée de 70 ans en 1971 à 74,3 ans en 1991, alors qu'elle passait de 77 ans à 80,8 ans chez les femmes.
- ▶ Le taux de mortalité infantile est passé de 15 pour 1 000 naissances en 1974 à 6,3 pour 1 000 naissances en 1993.
- ▶ Dans le cas de certains indicateurs, comme le faible poids à la naissance et les années potentielles de vie perdues, le Canada se situe dans la moyenne seulement des pays de l'OCDE.
- ▶ Pour ce qui est des traumatismes en milieu de travail, le Canada fait piètre figure comparativement à d'autres pays industrialisés. Les taux au Canada ont augmenté du tiers entre 1955 et 1987, pendant qu'ils diminuaient dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

La pauvreté, le chômage, l'éducation, et les milieux naturels et bâtis sont plusieurs déterminants importants socio-économiques de la santé. Quoique certaines tendances positives aient été observées dans le domaine de l'éducation, ainsi que des tendances mixtes du côté de l'environnement, les taux de pauvreté et de chômage sont pires dans les années 90 qu'ils ne l'étaient dans les années 70.

Qui plus est, certains signes indiquent qu'à mesure que le « filet de sécurité sociale » se dégrade et que les paiements de transfert aux familles à faible revenu diminuent, les écarts entre les groupes à plus haut revenu et les groupes à plus bas revenu commencent à s'élargir. S'ensuivent des inégalités plus marquées au plan du revenu, qui pourront contribuer à une qualité de vie moindre à l'avenir.

En 1990, presque 10 millions de Canadiens et de Canadiennes ont signalé des améliorations dans leurs pratiques de santé personnelles, comme une consommation d'alcool réduite, de meilleures habitudes alimentaires et une activité physique accrue. Soixante-sept pour cent des Canadiens et des Canadiennes ont attribué ces améliorations à leur connaissance des risques pour la santé.

Pour ce qui est des facteurs de risque, certaines tendances positives semblent observables du côté du port de la ceinture de sécurité et de l'allaitement maternel. Les tendances sont mixtes, toutefois, en ce qui regarde le tabagisme, et négatives depuis peu concernant l'activité physique.

À cet égard, il peut être raisonnable de supposer que les mesures de promotion de la santé visant à réduire le tabagisme ont contribué jusqu'à un certain point à la régression des maladies du cœur et du cancer du poumon chez les hommes. Il est clair également que la promotion de la santé a été moins efficace pour réduire le tabagisme chez les femmes. Le déclin spectaculaire de la mortalité lié à la maladie cardio-vasculaire est probablement dû à la combinaison d'une réduction du tabagisme, d'une meilleure alimentation, d'une augmentation de l'exercice physique et de meilleurs soins de santé. D'autres améliorations peuvent être encore plus difficiles à attribuer à la promotion de la santé, même si elle a probablement joué un rôle. C'est le cas, par exemple, de la réduction de l'invalidité de longue durée chez les personnes âgées et de la mortalité infantile. On peut également attribuer à la promotion de la santé une certaine part de la réduction de la mortalité pour cause d'accident (en particulier quand des véhicules à moteur sont en cause). Par contre, la promotion de la santé a certes été un échec pour ce qui est de la prévention du suicide.

b. Inégalités sur le plan de la santé

La promotion de la santé vise en particulier à réduire les inégalités sur le plan de la santé en s'attaquant aux facteurs (socio-économiques, politiques et environnementaux, etc.) qui sont responsables de ces inégalités.

Les inégalités les plus frappantes sur le plan de la santé au Canada touchent les autochtones et les Premières Nations. Des données historiques indiquent que la population autochtone s'élevait à 500 000 personnes environ au moment du premier contact avec les Européens dans la région du monde qui allait devenir le Canada. En 1871, on ne comptait plus que 102 000 autochtones en raison des effets de la colonisation et de l'exposition à de nouvelles maladies infectieuses. En 1996, cette population s'établissait à plus de 800 000 habitants, et elle devrait dépasser le million d'ici à l'an 2010. Le taux de croissance de la population autochtone est sensiblement plus élevé que celui des autres populations canadiennes.

Bien que l'état de santé des autochtones se soit amélioré au cours des dernières années, il est encore loin de la moyenne canadienne. Leur espérance de vie est de sept à huit ans inférieure à celle de l'ensemble de la population. Cette situation est due en partie aux taux de mortalité infantile qui sont deux fois plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne, ainsi qu'aux plus hauts taux de traumatismes et de décès accidentels chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Bien que les taux de décès lié au cancer et maladie chez les hommes (mais non chez les femmes aux maladies vasculaires) soient inférieurs à la moyenne canadienne, les taux de décès chez les autochtones sont significativement plus élevés pour les maladies infectieuses et parasitaires, le diabète sucré, la psychose alcoolique et l'alcoolisme, la pneumonie, les maladies du rein, les accidents et la violence. Quant à la morbidité, les taux d'anémie, de maladies respiratoires, d'arthropathies, de troubles de l'ouïe et de la vue, et de problèmes dentaires sont aussi plus élevés chez les autochtones.

Orientations futures

a. Perspectives de promotion de la santé

Le projet *Perspectives de promotion de la santé* a été réalisé par l'Association canadienne de santé publique entre 1994 et 1996, avec le concours de Santé Canada. Il a permis de consolider les expériences en matière de promotion de la santé au cours des dix années qui ont suivi l'adoption de la *Charte d'Ottawa* et de réaliser:

- ▶ un document d'information commandé²⁹
- ▶ un sondage auprès de sources clés
- ▶ un atelier national
- ▶ des consultations régionales auprès de plus de 1 000 praticiens à travers le Canada
- ▶ un document, *Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada*,³⁰ qui a été rendu public à l'assemblée annuelle de l'ACSP en 1996.

L'Énoncé d'action a traité du besoin d'affirmer les valeurs de la promotion de la santé et de centrer ses efforts stratégiques. Les valeurs et les hypothèses de base de la promotion de la santé y sont présentées comme suit:

- ▶ Les individus sont traités avec dignité, et leur valeur en tant que personne, leur intelligence et leur capacité de choisir sont respectées.
- ▶ Les libertés individuelles sont respectées, mais la priorité est accordée au bien commun en cas de conflit.
- ▶ La participation à la prise de décision qui vise à déterminer ce qui constitue le bien commun est encouragée.
- ▶ La priorité est accordée aux personnes dont les conditions de vie, notamment le manque de richesse ou de pouvoir, en font des personnes à risque.
- ▶ La justice sociale est recherchée pour prévenir la discrimination systémique et réduire les inégalités sur le plan de la santé.
- ▶ La santé de la génération actuelle n'est pas achetée aux dépens des générations futures.

