



# Une vague de changement

Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique

Bibliographie annotée

Karen Hayward, chercheure

Ronald Colman, directeur exécutif GPI Atlantic





**Une vague de changement**  
**Iniquités et maladies chroniques au**  
**Canada atlantique**

**Bibliographie annotée**

**Karen Hayward, chercheure**  
**Ronald Colman, directeur exécutif**  
**GPI Atlantic**

Préparé pour

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique  
Bureau régional de l'Atlantique  
Santé Canada

Juillet 2003

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

Also available in English under the title *The Tides of Change. Addressing Inequity and Chronic Disease in Atlantic Canada. Annotated Bibliography.*

Il est interdit de reproduire le contenu de ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée. Prière d'en indiquer la source comme suit : *Une vague de changement. Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique. Bibliographie annotée.* 2003. Produit par Karen Hayward et Ronald Colman, GPI Atlantic, pour la Direction de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada.

Renseignements :

Bureau régional de l'Atlantique

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Santé Canada

1525 - 1505, rue Barrington

Halifax (N.-É.) B3J 3Y6

Téléphone : (902) 426-2700

Télécopieur : (902) 426-9689

Courriel : [pphaltantic-spspatlantique@hc-sc.gc.ca](mailto:pphaltantic-spspatlantique@hc-sc.gc.ca)

Site Web : [www.spsp-atlantique.ca](http://www.spsp-atlantique.ca)

© Santé Canada, 2003

## REMERCIEMENTS

Nous souhaitons exprimer notre appréciation aux personnes suivantes pour leur collaboration dans la compilation de la présente bibliographie annotée :

Carol Amaratunga, ancienne directrice exécutive, Centre d'excellence pour la santé des femmes – Maritimes, actuellement titulaire de la Chaire de recherche en santé des femmes, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, Université d'Ottawa

George Kephart, directeur, Unité de recherche sur la santé de la population, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université Dalhousie

Dennis Raphael, professeur agrégé et directeur du programme de premier cycle, École de politiques de santé et de gestion, Faculté Atkinson des études libérales et professionnelles, Université York



## NOTE BIBLIOGRAPHIQUE

La présente bibliographie annotée est un addenda au document de travail, *Iniquité et maladies chroniques au Canada atlantique*. Dans la majorité des cas, les références choisies sont des documents généraux, conceptuels et pratiques qui ont poussé plus loin la recherche sur le lien qui existe entre l'équité et la santé. L'accent est principalement mis sur l'établissement de stratégies et non sur la recherche de preuves additionnelles pour appuyer les conclusions du document de travail. Presque tous les rapports et articles sont très récents et accessibles en ligne. Les deux ouvrages qui y figurent sont nouveaux et devraient également être facilement accessibles. La bibliographie est divisée en quatre sections qui ne sont pas rigides et qui en réalité sont interreliées. Les sections sont les suivantes :

- **Canada atlantique** : comprend un rapport sur les coûts liés aux maladies chroniques, des exemples de recherche qualitative et des exemples d'initiatives gouvernementales.
- **Fondements pour l'établissement de stratégies** : comprend des méthodes de surveillance et de mesure de l'iniquité en matière de santé, des renseignements pratiques sur les études d'impact sur la santé et un nouveau manuel sur les pratiques exemplaires publié en Nouvelle-Écosse.
- **Stratégies de promotion de la santé de la population** : comprend des exemples provenant du Royaume-Uni, de la Suède et du Minnesota (exemple d'une stratégie étatique axée sur la santé de la population), un nouvel ouvrage publié en Europe, un article général rédigé par l'un des architectes de la politique du Royaume-Uni (Whitehead) et un nouvel article sur les coûts d'une politique non sociale.
- **Mécanismes des maladies chroniques** : comprend des aperçus des mécanismes et des implications stratégiques selon différents points de vue et une étude portant sur les maladies cardiovasculaires et le statut économique en Ontario.

## CANADA ATLANTIQUE

**Colman, R., *The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, et l'Unité de prévention des maladies chroniques et de la santé de la population, Université Dalhousie, 2002,**  
[www.heart-health.ns.ca/hpc/downloads/chronic\\_costs.pdf](http://www.heart-health.ns.ca/hpc/downloads/chronic_costs.pdf) (en anglais)

Colman présente une analyse statistique très détaillée des coûts médicaux directs et des coûts indirects de la perte de productivité attribuable aux maladies chroniques en Nouvelle-Écosse. Ces coûts, dont 40 % seraient évitables selon les estimations, s'élèvent

à plus de trois milliards de dollars par année. Les maladies chroniques sont la cause d'au moins 70 % des morts prématurées et de 60 % des coûts liés aux soins médicaux et à l'invalidité. L'auteur examine particulièrement sept types de maladies chroniques non transmissibles, incluant les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète, ainsi que la maladie mentale, les facteurs de risque liés au mode de vie et le dépistage médical. Une partie importante du rapport porte sur les causes socioéconomiques des maladies chroniques, telles que la pauvreté, l'inégalité, le faible niveau de scolarité, les causes environnementales, comme l'exposition à des polluants toxiques, et l'exclusion sociale.

Colman suggère qu'il y a deux façons possibles de réagir à l'escalade des coûts de soins de santé : augmenter l'offre de services médicaux pour satisfaire la demande croissante ou diminuer la demande pour les services en réduisant la prévalence des maladies chroniques. À son avis, le premier choix pourrait stimuler l'économie et entraîner une hausse du produit intérieur brut en favorisant la croissance de l'industrie des services médicaux. Toutefois, le deuxième choix pourrait permettre à la fois de sauver des vies et de faire des économies. Il s'agit de la démarche de l'indice de progrès réel (IPR), qui évalue le progrès en fonction de l'état de santé positif et le bien-être de la société plutôt qu'en fonction de la croissance qui est néfaste pour la population. Dans son rapport, Colman suggère que les initiatives de promotion de la santé, qui permettent de réduire les inégalités et d'améliorer la santé de la population, peuvent entraîner une baisse considérable des besoins en matière de soins de santé et de la demande pour ces soins. Dans la section finale, il examine l'efficacité et la rentabilité de la prévention des maladies chroniques et discute des éléments clés d'une stratégie de promotion de la santé globale et efficace. Il formule également des suggestions pratiques d'intervention pour atteindre cet objectif.

**Dechman, M. K., *The Family Mosaic. Executive Summary, Family Mosaic Project: A longitudinal study of lone-parent and two-parent families*, Ministère des Services communautaires de la Nouvelle-Écosse, Halifax, 2002, [www.gov.ns.ca/coms/files/fm.asp](http://www.gov.ns.ca/coms/files/fm.asp) (en anglais)**

Le Family Mosaic Project (FMP) est remarquable puisqu'il est l'un des rares projets de recherche longitudinale mené à ce jour au Canada. Avec l'appui du Programme de partenariats pour le développement social de Développement des ressources humaines Canada et du ministère des Services communautaires de la Nouvelle-Écosse, ce projet a permis de suivre la vie de 500 familles néo-écossaises de 1978 à 1999. Il fournit une mine de renseignements sur le rendement scolaire, l'emploi, le revenu, la santé et le mieux-être des mères et des enfants, de la naissance à l'âge adulte, tant dans des familles monoparentales que biparentales. Le projet a démarré avec un échantillon de 716 mères qui ont donné naissance à leur premier enfant dans un hôpital de la Nouvelle-Écosse en 1978. De ce nombre, 50 % étaient mariées et 50 % étaient célibataires. Les données ont été recueillies et les mères interviewées lorsque les enfants avaient approximativement les âges de six mois, de neuf mois et de dix-huit mois. Lorsque les enfants ont eu l'âge de

dix ans, un échantillon de 223 enfants ont fait l'objet d'une évaluation psychologique et les mères ont passé une entrevue personnelle. Lorsque les enfants ont eu 20 ans, les mères et leurs enfants ont été à nouveau interviewés. Les données comprenaient également des dossiers médicaux et des renseignements fournis par les enseignants. Soixante-dix pour cent des mères qui ont commencé le projet en 1978 ont participé à la collecte de données de 1999.

Les rapports suivants du ministère des Services communautaires de la Nouvelle-Écosse, en majorité préparés par la coordonnatrice du projet, Margaret Dechman, sont fondés sur les données de cette étude : *Leaving School or Continuing: What Makes the Difference*; *Social Exclusion and Social Assistance*; *Youth Employment: Entering the Labour Market*; *The Dynamics of Family Life*; *Educational Profiles of Mothers*; *Employment Profiles of Mothers*; *Psychological Outcomes and Coping Strategies*; et *Social Exclusion and the Health of Mothers and Young Adults*. Sur le site Web du FMP, on peut lire que le projet devrait fournir aux responsables de l'élaboration des politiques, aux professionnels de la santé et au public des renseignements sur les réalités de la vie en constante évolution. Cette étude était financée par des projets et était conçue pour que ses résultats soient utilisés à l'interne par le ministère des Services communautaires de la Nouvelle-Écosse. Selon la coordonnatrice du projet, maintenant que le projet est terminé, aucun processus interne n'est en place pour permettre un accès continu aux données. De plus, aucun financement n'est prévu pour permettre aux utilisateurs externes d'avoir accès aux données.

**Eyles, J., *Making Resource Shifts Supportive of the Broad Determinants of Health – the P.E.I. Experience*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001, [www.chsrf.ca/docs/finalrpts/2002/funding/eyles\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/docs/finalrpts/2002/funding/eyles_e.pdf) (en anglais)**

Il s'agit d'un sommaire d'évaluation d'une affectation de ressources intersectorielles dans les services sociaux à l'Île-du-Prince-Édouard entreprise, en partie, pour améliorer certains déterminants sociaux de la santé. Pour augmenter l'intégration et la coordination des services, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a créé cinq régions sanitaires qui offrent toutes des soins de santé, des services sociaux, la sécurité du revenu, du logement social et d'autres services, mais n'offrent pas de formation ni de ressources médicales et pharmaceutiques. Ces régions sanitaires ont reçu un financement global de sorte que les ressources peuvent être transférées pour tenir compte des déterminants globaux de la santé. Parmi les 74 ressources intersectorielles repérées, les deux tiers étaient affectées au personnel, aux locaux, à l'équipement et à l'information plutôt qu'aux transferts financiers. Les transferts financiers qui ont été effectués visaient principalement à transférer aux services de soins de santé des fonds destinés aux programmes communautaires. Selon les observateurs, les obstacles étaient principalement de nature structurelle et s'expliquaient par la [traduction] « nature politique des soins de santé, les perceptions et les préférences du public, les conventions collectives, l'opposition des médecins et le niveau de financement ». Dans son rapport,

l'auteur conclut que les changements de politiques demandent du temps et présente aux décideurs des répercussions clés aux fins d'examen.

**Forgues, E., M. -T. Seguin, O. Chouinard, G. Poissant et G. Robinson, « The Trials of New Brunswick's Emerging Social Economy » dans Vaillancourt, Y. et L. Tremblay (éd.), *Social Economy: Health and welfare in four Canadian Provinces*, Fernwood Publishing, Halifax, 2002.**

Le terme « économie sociale » fait référence au secteur bénévole et à but non lucratif de l'économie. Il est utilisé pour distinguer ce secteur de la société de l'économie de marché, de l'économie publique de l'état et des secteurs informels de la famille et des aidants naturels. Ce chapitre fait partie d'un plus vaste projet de recherche qui mettait l'accent sur les domaines de la santé et de l'aide sociale dans quatre provinces canadiennes dans le contexte des déterminants sociaux des politiques de santé. Dans leur étude de l'économie sociale du Nouveau-Brunswick, les auteurs examinent d'abord ses contextes historique, social et politique et discutent des répercussions des politiques néolibérales (axées sur le marché) sur les systèmes de santé et d'aide sociale et les organismes communautaires. Ils examinent ensuite des exemples de projets de mouvement social menés au Nouveau-Brunswick, tels que le mouvement de défense de l'environnement et le mouvement féministe ainsi qu'un mouvement d'organisation syndicale et communautaire, le Front commun pour la justice sociale, qui touche près de 20 % de la population de la province. Ces mouvements jouent souvent un rôle décisif dans le développement de l'économie sociale. La section finale du chapitre décrit comment l'économie sociale est mise en œuvre dans le domaine de la santé et de l'aide sociale.

Selon les auteurs, l'intérêt que le gouvernement manifeste à l'égard de l'économie sociale est une stratégie visant à se retirer du secteur de la santé et du bien-être social et à transférer la responsabilité à des ressources bénévoles telles que les groupes communautaires et les aidants naturels dans les familles. Ils soutiennent que l'économie sociale et les projets communautaires sont à une croisée des chemins. La philosophie individualiste de la privatisation et le marché ont préséance sur la philosophie collective, démocratique et axée sur la solidarité. Toutefois, l'économie sociale est forte, et des consultations publiques ont révélé que la population souhaite conserver les valeurs de l'État providence. Il faut choisir entre l'intensification de la concurrence entre les participants ou l'union des forces en vue de garantir un cadre réglementaire qui favorise le mieux-être de la population générale. Les auteurs concluent le chapitre en indiquant que [traduction] « le progrès qui pourrait être réalisé au Nouveau-Brunswick grâce à l'économie sociale dépendra de la capacité des défenseurs de l'économie sociale à créer un nouveau modèle fondé sur le débat public ».

**Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, *People, Partners, and Prosperity. A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, St. Jean, 1998, [www.gov.nf.ca/spp/spp.pdf](http://www.gov.nf.ca/spp/spp.pdf) (en anglais)**

En 1998, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a lancé une nouvelle politique sociale sans précédent, fondée sur l'équité et la justice sociale intitulée *A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador* (SSP). Le SSP est fondé sur les résultats des travaux du Comité consultatif sur les politiques sociales qui a mené des consultations publiques et préparé des rapports de base. Le SSP transforme la stratégie gouvernementale en une stratégie qui, pour la première fois au Canada, lie les développements social et économique. Il crée un cadre stratégique qui met l'accent sur une démarche intégrée, holistique et axée sur la santé de la population en matière de mieux-être. Ce document présente le cadre du SSP, qui exige une coordination centrale de toutes les structures et méthodes gouvernementales autour des orientations, des buts et des objectifs du SSP. Le SSP dépend de la participation communautaire pour cerner et satisfaire les besoins de la collectivité, mise sur les forces communautaires et régionales et investit dans les gens. Le SSP met directement l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et crée des processus d'inclusion sociale. Il réoriente les approches fondées sur la correction et la résolution de crises des programmes sociaux et économiques pour créer des stratégies qui s'attaquent aux causes fondamentales des problèmes et mettent l'accent sur la prévention. Dans le cadre du SSP, les programmes sociaux ne sont pas considérés comme un drain de ressources financières mais comme un investissement essentiel dans les gens.

Un des éléments clés du SSP est le processus d'« inventaire des atouts », qui permet de repérer les atouts, les ressources et les réseaux formels et informels au sein des collectivités et de miser sur ceux-ci. Ce processus permet de dresser l'inventaire des gens, des organismes, des projets couronnés de succès, des endroits de choix et d'autres forces communautaires qui serviront de base au développement communautaire.

Une autre innovation importante, parmi les nombreuses innovations mises en œuvre dans le SSP, est son engagement à l'égard des bilans sociaux et de la surveillance, au moyen d'un système de Comptes communautaires. Ces comptes fournissent des données statistiques que les particuliers, les collectivités et les ministères gouvernementaux peuvent utiliser comme outils pour créer des profils communautaires et élaborer des politiques. Les Comptes communautaires sont répartis par collectivité et mettent l'accent sur des facteurs tels que l'emploi, le revenu, l'état de santé et la démographie.

Comme on peut lire dans le document cadre, [traduction] « Le Plan social stratégique sera une occasion pour Terre-Neuve-et-Labrador de se positionner comme un chef de file de l'élaboration de politiques sociales (...) [II] s'agit d'une étape importante dans l'histoire du développement social à Terre-Neuve-et-Labrador ». Il s'agit également d'une étape-clé pour le Canada atlantique et le Canada en général.

**Neis, B. et B. Grzetic, *From Fishplant to Nickel Smelter: Policy Implications, Policy Development and the Determinants of Women's Health in an Environment of Restructuring*, préparé pour la Direction générale de promotion et des programmes de la santé, Bureau région de l'Atlantique, Santé Canada, 2000, [www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/23.pdf](http://www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/23.pdf) (en anglais)**

Ce document porte sur un projet à plusieurs phases qui a été mené en 1999/2000 et qui visait à étudier les répercussions en matière de santé de la restructuration dans les régions tributaires des ressources naturelles de Terre-Neuve-et-Labrador. Il visait à former des partenariats essentiels avec les représentants des collectivités, des syndicats, des industries, des professionnels de la santé, des universités et des ministères gouvernementaux en vue de modifier les politiques et les institutions. Les initiatives entreprises comprenaient des recherches sur la restructuration industrielle dans le secteur des pêches dans les années 1990 et la restructuration anticipée dans le secteur de l'extraction et de la fusion du nickel, une présentation d'experts sur la santé des femmes et la restructuration industrielle, une conférence téléphonique sur l'asthme professionnel lié à la pêche de mollusques et de crustacés à laquelle ont participé des professionnels de la santé de régions rurales, des réunions avec les représentants des ministères gouvernementaux concernés et un atelier de deux jours sur la restructuration industrielle et la santé en régions rurales. Les participants de l'atelier ont examiné les problèmes de santé des femmes touchées par la restructuration des industries pétrolières, gazières et minières; les petites entreprises et les soins à domicile; et l'accès à des activités de formation et à l'emploi.

L'étude est particulièrement importante puisqu'il s'agit d'un exemple d'analyse comparative entre les sexes qui porte sur les différents risques et avantages en matière de santé pour les hommes et les femmes et qui recommande une approche d'élaboration des politiques fondée sur le sexe. Les auteurs indiquent qu'une analyse comparative entre les sexes est nécessaire pour bien comprendre la relation qui existe entre la restructuration et la santé, et font remarquer qu'en vertu du *Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* de 1995, tous les ministères et organismes fédéraux s'engagent à mener des analyses comparatives entre les sexes de toutes les nouvelles politiques et législations. L'analyse comparative entre les sexes est fondée sur l'idée voulant que les problèmes sociaux et économiques ne sont pas indépendants et que les politiques doivent tenir compte du contexte socioéconomique dans lequel les hommes et les femmes vivent.

Les initiatives ont montré que la majorité des décisions de nature industrielle et stratégique en matière de restructuration environnementale, industrielle et politique sont prises sans tenir compte de la santé humaine. De plus, la restructuration met l'accent sur la création d'emplois et la génération de richesses sans prendre en considération les forces sociales et économiques qui produisent la pauvreté et les iniquités. Selon les auteurs, il est nécessaire de modifier les institutions et les politiques de telle sorte que les préoccupations en matière de santé ne soient pas séparées des autres secteurs de

politiques. La conclusion du rapport présente plus de 100 recommandations de modifications dans une variété de secteurs.

**Travers, K. D., « The Social Organization of Nutritional Inequities », *Social Science & Medicine*, vol. 43, n° 4, 1996.**

Voici un excellent exemple de l'importance de la recherche qualitative et participative dans la compréhension des expériences réelles des groupes vulnérables. Cette compréhension est nécessaire pour contrer la discrimination et la vision sous-jacente non réaliste de la population dominante. En se fondant sur les observations des participants, ainsi que sur le contenu des entrevues individuelles et de groupe, l'auteur de la recherche a examiné l'expérience quotidienne liée à l'alimentation d'une famille. Cette recherche a servi de point de départ à l'établissement de liens entre les expériences particulières et les contextes socioéconomiques élargis. Ces contextes comprennent les concepts sociaux tels que le sexe, les classes, le commerce, les politiques et les discours ou points de vue sous-jacents. On a montré que les concepts sociaux oppressifs augmentent les iniquités qui ne pourraient pas être changées de façon réaliste en modifiant le comportement des particuliers. La recherche a ensuite porté sur les iniquités nutritionnelles des femmes démunies sur le plan socioéconomique et de leur famille : 80 % de celles-ci dépendaient de l'aide sociale et vivaient dans un centre urbain de la Nouvelle-Écosse. L'étude a révélé que les iniquités nutritionnelles sont le résultat de processus sociaux qui peuvent être changés.