L'Énoncé d'action réclamait, avec insistance, que l'accent soit mis à nouveau sur trois des stratégies de la *Charte*, à savoir: élaborer une politique publique qui favorise la santé, renforcer les communautés et réorienter les systèmes de santé. On y laissait entendre qu'il faudrait à cette fin insister sur la défense des intérêts, la formation d'alliances, et l'acquisition de connaissances et de compétences.

b. Le Forum national sur la santé

Le Forum national sur la santé a été institué par le gouvernement fédéral en octobre 1994, qui l'a chargé « d'informer et de consulter la population, et de faire des recommandations au gouvernement fédéral pour améliorer le système de santé et la santé de la population ». Le premier ministre en était le président, et le ministre fédéral de la Santé, le vice-président. Les 24 autres membres étaient des bénévoles qui avaient une vaste expérience du système de santé. Les provinces et les territoires n'ont pas participé officiellement au Forum national sur la santé.

Le rapport final du Forum, qui a été publié en février 1997, abordait cinq thèmes principaux:

- ▶ la préservation et la protection de l'assurance-maladie
- ▶ la transformation du système de santé
- ▶ le financement
- ▶ la prise de mesures relativement aux facteurs non médicaux qui influent sur la santé
- ▶ la prise de décisions plus judicieuses au sujet de la santé et des soins de santé.

Relativement aux facteurs non médicaux qui influent sur la santé, le Forum a souligné que les mesures prises à l'égard des déterminants de la santé et de la promotion de la santé ont eu pour effet de recentrer les politiques gouvernementales vers « les facteurs sociaux qui dépassent les compétences des particuliers, des professionnels et des communautés », plutôt que sur les modes de vie. Le Forum a insisté de façon particulière sur les déterminants socio-économiques de la santé (c'est-à-dire l'effet de la pauvreté, du chômage et des coupes dans l'aide sociale sur la santé des particuliers, des groupes et des communautés). Le Forum a également souligné l'importance de « rechercher un meilleur équilibre entre les impératifs économiques à court terme et l'état de santé et de bien-être des citoyens à long terme », et indiqué que les gouvernements doivent « reconnaître que, pour améliorer la santé de la population, il faut que les taux de chômage soient au plus bas niveau possible [et qu'] à chaque niveau de gouvernement, toute politique économique... doit être analysée dans la perspective expresse de son effet sur la santé ».

Le Forum a axé ses recommandations au sujet des déterminants de la santé sur le besoin d'améliorer la santé des enfants et des familles (notamment des enfants autochtones) par l'établissement de vastes stratégies intégrées pour la santé des enfants et des familles.

Il a également souligné l'importance de renforcer l'action communautaire en établissant une fondation nationale qui récompenserait et reconnaîtrait les collectivités qui font preuve de dynamisme, qui stimulerait le dynamisme nécessaire, et qui ferait connaître les pratiques les plus efficaces et diffuserait l'information. La création d'un institut pour la santé des autochtones a aussi été proposée pour aider les communautés autochtones à agir pour améliorer leur santé.

Bien que le Forum n'ait pas expressément traité du rôle de l'environnement physique comme déterminant de la santé, ses recommandations vont dans le sens d'une approche de la promotion de la santé qui tienne compte des facteurs socio-économiques qui influent sur la santé, en particulier celle des enfants et des jeunes. Les recommandations représentent une contribution positive à l'évolution future de la promotion de la santé au Canada.

Le Forum a également invité les Canadiens et les Canadiennes à reconnaître les liens entre les politiques économiques (en matière d'emploi, par exemple) et leurs conséquences sur la santé et les services sociaux, et à prendre les actions pertinentes. Il a de plus recommandé la création d'un institut national pour la santé de la population afin de renforcer la collecte de données, rendre compte de l'état de santé au niveau national, et faciliter l'établissement et l'évaluation d'initiatives de politique publique.

Deuxième partie : Facteurs de succès ou d'échec

Pourquoi la promotion de la santé a-t-elle évolué comme elle l'a fait au Canada? Afin de répondre à cette question, un effort a été fait pour prendre du recul et énumérer divers aspects associés tant aux facteurs qui ont contribué au succès de la promotion de la santé au Canada qu'à ceux qui l'ont empêchée de réaliser tout son potentiel comme moyen d'améliorer la santé de la population. Cette démarche a été suivie parce qu'un facteur qui a un effet positif dans une situation est souvent restrictif dans une autre. En outre, un regroupement plus « générique » peut davantage se prêter à d'autres études du genre à l'avenir.

► Une base d'action conceptuelle

La promotion de la santé a été mise à l'ordre du jour politique en 1974 avec la publication de *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Tel qu'il a été indiqué précédemment, il s'agissait du premier document de politiques dans lequel était utilisée l'expression « promotion de la santé » dans le contexte d'une conceptualisation stratégique en matière de santé.³¹ La publication de ce document a été suivie par celle de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et de *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*.

Sur la base de ces travaux, et complété par un ambitieux programme et une infrastructure de recherche d'envergure, un important héritage conceptuel, qui allait guider les plans et les actions de promotion de la santé, s'est formé. Ces documents ont servi de sources de légitimation aux spécialistes de la promotion de la santé et à leurs organismes, intéressés aux déterminants plus globaux de la santé ainsi qu'aux modes de vie individuels. Ils ont également aidé à créer au sein des organismes et des systèmes de santé un « espace » à l'intérieur duquel de nouvelles stratégies pourraient être apprises et élaborées (ex.: développement communautaire, démarchage et défenses d'intérêts, établissement de politiques publiques favorisant la santé), et où une attention toute particulière pourrait être accordée à la façon dont ces stratégies transforment des rapports de force inégaux (entre les gouvernements et les groupes communautaires, les professionnels et les citoyens) et augmentent les capacités du milieu à intervenir relativement à une vaste gamme de préoccupations.

Néanmoins, l'activité de promotion de la santé a progressé de façon fort inégale, en donnant lieu parfois à un débat animé sur l'existence ou non d'un paradigme ou plan directeur complet et unifié de la promotion de la santé au Canada. On s'est également demandé si, le cas échéant, l'absence de ce paradigme ou plan directeur avait empêché des progrès plus importants. Enfin, on a craint que le plan d'ensemble *La santé pour tous* ne fasse concurrence à la *Charte* comme point de départ pour l'établissement de politiques et de programmes, le premier étant davantage connu et accepté au Canada, et la seconde, l'étant davantage à l'échelle internationale.

Nul doute, le plan d'ensemble a immensément contribué à l'évolution de la promotion de la santé au milieu des années 80, avec l'aide d'une ambitieuse stratégie fédérale de consultation des Canadiens et des Canadiennes et de mise en valeur des principaux concepts de promotion de la santé. Par exemple, il a unifié les efforts fédéraux en matière de programmes, constitué un point de référence pour l'élaboration de stratégies fédérales-provinciales-territoriales, et guidé la réalisation de recherches et l'acquisition de connaissances plus grandes. Par contre, la confusion au sujet de la priorité et de l'application des principaux éléments et les tentatives de la part des représentants gouvernementaux et des praticiens pour interpréter le plan en entier de façon littérale au niveau communautaire peut avoir empêché de plus grands progrès globaux dans certains secteurs de politique et de programme. La *Charte*, en revanche, peut avoir été sous-utilisée par certains représentants gouvernementaux et praticiens comme plan directeur pour guider les efforts de promotion de la santé au Canada.

► Une direction solide et éclairée

Deux faits survenus tôt dans l'évolution de la promotion de la santé au niveau national ont « servi à légitimer la promotion de la santé et à accroître la capacité professionnelle et institutionnelle pour son développement »³². Le premier a été la création de la Direction de la promotion de la santé en 1978. Cette direction est issue de la réorganisation qui visait à harmoniser les objectifs du ministère avec les grands thèmes de *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* et qui donnait suite à un engagement fédéral-provincial-territorial de faire de la promotion de la santé un enjeu prioritaire. La création de la direction peut également avoir servi à compenser aux fins d'une intervention plus directe du gouvernement après la modification des accords fiscaux entre le fédéral et les provinces et les territoires en 1977.

Le deuxième fait d'importance a été l'approbation par le Cabinet en 1982 d'une politique et d'un programme de promotion de la santé. Le nouveau programme a été modelé en puisant, de façon sélective, dans l'expérience de la Direction de la promotion de la santé, mais en particulier de la Direction de l'usage non médical des drogues, dont l'approche de la création de programmes était fortement axée sur le développement communautaire, la vision d'ensemble de son premier directeur général. Ces atouts ont été renforcés par plusieurs nominations, aux échelons supérieurs et jusqu'au niveau du sous-ministre, d'ardents défenseurs de la promotion de la santé. Finalement, en 1984, un ministre qui avait un intérêt particulier pour la promotion de la santé a été nommé.

Cette « masse critique » a permis au Canada de jouer un rôle de premier plan dans la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, à Ottawa, en 1986, en publiant entre autres *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* et en prenant une part active à la rédaction de la *Charte*. Après la conférence, ce dynamisme s'est manifesté par une série d'activités qui se sont poursuivies après le début des années 90.

► Transformer les concepts en mesures concrètes

Au moment de la publication de *La santé pour tous* en 1985, le ministre de la Santé a indiqué son intention de susciter un débat national parmi les Canadiens et les Canadiennes.³³ Une période intensive de consultations et de promotion du document, des annonces de programmes, et une série d'initiatives de recherche et de développement des connaissances ont suivi.

Les programmes de base qui existaient déjà (ex.: nutrition, santé cardio-vasculaire) et les stratégies nationales spéciales ont utilisé les méthodes de fonctionnement de la direction et incorporé les actions et les stratégies du plan d'ensemble *La santé pour tous* et de la *Charte*. Ces éléments ont été complétés par de nouvelles initiatives de « développement » comme les projets de renforcement de la santé communautaire et des villes et villages en santé en 1988, qui ont également été intégrés à la *Charte* et au Plan d'ensemble. Il en a résulté une combinaison de programmes efficaces et, dans de nombreux cas, « éprouvés ».

Toutes ces mesures ont été renforcées par des activités provinciales ou territoriales de promotion de la santé. La plupart des provinces et des territoires avaient formé des directions, des bureaux ou des services de promotion de la santé. Alors que plusieurs restaient préoccupés par les communications sur la santé, le marketing social et les comportements en matière de santé, certains avaient commencé à étendre leur sphère d'activité du côté des milieux et des politiques publiques qui favorisent la santé, sous l'influence dans une certaine mesure du gouvernement fédéral et du Plan d'ensemble et de la *Charte*. Des mécanismes ont également été établis à l'intérieur d'initiatives stratégiques dans certaines provinces ou certains territoires (ex.: la création du Conseil du premier ministre en Ontario en 1987, puis dans les structures de coordination des politiques et d'orientation de cabinets provinciaux et territoriaux). Parallèlement, « d'autres gouvernements, les professionnels de la santé et les groupes communautaires commençaient (aussi) à prendre une part plus active à la promotion de la santé ».³⁴

Une autre incitation à appliquer les concepts et les stratégies de la promotion de la santé allait venir de la réforme de la santé en cours.³⁵

► L'influence de la réforme de la santé

Le financement et la réforme des soins de santé ont infléchi dans tous les sens l'évolution de la promotion de la santé. À l'évidence, la force derrière *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* en 1974 était politique et tenait à la crainte suscitée par la montée des coûts des soins de santé. Peu après, quand le financement global eut remplacé le financement partagé en 1977, le ministre fédéral et les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé se sont entendus sur la priorité de la promotion de la santé. À Santé et Bien-être social Canada, on voyait également la promotion de la santé comme une activité fédérale légitime qui n'empiétait pas sur les responsabilités provinciales et territoriales et qui complétait les efforts du côté des soins de santé. Signe de son importance à la base d'un système de santé plus vaste, la promotion de la santé a été incluse dans le préambule de la nouvelle *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

À la fin des années 80 et au début des années 90, la réforme de la santé était le premier point à l'ordre du jour des provinces et des territoires, tellement qu'elle a été décrite comme « une période prolongée... d'examen et d'étude qui est devenue une petite industrie prospère ». ³⁶ Les recommandations issues de ces exercices sont considérées comme le fondement d'une nouvelle politique favorisant la santé, et beaucoup « du vocabulaire, des concepts, des principes et des stratégies de la promotion de la santé sont adoptés dans les plans de réforme ». ³⁷ On en a pour preuve l'importance accordée aux déterminants de la santé, aux buts, à la réduction des inégalités, à la collaboration intersectorielle, à la restructuration et à la décentralisation ou à la régionalisation.

Les provinces et les territoires continuent donc à travailler à des stratégies globales en matière de santé, dans une large mesure au nom de la réforme, où la promotion de la santé devient un effort complémentaire. Toutefois, il reste à voir si d'importants changements en faveur d'une politique publique favorisant la santé et d'une réaffectation des ressources se produiront. Cette situation a contribué à la perception actuelle selon laquelle la promotion ne « guide » pas, mais supporte seulement la réforme de la santé et l'articulation des systèmes de santé futures. De plus, comme la participation fédérale directe à la réforme de la santé a été limitée, cela a renforcé chez certains l'impression d'un retrait fédéral du domaine de la promotion de la santé.

► **Des partenariats durables**

Quant à l'avenir de la promotion de la santé au Canada, on a laissé entendre que le leadership dans ce domaine pourrait bien devenir plus diffuse. ³⁸ De nouveaux acteurs entrèrent en scène, et d'autres parties joueront un rôle plus actif (ex.: provinces et territoires et organismes bénévoles) à mesure que s'accumuleront les preuves que plusieurs déterminants de la santé se situent hors du champ d'action de la santé. Des partenariats déjà solides entre les intervenants ont joué un important rôle jusqu'ici en réunissant les gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux, les organismes bénévoles et professionnels, et le secteur privé, et ils devraient offrir une base tout aussi solide à l'établissement d'options pour les chefs de file de demain en promotion de la santé.