La recherche a permis de repérer un certain nombre d'iniquités incluant un accès limité aux magasins et aux supermarchés bon marché qui visent les mieux nantis qui ont des voitures et des ressources pour profiter des « spéciaux », les politiques inadéquates d'aide sociale de subsistance et la dépendance envers les banques alimentaires privées. Avec l'aide du chercheur, les femmes ont entrepris une comparaison des prix entre les supermarchés de grandes chaînes situés au centre-ville et en banlieue et ont montré que les prix demandés dans les magasins du centre-ville étaient d'environ 5 % à 10,7 % plus élevés que dans les magasins des banlieues de classe moyenne. Les femmes ont lancé une campagne qui a permis de réduire ce pourcentage. L'étude a montré que les budgets de l'aide sociale consacrés à l'alimentation étaient de 17 % à 35 % inférieurs au montant nécessaire pour satisfaire à la recommandation d'Agriculture Canada visant un régime alimentaire nutritif de base. L'étude a également montré que le soutien de banques alimentaires privées déresponsabilisait le gouvernement à l'égard de la recherche de solutions plus permanentes pour contrer la pauvreté.

L'analyse des politiques sociales a montré que la vision sous-jacente se nourrissait d'une idéologie individualiste. Cette vision n'est pas fondée sur une compréhension adéquate des expériences des femmes touchées. Selon cette vision, on blâme la victime de ne pas travailler assez fort et de ne pas profiter des occasions. On ne reconnaît pas les iniquités dans l'ordre social. L'effet de cette vision était observé dans le travail des professionnels

qui cherchaient à aider les personnes à s'adapter à une situation oppressante. Par exemple, on a observé des professionnels qui essayaient d'enseigner aux femmes à faire un budget alors qu'elles n'avaient même pas suffisamment d'argent pour payer la nourriture et le loyer. L'étude a également montré que les femmes travaillaient extrêmement fort pour surmonter les obstacles et fournir une bonne alimentation à leur famille. Elles avaient une excellente compréhension de la nutrition, faisaient de leur mieux pour joindre les deux bouts, mais se blâmaient elles-mêmes pour leurs problèmes de gestion.

L'auteur de la recherche a dévoilé une variété de politiques oppressives qui contribuent à perpétuer les iniquités en matière de nutrition et de santé. Il demandait que la compréhension des iniquités ait une orientation plus sociale.

## FONDEMENTS POUR L'ÉTABLISSEMENT DE STRATÉGIES

**Carr-Hill, R. et P. Chambers-Dixon, *A Review of Methods for Monitoring and Measuring Social Inequality, Deprivation and Health Inequality*, SEPHO, Centre for Health Economics, University of York, 2002,**  
[www.ihs.ox.ac.uk/sepho/publications/carrhill/](http://www.ihs.ox.ac.uk/sepho/publications/carrhill/) (en anglais)

Il s'agit d'un outil en ligne, produit par le South East Public Health Observatory (SEPHO), pour aider à comprendre et à mesurer les inégalités en matière de santé. Même s'il est adapté au contexte du Royaume-Uni, il présente de nombreux renseignements qui sont généralement utiles, bien que techniques. Il est conçu pour être un guide d'utilisation facile pour déterminer les conditions et les méthodes, pour accéder aux renseignements nécessaires à l'analyse des modèles de l'inégalité sociale et pour utiliser les instruments et les données organisationnelles et administratives existants. Ce manuel pratique est divisé en 11 sections qui portent, entre autres, sur la mesure de l'inégalité en fonction des classes sociales, la santé et les catégories de maladie, les méthodes, les sources de données et le contexte, l'histoire et les théories de l'inégalité. De façon générale, les sections abordent les questions suivantes : Quels groupes ou secteurs sont jugés inégaux? À quel égard sont-ils inégaux? En quoi consiste un indice et comment est-il mis à l'essai? Quelles méthodes sont utilisées pour mesurer, représenter et interpréter les inégalités? Quels sont les contextes historiques et théoriques des inégalités en matière de santé?

**Frankish, C. J., L. W. Green, P. A. Ratner, T. Chomik et C. Larsen, *Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy. A Report Submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada*, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, 1996,**  
[www.ihpr.ubc.ca/pdfs/healthimpact.pdf](http://www.ihpr.ubc.ca/pdfs/healthimpact.pdf) (en anglais)

Ce rapport présente un historique et une justification de l'utilisation de l'étude d'impact sur la santé comme outil d'évaluation de la santé de la population et des politiques gouvernementales. Les auteurs définissent l'étude d'impact sur la santé comme [traduction] « toute combinaison de procédures ou de méthodes permettant d'évaluer les effets potentiels d'un projet de politique ou de programme sur la santé de la population ». Tout programme ou politique, lié ou non à la santé, peut directement ou indirectement avoir un effet sur la santé d'une population en influant sur les déterminants socioéconomiques de la santé. Dans le rapport, les auteurs recommandent que les initiatives gouvernementales de programmes et de politiques dans tous les secteurs soient évaluées en fonction de leur impact sur la santé et la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes. L'étude d'impact sur la santé est donc un outil permettant d'élaborer des politiques gouvernementales et de choisir parmi différentes options de programmes. Le rapport porte sur les démarches actuelles d'étude d'impact sur la santé et présente des exemples de ce type d'étude à l'échelle internationale, nationale, territoriale, régionale et municipale. Il décrit, en partie, les modèles et les outils particuliers permettant d'associer les projets de programmes et de politiques à leur impact sur la santé.

L'annexe comprend un résumé intitulé « Working Toward Health Impact Assessment in Nova Scotia ». Il s'agit d'une brève discussion sur un article publié en 1989, *Report of the Nova Scotia Royal Commission on Health Care*. À l'époque, la Commission royale recommandait que toutes les initiatives de politiques entreprises par le gouvernement comprennent une étude de leur impact sur la santé de la population. Quatorze ans plus tard, les chercheurs font toujours cette recommandation.

**Santé Canada, *A Best Practices Approach to Health Promotion, 2nd version of the Nova Scotia Best Practices Framework*, Santé Canada, 2002, [www.heart-health.ns.ca/hpc/downloads/framework.pdf](http://www.heart-health.ns.ca/hpc/downloads/framework.pdf) (en anglais)**

Une démarche de promotion de la santé bien documentée et conceptualisée, ce document cadre a été conçu aux fins d'élaboration de programmes et de politiques en Nouvelle-Écosse. Toutefois, il devrait être utile dans l'ensemble du Canada atlantique. Plutôt que de dresser une liste des meilleures pratiques, l'outil guide le professionnel de la santé dans le processus d'élaboration d'une démarche pratique de promotion de la santé. L'outil est composé de trois principaux éléments. Premièrement, il encourage l'utilisation d'un processus de réflexion critique pour analyser les croyances et les hypothèses sous-jacentes et ensuite en tirer les points de vue et la vision de groupe. En tant qu'outil d'examen des démarches actuelles, le processus de réflexion critique se fonde sur une liste de questions pour orienter la réflexion en vue d'élaborer des pratiques futures efficaces. Deuxièmement, l'outil appuie la démarche fondée sur les résultats qui utilise les données de recherche pour faire connaître tous les aspects de la promotion de la santé. Troisièmement, les concepteurs de l'outil reconnaissent le caractère unique de chaque situation et la nécessité d'adapter chaque programme et politique à la situation en question. Le cadre est un outil visant à faciliter ce processus.

Le cadre est systématiquement divisé en six unités : les prémisses, les fondements scientifiques, le processus de planification, les démarches, le contexte et les résultats. Ces unités sont elles-mêmes divisées en 16 composantes, telles que les valeurs, les théories, les stratégies d'action et les processus. Chacune des 16 composantes comprend des définitions, des exemples et des questions pour alimenter la réflexion critique. Par exemple, le cadre peut être utilisé comme un outil d'établissement d'un groupe, pour améliorer les projets et les activités de planification ou pour réfléchir au travail en cours. Il permettra de continuer à améliorer les pratiques de promotion de la santé en favorisant l'élaboration de solutions et de points de vue pour relever les défis et en précisant les étapes qui doivent être franchies en vue d'établir une vision commune.

**Mittelmark, M. B., « Promoting social responsibility for health: Health impact assessment and healthy public policy at the community level », *Health Promotion International*, vol. 16, n° 3, 2001.**

(Voir également : Gillis, D., « The 'People Assessing Their Health' (PATH) Project: Tools for Community Health Impact Assessment », *Canadian Journal of Public Health, Supplement*, novembre-décembre 1999).

Un résumé d'un rapport technique préparé pour la Cinquième conférence mondiale sur la promotion de la santé de 2000, ce court document est une recommandation de l'utilisation des évaluations non techniques des répercussions sur la santé à l'échelle locale par des citoyens ordinaires. Une évaluation des répercussions sur la santé est un outil qui peut être utilisé dans une variété de secteurs. Par exemple, il peut permettre de cerner les besoins d'une collectivité; de repérer les politiques pouvant avoir des impacts négatifs ou positifs sur la santé; ou de déterminer comment des situations précises, telles qu'un projet de promotion immobilière, peuvent influencer sur la santé. Dans le cadre d'une évaluation des répercussions sur la santé, on cherche à déterminer dans quelle mesure les politiques, les programmes ou les projets existants ou prévus influent à l'heure actuelle ou influenceront vraisemblablement sur la santé de gens, pour le meilleur et pour le pire.

L'auteur prétend que les évaluations des répercussions sur la santé sont nécessaires pour promouvoir l'élaboration de politiques saines tant à l'échelle locale qu'au macro-niveau. Elles sont particulièrement importantes au niveau local puisque les macro-niveaux peuvent ne pas tenir compte de la diversité des conditions locales influant sur la santé de la population. Il signale un certain nombre de rapports et d'exemples provenant de pays qui utilisent les évaluations des répercussions sur la santé comme une stratégie centrale visant à inclure les déterminants sociaux de la santé dans les analyses multisectorielles. À l'échelle communautaire, il mentionne brièvement le guide du programme de santé cardiovasculaire de Terre-Neuve-et-Labrador que les citoyens et les groupes communautaires peuvent utiliser pour créer, soutenir ou contester les politiques locales.