Des ententes de coopération ont joué un rôle clé dans la forme qu'ont prise les efforts initiaux du Canada. Au niveau international, le travail de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a influencé les orientations prises. Par exemple, les définitions (OMS-Euro, 1984) de la santé et de la promotion de la santé ont servi de fondement aux concepts et aux stratégies énoncés dans la stratégie *La santé pour tous* de l'OMS. Des ententes semblables avec les provinces et les territoires ont également contribué à soutenir les efforts de promotion de la santé. Ces ententes ont été le résultat de la négociation de structures officielles pour la planification et la mise en application de programmes dans le cadre de stratégies ayant entre autres pour thème le tabagisme, les toxicomanies, la conduite avec facultés affaiblies et la santé cardio-vasculaire dans la seconde moitié des années 80, et l'environnement ainsi que la petite enfance dans les années 90.

Des efforts ont également été déployés pour obtenir l'aide et la coopération d'autres intervenants non gouvernementaux. Des organismes professionnels et bénévoles nationaux et provinciaux et territoriaux dans le domaine de la santé ont joué un important rôle dans la création et la mise-en-oeuvre d'activités de promotion de la santé, comme en fait foi le succès d'efforts nationaux comme le Guide alimentaire canadien pour bien manger et l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, hautement tributaires d'ententes de collaboration. Ces projets ont nécessité une collaboration toujours plus grande avec le secteur privé, inspirée de l'expérience acquise à la suite d'efforts de marketing social entrepris à l'origine par de la Direction de la promotion de la santé.

Enfin, l'action communautaire a été un trait dominant des efforts canadiens. Fondé sur un engagement vis-à-vis de la participation du public, le financement de l'action communautaire est devenu un moyen essentiel de mettre en lumière les questions nouvelles et d'appliquer à l'échelon local les concepts de la promotion de la santé. Les activités susmentionnées et les projets de renforcement de la santé communautaire et des villes et villages en santé ont souvent été exécutés en collaboration avec les provinces et les territoires, dont la contribution a été financière ou autre.

► **Poursuivre le mouvement amorcé**

Pendant toutes les années 80, l'impulsion donnée par le gouvernement fédéral à la promotion de la santé a été maintenue grâce à la combinaison, d'une part, de programmes et de stratégies suivant les principes du Plan d'ensemble et des stratégies éprouvées de la Direction de la promotion de la santé, et, d'autre part, d'aide au développement de la promotion de la santé (ex.: la santé à l'école et au travail, la recherche et le développement des connaissances, et les villes et villages en santé).³⁹ Cette formule a été fructueuse dans l'ensemble, mais s'est révélée insuffisante à certains égards. Par exemple, les stratégies à thème unique (ex.: Stratégie nationale antidrogue) ont parfois « écrasé » les autres activités centrales de la direction du fait de leur financement plus généreux et de leur visibilité politique plus grande. De plus, certaines des activités de la direction à un stade moins avancé auraient probablement pu être mieux transformées en une vision et en activités pour guider la création de programmes pour les années 90. Ainsi les projets de renforcement de la santé communautaire et des villes et villages en santé n'ont jamais évolué au-delà du stade des « projets subventionnés » de manière à pouvoir favoriser une politique publique favorisant la santé. Cette lacune laisse voir l'importance de pouvoir traduire en actions concrètes des concepts clés (ex.: par des « lignes directrices sur le fond et la forme ») comme l'a fait l'OMS dans ses initiatives en ce qui concerne les « cadres de vie » et ses initiatives pilotes pour une politique publique qui favorise la santé.⁴⁰ Donc, si la Direction de la promotion de la santé a manifestement bien réussi à traduire les concepts en actions concrètes, elle pourrait avoir fait mieux à certains égards.

Dans les années 90, la Direction de la promotion de la santé avait commencé à poser les bonnes questions: Quel est le rôle du plan d'ensemble *La santé pour tous* dans la suite de l'évolution du domaine? Quels rôles sont souhaitables pour le gouvernement fédéral? Quelle est la place de la promotion de la santé dans le nouveau système de santé en mutation? La réorganisation, l'examen des orientations de principe et les aspects juridiques sont encore les principales réponses aux deux premières. Toutefois, il n'est peut-être plus réaliste ou approprié de penser que le gouvernement fédéral seul poursuivra le mouvement amorcé (ou continuera de montrer le chemin). Pour ce qui est de la place de la promotion de la santé à l'avenir, on semble généralement d'accord qu'elle continue d'avoir beaucoup à offrir dans le contexte des nouveaux systèmes de santé. Cela se vérifie dans les observations au sujet de l'activité provinciale et territoriale associée à la réforme de la santé, selon lesquelles « le vocabulaire, les concepts, les principes et les stratégies de la promotion de la santé sont adoptés dans les plans de réforme ». ⁴¹ Ce qui n'est pas clair, c'est la forme que ces changements finiront par prendre, et la contribution que tous les intervenants peuvent apporter pour que les résultats soient positifs.

► **L'énigme des preuves**

Face au besoin de faire des choix financiers entre des options de gestion et d'orientation concurrentes au début des années 90, on a voulu savoir si la promotion de la santé « fonctionnait vraiment », ou plus exactement si elle se traduisait par un meilleur état de santé des Canadiens et des Canadiennes.

Les initiatives de marketing social étaient de mieux en mieux vues par la classe politique, et souvent leur efficacité était simplement tenue pour acquise. C'était jusqu'à un certain point vrai, plusieurs études de suivi ayant permis de constater « des niveaux de connaissance et d'intérêt élevés, ayant exercé une influence positive sur les attitudes, les perceptions, les croyances et les comportements individuels, et ayant contribué aux normes sociales et au consensus en matière de promotion de la santé ». ⁴² De plus, ces initiatives étaient bien vues en raison de leur importante capacité d'entraîner la participation du secteur privé et de susciter l'attention des médias. Pour d'autres initiatives, cependant, il n'existait ni données ni méthodologies pour démontrer que les changements au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements – et encore moins au niveau de la santé – pourraient être attribuables à des activités de promotion de la santé. De plus, les horizons à long terme associés aux résultats dépassaient souvent les exigences de la prise de décision à court terme.

Néanmoins, une base pour amasser des preuves existait. Tel qu'indiqué précédemment, les initiatives de développement des connaissances et de recherche en promotion de la santé ont été fortement stimulées par le Plan d'ensemble, qui a notamment inspiré des recensions de la littérature, des concours de recherche spéciaux, deux vastes enquêtes sur la promotion de la santé (en 1985 et en 1990), et la création de plus d'une douzaine de centres de recherche en promotion de la santé dans les universités partout au pays. En 1996, un rapport fédéral-provincial-territorial spécial a fourni un premier ensemble de données sur l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes et les principaux facteurs qui agissent sur la santé (*Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, 1996*). En 1997, le Forum national sur la santé a recommandé qu'un des principaux objectifs du secteur de la santé au XXI^e siècle soit la création d'une culture où la prise de décision repose sur des faits (c'est-à-dire « l'application systématique des meilleures données disponibles à l'évaluation des solutions envisagées et à la prise de décisions en contexte clinique, administratif et stratégique »).⁴³ Le Forum a également demandé que soit créé un institut national pour la santé de la population afin qu'existe un système national d'information sur la santé.

L'infrastructure rendant possible l'obtention d'informations et de preuves fiables est en train d'être mise en place pour la promotion de la santé. Toutefois, une aide concertée est maintenant requise aux niveaux fédéral, provincial et territorial pour que cette tendance se poursuive.

► **Compressions budgétaires et difficultés organisationnelles**

Les efforts fédéraux de promotion de la santé ont été à la fois favorisés et entravés par les compressions budgétaires. À la fin des années 70 et au début des années 80, après la création de la Direction de la promotion de la santé, des restrictions financières ont procuré à l'organisation une occasion unique et appréciée de « penser et de planifier, ce que la direction n'a pu faire depuis ».⁴⁴ La fin des années 80 a marqué le début d'une autre période de restrictions, qui se sont traduites par des coupes budgétaires importantes et répétées pendant toutes les années 90. Se sont ensuivies des pressions pour trouver des façons de faire plus efficaces et plus efficaces, mettre l'accent sur les plus importantes priorités, réduire les niveaux globaux d'activité, et éliminer le double emploi. Cette période de compressions a également changé la façon dont la promotion de la santé est structurée et réalisée.

Les compressions financières, la réforme de la fonction publique et les examens des compétences qui durent depuis le début des années 90 ont conduit à une série d'importants examens de la structure et des programmes aux niveaux de la direction, de la direction générale et du ministère, examens qui se poursuivent aujourd'hui. Les principaux « secteurs d'activité » du ministère ont aussi été passés en revue. La promotion de la santé et la prévention des maladies étaient un d'une douzaine de ces secteurs a mi-chemin dans l'exercice (1994). Toutefois, quand Santé Canada a retenu cinq secteurs d'activité en 1996, la promotion de la santé avait été incorporée dans l'activité Promotion de la santé de la population, avec un certain nombre de programmes qui faisaient auparavant partie de la composante Développement social de Santé et Bien-être social Canada. Une direction générale « restructurée » de la promotion et des programmes de la santé a maintenant été créée avec la santé de la population comme toile de fond, et une base de ressources sensiblement réduite pour les trois prochaines années en raison des efforts de réduction du déficit à l'échelle du gouvernement et de l'arrivée à terme de certaines stratégies de durée déterminée. Les responsabilités de promotion de la santé forment encore la base d'une importante partie du travail de la nouvelle direction générale et elles ont été incorporées dans ses fonctions.

Les changements organisationnels ont été longs à opérer et sont, dans une large mesure, sans précédent dans la brève histoire de la promotion de la santé. À divers degrés, ils ont été imités dans les provinces et les territoires. Ils ont donné lieu à d'importants mouvements de personnel, et à des changements correspondants dans la vision et la compréhension de la promotion de la santé.

► **L'émergence de la santé de la population**

À compter du début des années 90, la santé de la population a commencé à remplacer la promotion de la santé comme discours principal dans les cercles décisionnels canadiens. Une explication de l'importance grandissante de la santé de la population serait qu'elle est davantage axée sur les données quantitatives objectives et utilise les termes des sciences traditionnelles, alors que la promotion de la santé repose sur des données quantitatives subjectives et fait valoir l'importance des voix de la collectivité dans la prise de décision. Une autre raison donnée est que le vocabulaire de la santé de la population est plus conforme à la compréhension de la croissance et du développement dans les secteurs public et privé, ce qui facilite les alliances entre les importants nouveaux joueurs en dehors des cercles traditionnels de la santé.

L'émergence de la santé de la population doit être considérée dans le contexte de nombreux facteurs. Dès 1996, le gouvernement fédéral avait approuvé un nouvel aménagement organisationnel et des éléments de service clés pour la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada. Préserver et améliorer la santé de la population a été adopté comme élément de la mission de Santé Canada. Ces changements n'empêchent pas la promotion de la santé de continuer à jouer un rôle certain au Canada. Les possibilités d'appliquer les principes et les stratégies de la promotion de la santé seront nombreuses pendant que le travail relatif aux déterminants de la santé se poursuit. Les organismes non gouvernementaux, par exemple l'Association canadienne de santé publique et les centres de promotion de la santé, y compris les deux centres collaborateurs de l'OMS, auront encore la possibilité de jouer un rôle chef de file. Enfin, les praticiens des domaines de la santé publique et de la promotion de la santé dans les collectivités à la grandeur du Canada ont un rôle considérable à jouer en appliquant les importants concepts de la promotion de la santé au niveau local.

► **Appui d'une politique publique favorable à la santé**

Une politique publique qui favorise la santé « inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard ». ⁴⁵ Elle est un élément central de la promotion de la santé et fait partie du Plan d'ensemble et de la *Charte* comme cadre à l'intérieur duquel sont appliquées les autres stratégies de promotion de la santé.

La mise en place de structures et de mécanismes pour appuyer une politique publique qui favorise la santé a été inégale. Une des initiatives les plus prometteuses a été observée dans l'approche des cadres de vie (et en particulier « Villes et villages en santé », qui a été financée par le gouvernement fédéral. Ces mouvements ont conduit à « l'établissement de diverses structures officielles ou non qui supportent la promotion de la santé tant au sein des administrations locales que dans l'ensemble des collectivités ». ⁴⁶ Toutefois, la Direction de la promotion de la santé n'a pas continué à soutenir cette initiative. Les « stratégies » à thème unique sont des exemples de succès modestes dans des secteurs comme le tabagisme, les toxicomanies, la violence familiale, l'environnement et le sida. Le problème dans ce cas a été qu'au moment où le financement de ces initiatives spéciales a été réduit ou interrompu, les structures et les mécanismes qui permettaient une action intersectorielle ont été plus difficiles à maintenir. Ce qui ne s'est pas produit, c'est une consultation plus vaste de l'ensemble des secteurs privé et bénévole comme façon naturelle de « faire des affaires » pour le gouvernement. Le Forum national sur la santé constitue un exemple de la façon dont le processus de la politique publique peut être élargi. De plus, la collaboration entre les secteurs gouvernementaux est essentielle pour assurer une approche plus intégrée et plus coordonnée de la planification et de la création de programmes de

développement humain. La collaboration entre les secteurs gouvernementaux est en voie de devenir le standard des modes d'opération à l'échelle du gouvernement fédéral. La formation récente d'un comité interministériel sur la santé de la population dont font partie dix-neuf ministères et organismes ainsi que l'engagement du gouvernement à évaluer les incidences sur la santé sont de nouveaux pas encourageants dans cette direction.