L'auteur examine en détail une étude de cas menée dans l'est de la Nouvelle-Écosse, le projet PATH (People Assessing Their Health). Selon lui, ce projet est un exemple

particulièrement stimulant des principes fondamentaux de l'évaluation des répercussions sur la santé. Le projet PATH engageaient les membres de la collectivité dans un processus en quatre étapes visant à leur permettre d'élaborer des outils d'évaluation des répercussions sur la santé communautaire (ÉRSC) pour déterminer les facteurs qui influent sur leur santé. Les outils d'ÉRSC comprenaient d'ordinaire un [traduction] « énoncé de valeurs et de principes qui guidait le travail, un énoncé de vision pour une collectivité saine, un résumé des déterminants clés de la santé, une liste de facteurs importants pour la création et le maintien d'une collectivité saine et des domaines d'activité prioritaires ». Le projet PATH a orienté la réflexion sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que sur les problèmes de santé et s'appuyait sur le travail effectué avec les dirigeants communautaires pour s'assurer que les groupes gouvernementaux utilisaient les outils dans la prise de décisions – un processus qui n'a pas reçu un appui gouvernemental suffisant à ce jour. Le projet PATH montre dans quelle mesure un processus communautaire participatif peut permettre de révéler des iniquités socioéconomiques et la capacité d'une population d'améliorer les conditions propices à la création d'une collectivité plus saine.

## **STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION**

**Acheson, D., *Independent Inquiry Into Inequalities in Health*, Stationary Office, 1998, [www.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm](http://www.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm) (en anglais)**

Le « Rapport Acheson » est un important document gouvernemental qui forme la base et le cadre de la politique globale en matière de santé de la population du Royaume-Uni. Le gouvernement a mandaté Sir Donald Acheson pour entreprendre une enquête indépendante des inégalités en matière de santé au Royaume-Uni. Il a formé un petit groupe de chefs de file dans le domaine, incluant Sir Michael Marmot et D<sup>re</sup> Margaret Whitehead, pour superviser le processus qui a duré approximativement une année. De plus, le groupe a commandé à un certain nombre de chercheurs, tels que Richard Wilkinson, George Davey Smith, David Blane et Sally Macintyre, une série de 17 documents de base. Ces documents portaient sur les aspects de la vie et les groupes vulnérables, les déterminants socioéconomiques de la santé et les habitudes de santé. De nombreux autres chercheurs et près de 80 organismes ont participé au processus en repérant les problèmes clés, en examinant les preuves et en formulant des recommandations.

Le rapport final est divisé en deux sections. Dans la première partie, l'auteur résume les inégalités en matière de santé et fournit des renseignements de base. Dans la deuxième partie, il détermine 12 secteurs où des mesures politiques devront être prises : pauvreté, revenu, impôt et avantages sociaux; éducation; emploi; logement et environnement;

mobilité, transport et pollution; nutrition et politiques agricoles communes; mères, enfants et familles; jeunes et adultes en âge de travailler; personnes âgées; ethnicité; sexe; et inégalités au sein du Service national de la santé. Cette section comprend un examen des preuves, les avantages potentiels des modifications des politiques et près de 150 recommandations portant sur les déterminants socioéconomiques de la santé. Dans son rapport, l'auteur donne la priorité aux mères et aux jeunes enfants et formule, entre autres, les recommandations suivantes :

- Toutes les politiques susceptibles d'avoir un effet direct ou indirect sur la santé devraient être évaluées en fonction de leurs répercussions sur les inégalités en matière de santé.
- Toutes ces politiques devraient être formulées pour favoriser les moins bien nantis et, dans toute la mesure du possible, réduire les inégalités en matière de santé.
- D'autres mesures devraient être prises pour réduire les inégalités de revenu et améliorer le niveau de vie des ménages pauvres.

De plus, puisque les recommandations de politiques sont interreliées et se renforcent les unes les autres, l'équipe d'enquête a recommandé qu'elles soient mises en œuvre sur un vaste front. [Traduction] « Le fait de choisir de mettre en œuvre des recommandations dans quelques secteurs précis ne permettra pas d'atteindre les résultats recherchés. »

**Fouarge, D., *Costs of Non-social Policy: Towards an economic framework of quality social policies and the cost of not having them*, Direction générale de l'emploi et des affaires sociales, Commission européenne, 2003, [http://socialpolicy.ucc.ie/EU-docs-socpol/Fouarge\\_costofnonsoc\\_final\\_en.pdf](http://socialpolicy.ucc.ie/EU-docs-socpol/Fouarge_costofnonsoc_final_en.pdf) (en anglais)**

Cet article a été publié par le Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC), une organisation gouvernementale française dont le mandat consiste à contribuer aux connaissances sur le revenu, les inégalités sociales et les liens qui existent entre l'emploi, les revenus et la cohésion sociale. Un des objectifs de base de l'Union européenne est d'accroître l'inclusion sociale et, en 2002, le Conseil européen a demandé aux états membres de préparer l'ébauche de plans d'action pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette demande a été considérée comme un défi puisque, selon plusieurs personnes, les politiques sociales compromettent la capacité d'obtenir une forte croissance économique. Toutefois, la Commission européenne déploie un effort global pour montrer que les politiques sociales favorisent le rendement économique.

En plus de signaler cet effort, l'auteur se fonde sur la documentation économique théorique et empirique pour analyser le débat de l'équité contre l'efficacité ainsi que les rôles du marché et des états providence et puis évaluer les coûts sociaux et économiques des « politiques non sociales ». Il présente le présumé compromis entre l'efficacité

économique et l'équité comme une [traduction] « compréhension à courte vue des mécanismes économiques » et affirme que [traduction] « une plus grande équité et une plus grande efficacité peuvent aller de pair. En d'autres termes, une généreuse protection sociale n'entraîne pas nécessairement de plus faibles résultats économiques. » Il arrive plutôt à la conclusion que l'investissement dans des politiques sociales entraîne des rendements élevés sur le plan socioéconomique. Le fait de ne pas investir dans les politiques sociales se traduit par un coût élevé en matière d'efficacité socioéconomique.

**Labonte, R. et P. Thompson, *Promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada, pleins feux sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, Projet des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, 1988, mis à jour en 1998,* [www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/hearthealth/pubs/phhcfhhe/phhi01.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/hearthealth/pubs/phhcfhhe/phhi01.htm)**

Raphael (voir ci-dessous) a affirmé que ce document est un [traduction] « travail de référence » qui est « aussi actuel et pertinent de nos jours qu'il l'était [en 1988]... Malheureusement, il dort sur une tablette – et maintenant dans Internet – depuis 1988 et aucune de ses recommandations n'a fait l'objet d'une mise en œuvre efficace ». En partie, il porte sur le développement et la mobilisation communautaire en tant que démarches de promotion de la santé. Raphael suggère que le document soit lu attentivement par les personnes qui adoptent des démarches communautaires de promotion de la santé.

Les auteurs discutent des facteurs de risques socioenvironnementaux et psychosociaux associés aux déterminants socioéconomiques de la santé. Ils invitent les organismes du secteur de la santé à soutenir les groupes et les organismes communautaires dans leur travail concernant ces déterminants. Dans une importante section du rapport, les auteurs définissent les principes et la pratique du développement communautaire. Le développement communautaire, considéré comme la démarche la plus prometteuse en vue de réduire les inégalités en matière de santé, est défini comme [traduction] « le processus qui associe les aspects d'amélioration de la santé des réseaux sociaux et du soutien social et l'action communautaire portant sur les déterminants de la santé ». Le terme « communautaire » ne fait pas uniquement référence à la [traduction] « proximité géographique (par ex., quartiers) mais également aux activités et aux intérêts communs ».

Les aspects clés du document qui, selon Raphael, ont été largement négligés comprennent les suivants :

Une prémisse fondamentale du protocole du programme sur les inégalités en matière de santé cardiovasculaire est le fait que les collectivités ont le pouvoir de définir leurs propres « problèmes de santé ». Ces problèmes peuvent comprendre ou non les facteurs de risques physiologiques et comportementaux, mais les mesures visant à réduire ces facteurs de

risques seront prises après qui s'attaquent aux conditions de risques ou aux facteurs de risques psychosociaux.

L'autonomie de la collectivité pour cerner des problèmes et trouver des solutions n'est pas un processus ponctuel et statique consistant à demander à des groupes de faire part de leurs préoccupations. Il s'agit plutôt d'un dialogue honnête, respectueux, critique et ouvert entre les membres, les groupes et les professionnels de la collectivité au cours duquel on discute des problèmes, on les définit et on les redéfinit jusqu'à ce que tous les participants soient d'avis que la meilleure « définition du problème » possible a été trouvée.

Cette étape du processus de développement communautaire est extrêmement importante puisque la définition du problème influe souvent sur la nature des mesures qui seront prises par les particuliers, les groupes, les professionnels et les organismes.

La troisième section du document porte sur les éléments des protocoles du projet sur les inégalités en matière de santé cardiovasculaire et comprend des suggestions pratiques pour l'organisation des protocoles. Elle incorpore un modèle d'analyse des inégalités qui présente les facteurs de risques observés dans les régions industrielles du Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse, et les classe selon la démarche de promotion de la santé.

**Mackenbach, J. P. et M. Bakker (éd.), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*, Routledge, Londres, 2002.**

Cet ouvrage, qui contient une mine de renseignements pratiques, est le résultat d'une collaboration internationale qui visait à mettre en commun les interventions nationales et les expériences de politiques en vue de réduire les inégalités socioéconomiques en matière de santé et de favoriser la recherche concertée pour évaluer ces interventions et politiques. La collaboration, le Réseau européen sur les interventions et les politiques visant l'élimination des iniquités socioéconomiques en santé, compte à l'heure actuelle plus de 40 membres provenant de presque tous les pays d'Europe et de deux pays non européens, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis. Le principal objectif de l'ouvrage est de décrire les éléments probants des interventions et politiques qui ont permis de réduire les iniquités socioéconomiques en santé. L'ouvrage comprend vingt-quatre articles, rédigés par des spécialistes reconnus dans le domaine.