Au niveau provincial ou territorial, il existe de bons exemples de structures de collaboration intégrées, dont la plus ambitieuse est le Conseil du premier ministre de l'Ontario. D'autres provinces et territoires ont également établi des structures au niveau du Cabinet pour procéder à des évaluations des incidences sur la santé et coordonner les politiques publiques. De plus, toutes les provinces et tous les territoires se sont servis de buts en matière de santé pour guider l'établissement de politiques et de programmes. Ce domaine de la formation des politiques au Canada fluctue considérablement, alors que les gouvernements ré-organisent leurs systèmes de soin de santé et s'efforcent de comprendre la complexité des inter-relations implicites au travail de la promotion de la santé.

Troisième partie: Enseignements pour le XXI^e siècle

1. Il est impératif qu'on cesse de voir les soins de santé comme le principal déterminant de la santé et qu'on reconnaisse plutôt que les principaux déterminants auxquels il faut s'attaquer sont d'ordre environnemental, socio-économique, politique et culturel. Pour ce faire, il faudra:
 - ▶ des recherches plus poussées sur les déterminants de la santé pour légitimer et étendre notre compréhension
 - ▶ une vision et un leadership professionnel et politique
 - ▶ un processus public et politique de sensibilisation et d'encouragement d'un dialogue éclairé au sujet des déterminants de la santé
 - ▶ un engagement continu à l'égard des principes et des valeurs qui vont de pair avec une réduction des inégalités en santé
 - ▶ une étude et une validation plus approfondies des stratégies de promotion de la santé comme manière d'intervention vis-à-vis des déterminants de la santé.

Il importe aussi de reconnaître qu'un tel changement est un processus à long terme.

2. Le rôle directeur joué par le gouvernement fédéral a été déterminant dans l'évolution de la promotion de la santé au Canada comme élément essentiel d'un système de santé efficace. Un rôle pour le gouvernement fédéral dans la promotion de la santé et une aide fédérale à cet égard doivent être maintenus. Un appui provincial et territorial ferme de la promotion de la santé est également essentiel. Ces efforts doivent se compléter l'un l'autre, et l'imposition d'une approche uniforme doit être évitée. Les programmes devraient être adaptés aux situations locales.
3. L'engagement du gouvernement et la collaboration intersectorielle sont essentiels à l'élaboration d'une politique publique favorisant la santé dont le but ultime devrait être le développement durable humain. Il faudra à cette fin:
 - ▶ un engagement politique à l'égard des valeurs que représentent l'équité et la justice sociale
 - ▶ des décideurs (au niveau politique et administratif) au courant des faits en ce qui a trait aux déterminants de la santé et à leur signification
 - ▶ des buts en matière de santé suffisamment précis pour permettre le suivi des progrès
 - ▶ des processus d'évaluation des incidences de la politique publique sur la santé, processus établis en collaboration avec les décideurs dans tous les ministères
 - ▶ des mécanismes de responsabilisation qui sont crédibles et transparents.
4. L'élaboration de politiques publiques favorisant la santé exigera également :
 - ▶ des structures qui rendent possibles à la fois des approches globales au sein des ministères et des approches intersectorielles coordonnées entre plusieurs ministères

- ▶ une direction et une défense dynamiques des intérêts de la « santé » au sein des ministères de la Santé
 - ▶ des organismes non gouvernementaux qui appuient la recherche indépendante et la défense des orientations qui contribuent à la politique publique.
- 5.** Les gouvernements devraient s'assurer qu'il existe des conditions propices pour encourager la participation active et la formation de partenariats dans d'autres secteurs, dont les associations et les organismes professionnels, le secteur privé et le secteur bénévole. Des organismes indépendants en dehors du gouvernement (comme les centres de recherche en promotion de la santé) et les groupes de réflexion (comme l'Institut canadien des recherches avancées) sont un autre moyen important de soutenir la promotion de la santé de la population de même que les efforts indépendants de formation, de recherche et de défense d'intérêts.
- 6.** Les inquiétudes au sujet des conséquences pour la santé des milieux naturels et bâtis constituent un terrain important et éprouvé pour la promotion de la santé. Les initiatives à cet égard devraient continuer d'être encouragées. Les enseignements suivants peuvent être tirés de l'expérience canadienne de la création de milieux physiques propices à la santé:
- ▶ la valeur de la santé comme mesure de l'intérêt de la population pour des interventions publiques en matière d'environnement et élément déclencheur à cet égard
 - ▶ la nécessité de remédier au problème de la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments et aux autres préoccupations relatives aux milieux bâtis dans les maisons, les écoles, les milieux de travail, les hôpitaux et d'autres cadres de vie
 - ▶ la nécessité de remédier au problème de la circulation urbaine et aux autres préoccupations relatives à la qualité de vie en milieu urbain, notamment en adhérant aux mouvements qui s'intéressent aux questions de durabilité du développement urbain et de viabilité et de sécurité dans les villes, et plus généralement au « nouvel urbanisme »
 - ▶ la nécessité de mettre en relation le changement dans l'environnement planétaire et la santé, en particulier sous l'angle de la santé des enfants et des générations futures, et de rattacher ces préoccupations aux questions socio-économiques qu'englobent la mondialisation et le besoin de durabilité.
- 7.** Le développement sain de l'enfant peut être une importante justification de politiques et de programmes permettant d'intervenir à long terme, selon une démarche globale et tournée vers l'avenir, par rapport aux déterminants environnementaux, sociaux et économiques de la santé. La justification d'une intervention rapide, appuyée par le public et la classe politique, est amplement démontrée.

8. Les mesures de promotion de la santé sont prises là où les gens vivent, travaillent, jouent et aiment, c'est-à-dire dans les collectivités. « Penser globalement, agir localement » est un slogan utile pour la promotion de la santé. En conséquence, la promotion de la santé au plan local, selon l'approche des « cadres de vie » là où elle peut s'appliquer, doit être soutenue à long terme aux niveaux national et provincial. Les pouvoirs et les ressources nécessaires devront être dévolus aux autorités locales, équilibrés par un leadership fédéral, et les activités des gouvernements fédéral, des provinces et des territoires en matière de financement d'élaboration de standards.
9. La modification des comportements individuels est une importante facette de la promotion de la santé, et le souci personnel de sa santé reste un puissant facteur motivant le changement. Chercher à développer la capacité à faire des choix positifs représente une importante stratégie.
10. Comme nombre des déterminants de la santé dépendent des conditions environnementales, sociales, économiques et politiques, le secteur de la santé ne peut être responsable de questions qui ne sont pas de son ressort. Il ne faut pas en conclure, toutefois, que le secteur de la santé ne devrait pas intervenir dans les dossiers de promotion de la santé de la population. Les systèmes de santé intégrés pourraient et devraient appliquer des stratégies de promotion de la santé dans leur propres opérations. En conséquence, les systèmes de santé devraient :
 - ▶ se faire les défenseurs de politiques et de programmes de promotion de la santé en dehors du secteur de la santé
 - ▶ déterminer les principaux déterminants environnementaux et socio-économiques de la santé dans leur milieu et prendre des mesures à leur égard de concert avec les principaux intervenants
 - ▶ s'assurer que leur propres installations et opérations sont viables du point de vue environnemental et salubres pour les patients et le personnel
 - ▶ travailler avec d'autres intervenants du milieu pour renforcer l'action communautaire tout en formant et en appuyant les membres de la collectivité pour qu'ils puissent participer à la direction de leur propre système de santé
 - ▶ aider les gens, y compris les patients et le personnel du système de santé, à développer des aptitudes personnelles en matière de santé.
11. Compte tenu de la restructuration du système de santé, les activités de promotion de la santé au niveau local relèveront de plus en plus de systèmes de santé régionalisés. Il faudra s'assurer du mandat et du rôle de la promotion de la santé ainsi que de la responsabilité des systèmes de santé régionaux de poursuivre les activités de promotion de la santé. Sans politiques, infrastructures et ressources particulières pour la promotion de la santé, les systèmes de santé régionaux ne seront pas pleinement en mesure de mettre à profit nos connaissances accrues des déterminants de la santé.

- 12.** Le financement de la promotion de la santé (et de la santé publique) représente une fraction minimale du budget total du système de santé, malgré son importante contribution potentielle à l'amélioration de la santé de la population. Étant donné qu'il est déjà bas, le financement de la promotion de la santé devrait être maintenu au niveau actuel. De plus, comme les fonds destinés aux soins de santé sont réduits et réaffectés ailleurs, certains des fonds réaffectés devraient servir à la promotion de la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé.
- 13.** Au moment d'entreprendre l'évaluation d'approches de la promotion de la santé, il importe de reconnaître que:

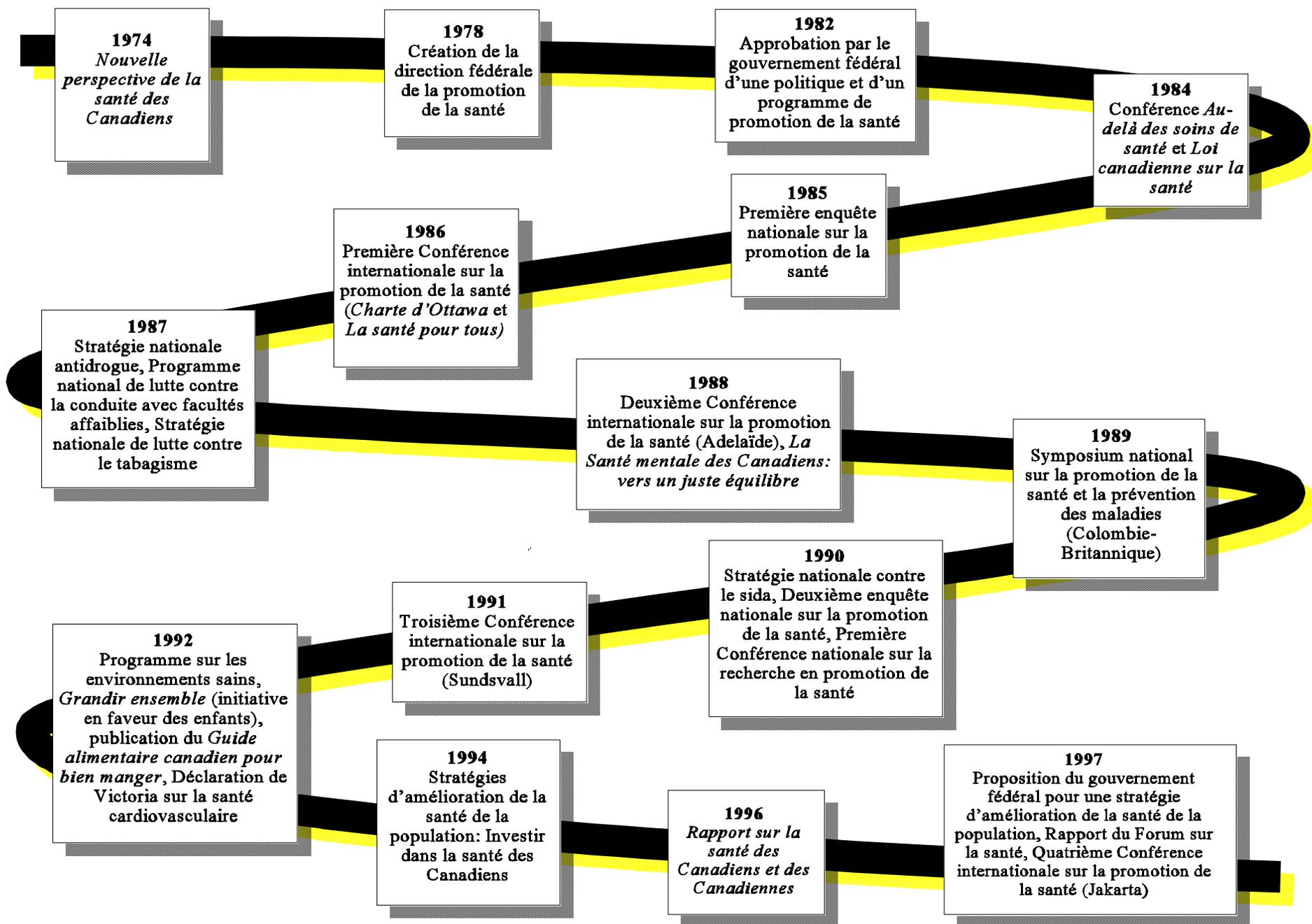
 - ▶ puisqu'elle suppose un changement de paradigme dans notre compréhension et nos actions, et qu'elle procède par petits pas qui, à la longue, aboutissent à un changement majeur, la promotion de la santé ne peut être évaluée que sur plusieurs décennies ou même sur plusieurs générations!
 - ▶ de nouvelles méthodologies, y compris des approches participatives et ethnographiques centrées sur des procédés qualitatifs, doivent être davantage mises en valeur et acceptées dans l'évaluation de la pratique de la promotion de la santé.
- 14.** Il existe déjà de nombreuses preuves de l'efficacité de la promotion de la santé, mais ces preuves doivent être arrangées et présentées de manière stratégique pour influencer les décideurs.
- 15.** La promotion de la santé au Canada a grandement bénéficié de la présence canadienne sur la scène internationale, et le Canada est l'auteur d'importantes contributions à l'élaboration de politiques, à l'établissement de programmes, à la formation et au développement des ressources humaines, au soutien et à l'aide techniques, et à la recherche et à l'évaluation. Il est important que la dimension internationale de l'activité de promotion de la santé soit maintenue et encouragée.
- 16.** Les praticiens de la promotion de la santé doivent continuer à renforcer le domaine en racontant leurs expériences, en procédant à des recherches, en recadrant et en mettant à l'essai des stratégies, et en acquérant de nouvelles compétences et expertises. Ces éléments devraient contribuer à un rôle pour la promotion de la santé au XXI^e siècle qui tient compte de changements dans la compréhension de la croissance, du développement et de l'investissement, des régimes d'autorité (dont les pouvoirs locaux) et des partenariats, ainsi que des systèmes de santé eux-mêmes.