L'ouvrage est divisé en six parties. La première partie présente un aperçu des iniquités socioéconomiques en santé observées en Europe et les stratégies générales visant à réduire ces iniquités. Dans la deuxième partie, les auteurs décrivent les interventions et les politiques mises en œuvre à l'échelle nationale et municipale, dont les politiques visant le maintien du revenu, le travail, l'alimentation et la nutrition, les enfants et l'accès

aux soins de santé. Dans la troisième partie, ils présentent en détail les stratégies de recherche et d'élaboration de politiques de huit pays européens visant à réduire les iniquités socioéconomiques en santé. Ces pays sont l'Angleterre, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, la Lituanie, les Pays-Bas et la Suède. La quatrième partie porte sur l'évaluation et présente deux nouvelles démarches prometteuses, soit l'évaluation des répercussions sur la santé et l'évaluation fondée sur la théorie, qui pourraient permettre de résoudre certains problèmes liés à l'absence de preuves de l'efficacité de nombreuses interventions. Les deux dernières sections portent sur le point de vue tenant compte des différences entre les sexes, les réflexions d'un point de vue non européen et les messages clés à l'intention des responsables de l'élaboration de politiques.

**Ministère de la Santé du Minnesota, *A Call to Action: Advancing Health for All Through Social and Economic Change*, Ministère de la Santé du Minnesota, St. Paul, 2001, [www.health.state.mn.us/divs/chs/hsd/action.pdf](http://www.health.state.mn.us/divs/chs/hsd/action.pdf) (en anglais)**

L'état du Minnesota a pris la première mesure visant à fonder la santé de la population sur les déterminants socioéconomiques de la santé et non sur le modèle axé sur les maladies. Cette démarche est particulièrement intéressante pour le Canada atlantique puisque l'initiative est entreprise par un gouvernement étatique, soit un ordre de gouvernement correspondant à celui d'une province, et non par un gouvernement national. La Social Conditions and Health Action Team, une équipe intersectorielle du Minnesota Health Improvement Partnership (MHIP), a publié ce rapport pour [traduction] « mettre l'accent sur les changements socioéconomiques en vue d'améliorer la santé et de réduire les disparités en matière de santé ». Le rapport comporte deux sections principales : constatations clés et recommandations sur les mesures à prendre. Les constatations clés portent particulièrement sur la disparité des revenus, la cohésion parmi les collectivités, la santé des travailleurs et la santé en milieu de travail et le racisme. Les recommandations sur les mesures à prendre comprennent les suivantes :

- *Repérer et défendre les saines politiques publiques.* Cette recommandation reconnaît qu'un grand nombre de politiques et de programmes ont des conséquences sur la santé, même s'ils n'ont pas des objectifs qui visent explicitement la santé. Ainsi, les auteurs du rapport suggèrent d'évaluer les répercussions sur la santé de toutes les politiques sociales et économiques faisant partie intégrante du processus d'élaboration de politiques. La stratégie initiale pour y arriver consiste à élaborer et à mettre à l'essai des outils d'évaluation des répercussions sur la santé qui seront utilisés au Minnesota et à préparer des mémoires sur les répercussions sur la santé des politiques sociales et économiques. (En réponse à cette recommandation, le MHIP a créé une équipe permanente d'évaluation des répercussions sur la santé pour repérer les applications potentielles, créer des programmes pilotes et superviser leur mise en application.)

- *Encourager l'engagement civique et augmenter le capital social.* Cette recommandation est fondée sur la création de programmes globaux, souples et durables qui influent davantage sur la santé que ceux qui visaient une maladie ou un facteur de risques particulier. Les stratégies particulières comprennent la détermination d'outils, de politiques et de démarches qui favorisent un engagement actif des membres et des groupes de la collectivité à l'égard de l'amélioration de la santé ainsi que la reconnaissance au moyen de mesures incitatives des efforts des collectivités pour trouver des idées pour améliorer la santé de la population. (Le groupe de travail sur l'engagement civique et les disparités en santé a été créé pour analyser les modes d'engagement civique comme moyen de mettre l'accent sur les disparités en santé; pour déterminer, mettre à l'essai et distribuer les outils nécessaires pour atteindre cet objectif; et pour recommander des stratégies étatiques et locales d'intégration des démarches de santé publique.)
- *Réorienter le financement.* Cette recommandation comprend le remplacement du financement ciblant étroitement des catégories fragmentées pour élargir le soutien aux collectivités. Elle vise également à lier le financement provenant de différents organismes étatiques pour améliorer les conditions sociales et économiques. (Le gouvernement du Minnesota a consacré 13,9 millions de dollars du budget de 2002/2003 pour s'attaquer aux disparités raciales et ethniques en santé.)
- *Renforcer les activités d'évaluation et de recherche.* Cette recommandation comprend l'utilisation d'indicateurs plus sophistiqués pour brosser un portrait global des facteurs, tels que l'association des indicateurs de santé et des données sur le statut socioéconomique et la race/ethnicité. (Les organismes locaux de santé publique ont commencé à inclure dans leurs plans les déterminants sociaux et économiques de la santé, tels que le logement et le transport.)

Les premières mesures importantes ont été prises. Les auteurs du rapport arrivent à la conclusion que le MHIP et le ministère de la Santé font preuve de leadership en entreprenant la prochaine étape de ce travail.

**Östlin, P. et F. Diderichsen, *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study*, European Centre for Health Policy, 2001, [www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPA/Publications/20020319\\_3](http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPA/Publications/20020319_3) (en anglais)**

Ce document porte sur le processus entrepris par le gouvernement suédois pour définir les objectifs d'une stratégie nationale en matière de santé axée sur l'équité. Les objectifs généraux sont de réduire les iniquités en santé entre les groupes socioéconomiques, les hommes et les femmes, les groupes ethniques et les régions géographiques du pays. La nouvelle politique sur la santé fera des déterminants sociaux et économiques de la santé un but central et une philosophie directrice de toutes les politiques du gouvernement suédois. À cette fin, en 1997, le gouvernement suédois a créé une commission nationale sur la santé publique composée de représentants des sept partis politiques, d'experts

scientifiques et de conseillers provenant d'autorités nationales, d'universités, de syndicats et d'organisations non gouvernementales. Ce processus unique a permis aux politiciens d'abandonner l'attitude de confrontation initiale sur les politiques sociales au profit d'une attitude fondée sur le consensus, la sincérité et le respect. Le rapport final de la commission est un [traduction] « document *politique* fondé sur des preuves *scientifiques* ».

La commission a suggéré des objectifs fondés sur les déterminants sociaux de la santé plutôt que sur une réduction de la mortalité et de la morbidité. Quatorze groupes d'experts ont été mandatés pour rédiger des documents de référence sur des sujets tels que l'emploi et les conditions de travail, les facteurs économiques, l'assurance sociale, la santé mentale et les groupes cibles tels que les enfants, les aînés et les immigrants. La commission souhaite que [traduction] « les facteurs environnementaux à l'origine des troubles physiques et mentaux, tels que les conditions de vie et de travail inéquitables, devraient être éliminés ou réduits de façon importante ».

Dix-neuf recommandations ont été formulées à partir des huit objectifs généraux suivants :

- Renforcer la cohésion sociale et la solidarité dans la société.
- Augmenter les possibilités d'intégration au marché du travail et réduire l'exclusion sociale.
- Accroître l'influence et la sécurité des gens dans leur milieu de travail.
- Accorder une importance prioritaire aux familles avec enfants en ce qui concerne les mesures économiques et le temps libre pour être ensemble.
- Donner aux enfants et aux jeunes des chances égales dans la vie en diminuant la ségrégation et en mettant en œuvre des mesures compensatoires.
- Donner aux aînés et aux personnes atteintes d'une maladie ou d'une invalidité de longue durée la possibilité d'adapter leur vie à leurs besoins.
- Créer des occasions pour favoriser l'amélioration durable de la santé.
- Augmenter la solidarité envers les personnes vulnérables aux risques associés au mode de vie.

Comme les auteurs du document le font remarquer, [traduction] « le succès de toute stratégie de santé publique dépend en grande partie du processus qui a mené à son élaboration. Le processus de détermination des objectifs nationaux est tout aussi important que les objectifs eux-mêmes. Il est essentiel que la stratégie soit élaborée dans le cadre d'un processus démocratique, incluant un dialogue continu avec les personnes qui seront touchées par la stratégie ainsi qu'avec celles qui ont la responsabilité de sa mise en œuvre. »

**Whitehead, M., G. Dahlgren et L. Gibson, « Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective » dans Evans, T., M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya et M. Wirth (éd.), *Challenging Inequity and Health: From Ethics to Action*, Oxford University Press, New York, 2002, [www.rockfound.org/Documents/424/chapter21.pdf](http://www.rockfound.org/Documents/424/chapter21.pdf) (en anglais)**

Le résultat d'une initiative internationale, intitulée « Initiative globale d'équité en santé », à laquelle ont participé plus de 100 chercheurs provenant de plus de 15 pays, cet ouvrage comprend des analyses de l'équité en santé et des études approfondies de la situation dans différents pays. La prémisse est que [traduction] « les iniquités en santé d'une nation peuvent être considérées comme un baromètre des expériences de ses citoyens en matière de justice sociale et de droits de la personne. Ainsi, les solutions pour lutter contre les iniquités en santé ne doivent pas provenir uniquement du secteur de la santé, mais aussi de politiques sociales globales. » Grâce au soutien de la Fondation Rockefeller et de l'Agence suédoise de coopération internationale, les auteurs ont pu inclure dans cet ouvrage des études de cas provenant d'Afrique du Sud, du Bangladesh, du Chili, des États-Unis, du Japon, du Kenya, du Mexique, du Royaume-Uni, de la Russie, de Suède, de Tanzanie et du Vietnam. Le chapitre rédigé par Whitehead et ses collaborateurs est la conclusion de ce volume. Sa prémisse sous-jacente est que quelque chose peut et doit être fait pour réduire les iniquités en santé. Les politiques macroéconomiques et sociales influent considérablement sur la santé d'une population.

Le chapitre est divisé en quatre éléments ou étapes nécessaires à l'élaboration d'une politique fructueuse et pratique de réduction des iniquités en santé. Ces étapes sont l'établissement des valeurs, la description et l'analyse des causes, la lutte contre les causes fondamentales des iniquités et la réduction des conséquences négatives d'une mauvaise santé. À la première étape, l'établissement des valeurs, il faut remarquer qu'une réponse planifiée aux iniquités en santé doit tenir compte du fait que la prise de mesures exige de faire des choix éthiques et politiques. Selon les auteurs, une première étape essentielle consiste à démontrer les iniquités attribuables aux politiques économiques et sociales. Il est également nécessaire d'énoncer de façon explicite les valeurs sur lesquelles les mesures proposées sont fondées. Pour commencer, les politiques existantes et proposées devraient faire l'objet d'une évaluation des répercussions de l'équité en santé. La deuxième étape demande de pousser l'analyse au-delà des moyennes statistiques pour examiner les conditions précises dans les différents groupes et secteurs de la société. Ces conditions comprennent des facteurs tels que [traduction] « les écarts en matière d'exposition aux risques pour la santé, de facteurs de risque comportementaux, d'occasions et d'obstacles qui favorisent ou nuisent à l'adoption d'un mode de vie sain ou à l'accès à des biens et des services essentiels, et en ce qui concerne les coûts et avantages des politiques macroéconomiques. » La troisième étape, la lutte contre les causes fondamentales des iniquités, est la prochaine étape. Elle vise à repérer les secteurs d'intervention prioritaires tels que la promotion de saines macro-politiques, particulièrement en ce qui concerne la pauvreté, la nutrition, le logement, la situation des femmes ou des minorités ethniques, les dangers présents dans l'environnement physique,

les conditions de vie et de travail, la cohésion et le soutien social, et la création d'environnements positifs propices aux changements de comportement. Le quatrième élément comprend les questions d'aide sociale qui visent à améliorer la qualité de vie des personnes déjà malades.

La section finale du chapitre présente des stratégies visant à créer un climat propice à la modification des politiques, en soulignant l'importance de reconnaître le « trafic bilatéral » des idées du niveau global au niveau local et vice versa. Il peut être utile de comprendre comment les autres pays s'attaquent aux iniquités pour sensibiliser la population et obtenir une réaction politique au pays. Par exemple, les pays européens utilisent une gamme d'approches pour sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques aux problèmes d'équité en santé. Aux Pays-Bas, on utilise une approche fondée sur la recherche de consensus; au Royaume-Uni, on utilise une stratégie davantage axée sur la confrontation; et en Suède, on mise sur les arguments de justice sociale. D'autre part, l'expérience acquise à l'échelle locale peut aider la collectivité internationale à comprendre les origines des iniquités en santé et à créer des politiques dans le but de les réduire. Finalement, les auteurs du chapitre demandent un effort concerté [traduction] « des gouvernements, des ministères de la Santé, des organisations régionales, des organisations non gouvernementales, des chercheurs, des groupes de revendication et des particuliers pour mettre un terme aux iniquités croissantes en santé. Nous devons collectivement saisir cette occasion sans précédent de favoriser l'équité globale en santé. »

## MÉCANISMES D'APPARITION DES MALADIES CHRONIQUES

**Initiative sur la santé de la population canadienne, *Poverty and Health: Links to Action. Proceedings of the Canadian Population Health Initiative National Roundtable on Poverty and Health, March 26, 2002*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, 2003, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=GR\\_323\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_323_E) (en anglais)**

Abordant le thème de la pauvreté et de la santé, ce rapport est un résumé d'une table ronde tenue par l'Initiative sur la santé de la population canadienne le 26 mars 2002 à Ottawa. L'objectif de la table ronde était de stimuler le débat et le dialogue sur la santé de la population parmi les chercheurs, les décideurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les autres intervenants. Cet exercice visait à repérer les problèmes en matière de politiques et de recherche et à élaborer de nouvelles stratégies tenant compte de la pauvreté et de la santé. Le consensus auquel sont arrivés les participants de la table ronde était qu'une amélioration de la santé de la population est impossible tant que la pauvreté ne sera pas considérée comme une cause sous-jacente de maladie. De plus, il y a un « besoin urgent d'élaborer un ensemble de principes qui puissent orienter

l'élaboration de politiques et de programmes qui abordent les questions de pauvreté et de santé ».

Les participants ont suggéré plusieurs politiques et stratégies de recherche :

- Les politiques publiques devraient intégrer les questions sociales et les questions de santé.
- Une vision et un cadre conceptuel de la santé de la population, ou un « scénario » idéal, peuvent aider à développer des démarches intersectorielles en matière de politiques.
- Des structures intersectorielles sont nécessaires pour coordonner les politiques et programmes dans des secteurs de dépenses et de compétences distincts.
- Un « résultat social » ou une approche axée sur le mieux-être pourrait permettre d'orienter les activités dans les différents secteurs et d'améliorer l'état de santé.
- Des stratégies et des programmes de recherche à long terme sont nécessaires.
- Le courant dominant dans le domaine de la recherche et de l'élaboration de politiques doit inclure les expériences quotidiennes des personnes qui vivent dans la pauvreté. Un participant a fourni l'explication suivante : [traduction] « Si vous prenez simplement la peine de parler beaucoup avec les gens, ils vous diront ce qui importe le plus. Cette information vous aidera à trouver des solutions qui n'exigent pas la conception de quelque chose d'extraordinaire sur le plan scientifique, mais qui ne correspond pas vraiment à l'expérience vécue des gens. »
- La recherche doit porter principalement sur l'exclusion sociale et la pauvreté aiguë ou chronique, dans le but de préciser le mécanisme causal et les liens qui existent entre la pauvreté et la santé.

Les participants de la table ronde ont conclu en reconnaissant que d'autres études d'évaluation sont nécessaires pour déterminer les programmes et les politiques qui donnent les résultats souhaités. Les participants s'entendent cependant pour dire qu'il y a suffisamment de preuves pour agir.

**Association canadienne de santé publique, *Incidence des conditions et des politiques socio-économiques sur la santé : Conséquences au plan de la politique publique*, Association canadienne de santé publique, 1997, [www.cpha.ca/english/policy/pstatem/impact/health\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/english/policy/pstatem/impact/health_e.pdf) (en anglais)**

Ce document de travail est un bon aperçu général des iniquités socioéconomiques en santé dans la société. L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a mandaté à un vaste éventail de spécialistes pour préparer ce document en vue de l'aider à déterminer les positions à défendre concernant des politiques précises qui visent à réduire les iniquités en santé. La position de l'ACSP est qu'une politique peut être un instrument de

réduction des iniquités en santé. De plus, l'ACSP considère que la justice sociale et l'équité sont des éléments essentiels d'une saine politique publique.

Les auteurs du document présentent des preuves des liens qui existent entre l'environnement socioéconomique et l'état de santé. Ils examinent ensuite les répercussions sur la santé et les tendances clés à l'égard de facteurs socioéconomiques particuliers au Canada, tels que la répartition des revenus, la pauvreté, l'éducation, le chômage, le phénomène des sans-abri, la violence et la discrimination systémique, ainsi que les groupes marginalisés touchés par ces iniquités. De plus, ils discutent des mécanismes biologiques et psychologiques et des environnements qui influent sur le développement durant la petite enfance. Ils examinent également les conséquences sur les politiques, telles que les changements aux programmes de revenus et aux impôts, aux programmes d'éducation et de formation, à la législation sur le travail et aux services et aux soutiens sociaux.

**Central West Health Planning Network, *Exploring the relationship between cardiovascular disease and socioeconomic status in Ontario*, Central West Health Planning Network, 2002, [www.cwhpin.ca/cwhpin/Amy/](http://www.cwhpin.ca/cwhpin/Amy/) (en anglais)**

Ce rapport d'étude de 270 pages est un exemple de recherche provinciale visant à déterminer l'existence d'un lien entre les déterminants sociaux de la santé et les maladies cardiovasculaires à l'échelle locale. Les partenaires communautaires (conseils de santé de districts régionaux et unités de santé publique) ont entrepris l'étude pour préciser la relation qui existe à l'échelle locale entre le statut socioéconomique et les maladies cardiovasculaires dans le but d'obtenir des renseignements qui pourraient aider à élaborer des programmes de santé cardiovasculaire et des politiques.

Le rapport est très technique mais devrait être intéressant pour les chercheurs professionnels. Dans un premier temps, les auteurs examinent la documentation spécialisée concernant les diverses mesures socioéconomiques et la morbidité et la mortalité associées aux maladies cardiovasculaires. Dans la deuxième section, ils analysent les associations statistiques qui existent, sur le plan écologique, entre des indicateurs précis du statut socioéconomique et les taux de mortalité et de morbidité associés aux maladies cardiovasculaires en Ontario, en contrôlant les facteurs de risques traditionnels des maladies cardiovasculaires. En particulier, ils analysent la relation qui existe entre le niveau de scolarité, le revenu (incluant l'iniquité de revenu), la profession et les conditions de vie et les maladies cardiovasculaires. Un modèle descriptif et de régression linéaire a été complété pour cinq troubles cardiovasculaires : angor de poitrine, insuffisance cardiaque congestive, morbidité associée à un infarctus aigu du myocarde, cardiopathie ischémique et mortalité associée aux maladies cardiovasculaires.

Les résultats montrent que les variables socioéconomiques expliquent en grande partie la variation du nombre de cas de maladies cardiaques entre les différents comtés de

l'Ontario. Les conditions de vie, le niveau de scolarité et la profession sont des indicateurs prévisionnels clés des maladies cardiovasculaires. L'analyse bidimensionnelle révèle une association entre un revenu de ménage moyen et les maladies cardiovasculaires. De plus, l'hospitalisation accrue en raison d'une maladie cardiaque semble être associée avec la réussite scolaire et l'emploi, et la mort attribuable à une maladie cardiaque semble être associée aux conditions de vie et au fait de vivre dans une région urbaine. En général, les comtés où les résidences ont une valeur plus élevée, où les iniquités en matière de scolarité sont moins grandes et où les résidents sont plus scolarisés et présentent des taux d'occupation plus élevés présentent des niveaux plus faibles de maladies cardiaques. Les auteurs recommandent que les facteurs influant sur ces tendances fassent l'objet d'autres études.