- 17.** Nous devons comprendre, comme Canadiens et Canadiennes, qu'une action soutenue en promotion de la santé ne parviendra qu'à long terme à générer des effets positifs sur les déterminants de la santé et ce, tout particulièrement, en ce qui a trait à la pauvreté et à l'équité du revenu. La promotion de la santé au Canada a connu des succès marqués dans plusieurs secteurs alors que dans d'autres sa capacité, parfois surestimée, à générer et à maintenir des changements sociaux sains s'est avéré insuffisante. Dans certains cas, les effets des tendances économiques et des forces politiques plus larges ont fait ombrage au travail des promoteurs et des agences de promotion de la santé engagés dans des coalitions de développement communautaire ou d'action sociale à l'échelle locale, territoriale et provinciale.
- ▶ La pratique de la promotion de la santé est, et continuera vraisemblablement à se réaliser dans un contexte contraignant où les ressources disponibles sont limitées et où le modèle médical domine toujours et où se conjuguent des forces sociales, économiques et politiques puissantes. Les effets positifs de la promotion de la santé devront être bonifiés et complétés par les efforts de divers intervenants en santé et dans d'autres secteurs qui partagent une même compréhension des déterminants de la santé.
 - ▶ Bien que la promotion de la santé ne puisse à elle seule créer un avenir idéal, elle peut aider à recentrer l'attention, à tous les niveaux (c'est-à-dire de l'échelon mondial à l'échelon local), sur le développement humain plutôt que seulement économique. En s'alliant aux mouvements sociaux connexes et en y contribuant, la promotion de la santé peut nous aider à préparer un avenir plus humain, juste et durable.

Annexe A

Dates marquantes dans l’histoire de la promotion de la santé: perspective nationale

Dates marquantes dans l'histoire de la promotion de la santé: perspective nationale



Références

1. Organisation mondiale de la santé, 1986.
2. Pinder, L., *The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
3. Lalonde, M., *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1974.
4. Hancock, T., *Lalonde and Beyond: Looking Back at a New Perspective on the Health of Canadians*, **Health Promotion**, 1986, 1(1): 93-100.
5. Badgley, R., *Health Promotion and Social Change in the Health of Canadians*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
6. Pinder, L., *The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
7. Draper, R., *Perspectives on Health Promotion: A Discussion Paper*, Canadian Public Health Association, March 1995.
8. Labonté, R., *Death of a program, birth of metaphor*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
9. Pinder, L., *The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
10. Pederson, A. and Signal, L., *The health promotion movement in Ontario: mobilizing to broaden the definition of health*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
11. Hancock, T., *Health as a Social and Political Issue: Toronto's Health Advocacy Unit* in Lumsden, D. Paul (ed.), *Community Mental Health Action*, Ottawa, Canadian Public Health Association, 1984.
12. O'Neill, M., Rootman, I. and Pederson, A., *Beyond Lalonde: Two Decades of Canadian Health Promotion* in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
13. Epp, J., *La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1986.
14. Pinder, L., *The Federal Role in Health Promotion: Art of the Possible*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
15. Ibid.
16. Draper, R., *Perspectives on Health Promotion: A Discussion Paper*, Canadian Public Health Association, March 1995.
17. Hoffman, K., *The Strengthening Community Health Program: Lessons for Community Development* in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.

18. Allison, K. et al, *The career paths of MHSc graduates in health promotion*, **Canadian Journal of Public Health**, 1995, 86(1): 10-15.
19. Matthias, S., *Health Promotion in the Yukon Territory*, in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
20. Evans, R., Barer, M. and Marmor, T. (eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of the Health of Populations*, New York, Aldine de Gruyter, 1994.
21. Labonté, R., *Population health and health promotion: what do they have to say to each other?*, **Canadian Journal of Public Health**, 1995, 86(3): 165-68.
22. Bhatti, T. and Hamilton, N.
23. Hancock, T., 1990.
24. Finnegan, 1996.
25. Labonté, R. and Edwards, R., *Equity in Action: Supporting the Public in Public Policy*, Centre for Health Promotion/ParticipAction, 1995.
26. Skinner, H. and Bercovitz, K., *Effectiveness of Developing Personal Skills in Health Promotion*, Toronto, Centre for Health Promotion and World Health Organization, 1996.
27. Ibid.
28. Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, 1994.
29. Draper, R., *Perspectives on Health Promotion: A Discussion Paper*, Canadian Public Health Association, March 1995.
30. Association canadienne de santé publique, *Énoncé d'action pour la promotion de la santé au Canada*, Ottawa, 1996.
31. Draper, R., *Perspectives on Health Promotion: A Discussion Paper*, Canadian Public Health Association, p. 10, March 1995.
32. Pinder, L., *A New Perspective to the Framework: A Case Study on the Development of Health Promotion Policy in Canada*, **Health Promotion**, Vol.3, No.2, p. 205-212, Oxford University Press, 1988.
33. Ibid, p. 208.
34. Pinder, L., *A New Perspective to the Framework: A Case Study on the Development of Health Promotion Policy in Canada*, **Health Promotion**, Vol. 3, No. 2, p. 207, Oxford University Press, 1988.
35. Draper, R., *Perspectives on Health Promotion: A Discussion Paper*, Canadian Public Health Association, March 1995, p. 44.
36. Ibid, p. 45.
37. Ibid, p. 47.
38. O'Neill, M., Rootman, I. and Pederson, A., *Beyond Lalonde: Two Decades of Canadian Health Promotion* in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, Toronto, 1994, pp. 374-391.

39. Ibid, pp. 100-102.
40. Draper, *Perspectives on Health Promotion: A Discussion Paper*, Canadian Public Health Association, March 1995.
41. Ibid.
42. Ladouceur R., *Social Marketing: A Canadian Perspective* in Mintz, J. (ed.), *Sound Research: The Basis for Social Marketing*, Health and Welfare Canada, 1984, pp. 79-90.
43. Forum national sur la santé, Rapport de synthèse, 1996, p. 27.
44. Halsall, 1993, p. 40.
45. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.
46. Hancock, T., *Health Promotion in Canada: Did We Win the Battle but Lose the War?* in Pederson, A., O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 350-373.