**Dunn, J. R., *Are Widening Income Inequalities Making Canada Less Healthy?*, The Health Determinants Partnership, Making Connections Project, Association pour la santé publique de l'Ontario, 2002,**  
[www.opha.on.ca/publications/income\\_inequalities.pdf](http://www.opha.on.ca/publications/income_inequalities.pdf) (en anglais)

Dans ce rapport, l'auteur examine les preuves de l'influence des déterminants socioéconomiques sur la santé de la population et étudie particulièrement la relation entre l'iniquité de revenu et la santé. Il montre une tendance croissante au Canada vers l'iniquité socioéconomique et la perte de « biens publics » (par ex., infrastructure publique, soins de santé, éducation) et lance un avertissement très clair que, si cette tendance se maintient, on observera une détérioration de la santé et du bien-être des Canadiens et des Canadiennes. L'auteur compare les iniquités de revenu, la santé et les politiques des États-Unis et du Canada et examine les hypothèses possibles qui pourraient permettre d'expliquer les différences. Il souligne deux points principaux : l'importance du système de soins de santé universel canadien et l'influence des systèmes de taxation progressive et des services publics universels dans la redistribution des avantages non pécuniaires. Il examine également les coûts directs et indirects des principales maladies au Canada, un accent particulier étant mis sur les maladies mentales.

Dans la section finale, l'auteur suggère cinq réponses en matière de politiques publiques. Celles-ci comprennent l'investissement dans le capital humain, l'amélioration des conditions de travail et la diminution du chômage, l'amélioration des biens publics et l'investissement dans les infrastructures pour soutenir une qualité de vie élevée pour l'ensemble de la population canadienne, la priorité donnée aux sources « progressives » de financement public et la réduction de la dépendance envers les sources de revenu « régressives » et le renforcement des programmes et des services qui redistribuent les avantages pécuniaires et non pécuniaires des ménages plus riches aux ménages moins favorisés.

Les messages clés du rapport sont les suivants :

- Les facteurs socioéconomiques influent fortement sur la santé de la population canadienne, et ces facteurs peuvent être modifiés au moyen de politiques socioéconomiques.
- La population des sociétés caractérisées par un plus large écart entre les riches et les pauvres peut être globalement en moins bonne santé. Il semble que le Canada ait certains attributs qui le protègent des répercussions des écarts de revenu à l'échelle provinciale et locale.
- Les Canadiens et Canadiennes ne peuvent pas se permettre d'être complaisants à l'égard des iniquités de revenu dans notre société. Au cours des années 1990, on a observé un élargissement dramatique de l'écart entre les riches et les pauvres, une réduction importante de l'admissibilité aux avantages sociaux et un sous-investissement dans le capital humain. Si l'on se fie ce qui se passe à l'heure actuelle aux États-Unis, les effets sur la santé de l'iniquité sociale pourraient déjà se faire sentir.
- Un engagement en faveur de l'équité socioéconomique peut favoriser la croissance économique et la compétitivité. Les résultats de recherche n'appuient pas l'allégation voulant que les politiques sociales, qui favorisent l'équité, nuisent à la croissance économique.
- Traditionnellement, le système de taxation progressive et les importants biens publics du Canada ont permis de maintenir une société équitable, en nous permettant de profiter d'une qualité de vie élevée et de normes élevées en matière de santé. À titre de comparaison, les États-Unis ont un dossier médiocre dans ces domaines. Les biens publics dont les Canadiens et Canadiennes profitent sont en déclin, et toute perte additionnelle pourrait avoir un effet négatif sur notre santé.
- La mauvaise santé et la maladie sont associées à des coûts économiques considérables, en ce qui concerne les dépenses directes pour obtenir des services (soins de santé, etc.) et les coûts indirects attribuables à la perte de productivité. Ces coûts peuvent être considérablement exagérés par l'existence de grandes iniquités socioéconomiques en matière de santé.
- Il y a des leviers politiques facilement identifiables qui pourraient faire une grande différence dans la réduction des iniquités en santé et protéger notre situation avantageuse en matière de santé par rapport aux États-Unis.

**Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Santé Canada, Ottawa, 2002, [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mm/mac/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mm/mac/index_f.html)**

L'objectif de ce rapport est de « conscientiser les associations gouvernementales et non gouvernementales au profil de la maladie mentale dans les secteurs de l'industrie, du domaine de l'éducation, et dans les secteurs académiques ». Le rapport décrit cinq principales maladies mentales, dont les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles de l'alimentation. Une

section porte également sur le suicide. On décrit l'incidence et la prévalence de chacune de ces maladies, les causes, les répercussions, la stigmatisation, les mesures de prévention et le traitement.

Dans la première section, un aperçu des maladies mentales, on discute brièvement de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que des facteurs qui peuvent favoriser l'apparition ou la récurrence prématurée des maladies mentales. Ceux-ci comprennent les facteurs physiques et psychologiques externes, les facteurs de pauvreté, le stress chronique, la privation, les situations familiales, les pressions au travail et le statut socioéconomique de la personne. La discussion sur la pauvreté révèle que les personnes pauvres présentent un risque plus élevé d'être atteintes d'une maladie mentale. Le manque de possibilité peut donner naissance à un sentiment de désespoir et de colère ainsi qu'à un stress chronique qui, à leur tour, peuvent favoriser l'apparition de maladies mentales.

Selon les auteurs du rapport, le fait d'aborder les déterminants psychologiques et sociaux de la santé peut favoriser la santé mentale et possiblement prévenir certains cas de maladie mentale. De plus, de solides soutiens sociaux, un revenu adéquat, un logement convenable et la possibilité de poursuivre des études sont des éléments essentiels en vue de réduire les répercussions des maladies mentales.

Le rapport est principalement fondé sur les données limitées sur les hospitalisations. Les auteurs signalent que de nouvelles données sur la distribution des maladies mentales en fonction de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques seront présentées dans l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada. L'annexe B est composée d'un document, *Un appel à l'action : établir un consensus pour un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale*, préparé par l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. Il présente les objectifs ayant trait à l'éducation et à la sensibilisation du public, au cadre stratégique national, à la recherche et au système national de données et d'information.

**Kawachi, I. et L. F. Berkman (éd.), *Neighborhoods and Health*, Oxford University Press, New York, 2003.**

Nouveau et innovateur, ce manuel est un document de référence de l'ouvrage *Social Epidemiology*, publié sous la direction des mêmes auteurs. Les auteurs présentent des preuves convaincantes que les caractéristiques physiques et sociales d'un quartier peuvent influencer sur la santé des résidents. Des chercheurs de pointe, incluant des épidémiologistes sociaux, des démographes, des géographes des maladies, des sociologues et des professionnels de la santé, ont participé à la rédaction de ce manuel. Dans les chapitres de la partie I, les auteurs discutent des démarches méthodologiques et contextuelles visant à étudier les effets sur la santé, telles que l'analyse multilatérale et contextuelle et les mesures de privation dans des secteurs restreints. Les parties II et III

portent sur les quartiers et les résultats de santé et sur les caractéristiques des effets des quartiers sur la santé. Les auteurs insistent sur l'importance des effets des quartiers sur la santé à tous les cycles de la vie : santé des nourrissons, asthme infantile et maladies infectieuses chez les adultes. Ils discutent également des liens qui existent entre la santé et la ségrégation résidentielle, les réseaux sociaux et les incapacités. Le chapitre final porte sur les recherches en santé menées à l'échelle communautaire et leur pertinence pour l'élaboration de politiques publiques.

**Mitchell, A. et E. R. Shillington, *Poverty, Inequality and Social Inclusion*, Laidlaw Foundation, Social Inclusion Series, 2002, [www.laidlawfdn.org/programmes/children/mitchell.pdf](http://www.laidlawfdn.org/programmes/children/mitchell.pdf) (en anglais)**

Les auteurs de ce document jettent un regard nouveau et pratique sur les concepts connexes de pauvreté, d'iniquité et d'exclusion/inclusion sociale dans le but de créer un cadre d'élaboration de politiques publiques. Selon eux, bien que la pauvreté et les iniquités de revenu soient des sujets importants, le concept plus vaste de l'inclusion sociale est plus pratique puisqu'il comprend également des dimensions physiques et économiques, des ressources humaines, des ressources sociales et des processus politiques. Il mise sur la définition de la pauvreté fondée sur la capacité, élaborée par Sen dans le document *Inequality Reexamined*. Selon cette définition, la privation n'est pas déterminée par ce que les gens possèdent, mais par ce qu'ils sont en mesure de faire en vue de participer pleinement à la vie en société en maintenant leur estime d'eux-même. Cette démarche doit être fondée sur une vision plus globale du mieux-être et sur la reconnaissance de l'interrelation des diverses formes d'exclusion.

Un avantage du concept d'exclusion/inclusion est d'englober les nombreux domaines différents de privation potentielle attribuables à l'exclusion. Il met également l'accent sur les forces ou les processus qui créent l'exclusion plutôt que sur l'exclusion elle-même. Selon ce concept, les institutions, les politiques et les personnes qui élaborent et mettent en œuvre les politiques sont les principaux responsables de l'exclusion. Les auteurs utilisent des exemples concrets pour montrer dans quelle mesure les politiques dans les domaines de la santé, de l'éducation et du logement accentuent souvent l'exclusion sociale, particulièrement en exagérant le sentiment de séparation ressenti par les membres des populations marginalisées.

Les auteurs examinent particulièrement les répercussions politiques qui favorisent l'inclusion ou préviennent l'exclusion. Les processus d'exclusion ou d'inclusion témoignent des préférences idéologiques des responsables de l'élaboration des politiques dans un contexte sociopolitique. Ces préférences déterminent les politiques et les types d'interventions utilisées. Les auteurs examinent particulièrement trois visions de l'exclusion sociale, fondées sur les résultats des travaux de Levitas, présentés dans l'ouvrage *The Inclusive Society? Social Exclusion and New Labour*. Le modèle d'*intégration sociale* considère l'emploi comme l'élément le plus important mais ne tient

pas compte du rôle et de la valeur du travail non rémunéré, des responsabilités de compassion, du sexe, de la race et d'autres iniquités sur le marché du travail. Les adeptes du discours *moralisateur* considèrent dommageable la dépendance au soutien du revenu et visent à réduire le nombre de personnes ayant recours à l'aide sociale sans se préoccuper de réduire la pauvreté ou d'augmenter l'inclusion et d'améliorer la qualité de vie. Dans le discours *redistributif*, la pauvreté, l'iniquité et les répercussions de l'exclusion sur la vie des exclus sont le point de mire. L'accent est mis sur la responsabilité de la société à créer des conditions propices à l'inclusion.

Les politiques élaborées en Grande-Bretagne, en France et en Amérique du Nord sont des exemples de ces trois visions stratégiques. La démarche britannique est fondée sur le modèle d'intégration sociale. La France a adopté le modèle redistributif. Il va plus loin que le modèle britannique pour promouvoir l'équité sur le marché du travail et pour créer des politiques qui visent à trouver un équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle, par exemple. Les auteurs s'inquiètent de l'absence d'un programme concerté d'inclusion au Canada et signalent que le Canada tend à adopter le modèle d'intégration sociale et le discours moralisateur. À titre d'exemple, ils critiquent les programmes de transition de l'assistance sociale au marché du travail, qui aggravent l'exclusion.

**Raphael, D., *Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors – Not Lifestyles – Are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Centre for Social Justice Foundation for Research and Education, 2002, [www.socialjustice.org/pubs/justiceHearts.pdf](http://www.socialjustice.org/pubs/justiceHearts.pdf) (en anglais)**

Ce rapport est une mise à jour d'un rapport antérieur, *Inequality is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion are Major Causes of Heart Disease in Canada*. Il comprend les résultats de nouvelles recherches et trois nouvelles sections qui portent sur les démarches de promotion de la santé axées sur les effets secondaires du mode de vie, les raisons qui expliquent la résistance des travailleurs du domaine à l'égard des nouvelles conceptions de la promotion de la santé et un aperçu des activités communautaires de santé cardiaque axées sur les principes de promotion de la santé. Ces nouvelles données s'ajoutent à la présentation de liens clairs entre le faible revenu et les maladies cardiaques, au processus d'exclusion sociale et aux effets nuisibles des politiques gouvernementales qui limitent les ressources nécessaires en santé.

Le rapport décrit les processus qui mènent à l'apparition des maladies cardiovasculaires et situe ces processus dans le réseau des causes socioéconomiques. Bien que le rapport mette l'accent sur les maladies cardiaques, il est clair que le faible revenu et l'iniquité ont également des répercussions sur les maladies chroniques en général. L'auteur arrive à la conclusion que les conditions sociales sont les principaux déterminants de la santé et de la maladie, plutôt que le mode de vie. Il inclut des démarches précises qui peuvent être efficaces pour s'attaquer à ces problèmes. Ses recommandations comprennent la

réduction du nombre de personnes vivant d'un faible revenu au Canada, la réduction de l'exclusion des citoyens d'une participation dans la société canadienne et la restauration des filets de sécurité sociale qui appuient la santé de la population.

Les messages clés présentés dans ce rapport comprennent les suivants :

- L'importance accordée à l'heure actuelle aux facteurs de risque pour la santé et aux facteurs de risque liés au mode de vie à titre de stratégie de prévention des maladies cardiovasculaires au Canada est inadéquate, inappropriée et inefficace.
- Le faible revenu est une cause majeure de maladies cardiovasculaires au Canada et ailleurs dans le monde.
- L'exclusion sociale – y compris la privation matérielle, l'absence de participation aux activités sociales courantes et l'exclusion du processus décisionnel et de la participation civique – est le processus qui explique pourquoi le faible revenu est une cause de maladies cardiovasculaires.
- Les Canadiens et Canadiennes devraient prendre conscience que les orientations que prend actuellement la société canadienne sont incohérentes avec les moyens connus visant à réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires.
- Ces orientations – comprenant une plus grande iniquité de distribution des revenus – nuisent à la santé cardiovasculaire des Canadiens et des Canadiennes de tous les niveaux de revenu.
- Il existe des solutions pour réduire le nombre de Canadiens et de Canadiennes vivant d'un faible revenu et distribuer plus équitablement les revenus, améliorant ainsi la santé cardiovasculaire de l'ensemble de la population.
- Les démarches de promotion de la santé cardiaque axées sur le mode de vie ont des effets secondaires qui mettent en péril la santé et le bien-être.
- Les obstacles idéologiques et politiques aux nouvelles conceptions de prévention des maladies cardiovasculaires doivent être reconnus et contestés.
- Les activités communautaires de promotion de la santé cardiaque devraient être compatibles avec les meilleurs principes de promotion de la santé.

L'auteur conclut en lançant une invitation à passer à l'action dans quatre domaines pour améliorer la santé cardiovasculaire. [Traduction] « Premièrement, il faut communiquer les connaissances sur les liens qui existent entre le faible revenu et les maladies cardiovasculaires. Deuxièmement, la recherche sur les causes des maladies cardiovasculaires doit tenir compte du rôle du faible revenu. Troisièmement, les personnes préoccupées par l'amélioration de la santé cardiovasculaire doivent demander aux responsables de l'élaboration des politiques de tous les ordres de gouvernement de mettre en œuvre des politiques qui visent à réduire l'incidence des faibles revenus et de l'exclusion sociale. Quatrièmement, les responsables de l'élaboration des politiques doivent investir dans l'infrastructure sociale qui aide à soutenir les Canadiens et les Canadiennes durant les transitions cruciales de la vie. » Finalement, l'auteur examine brièvement les coûts économiques directs et indirects associés aux maladies cardiovasculaires.

**Ross, D. P. et S. Phipps, *Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé, Initiative sur la santé de la population canadienne et Institut canadien d'information sur la santé, 2003,***  
**[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=GR\\_323\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_323_F)**

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a commandé un document informatif et pratique pour orienter les discussions à l'occasion de la Table ronde nationale sur la santé et la pauvreté tenue le 26 mars 2002 à Ottawa (voir ci-dessus). Dans la première section, les auteurs évaluent l'état actuel de la recherche du lien entre la pauvreté et la santé et suggèrent des domaines où d'autres travaux sont nécessaires. La première section commence avec une discussion des méthodes de rechange permettant de conceptualiser et de mesurer le statut socioéconomique et porte ensuite sur les connaissances actuelles sur la pauvreté, l'état de santé, les liens de causalité entre la pauvreté et la santé et les perspectives expliquant l'importance de ces liens. Les auteurs suggèrent des domaines où des recherches poussées sont nécessaires et recommandent particulièrement d'évaluer les coûts de santé liés à la pauvreté et à l'iniquité ainsi que le fardeau économique connexe. Cet objectif peut être atteint en « attirant l'attention sur les preuves de plus en plus nombreuses des répercussions négatives sur la santé de la pauvreté et en mettant en évidence l'expérience stratégique pertinente ». Selon les auteurs, l'atteinte de cet objectif prépare le terrain en vue d'évaluer les économies qu'une réduction de la pauvreté pourrait entraîner pour le système de soins de santé.

La deuxième section porte sur les connaissances actuelles sur les politiques – les essais et les succès – en utilisant de nombreux exemples de politiques et de programmes internationaux et nationaux. Les orientations des politiques comprennent l'évaluation de la rentabilité des interventions, l'établissement d'un moyen de déterminer quelles interventions ont été tentées et quelles sont celles qui fonctionnent et de rendre cette information facilement disponible, ainsi que les interventions visant des facteurs de risque multiples plutôt que d'en cibler seulement quelques-uns. Les auteurs signalent le besoin d'élaborer un mécanisme central de coordination qui traite les problèmes croissants de santé de la population comme des éléments essentiels de l'élaboration des politiques. Ils examinent particulièrement les initiatives actuelles mises en œuvre au Royaume-Uni pour s'attaquer aux iniquités en santé. À leur avis, le Royaume-Uni est un exemple de pays où l'on observe une stratégie centrale cohérente et la coopération interministérielle nécessaire à la production d'un programme global. Dans la dernière section, les auteurs concluent en discutant des futurs domaines de recherches et des orientations stratégiques.

**Spigelman, M., *Le VIH/sida et la santé de la population : Leçons pour la coordination de l'action et des politiques*, Santé Canada, 2002,**  
**[www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih\\_sida/strat\\_can/ministeriel/document\\_discussions/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/ministeriel/document_discussions/index.html)**

Le nombre de cas de VIH/sida est à la hausse au Canada, particulièrement dans les collectivités vulnérables à faible revenu. Malgré certains succès à contenir la maladie, le VIH demeure une infection mortelle pour laquelle il n'existe aucun vaccin ni traitement et pour laquelle les options thérapeutiques sont limitées. Le secteur médical n'a pas été en mesure de maîtriser sa propagation. Il est évident que différentes approches de prévention sont nécessaires. Comme le suggère l'auteur de ce document, le modèle de la santé de la population offre une telle stratégie. Selon cette stratégie, le VIH/sida doit être considéré non seulement comme un problème de santé, mais également comme un problème de droit, de droits humains et d'équité. L'objectif de Santé Canada en rédigeant ce document était de passer en revue la documentation sur le VIH/sida dans un contexte de promotion de la santé de la population pour repérer les déterminants sociaux de la santé les plus étroitement associés au VIH/sida et pour examiner les orientations stratégiques possibles qui tiennent compte de la santé de la population et renforcent les mesures prises au Canada pour freiner l'épidémie.

Il s'agit d'un des très rares documents qui aborde le VIH/sida du point de vue de la santé de la population. En effet, l'auteur signale que la documentation sur ce sujet est rare. À son avis, les plus importants déterminants sociaux du risque de contraction du VIH/sida sont les iniquités fondées sur le revenu, le sexe, le racisme et la discrimination, de même que la violence psychologique, physique et sexuelle subie durant l'enfance. L'auteur examine les déterminants précis suivants puisqu'ils sont liés d'une manière ou d'une autre au VIH/sida : richesse et santé, expérience durant la petite enfance, soutien social, cohésion sociale et discrimination, race et sexe, logement et itinérance et services de santé. Pour chacun de ces domaines, il présente d'abord un aperçu, puis les résultats de recherche et finalement les conclusions et les répercussions stratégiques.

Les orientations stratégiques générales comprennent le développement du leadership, l'engagement et le consensus public. D'autres recherches doivent être menées pour examiner le VIH/sida du point de vue de la santé de la population et déterminer les économies et les avantages au chapitre de la santé publique qui découleront de cette approche. L'auteur formule des suggestions précises de mesures à prendre tout en poursuivant la mise en œuvre d'un programme de justice sociale. Les exemples comprennent l'expansion des programmes de réduction des préjudices, le fait de mettre les toxicomanies dans un contexte sociosanitaire plutôt que dans le contexte du système de justice criminelle et l'établissement d'un lien entre la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le Programme d'action national pour les enfants, l'union nationale et les autres efforts visant à favoriser le développement durant la petite enfance.